

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
Mestrado em Saúde Pública/Subárea Políticas Públicas e Saúde

IRÂNIA MARIA DA SILVA FERREIRA MARQUES

**A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA:
IMPLEMENTAÇÃO DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL
INDÍGENA DE CUIABÁ - MATO GROSSO**

**Dissertação apresentada à
Escola Nacional de Saúde Pública da
Fundação Oswaldo Cruz, como parte
dos requisitos para a obtenção do
título de Mestre em Saúde Pública**

Orientadora

Prof. Dra. LÍGIA GIOVANELLA

12 de agosto de 2003

In memoriam

A meu pai Antônio Ferreira da Silva, meu grande incentivador, que continua iluminando minha vida.

Ao sanitarista Sérgio Arouca um dos principais responsáveis pela formulação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Lei nº. 9.836, de 23 de setembro de 1999 – “Lei Arouca”).

AGRADECIMENTOS

A Deus que me ampara em todos os momentos.

À minha orientadora Dra. Lígia Giovanella principal responsável pelo meu crescimento intelectual, a quem dedico toda minha admiração e apreço.

Ao meu esposo Assis, meus filhos Elvira de Lis e Antônio Neto pelo amor e confiança dedicados na superação de todas as dificuldades e ausências. “Eu os amo com todas as minhas forças”!

À minha mãe Irany, meu eterno anjo protetor, com todo meu amor. Aos meus irmãos Sergio, Juscelino e em especial a Cristina com sua carinhosa dedicação.

As comunidades indígenas Bakairi, Bororo, Enawenê-Nawê, Guató, Irantxe, Myky, Nambikwara, Paresi, Terena e Umutina pelo acolhimento e sabedoria, bem como pela permissão para realizar este estudo.

Aos meus amigos e amigas que de várias formas ajudaram-me a percorrer este caminho.

Aos professores doutores da banca examinadora: Maria Clara Vieira Weiss, Ricardo Ventura Santos, (titulares), Regina Maria de Carvalho Erthal e Rosely Magalhães de Oliveira (suplentes) pelo acolhimento, amizade, firmeza e conhecimentos dispensados.

A todos os entrevistados pela forma carinhosa que me receberam e pela contribuição das valiosas informações prestadas.

À Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Departamento de Ciências Sociais e Departamento de Administração de Planejamento em Saúde pela realização do mestrado.

Ao Departamento de Saúde Indígena da FUNASA pelo apoio dispensado e informações disponibilizadas.

À Fundação Nacional de Saúde, em especial, à Coordenação Regional de Mato Grosso e ao Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá pela liberação e apoio logístico que proporcionaram.

Ao Cimi/MT, Instituto Trópicos e a Opan pelo acolhimento e por terem contribuído com este estudo por meio das informações e documentos.

*“Tu que habitas sob proteção do
Altíssimo, que moras à sombra do Onipotente,
dize ao Senhor: Sois meu refúgio e minha
cidadela, meu Deus, em quem eu confio”
(Salmo 90,1-2).*

RESUMO

Tradicionalmente a atenção à saúde dos povos indígenas esteve sob responsabilidade da Fundação Nacional do Índio (Funai), que atuava através das Equipes Volantes de Saúde. No início dos anos 1990 esta responsabilidade foi repartida com a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), ficando a Funai com a responsabilidade de coordenar as ações de assistência e a Funasa as ações de prevenção. Em 1999 foi instituído o Subsistema da Atenção à Saúde Indígena sob responsabilidade da Funasa, com o propósito de 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 destes povos. O modelo de organização de serviços proposto é o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) entendido como base territorial e populacional sob responsabilidade sanitária com controle social. Para implementar os DSEI, a Funasa firmou convênio com organizações governamentais e não-governamentais. No país foram instalados 34 DSEI e no estado de Mato Grosso foram instalados 4 DSEI. O presente estudo teve como objetivo analisar o processo de implementação do DSEI Cuiabá, no período 1999-2002. Especificamente, tratou de analisar a participação de atores-chave neste processo, identificando resistências, adesões e conflitos; descrever a organização da atenção, oferta de serviços e produção assistencial; examinar a gestão, as modalidades de gerência e as parcerias institucionais para prestação de serviço; e identificar os principais obstáculos para a efetivação do DSEI Cuiabá. Foram realizadas entrevistas com atores-chave por meio de roteiro semi-estruturado, visitas a quatro aldeias de etnias diferentes e sob a execução de Ongs distintas (3 aldeias sob responsabilidade do Instituto Trópicos e 1 sob responsabilidade da Opan), reuniões com usuários nas aldeias visitadas, análise documental de registros administrativos, pesquisa no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) e revisão bibliográfica sobre terceirização/devolução. Os resultados apontam como fatores facilitadores da implementação do DSEI Cuiabá a ampliação do acesso; a majoração do montante de recursos financeiros destinados à saúde indígena; a autonomia das conveniadas na gestão dos recursos repassados pela Funasa; o apoio da Funasa /Coordenação Regional de Mato Grosso; e o empenho dos envolvidos para a implementação da Política de Saúde. Como fatores limitantes destacaram-se: o controle social ainda incipiente; o insuficiente monitoramento pelo órgão gestor regional da execução dos convênios e da atenção prestada nas aldeias; a presença pouco freqüente e descontínua da equipe multidisciplinar na aldeia com prestação cotidiana centrada no AIS ainda em processo de formação; a rotatividade dos profissionais de saúde em área indígena; ineficiências do sistema de informação (SIASI); e a insuficiente articulação entre as práticas de cura tradicional e da medicina moderna.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Saúde Indígena; Distrito Sanitário Especial Indígena; Brasil.

ABSTRACT

Traditionally, the National Indian Foundation (FUNAI) from the Justice Ministry of Brazil has been responsible for the health of indigenous peoples, acting through the so called Equipes Volantes de Saúde. In the beginning of the 1990s, this responsibility was shared with the National Health Foundation (FUNASA) from the Ministry of Health, FUNAI being responsible for coordination of health care, and FUNASA for actions in health promotion and prevention. In 1999 a new Sub-system of Indigenous Health Care was created under the responsibility of FUNASA, with the purpose of assuring the access of indigenous people to integral and comprehensive health care according to the principles and guidelines of Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS) that contemplate the social, cultural, geographic, historical and political diversity of these peoples. The proposed model of service organization is the Special Indigenous Sanitary District (Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI), understood as a territorial and populational unit which is under the responsibility of health authorities and subject to social control. In order to implement these DSEI, FUNASA has established formal monetary transfers with both governmental and non-governmental organizations. Four out of the 34 DSEI implemented throughout Brazil are located in the state of Mato Grosso. The present study has as its goal the analysis of the implementation process of the Cuiabá DSEI, as taken place between 1999-2002. More specifically, this study has sought: to analyze the participation of key actors, identifying possible resistance, adhesion and conflicts which may have arisen thereof; to describe the way in which the health care is organized in indigenous districts, including the provision of health services and the assistance output of the Cuiabá DSEI; to examine the management and the institutional partnerships with non-governmental organizations (NGO) developed for service delivery in the Cuiabá DSEI; and to identify the main obstacles involved in the effective implementation of the Cuiabá DSEI. For such purposes the following was accomplished: semi-structured interviews with key actors; visits to four tribes of distinct ethnicity aided by different NGOs (3 tribes under the responsibility of the Tropics Institute and one under the responsibility of OPAN); meetings with service users in the visited tribes; documental analysis of administrative records; research using the Information System for Indigenous Health; and bibliographical review about third sector and devolution/decentralization. The results indicate as facilitating factors and positive points in the implementation of the Cuiabá DSEI: the expansion of service access; the increase of financial resources allocated to indigenous health care; local autonomy of NGO in the management of the financial resources transferred by FUNASA; the support of FUNASA/Regional Coordination of Mato Grosso and people's efforts in the implementation of this health policy. Some limiting factors were: the yet insipient social control; insufficient monitoring of the execution of transferred resources and of the health provision in the Indian villages by the regional managing authority; the insufficient presence of the multidisciplinary health care team at the tribe and only the health indigenous workers (still in training) providing some daily care at the villages; the high rotation of health professionals working in indigenous regions; the inefficiency of the information system; and the unsatisfactory articulation between traditional medicine and modern medicine.

Key-words: Public Policy; Indigenous Health; Special Indigenous Sanitary District; Brazil.

GLOSSÁRIO

- AER – Administração Executiva Regional
- AIDPI – Assistência Integral às Doenças Prevalentes da Infância
- AIS – Agente Indígena de Saúde
- AISAN – Agente Indígena de Saneamento
- ART – Técnica Restauradora Atraviatica
- BIRD – Banco Mundial
- CASAI – Casa de Saúde do Índio
- CASAI – Casa de Saúde do índio
- CEPSI – Comissão Especial Permanente de Saúde Indígena
- CID-10 – 10ª Revisão da Classificação Internacional das Doenças
- CIMI – Conselho Indigenista Missionário
- CIS – Comissão Intersetorial de Saúde
- CISI – Conselho Intersetorial de Saúde Indígena
- CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
- CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- CONDISI - Conselho Distrital de Saúde Indígena
- CONEP – Conselho Nacional de Ética e Pesquisa com Seres Humanos
- COSAI – Coordenação de Saúde do Índio
- DAS – Gratificação dada a Servidores que exercem cargo de direção superior na hierarquia institucional de serviço público federal.
- DEOPE – Departamento de Operações
- DESAI – Departamento de Saúde Indígena
- DIESP – Divisão de Engenharia de Saúde Pública
- DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena
- DSY – Distrito Sanitário Yanomani
- EMSI - Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
- ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública
- ESAI – Equipe de Saúde do índio
- EVS – Equipe Volante de Saúde
- FG – Função gratificada de chefia, dada a servidor da administração federal, hierarquicamente inferior ao DAS.
- FORMAD – Fórum Matogrossense de Meio Ambiente e Desenvolvimento.

FUNAI – Fundação Nacional do Índio
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
GM – Gabinete do Ministro de Saúde
GSP – Grupo de Saúde Popular
I CNSPI – I Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas
IAPI – Fator de Incentivo para Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena.
II CNSPI – II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas
III CNSI – III Conferência Nacional de Saúde Indígena
Instituto Trópicos – Instituto de Apoio ao Desenvolvimento Humano e do Meio Ambiente.
IRA – Infecção Respiratória Aguda
ISA – Instituto Sócio Ambiental
LDB – Leis das Diretrizes Básicas da Educação – Lei nº 9.394 de 1996
MAIC – Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio.
MS – Ministério da Saúde
MT - Mato Grosso
NISI – Núcleo Intersetorial de Saúde Indígena
ONG – Organização Não-governamental
OPAN – Operação Amazônia Nativa
PAB - Piso de Atenção Básica
PIASIS – Programas Integrados de Assistência à Saúde do Indígena.
PIN – Posto indígena
PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRES/FUNAI/CGEP – Presidência da Fundação Nacional do Índio/ Coordenação Geral de Estudos e Pesquisa
PRODEAGRO – Programa de Desenvolvimento Agroambiental de Mato Grosso
PS – Posto de Saúde
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde
SAS/MS – Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.
SDC – Sociedade na Defesa da Cidadania
SEDUC – Secretaria de Educação
SES /MT – Secretaria do Estado da Saúde de Mato Grosso
SIASI – Sistema de formação de Atenção à Saúde Indígena

SIASI-LOCAL – Sistema de formação de Atenção à Saúde Indígena - Local

SIH/SUS – Sistema de Informação Hospitalar do SUS.

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SPI – Serviço de Proteção aos índios.

SPILT – Serviço de Proteção aos índios e Localização de Trabalhadores Nacionais.

SPS/MS - Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSA – Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas.

TFD – Tratamento fora do domicílio

UAE – Unidades de Atendimento Especiais

UFMT – Universidade Federal de Mato Grosso

Unifesp/EPM – Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina

LISTAS DE FIGURAS

FIGURA 1. Distribuição Geográfica das etnias do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá (DSEI Cuiabá), 2002.....	11
FIGURA 2. Mapa do Brasil com a numeração dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil, 2003.	49
FIGURA 3. Profissionais contratados, por categoria nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, 2000 a 2002.....	54
FIGURA 4. Relação entre profissionais contratados e capacitados, nos 34 DSEIs, por tipo de profissionais, no período de 2000 a 2002	55
FIGURA 5. Recursos orçamentários autorizados e aplicados nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no âmbito da Funasa, durante os exercícios de 1999 a 2002.....	64
FIGURA 6. Estrutura organizacional do Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI.....	86
FIGURA 7. Mapa dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas do Estado de Mato Grosso, 2002	89
FIGURA 8. Mapa do território do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá/MT, segundo áreas de atuação das instituições conveniadas, Opan e Instituto Trópicos, 2002	94
FIGURA 9. Número de atendimentos básicos de saúde <i>Per Capita</i> , segundo Pólo-base, DSEI Cuiabá, 2000 a 2002	126
FIGURA 10. Distribuição do número de pacientes do DSEI de Cuiabá, referenciados para a Rede SUS e Privada, no período de 2000 a 2002	129
FIGURA 11. Fluxo de Informações do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI), 2003	134
FIGURA 12. Recursos financeiros repassados pela Funasa às instituições conveniadas, Opan e Instituto Trópicos, para execução das ações de saúde no Dsei Cuiabá, de acordo com os períodos de vigência dos convênios pactuados, 1999 a 2002.	152

LISTAS DE QUADROS

QUADRO 1. Informações sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá-MT. (DISEI Cuiabá/MT), segundo Pólo-base, município de abrangência, variáveis demográficas (número absoluto e frequência), número de aldeias e etnias, ano de 2002.....	12
QUADRO 2. Cronologia da Política de Saúde de Atenção para os Povos Indígenas no Brasil, 1910 a 2002.....	32
QUADRO 3. Características da Política Nacional de Atenção à Saúde para os Povos Indígenas.....	47
QUADRO 4. Características gerais dos DSEIs. Brasil, 2002	50
QUADRO 5. Número de equipes multidisciplinares, postos de saúde, pólos-base, Casas de Saúde do Índio, por DSEI e sua relação com o SUS. Brasil, 2000	52
QUADRO 6. Produção de serviços dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), no período de 2001 2002	57
QUADRO 7. Número de Unidades de Saúde do SUS credenciadas ao Ministério da Saúde para atendimento de média e alta complexidade no Sistema de Referência, por Distrito Sanitário Especial Indígena e Unidade Federativa, ano 2002.	58
QUADRO 8. Situação dos Conselhos Distritais e Locais de Saúde Indígena por DSEI, abril de 2000	60
QUADRO 9. Datas de implantação legal dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) por Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) no Brasil, 2000 a 2002.....	61
QUADRO 10. Indicadores de Saúde utilizados pela Funasa para avaliar a situação de saúde da população indígena, no período de 2000 a 2002	62
QUADRO 11. Percepção dos atores-chave quanto ao grau de apoio ou participação das instituições envolvidas no momento de criação do DSEI Cuiabá.....	76
QUADRO 12. Percepção dos atores-chave quanto ao grau de apoio ou participação das instituições envolvidas em 2002 na implementação do DSEI Cuiabá.	79

QUADRO 13. Distritos Sanitários Especiais Indígenas de Mato Grosso (DSEIs/MT) com os respectivos órgãos conveniados, no momento da implantação dos DSEIs, ano de 2000.....	82
QUADRO 14. Estruturas da rede de serviços do DSEI, segundo atributos e atividades	88
QUADRO 15. Características étnicas, demográficas e geográficas do DSEI Cuiabá por Pólo-base, 2003	91
QUADRO 16. Convênios Funasa/Instituto Trópicos celebrados nos anos 1999, 2001 e 2002	97
QUADRO 17. Informações demográficas da área de atuação do Instituto Trópicos, no DSEI de Cuiabá, 2000 a 2002	98
QUADRO 18. Convênios Funasa/Opan celebrados nos anos de 1999, 2001 e 2002.....	100
QUADRO 19. Informações demográficas da área de atuação da Opan, no DSEI de Cuiabá, 2000 a 2002	101
QUADRO 20. Características das Ongs conveniadas para execução das ações de saúde do DSEI Cuiabá.....	102
QUADRO 21. Equipe de Saúde por delimitação territorial e população coberta pelo Instituto Trópicos, DSEI Cuiabá, 2000	105
QUADRO 22. Recursos humanos contratados pela Opan por período de vigência dos convênios firmados com a Funasa.....	106
QUADRO 23. Pólos-base do DSEI Cuiabá de acordo com suas características étnica, população, aldeias, número de postos de saúde (PS), município de localização, e hospital de referência, 2002	116
QUADRO 24. Municípios de referência para atenção à saúde por pólo base da área de abrangência do Instituto Trópicos, DSEI de Cuiabá (MT), 2000.....	121
QUADRO 25. Distância em quilômetros ou horas e meio de locomoção, na área de abrangência de atuação da Opan e referências no DSEI de Cuiabá (MT), 2002	124
QUADRO 26. Número de atendimentos básicos de saúde, segundo Pólo-base no Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá (DSEI Cuiabá), no período de 2000 a 2002	125

QUADRO 27. Prestação de serviços de saúde nas aldeias no DSEI Cuiabá/MT, no período de 2000 a 2002.....	127
QUADRO 28. Pacientes atendidos nas Casas de Saúde do Índio de Cuiabá, Tangará da Serra e Rondonópolis, do DSEI Cuiabá/MT, no período de 2000 a 2002.	128
QUADRO 29. Unidades credenciadas para prestação de serviços de saúde no Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá, por pólo- base e município, 2003	132
QUADRO 30. Obras de saneamento básico realizadas no DSEI Cuiabá, pela Fundação Nacional de Saúde/Coordenação Regional de Mato Grosso/Divisão de Engenharia de Saúde Pública, no período de 2000 a 2002.....	138
QUADRO 31. Relação de aldeias onde foram instalados sistemas de filtragem para tratamento de água no DSEI Cuiabá (Última Versão), 2002	140
QUADRO 32. Taxas de mortalidade geral, infantil e coeficiente de mortalidade materna, segundo instituição executora das ações de saúde, DSEI Cuiabá, no período de 2000 a 2002.....	149
QUADRO 33. Despesas programadas pela Opan no DSEI Cuiabá, de acordo com os Convênios Funasa/Opan, no período de dezembro de 1999 a dezembro de 2002	153
QUADRO 34. Despesas programadas pelo Instituto de Apoio ao Desenvolvimento Humano (Instituto Trópicos) no Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá (DSEI Cuiabá), de acordo com os Convênios Funasa/Instituto Trópicos, no período de outubro de 1999 a dezembro de 2002.....	155
QUADRO 35. Demonstrativo de recursos repassados pelo MS/Funasa à Gerência da Funasa/DSEI Cuiabá, no exercício de 2002	156
QUADRO 36. Demonstrativo de recursos repassados pelo VIGISUS/MS/Funasa à Gerência da Funasa/Dsei Cuiabá, no exercício de 2002.	156
QUADRO 37. Instituições Parceiras Conveniadas. Brasil, abril de 2000.....	173
QUADRO 38. Percepção dos atores-chave quanto ao impacto do DSEI	184
QUADRO 39. Depoimentos de famílias da aldeia Pakuera sobre as ações de saúde no DSEI Cuiabá, etnia Bakairi, 2003	192
QUADRO 40. Depoimentos de famílias da aldeia Merure, etnia Bororo, sobre as ações de saúde no DSEI Cuiabá, 2003	195

LISTAS DE TABELAS

TABELA 1. Número de profissionais de saúde por DSEI, 2000.....	53
TABELA 2. Orçamento do Ministério da Saúde aplicado no Subsistema de Saúde Indígena, no exercício de 1999 a 2002.....	65
TABELA 3. Composição das equipes de saúde conforme categoria profissional, da área de atuação do Instituto Trópicos, no DSEI de Cuiabá (MT), 2000.....	104
TABELA 4. Cobertura dos recursos humanos das equipes multidisciplinares contratados do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá, por Pólo-base, 2002.....	114
TABELA 5. Pacientes do DSEI Cuiabá, referenciados à rede SUS, no período de 2000 a 2002.....	128
TABELA 6. Pacientes do DSEI Cuiabá, referenciados à rede privada, no período de 2000 a 2002.....	129
TABELA 7. Pacientes do DSEI Cuiabá referenciados à rede SUS e à rede privada, no período de 2000 a 2002.....	130
TABELA 8. Casos de doenças de maior ocorrência, segundo faixa etária, no Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá, 2000.....	143
TABELA 9. Doenças de maior ocorrência, segundo faixa etária, no Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá, 2001.....	144
TABELA 10. Morbidade registrada, segundo faixa etária, no Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá, de acordo com a CID-10, 2002.....	146
TABELA 11 Distritos Sanitários Especiais Indígenas por tipo de parceria para a prestação de serviço, Brasil, abril de 2000.....	174
TABELA 12. Número de DSEIs que estabeleceram convênios com mais de um tipo de instituição. Brasil, abril de 2000.....	174
TABELA 13. Tipos de organizações não-governamentais conveniadas para prestação de serviços aos DSEIs. Brasil, abril de 2000.....	175
TABELA 14. Tipos de organizações conveniadas com a Funasa para prestação de serviços aos DSEIs. Brasil, 2001 e 2002.....	175

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - PERCURSO METODOLÓGICO	5
1. ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO.....	5
2. ESPAÇO DA PESQUISA	11
3. TÉCNICAS DA PESQUISA	13
4. TRABALHO DE CAMPO	16
CAPÍTULO II - POLÍTICA DE SAÚDE PARA OS POVOS INDÍGENAS NO BRASIL	21
1. HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA	22
2. PROCESSO DE DISCUSSÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA OS POVOS INDÍGENAS.....	26
3. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS NO BRASIL	34
CAPÍTULO III – PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DE CUIABÁ.....	66
1. ANTECEDENTES	66
2. PARTICIPAÇÃO DOS ATORES–CHAVE NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO	70
3. PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E ETAPAS	79
CAPÍTULO IV – ORGANIZAÇÃO E OFERTA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DE CUIABÁ	86
1. GERENCIAMENTO PELA FUNASA NO NÍVEL REGIONAL: O DSEI CUIABÁ.....	88
2. GERENCIAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE POR ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS	93
3. GESTÃO DAS EQUIPES MULTIDISCIPLINARES.....	103
4. ORGANIZAÇÃO DA OFERTA E SISTEMA DE REFERÊNCIA.....	111
5. PRODUÇÃO DE SERVIÇOS	125
6. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA	132
7. SANEAMENTO BÁSICO.....	136
8. SITUAÇÃO DE SAÚDE.....	142
9. FINANCIAMENTO	150
11. CONTROLE SOCIAL	157

CAPITULO V – A PROBLEMÁTICA DA EXECUÇÃO POR MEIO DE ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS (ONGS).....	160
1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	160
2. OPINIÃO DOS ATORES-CHAVE	167
3. OPINIÃO DOS CONSELHEIROS DISTRITAIS DE SAÚDE INDÍGENA DO CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE DE CUIABÁ (CONDISI CUIABÁ)	170
4. A FUNASA E AS INSTITUIÇÕES PARCEIRAS NO ESTABELECIMENTO DE CONVÊNIOS PARA EXECUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL.....	172
CAPÍTULO VI – AVALIAÇÃO DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DE CUIABÁ POR ATORES-CHAVE E USUÁRIOS	177
1. FATORES FACILITADORES E LIMITANTES DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO SEGUNDO ATORES-CHAVE.....	177
2. PERCEPÇÃO DO ÍMPACTO SEGUNDO ATORES-CHAVE	183
3. PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS.....	187
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	199
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	210
ANEXOS.....	219
I- Termo de consentimento.....	219
II- Questionário.....	220
III- Pólos-base.....	227

INTRODUÇÃO

Tradicionalmente, a atenção à saúde dos povos indígenas esteve sob a responsabilidade da Fundação Nacional do Índio (Funai) vinculada ao Ministério da Justiça que atuava por meio das Equipes Volantes de Saúde (EVS) formadas por médicos, enfermeiros, auxiliares e atendentes de enfermagem. Essa assistência era feita de forma esporádica, não se estabelecendo rotinas de atenção.

No início dos anos noventa, as responsabilidades pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas foram repartidas com a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), ficando a Funai com a tarefa de coordenar as ações de assistência à saúde do índio e cabendo à Funasa as ações de prevenção (imunização, saneamento, controle de endemias) e de formação de recursos humanos.

Durante a década 1990, ocorreu um processo de intensa discussão de formulação de atenção à saúde para os povos indígenas, culminando com a instituição do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em 1999. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena tem como propósito garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam esses povos mais vulneráveis aos agravos à saúde e reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

O modelo de organização de serviços proposto por essa política é o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), entendido como uma base territorial e populacional sob responsabilidade sanitária, com controle social. O DSEI é uma unidade organizacional da Funasa, que assume a responsabilidade de executar as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio. Para implementação dos distritos, a Funasa firma convênio com organizações governamentais e não governamentais prestadoras de serviços.

No país foram instalados 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), que estão espalhados em quase todo o território brasileiro, exceto no Piauí e no Rio Grande do Norte, com o objetivo de atender 350 mil índios, pertencentes a cerca de 210 povos. No território do Estado de Mato Grosso foram instalados quatro Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI Cuiabá, DSEI Kaiapó/MT, DSEI Xavante e DSEI Xingu), sob a responsabilidade da Coordenação Regional da Funasa de Mato Grosso, e dois (DSEI Araguaia e DSEI Vilhena) com terras que avançam pelo estado de Goiás, Tocantins e

Rondônia, sob responsabilidade da Coordenação Regional da Funasa desses estados, respectivamente.

Meu interesse pela questão da atenção à saúde dos povos indígenas foi despertado pela minha atuação, no ano de 1999, em reuniões fomentadas pela Funasa no Estado de Mato Grosso, com a participação de representantes indígenas, indigenistas e diversas instituições e atores envolvidos com a questão indígena, para discutir a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e o modelo de atenção à saúde para esses povos. Como funcionária da Funasa, participei do processo de implantação dos DSEI de Mato Grosso, no período de 1999 a 2000, desenvolvendo várias atividades. Fui instrutora da capacitação dos conselheiros dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena de dois DSEI de Mato Grosso (DSEI Cuiabá e DSEI Kaiapó/MT), de Goiás (DSEI Araguaia) e do Pará (DSEI Tapajós) e atuei na capacitação das equipes multidisciplinares de saúde do DSEI Xavante, DSEI Kaiapó/MT, DSEI Cuiabá, DSEI Araguaia, DSEI Yanomami e DSEI Potiguara. Como coordenadora e instrutora do Módulo Introdutório do Curso de Formação de Agentes Indígenas de Saúde do DSEI Xavante, coordenei pela Funasa o Projeto Xamã – Curso de Auxiliar de Enfermagem para Indígenas, realizado pela Escola Técnica de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, que tinha como clientela 117 alunos de 20 etnias. Além disso, fui instrutora do Curso de Capacitação Pedagógica para os instrutores do Curso de Formação dos Agentes Indígenas de Saneamento para os DSEI de Mato Grosso.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, por dirigir-se a minorias étnicas e propor subsistema diferenciado, apresenta especificidades importantes. É política recente e abraça no seu processo de implantação e implementação um grande número de atores que muitas vezes desconhecem a cultura e conseqüentemente a concepção de saúde dos povos indígenas que estão envolvidos. As dificuldades de comunicação entre gerentes da política de saúde e os povos indígenas, dadas às concepções particulares destes povos, agregam complexidade ao processo de implementação e à organização de um sistema de atenção para eles.

Athias e Machado (2001:429) afirmam que “a concepção de saúde e doença existentes 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 de saúde”.

Grande parte das pesquisas sobre saúde indígena trata de aspectos epidemiológicos e antropológicos. São poucos os estudos que trabalham aspectos mais recentes das políticas de assistência à saúde dos povos indígenas.

Por todos esses aspectos e pelo fato de a atual política de saúde indígena do Brasil ser recente, resolvi estudar o seu processo de implementação, com o propósito de discutir as especificidades deste subsistema de saúde e elucidar problemas e identificar dificuldades, a fim de indicar possibilidades de rumos e alternativas, contribuindo para a adequada implementação das políticas governamentais de atenção à saúde para os povos indígenas e conseqüentemente para o alcance dos seus objetivos.

O presente estudo teve como objetivo analisar o processo de implementação do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá (DSEI Cuiabá), no período 1999-2002. Especificamente, tratou de analisar a organização e a oferta de serviços de saúde e no DSEI Cuiabá; examinar as parcerias institucionais para prestação de serviços no DSEI Cuiabá; analisar a participação de atores-chave no processo de implementação do DSEI Cuiabá, identificando resistências e adesões; e identificar os principais obstáculos para a efetivação do DSEI Cuiabá.

Para desenvolver a presente proposta foi realizado um estudo de caso de um processo de implementação, que, segundo Perez (1999), tem como objetivo acompanhar o processo de execução de uma política, identificando os obstáculos e os elementos facilitadores para tal, assim como adesões e resistências dos agentes implementadores.

No Capítulo I descreve-se o percurso metodológico utilizado durante a realização deste estudo. No Capítulo II apresenta-se breve histórico das políticas de assistência à saúde aos indígenas e a discussão, durante a década de 1990, da Política de Saúde para os Povos Indígenas no Brasil, e descreve-se a Política Nacional de Atenção à Saúde para os Povos Indígenas do Brasil, base da constituição dos distritos sanitários indígenas, objeto do presente estudo. A participação de atores-chave no processo de implementação do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá (DSEI Cuiabá) é analisada no Capítulo III, bem como se apresenta uma breve descrição das etnias que compõe o DSEI Cuiabá. No Capítulo IV analisa-se a organização e a oferta dos serviços de saúde do DSEI Cuiabá.

A discussão sobre a problemática da execução dos serviços de saúde no DSEI Cuiabá por meio das Ongs é realizada no Capítulo V, a partir da revisão bibliográfica sobre o terceiro setor e a sua participação na implementação de políticas públicas, e da análise da

opinião dos atores-chave entrevistados. Neste capítulo, apresenta-se ainda um breve panorama das Ongs que firmaram convênio com a Funasa para executar as ações de saúde nos DSEIs no Brasil. No Capítulo VI sistematiza-se a avaliação do DSEI Cuiabá por atores-chave e usuários, quanto aos fatores facilitadores e limitantes e ao impacto de algumas ações de saúde desenvolvidas do período de implantação do DSEI Cuiabá até o ano de 2002.

CAPÍTULO I - PERCURSO METODOLÓGICO

1. ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO

Foi realizado um estudo de caso com metodologia qualitativa do processo de implementação de programa social baseado nas proposições de Perez (1999:71), para pesquisa de processo de implementação. Segundo este autor, os estudos de implementação devem analisar o processo de execução de uma política ou programa social e seus efeitos diferenciados no tempo sobre a organização, sobre os atores que implementam (resistências e adesões) e as modificações das condições iniciais e as condições que propiciam ou entram o processo de implementação. Procura captar as reações complexas, entre graus e formas da implementação, comportamento dos agentes envolvidos na implementação e estrutura de operação de rede envolvendo as dimensões organizacionais, jurídicas, financeiras e de apoio logístico.

Para Triviños (1994:133-134), o estudo de caso entre os tipos de pesquisa qualitativa talvez seja um dos mais relevantes. Para ele o estudo de caso “*é uma categoria de pesquisa cujo objetivo é uma unidade que se analisa profundamente*”, e que as características dos estudos de caso dependem de duas circunstâncias: a natureza e a abrangência da unidade, que pode ser uma unidade singular, um sujeito ou unidades mais complexas como uma instituição ou uma comunidade.

O método de estudo de caso possibilita conhecer o fenômeno a partir da exploração intensa de um único caso. Objetiva a compreensão abrangente do grupo, instituição ou programa sob estudo e exige uma variedade de técnicas de observação e de fontes de informação podendo envolver técnicas quantitativas e qualitativas.

Triviños (1994), lembra que “*estudos de caso qualitativos embora sugiram uma certa simplicidade, na realidade, são complexos e requerem do pesquisador principiante seriedade para evitar apreciações equivocadas sobre o valor científico de seu trabalho*”. O autor alerta, que o trabalho “*por ter implicação do sujeito no processo e pelos resultados do estudo, exige severidade, maior objetivação, originalidade, coerência e consistência das idéias*”.

Bogdan (*apud* Triviños, 1994:134-136), apresenta três categorias do estudo de caso:

1^a) Estudos de casos histórico-organizacionais – Nestes estudos o interesse do pesquisador está na vida da instituição, devendo partir do conhecimento que existe sobre a

organização que deseja examinar e que tipos de material estão disponíveis para serem consultados. Para o autor “*esta informação prévia necessária é básica para delinear preliminarmente a coleta de dados*”.

2^a) Estudos de casos observacionais – Esta é uma categoria típica da pesquisa qualitativa, na qual a *observação participante* é a técnica de coleta de informação mais importante. Nessa categoria de estudo o que importa mais não é a organização como um todo e sim parte dela. Para realizar esse tipo de pesquisa qualitativa o pesquisador precisa estar com seus propósitos bem definidos e ter mantido contato com as organizações para resolverem juntos como o trabalho deve ser desenvolvido, a fim de que o interesse de ambos seja contemplado.

3^a) O estudo de caso denominado história de vida – Em “História de Vida” a técnica de investigação aplicada em geral é a entrevista semi-estruturada que se realiza com pessoa de destaque social como escritores famosos, políticos, cientistas célebres, etc. Uma vez que a entrevista leva a um aprofundamento na “História de Vida” do sujeito. Este tipo de pesquisa passou a ser chamado de “Entrevista Aprofundada”. Para que o estudo não tenha apenas uma visão unilateral do sujeito da pesquisa, podem ser utilizadas outras técnicas como a revisão de obras, documentos e realizar entrevistas com pessoas ligadas ao sujeito, a fim de que a “História de Vida” seja a mais fiel possível.

Triviños (1994:136) cita ainda outros tipos de estudos de caso como: o estudo de caso de uma comunidade, que é muito complexo e que geralmente é realizado “*por investigadores de várias disciplinas que setorizam a unidade em exame, ressaltando os pontos de culminância dela, sem perder a visão integral do foco de análise*”; o “estudo de caso Análise Situacional” que se refere especificamente a eventos que podem ocorrer em uma organização; e o “estudo de caso microetnográficos” que analisa situações muito específicas de “uma realidade maior”.

Outra característica que torna o estudo de caso interessante é a possibilidade de se estabelecer comparações “*entre dois ou mais enfoques específicos – o que dá origem aos estudos comparativos de casos*” –, uma vez que a maneira de focalizar uma questão de forma comparativa enriquece a pesquisa qualitativa, “*especialmente se ela se realiza na perspectiva histórico-estrutural*” (Triviños, 1994:136).

O presente estudo embora não se enquadre exatamente nos tipos acima descritos pode ser considerado um estudo de caso, pois examina uma experiência de implementação

dos DSEI visando à compreensão abrangente do processo de implementação da política em estudo. Realiza-se exploração intensa do caso por meio do emprego de várias técnicas de observação e fontes de informação e da análise de diversas dimensões do processo de implementação.

Esta abordagem abrangente é característica das análises de processo de implementação as quais envolvem o estudo da dinâmica das ações dos atores e tem como objetivo acompanhar o processo de implementação, identificando os obstáculos e os elementos facilitadores, assim como o grau de adesão e resistência dos agentes implementadores ao programa proposto.

A implementação é uma das fases do processo de *policy making*. Viana (1996:6), revisa a contribuição de uma série de autores, principalmente de origem anglo-saxã, sobre o modo de operar do Estado, que se traduz no ato de “fazer” políticas públicas. Sintetiza modelos explicativos para as diferentes fases do processo de decisão, inerentes à formação e implementação de políticas, procurando apreender a dinâmica que articula as várias fases do ciclo de vida de uma política. Refere-se às seguintes fases do processo de políticas públicas: “*construção da agenda, formulação, implementação e avaliação de políticas*”.

Para nossa análise importa discorrer conceitualmente acerca da implementação de políticas públicas. Kiviniemi (*apud* Viana, 1996:20), define a implementação como um “*processo em que a política governamental envolve-se com sujeitos não governamentais, sendo alguns deles objetos da política com poder de ação, recursos e idéias*”. Portanto, para este autor, “*implementação é uma relação entre atores (governamentais e não governamentais), na qual estes ganham status de sujeitos intencionais*. Para Viana (1996:20), o processo de implementação “*desenvolve-se segundo um tempo estabelecido, de tal modo que em cada momento interagem atores governamentais e não governamentais, com idéias, recursos e ações próprias*”.

Para Meny e Thoenig (1992:159), “*a implementação é a fase da política pública na qual se geram atos e efeitos a partir de um marco normativo de intenções, de textos e de discursos*”. “*É o ato de colocar em prática, executar, dirigir, administrar*”. Para os autores, “*o processo de implementação se constitui em múltiplas atividades ao longo do tempo e que põe em cena vários atores, pessoas e organizações, não sendo fácil seu estudo*”.

Lester e outros (*apud* Perez, 1999:65-66), apontam que as concepções sobre o que faz parte do processo de implementação não é unívoca. Para alguns autores, a implementação refere-se a todo processo iniciado com formulação da política até o seu impacto e, para outros, a implementação não incluiria seus produtos, seu impacto. Seria processo constituído de uma série de decisões e de ações desencadeadas pelo legislador.

Uma concepção mais delimitada da implementação distingue pelo menos duas etapas de *policy* que antecedem a implementação entendida como o momento da execução (Perez, 1999:66):

a) a fase de formação de política – implica a constituição da agenda, a definição de campo de interesse e a identificação de alternativas;

b) a fase de formulação da política – quando as várias propostas se constituem em política propriamente dita, mediante a definição de metas, objetivos, recursos e a explicação de estratégia de implementação.

Três gerações de estudos de implementação são apontadas por Lester e colaboradores (*apud* Perez, 1999: 68).

A primeira geração (1970-1975), que enfoca detalhadamente os acontecimentos empreendidos por uma única instância de autoridade, caracterizando-se pelos estudos de caso centrados especialmente na identificação dos obstáculos à implementação;

A segunda geração (1975-1980), que identificou os sucessos e fracassos da implementação, tendo desenvolvido modelos analíticos arrolando um conjunto de fatores contribuintes ao sucesso ou ao fracasso dos objetivos da política. Duas abordagens comportaram essa categoria de estudos:

1ª abordagem - modelo *top-down*, centrado na identificação de um conjunto de variáveis formuladas a partir da decisão política da autoridade governamental central, procurando responder questões como: grau de alcance dos objetivos da política; o equacionamento dos impactos e os objetivos; os principais fatores que afetam o impacto e a própria política e as reformulações obtidas ao longo do tempo.

2ª abordagem – modelo *botton-up*, cujos enfoques centram-se nos atores envolvidos na prestação de serviços locais, tendo sido relevantes para identificar os seus objetivos, estratégias, atividades e contatos. Os pressupostos básicos desse modelo são a

compatibilidade dos programas aos desejos, vontade e padrões comportamentais dos atores e o processo de descentralização (Linder & Peters, 1987, *apud* Perez, 1999).

A terceira geração (1980-1985), que inclui a realização de estudos empíricos, de acordo com os modelos *botton-up e top-down*, proporcionando uma reflexão crítica dos trabalhos realizados, indicando novas abordagens capazes de combinar e sintetizar os dois modelos apontados, de estabelecer a inter-relação dos diferentes níveis de governo e apresentar enfoques multicausal;

Quanto aos estudos de avaliação de políticas públicas, Figueiredo e Figueiredo (1986), afirmam que no Brasil a pesquisa de avaliação ainda é bastante incipiente, e a preocupação com esse tema desenvolveu-se apenas nos anos oitenta e de forma desigual entre as distintas políticas.

Perez (1999:70), usando como exemplo o modelo de análise do processo de implementação das políticas educacionais, cita três dimensões nos modelos de análise:

1ª dimensão – trata das relações entre o desenho ou a formulação da política, de um lado, e os formatos que os programas adquiriram ao final do processo, de outro.

2ª dimensão – é a dimensão temporal do processo e seus efeitos diferenciados no tempo sobre a organização na qual realiza, sobre os atores que implementam (resistências e adesões) e as modificações das condições iniciais.

3ª dimensão – refere-se às condições que propiciam ou entram o processo de implementação.

Para Perez (1999), “*implementação é processo dinâmico ao longo do tempo, portanto mutável, sendo preciso também levar em consideração a comparação entre distintos tempos (inicial, intermediário e final)*”. No presente estudo, o processo de implementação dos DSEIs será analisado considerando-se a dinâmica da ação dos atores-chave no processo – identificando resistências e adesões – e a nova institucionalidade criada: parcerias constituídas, serviços prestados e sua organização.

Pretende-se ainda cotejar os resultados encontrados no DSEI estudado com o desenho e objetivos da política nacional e discutir obstáculos para a sua efetivação.

A política nacional de saúde para os povos indígenas prevê a implementação de distritos sanitários. É necessário, portanto, elucidar o que se entende por Distrito Sanitário.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) refere o distrito sanitário no seu artigo 10.º que trata do funcionamento dos serviços de saúde, sem contudo especificá-los.

Na perspectiva de Mendes (1994:94-95), a construção de distritos sanitários é entendida como processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. O autor aponta três dimensões dos distritos sanitários: política, ideológica e técnica.

Na dimensão política: o Distrito Sanitário é *“micro-espço de luta política entre atores sociais, portadores de diferentes projetos, no qual se deve procurar a acumulação de capital político, poder, para construir viabilidade à situação objetivo que se deseja alcançar”*.

A dimensão ideológica: envolve *“uma concepção ampliada do processo saúde doença, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. Portanto, o Distrito Sanitário é micro-espço social de luta ideológica”*.

A dimensão técnica por sua vez *“exige a utilização de conhecimentos e tecnologias para sua implantação, coerentes com os pressupostos políticos e ideológicos do projeto que o referencia”*. Mendes (1994:95), entende a construção de distrito sanitário como processual e prefere chamar de processo de distritalização.

Mendes (1994:152), concebe o Distrito Sanitário *“como processo social de mudança das práticas sanitárias (...) que se manifesta no espaço operativo, no qual se estabelecem relações transacionais entre as instituições de saúde, sob gestão de uma autoridade sanitária local e reorientadas de acordo com certos princípios organizativos-assistenciais (impacto, orientação por problema), intersetorialidade, planejamento e programação local, autoridade sanitária local, co-responsabilidade, hierarquização, intercomplementariedade, integralidade, adstrição, heterogeneidade e realidade, e os conjuntos sociais, com seus problemas, delimitados por um território-processo”*.

O Distrito Sanitário compreende, portanto, um território, uma população com suas necessidades de saúde articulados e organizados, direcionados a dar respostas àquelas necessidades sob gestão de uma autoridade sanitária local, e que se responsabiliza pela saúde daquela população. É com esta compreensão que se analisa neste trabalho a implementação do DSEI Cuiabá.

O DSEI de Cuiabá está localizado no Estado de Mato Grosso, abrangendo uma área total de terras indígenas de aproximadamente 849.172 Km². Em 2002, atendia uma população estimada de 4.583 pessoas moradoras em 69 pequenas aldeias, que correspondem a aproximadamente 21,6% da população indígena do estado. Assiste a dez etnias: Bororo, Bakairi, Irantxe, Paresi, Nambikwara, Enawenê-Nawê, Myky, Umutina, Guató e Terena. Abrange áreas territoriais de 15 municípios, contudo a população indígena corresponde a apenas 1,3% dos habitantes destes municípios. Oficialmente o DSEI Cuiabá está dividido em três Pólos-base: Cuiabá, Rondonópolis e Tangará da Serra, localizados nas regiões sudeste, centro à noroeste de Mato Grosso (Anexo III). Cada um desses Pólos abrange diversas etnias (Quadro 1).

QUADRO 1. Informações sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá-MT. (DSEI de Cuiabá/MT), segundo Pólo-base, município de abrangência, variáveis demográficas (número absoluto e frequência), número de aldeias e etnias, ano de 2002

Pólo-base	Município	Pop. Geral	Pop. Indígena	% Pop. Indígena	Nº de aldeias	Etnia
Cuiabá	Paranatinga	15.342	562	3,7	7	Bakairi
	Nobres	14.983	178	1,2	3	Bakairi
	Planalto da Serra	2.881	26	1,0	1	Bakairi
	Barra do Bugres	27.460	324	1,2	1	Umutina
Rondonópolis	Rondonópolis	150.227	400	0,3	5	Bororo/Terena
	Santo Antônio do Leverger	15.435	332	2,2	3	Bororo
	Barão de Melgaço	7.682	138	2,0	1	Guató
	General Carneiro	4.349	480	11,0	3	Bororo
Tangará da Serra	Conquista do Oeste	2.584	79	3,0	2	Paresi
	Campo Novo do Pareci	17.638	201	1,1	4	Paresi
	Sapezal	7.866	540	6,8	6	Paresi/Enawenê-Nawê/Nambikwara
	Brasnorte	9.815	335	3,5	8	Irantxe/Myky
	Diamantino	18.580	17	0,1	1	Paresi
	Tangará da Serra	58.840	971	1,6	24	Paresi
TOTAL		353.682	4.583	1,3	69	

Fundação Nacional de Saúde/Relatório do DSEI Cuiabá, 2003.

Quadro adaptado.

Fonte: IBGE/Censo 2000.

Para a implementação do DSEI Cuiabá foram estabelecidos convênios entre o Desai/Funasa e as Ongs Opan e o Instituto Trópicos (organização especialmente criada com a finalidade de prestação de serviços no DSEI).

3. TÉCNICAS DA PESQUISA

Segundo Meny & Thoenig (1992:180), “*a realização de análise do processo de implementação não é tarefa fácil. As informações necessárias ao estudo requerem diversas fontes e técnicas de coleta*”. Entre estas, os autores destacam entrevistas com observadores privilegiados, grupos focais, análise de documentos da imprensa e administrativos, observação participante do entrevistador como ator no processo, observação distante, uso de questionários estruturados e de diário de campo para anotações.

Para desenvolver a dissertação, foram utilizados diversos procedimentos e técnicas para alcance dos objetivos, conforme apresentado a seguir em correspondência aos objetivos específicos da pesquisa.

3.1 Panorama do DSEI Cuiabá

Para uma descrição geral do DSEI em estudo foram analisados: tipo e natureza das organizações prestadoras de serviços conveniadas; organização do serviço de saúde, sistema de referência e contra-referência, implantação de sistema de informação e constituição dos conselhos distritais e locais de saúde indígena.

3.2 Organização dos serviços de saúde do DSEI Cuiabá

Para estudar, no DSEI Cuiabá, a organização dos serviços de saúde quanto à oferta, foram coletadas e analisadas informações relativas: à capacidade instalada de serviços de saúde, aos recursos humanos contratados e à composição das equipes multidisciplinares e a produção de serviços. Foram também estudadas a organização da oferta e sua distribuição espacial, considerando-se a distribuição dos pólos base, a integração da rede e fluxos, instrumentos de referência e os mecanismos de articulação com o SUS. Foram também coletados dados a respeito do perfil epidemiológico e das ações de saneamento desenvolvidas no âmbito do DSEI.

As informações referentes aos itens 3.1 e 3.2 foram levantadas a partir de documentos e registros administrativos de atividades das gerências do DSEI Cuiabá e das duas Ongs prestadoras de serviços, e também a partir de pesquisa no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Informações das entrevistas semi-

estruturadas com informantes-chave também permitiram conhecer melhor fluxos e dificuldades na operação do DSEI.

O estudo da oferta e a organização da rede assistencial foram complementadas, visitando no DSEI Cuiabá, os Pólos-base de Cuiabá (Casa de Saúde do Índio de Cuiabá - CASAI Cuiabá e a aldeia Pakuera), Pólo-base de Rondonópolis (aldeia Merure) e o Pólo-base de Tangará da Serra (aldeias Kotitiko e Motokodakwa). Essas aldeias foram selecionadas para visita por pertencerem a etnias diferentes, situarem-se em pólos-base diferentes e sob gerência de distintas Ongs prestadoras de serviços, a fim de permitir uma visão mais abrangente da diversidade interna ao distrito. Nestas visitas, foram observadas a dinâmica do atendimento e a estrutura física das unidades, o atendimento assistencial e levantados documentos. As observações foram registradas em diário de campo.

As visitas às aldeias possibilitaram também, além da observação da estrutura e funcionamento dos serviços, estabelecer contato com usuários e conhecer um pouco de suas vivências, percepções e avaliação sobre os serviços prestados pelo DSEI.

3.3 Participação dos atores- chaves

Para estudar o processo de implementação do DSEI Cuiabá foram realizadas 13 entrevistas, a partir de roteiro semi-estruturado, com atores-chave que participaram do processo de implementação do DSEI Cuiabá, integrantes das principais instituições e entidades envolvidas no DSEI. Foram entrevistados dirigentes, gerentes ou técnicos do: Departamento de Saúde Indígena (Desai/ Funasa); Coordenação Regional da Funasa/MT e do DSEI Cuiabá; Administração Executiva Regional da Funai de Cuiabá; representante de convênio ligado à questão indígena no Mato Grosso (Projeto PNUD/Brasil); Cimi de Mato Grosso; secretário municipal de saúde, sede de pólo base; secretário de estado da saúde de Mato Grosso; gerentes e técnicos das organizações conveniadas com a Funasa para executar ações de saúde (Opan e Instituto Trópicos); e um Conselheiro indígena integrante do Conselho Distrital de Saúde Indígena de Cuiabá (CONDISI Cuiabá)¹.

Esses atores foram selecionados devido a sua participação no processo de implementação do DSEI Cuiabá e por representarem as principais organizações e instituições envolvidas.

¹ Não foi possível entrevistar os demais Conselheiros como estava previsto (total de três) porque eles preferiram opinar sobre a implementação da atual Política de Saúde Indígena, quando suas aldeias fossem

Nas entrevistas foram abordados os seguintes temas: participação no processo, posições, resistências, adesões, histórico e etapas da implantação, especificidade da organização dos serviços, dificuldade do funcionamento, vantagens e desvantagens das parcerias com Ongs para a execução, fatores facilitadores e limitantes do processo de implementação dos DSEIs (roteiro em anexo).

Os roteiros para entrevistas tiveram uma estrutura comum para todos os entrevistados, com perguntas diferenciadas para representantes institucionais, gerentes de ONGs e representantes indígenas. O roteiro semi-estruturado foi previamente testado com um profissional da Funasa/Coordenação Regional que trabalha com populações indígenas mesmo antes da execução da saúde passar totalmente para a Funasa em 1999.

As informações levantadas por meio das entrevistas foram analisadas para responder aos objetivos de discutir a participação de atores-chave no processo de implementação do DSEI Cuiabá, identificando resistências e adesões; e os principais obstáculos para a efetivação do DSEI Cuiabá. O material de parte das entrevistas serviu também para examinar as parcerias institucionais na prestação de serviços ao DSEI Cuiabá, assim como para conhecer a organização da rede do DSEI.

3.4 Parcerias institucionais

Para examinar as parcerias institucionais foi realizada análise documental, que completou as informações obtidas nas entrevistas. Foram analisados os convênios e os relatórios das atividades das Ongs e outros instrumentos utilizados pela Funasa para acompanhar a execução dos convênios e o desempenho das Ongs.

A análise documental foi bastante difícil porque cada instituição possui sua forma de organizar as informações, tanto a Funasa/DSEI Cuiabá, quanto as conveniadas Opan e Instituto Trópicos.

Para melhor discussão dessas parcerias (terceirização/devolução) foi realizada revisão bibliográfica sobre o tema, com a finalidade de examinar as especificidades das parcerias estabelecidas para a implementação do programa.

4. TRABALHO DE CAMPO

O estudo teve início com as visitas à Funasa (Coordenação Regional e Gerência do DSEI Cuiabá) e às Ongs para informar sobre o trabalho de pesquisa, levantamento de documentos, identificação dos dados e informações disponíveis, bem como para preparação das visitas a aldeias e unidades. Todas as instituições foram acessíveis facilitando o trabalho de pesquisa.

Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), a fim de cumprir o protocolo da Funai para autorização de entrada em área indígena, obedecendo às normas que disciplinam o ingresso em Terras Indígenas com finalidade de Desenvolver Pesquisa Científica², o projeto de pesquisa foi encaminhado no primeiro semestre de 2002, à Presidência da Funai/ Coordenação Geral de Estudos e Pesquisas (Pres/Funai/CGEP) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Faz parte do protocolo da Funai o envio do projeto de pesquisa para ser analisado pelo CNPq, a fim de que este emita parecer à Presidência da Funai sobre o projeto, para que a Funai possa dar encaminhamento ao processo autorizando ou não a realização da pesquisa. Após quatro meses sem receber resposta alguma do CNPq ou da Funai foi realizado contato com ambos e então fui informada que os Correios haviam extraviado a correspondência e o projeto não havia chegado ao CNPq. O projeto então foi reenviado ao CNPq que logo emitiu parecer favorável. A Funai, contudo, respondeu à demanda somente no final do segundo semestre de 2002 autorizando a realização da pesquisa. Tendo recebido oficialmente as recomendações da Presidência da Funai, foi enviada carta às lideranças indígenas por intermédio das Administrações Executivas da Funai (AERs) solicitando autorização. Foram encaminhadas cartas: a AER/Funai de Tangará da Serra solicitando autorização para visitar a aldeia Kotitiko (etnia Paresi), a AER/Funai de Barra do Garças para visitar a aldeia Merure (etnia Bororo), à AER/Funai de Cuiabá para visitar a aldeia Pakuera (etnia Bakairi) e à AER/Funai de Cuiabá e à Operação Amazônia Nativa (Opan) carta solicitando a autorização aos Enawenê-Nawê. À medida que as autorizações iam chegando, eram enviadas à Pres/Funai/CGEP.

As autorizações das lideranças Paresi da aldeia Kotitiko e da aldeia Pakuera (etnia Bakairi) chegaram logo. As das lideranças Enawenê e dos Bororo demoraram a ser

² FUNAI/BRASIL. Instrução Normativa nº. 01/95/PRESI.

emitidas, porque ambas etnias solicitaram a presença da pesquisadora na aldeia para após esclarecimentos conceder a autorização a ser enviada posteriormente às Administrações Regionais da Funai, às quais são subordinadas, ou seja as AER da Funai de Barra do Garça e de Cuiabá.

Com a autorização das comunidades indígenas, as visitas às aldeias tiveram início em janeiro de 2003. Em geral em cada aldeia foram realizadas conversas com lideranças, observação do posto de saúde e do trabalho dos AIS e visitas às residências.

O trabalho de campo foi um dos momentos mais importantes para a elaboração da dissertação e acima de tudo para minha vida pessoal e profissional. Visitar as aldeias para observar como pesquisadora que analisa a implementação, possibilitou um olhar diferente do olhar do técnico que participa, que é responsável pela execução. Tendo apenas visitado quatro etnias das dez pertencentes ao DSEI Cuiabá, foi possível observar o quanto é complexa a cosmologia de cada etnia levando a importantes reflexões sobre se não-índios têm a capacidade de propor ações para os povos indígenas, sem sequer conhecer pelo menos um pouco da sua cosmovisão, principalmente quando se refere às questões pertinentes ao que nós (não-índios) chamamos de saúde. Em cada aldeia visitada fomos bem recebidos. Conversando com lideranças da mesma etnia de aldeias diferentes percebemos que cada uma tinha sua própria organização social e política. Verificamos acima de tudo, que relatórios e a análise documental nem sempre refletem a realidade da situação de saúde e da prestação de serviços em algumas aldeias e que o modelo de saúde proposto pela Política de Atenção à Saúde para os Povos Indígenas ainda está muito aquém de ser uma realidade para muitos índios das aldeias visitadas.

O acesso às aldeias, devido a grandes distâncias e precariedade das vias de acesso, em geral foi difícil. Contudo esta experiência, além das observações realizadas e contato com usuários, ao mesmo tempo permitiu vivenciar dificuldades para a operacionalização da atenção aos povos indígenas, como o transporte de doentes para acesso a serviços um pouco mais complexos e referências, dificuldades de locomoção e de alojamento das próprias equipes. Outra dificuldade foi a falta de financiamento externo para a pesquisa, que foi em parte superada devido ao apoio da Funasa nas visitas às aldeias.

Aldeia Kotitiko - Etnia Paresi

A autorização para visitar a aldeia foi dada pela liderança dos Paresi e referendada pela AER da Funai de Tangará da Serra, apenas para conhecer a comunidade e explicar o

trabalho a ser desenvolvido. As entrevistas com os índios deveriam ficar para outra oportunidade.

Com o apoio da Funasa/DSEI Cuiabá, que colocou a disposição uma viatura Toyota e um motorista, o trabalho foi iniciado. A AER/Funai de Tangará da Serra colocou a nossa disposição para acompanhar a ida à aldeia Kotitiko uma agente de saúde indígena da etnia Paresi. Também fez parte da equipe uma ex-funcionária do Instituto Trópicos, devido esta trabalhar com os Paresi por cerca de dez anos.

A visita à aldeia Kotitiko da etnia Paresi teve início em 17 de janeiro de 2003. Esta aldeia tem uma população de 115 habitantes da etnia Paresi distribuídas em 24 famílias (Livro de anotação do AIS da aldeia Kotitiko, fevereiro, 2003). A aldeia possui três lideranças (caciques). A Ong prestadora de serviço para esta área é o Instituto Trópicos e na aldeia existe um posto de saúde, onde trabalham três Agentes Indígenas de Saúde (AIS).

Foram visitados o posto de saúde e todas as famílias da aldeia.

Aldeia Pakuera - Etnia Bakairi

A aldeia Pakuera foi visitada em dois momentos: o primeiro no período de 06 a 08 de fevereiro de 2003 e o segundo em 09 a 03 de março de 2003. A aldeia Pakuera é uma das sete aldeias da Terra Indígena Pakuera da etnia Bakairi. É considerada uma aldeia central e é a sede do Posto Indígena Pakuera da Funai (PIN Pakuera/Funai). Possui uma população em torno de 300 habitantes e 75 famílias (Funasa, 2003). Quanto aos trabalhadores de saúde permanentes na aldeia, possui três auxiliares de enfermagem Bakairi. A Ong prestadora de serviço é o Instituto Trópicos. Em relação às lideranças indígenas, possui um cacique, um presidente da Associação *Kurá Bakairi*³ e um chefe do PIN Pakuera/Funai. Esta aldeia tem em seu entorno 6 outras aldeias, cada aldeia com seu cacique (liderança local) e seus representantes no Conselho Local de Saúde Indígena.

Foram realizadas visitas aos domicílios e ao posto de saúde, e reunião com a comunidade.

A segunda visita à aldeia, decorreu de demanda das lideranças indígenas locais por ocasião da primeira visita, que solicitaram a realização de uma reunião com a comunidade sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena e se possível conversar mais um

³ Associação cultural dos Bakairi responsável pela divulgação e promoção da cultura Bakairi.

pouco sobre a avaliação que a comunidade faz dos três anos de assistência à saúde realizada pela Funasa e Instituto Trópicos. Na segunda visita em março de 2003, a reunião foi realizada e a comunidade avaliou os serviços prestados.

Aldeia Matokodakwa - Etnia Enawenê-Nawê

A aldeia Matokodokwa é a única aldeia do povo Enawenê-Nawê, situada no município de Sapezal no estado de Mato Grosso. Segundo a Funasa (2003), possui uma população de 364 habitantes e 80 famílias vivendo em 10 casas tradicionais. Cada casa possui seu chefe, formando um grupo de 10 chefes clânicos. A Ong executora das ações de Saúde é a Operação Amazônia Nativa (Opan) que possui uma equipe permanente na aldeia, formada por um enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e três AIS em formação.

A visita a Matokodakwa foi iniciada após autorização da Funai (AER de Cuiabá) da Opan e dos Enawenê-Nawê que solicitaram a presença da pesquisadora na aldeia para poder emitir a autorização. O período da visita à aldeia foi de 20 a 24 de fevereiro de 2003. A viagem a aldeia foi demorada: ao todo foram 48 horas. De Cuiabá ao município de Brasnorte (Pólo Base) percorremos 400 Km de asfalto e 380 Km. de terra. De Brasnorte à beira do rio Juruena mais 80 Km, e da beira do rio até à aldeia 8 horas de voadeira (motor 25 HP).

Foram realizadas visitas nos domicílios acompanhadas de enfermeiro intérprete.

Aldeia Merure - Etnia Bororo

A visita à aldeia Merure, ocorreu após envio de carta a AER de Barra do Garças, solicitando a anuência dos índios Bororo da aldeia Merure. Como a resposta não chegava, telefonamos para a aldeia e contatamos com uma das auxiliares de enfermagem Bororo sobre a necessidade da visita e o seu objetivo. Após este contato o cacique autorizou a visita à aldeia.

A visita foi realizada com o apoio da Funasa/DSEI Cuiabá, que colocou a disposição uma enfermeira para nos acompanhar, um motorista e uma viatura. O período da visita foi de 6 a 9 de março de 2003.

A aldeia Merure da etnia Bororo localiza-se na Terra Indígena Merure e conta com uma população de 360 habitantes e 58 casas, 211 famílias (Funasa, 2003); possui apenas uma liderança (cacique). A equipe de saúde local é formada por dois auxiliares de

enfermagem Bororo, um AIS, dois Agentes Indígenas de Saneamento e um motorista. A Ong prestadora de serviço é o Instituto Trópicos.

Na aldeia Merure está instalada uma Missão Salesiana da Igreja Católica, que atua por mais de 40 anos na aldeia, desenvolvendo trabalho de catequese, saúde e educação.

Atualmente (2003), estão desenvolvendo projetos nas áreas de catequese, cultura e educação.

Durante a visita, foi realizada observação das atividades do posto de saúde, visitas domiciliares e reunião com lideranças.

CAPÍTULO II - POLÍTICA DE SAÚDE PARA OS POVOS INDÍGENAS NO BRASIL

O processo de colonização encetado no Brasil há cinco séculos pelos portugueses, deu início à migração que se estendeu até o século XX, e produziu paulatinamente a ocupação dos territórios habitados pelos indígenas. Este processo levou à extinção de muitas sociedades nativas que viviam no território hoje dominado por não-índios, seja pela força das armas ou de doenças exógenas, ou ainda pela aplicação de políticas visando à “assimilação” dos índios à nova sociedade implantada, com forte influência européia. Não se sabe exatamente o montante da população indígena na época do início da ocupação portuguesa.. As estimativas são divergentes, variando de 1 a 10 milhões de indivíduos. Estima-se que só na bacia amazônica tenham existido 5.600.000 habitantes e que cerca de 1.300 línguas diferentes fossem faladas pelas muitas sociedades indígenas então existentes no território que corresponde aos atuais limites do Brasil (Funai, 2001).

O movimento político-econômico de expansão, ocorrido historicamente no Brasil, trouxe para os povos indígenas reflexos catastróficos: os povos que habitavam a costa leste, na maioria falantes de línguas do tronco Tupi, foram dizimados, dominados ou refugiaram-se nas terras interioranas para evitar o contato. Os Guaranis, que hoje vivem em diversos estados do Sul e Sudeste brasileiros, conservaram sua língua e migraram do Oeste em direção ao litoral em anos relativamente recentes; as outras sociedades indígenas que vivem no Nordeste e Sudeste do país perderam seus idiomas e só falam o português, mantendo apenas, em alguns casos, palavras esparsas, utilizadas em rituais e outras expressões culturais. Nesse processo, a maioria dos idiomas indígenas desapareceu. “*A maior parte das sociedades indígenas que conseguiram preservar suas línguas vive, atualmente, no Norte, Centro-Oeste e Sul do Brasil. Nas outras regiões, elas foram sendo expulsas à medida que a urbanização avançava*” (Funai, 2001:2-3).

Hoje, estima-se a existência de 350 mil índios no país. Os povos indígenas representam apenas 0,2% da população brasileira, constituindo 210 povos, 170 línguas, com indícios da existência de 53 grupos isolados (Funai, 2001:3).¹ O tamanho da população indígena é em geral pequeno, sendo que 12 deles têm somente 38 indivíduos

¹ Todavia, a estimativa do Instituto Sócio-Ambiental/ISA (2001:1) aponta que existem hoje no Brasil 215 povos indígenas já contatados com segmentos da sociedade brasileira. E no censo 2000 do IBGE 2000 701.462 indivíduos se auto-identificaram como indígenas. Chama-se ainda a atenção que os DSEIs atendiam 374 mil indígenas.

(Folha de São Paulo, 2001). Os povos indígenas estão presentes em pequena minoria em quase todos os estados brasileiros, exceto no Piauí e Rio Grande do Norte. Cerca de 60% da população indígena vivem no Centro-Oeste e Norte do país, onde estão concentradas 98,75% das terras indígenas da Amazônia legal. Apenas 1,25% do total da extensão das terras indígenas abriga os 40% restantes da população de indígenas do país, localizada nas regiões mais ocupadas do Nordeste, Leste e Sul do Brasil (ISA, 2001:2).

Até meados dos anos 1970, acreditava-se ser inevitável o desaparecimento dos povos indígenas, uma vez que esta população continuava a decrescer; tendo atingido seu limite mais baixo naquela década. No entanto, verificou-se nos anos 1980 uma tendência de reversão da curva demográfica. Desde então, a população indígena no Brasil vem crescendo constantemente, indicando uma retomada demográfica por parte da maioria dos povos indígenas (ISA, 2001:1). O ritmo de crescimento acelerou a partir do final dos anos 1980 e hoje a taxa de crescimento da população indígena é de 3,5% ao ano – bem maior do que a taxa nacional de 1,6%, para a população geral (Folha de São Paulo, 2001).

1. HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA

Já assinalamos que o processo de colonização, com a chegada dos europeus, a partir do século XVI, trouxe para os índios brasileiros inúmeros problemas de saúde. Com o deslocamento de grandes contingentes populacionais, e de contatos para eventuais trocas comerciais, havia também exposição a novas doenças, resultando em ajustes biológicos cujas conseqüências ainda hoje percebemos (Souza *et al*, 1994:28).

Tradicionalmente, no Brasil, as Igrejas, por meio dos missionários, desempenharam o papel de cuidar dos problemas de saúde decorrentes do processo de colonização dos povos indígenas além de “catequizar” os índios, não tendo sido formuladas políticas específicas até o século XX.

Os índios só entraram na agenda nacional no início do século XX, quando formulou-se a primeira política nacional voltada para eles, sustentada por doutrina de proteção fraternal ao silvícola, sistematizada, divulgada e colocada em prática pelo engenheiro-militar Cândido Rondon. Em 1910, foi criado o Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILTN), vinculado ao Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio (MAIC)², considerado por Lima (1995:39) como

² Decreto n°. 8.072, de 20 de junho de 1910 (Lima, 1995:78).

engendrador do *status de índio*: “*como o lugar do qual se luta para centralizar e manter o monopólio sobre o exercício de diversos poderes nativos, tendo como finalidade implantar, gerir e reproduzir tal forma de poder de Estado, com suas técnicas (práticas administrativas), principais normas e leis, constituídas e constituintes de um modo de governo sobre o que seria denominado de índio (ou seu plural, índios), status que se engendra e transforma ao engendrá-los*”.

Em 1942, o SPILTN sofreu uma reestruturação passando a ser denominado de Serviço de Proteção aos Índios (SPI). Ainda vinculado ao Ministério da Agricultura³, tinha como atribuições o controle das fronteiras e sertões, a educação indígena e “*ênfatizava a preservação, conservação e desenvolvimento do patrimônio indígena (terras e recursos naturais de posse dos índios), de modo a assegurar a emancipação econômica das tribos*” (Lima, 1995:289). Ou seja, o objetivo do SPI era ‘proteger’ os índios, por meio de seu enquadramento progressivo e o de suas terras no sistema produtivo nacional. Segundo Oliveira (1995:65), “*as raízes institucionais do SPI basearam-se na concepção do problema indígena, como sendo um problema de interação entre etnias tribais e a sociedade nacional, existindo onde e quando índio e não-índio entram em contacto*”.

Em 1943, o SPI aumentou suas funções assistenciais e criou um serviço de saúde a fim de atender às demandas dos índios. Apesar do avanço no plano legislativo, durante os anos de 1940 com a aprovação do Decreto-lei nº. 10.652/1942 que “*ênfatizava a preservação, conservação e desenvolvimento do patrimônio indígena (terras e recursos naturais de posse dos índios), de modo a assegurar a emancipação econômica das tribos*” (Lima, 1995:289), na prática, a assistência prestada pelo SPI aos povos indígenas se manteve quase inalterada. Os índios continuaram a morrer por doenças evitáveis, as terras sendo invadidas e a violência crescendo. A escassez de recursos financeiros, a insuficiência de pessoal capacitado e o reduzido apoio jurídico não permitiram garantir a assistência preconizada pelas diretrizes dessa política.

O Cimi (1999:13), destaca ainda que, a partir dos anos 1940, estudos antropológicos realizados por universidades passaram a influenciar na política indigenista e os estudos etnológicos sinalizaram para a necessidade de uma assistência oficial diferenciada aos povos indígenas. Estes estudos analisaram formas de organização social e

³ Decreto-Lei nº. 10.652, de 16 de outubro de 1946 (Lima, 1995:288).

as estruturas étnicas para subsidiar a elaboração de programas, bem como para facilitar o contato e a atração dos índios para um modo de assistência integracionista.

No que diz respeito especificamente à atenção à saúde dessas populações, nos anos 1950, ocorreu uma série de eventos significativos para a assistência aos povos indígenas, com a criação no Ministério da Saúde, do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (Susa), com o objetivo de levar ações básicas de saúde às populações indígenas e rurais em áreas de difícil acesso. As ações básicas prestadas por estas unidades consistiam em atividades de vacinação, atendimento odontológico, controle da tuberculose e outras doenças transmissíveis (Funasa, 2000a:6).

Também nessa década, etnólogos foram contratados para as principais divisões da administração do SPI e este órgão sofreu fortes pressões, sendo proposta sua extinção pelo Congresso. Recomendava-se que a responsabilidade pela assistência e o patrimônio da entidade fossem transferidos para as Missões Religiosas. O SPI contra-argumentava que as instituições religiosas tinham atuação restrita a grupos de convívio pacífico, e que o seu caráter era de cunho empresarial. No entanto, o SPI não foi extinto e, em 1955, sofreu interferência político-partidária, passando agir sob a direção ao Partido Trabalhista Brasileiro (Cimi, 1999:13-14).

Para o Cimi (1999), os resultados dos contatos efetuados pelo SPI com os povos indígenas neste longo período foram desastrosos, levando ao surgimento de epidemias de doenças infecto-contagiosas que dizimaram grande parte dos povos e comunidades indígenas, citando-se como exemplo, o extermínio dos índios Kaiapó do Vale do Xingu.

O golpe de Estado de 1964, com a instauração de uma ditadura militar no país agravou os problemas enfrentados pelos povos indígenas, levando, no período seguinte, à intensificação da expropriação das terras indígenas e aumentando a frequência de surtos epidêmicos e os massacres de aldeias inteiras de sul a norte do país (Cimi, 1999:14).

O SPI permaneceu em atividades até 1967, quando foi extinto após denúncias de corrupção, pelo regime militar. Foi instaurado um processo cujo resultado foi um relatório de cinco mil páginas, em 20 volumes, trazendo provas de corrupção administrativa e de massacres de povos indígenas. As notícias de genocídio estouraram na imprensa nacional e internacional sendo divulgadas denúncias de corrupção e de violências cometidas contra os povos indígenas envolvendo latifundiários, mineradoras e empreiteiras. Alguns dos problemas que atingiram os índios foram o massacre, vendas de terras indígenas,

introdução intencional de doenças como varíola, tuberculose, sarampo e gripe. O relatório apontou, ainda, que dos 700 funcionários do SPI existentes na época, 134 eram acusados de praticar crimes contra os índios. O resultado da investigação levou o general Costa e Silva a sancionar a Lei n. 5.371, de 1967, que extinguiu o SPI e criou a Fundação Nacional do Índio/Funai (Cimi, 1999:14-15).

Lima (1995:11, 294 e 298), afirma “*que o SPI foi extinto em 1967, após uma mal conhecida apuração de graves denúncias como a acusação internacional de genocídio que lhe foi atribuída na época. Assim após seus 57 anos de existência o SPI foi extinto dando lugar à Fundação Nacional do Índio (Funai)*”. “*A sua extinção e o surgimento da Funai ainda que atendendo a uma necessidade de conferir, no plano internacional, viabilidade positiva aos aparelhos de poder estatizados no país – fruto da importância do financiamento externo para as transformações que se queria implementar – devem ser entendidas com dentro de um movimento mais geral de redefinição da burocracia do Estado, quando se preparava mais um fluxo de expansão econômica e da fronteira agrícola no país, com a conseqüente montagem de alianças e esquemas de poder que a ditadura militar implementaria*”.

A Funai foi criada, subordinada ao Ministério da Justiça, com a finalidade de estabelecer as diretrizes e garantir o cumprimento da política indigenista, que deveria ser baseada no respeito à pessoa do índio e às instituições e comunidades tribais. Entre suas atribuições, foi incluída a promoção e a prestação da assistência médico-sanitária aos índios. Na Funai, foi criado um setor de saúde específico que atuava por intermédio das Equipes Volantes de Saúde (EVS), com a finalidade de assistir à saúde do índio nas áreas indígenas. Segundo a Funasa (2000a:6), as EVS eram formadas por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Esta assistência era feita principalmente em situação de surtos epidêmicos, de forma esporádica e não sistemática, sem serem estabelecidas rotinas de atenção. As EVSs enfrentaram inúmeras dificuldades financeiras e de infra-estrutura para se deslocar até as áreas, além da ausência de uma organização assistencial ou até mesmo de um cronograma de visitas dessas equipes, previamente estabelecido. Essas deficiências limitaram-se à atenção a ações tópicas e emergências (Cimi, 1999:18).

Weiss (1998), afirma que essa estratégia foi baseada nas práticas de saúde das Unidades de Atendimento Especiais (UAE), que basicamente exerciam o controle da tuberculose, a vacinação e as remoções para tratamento de saúde, mantendo-se a assistência similar àquela de quase 50 anos antes.

O modelo de assistência à saúde adotado pela Funai por meio das EVS foi falindo lentamente com o passar dos anos. Suas equipes foram se fixando nos centros urbanos e as viagens às aldeias tornaram-se cada vez mais esporádicas. Para suprir a ausência de profissionais de saúde nas áreas indígenas, segundo a Funasa (2000a), a Funai usou como estratégia a alocação de trabalhadores de saúde, de baixa qualificação e sem nenhum conhecimento da cultura indígena.

Além da insuficiente prestação de assistência à saúde, para o Cimi (1999), a Funai não oferecia uma atenção integral e preventiva, específica e de qualidade a todos os povos indígenas e que respeitasse sua medicina tradicional. Para esta organização indigenista, a Funai durante o regime militar foi omissa no enfrentamento das principais causas das doenças nas comunidades indígenas, ou seja, nada fez quanto à expulsão dos índios ou o seu confinamento em ínfimas porções de terra, expondo-os à violência física e cultural, às invasões de garimpeiros, fazendeiros e madeireiros, à implantação de grandes projetos (hidrelétricas, rodovias, etc.) em suas terras.

2. PROCESSO DE DISCUSSÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA OS POVOS INDÍGENAS.

Nos anos 1980, com a democratização do país, o problema da assistência à saúde dos povos indígenas entrou na agenda de reforma. A VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 foi um marco na política de saúde no país e também para a saúde indígena. A Conferência aprovou a realização da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas (I CNSPI). Este encontro, realizado em Brasília, de 26 a 29 de novembro de 1986, estabeleceu as bases para o que foi chamado de subsistema específico para atenção à saúde do índio, sob a responsabilidade de agência governamental, vinculada ao Ministério da Saúde.

A I Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas contou com a participação de representantes indígenas, indigenistas, de organizações governamentais e não governamentais, que formularam os pressupostos para o futuro subsistema especial de atenção à saúde dos povos indígenas, aqui resumidos em duas citações do Relatório Final: *“...que o gerenciamento das ações e serviços de atenção à saúde para as nações indígenas deverá ser de responsabilidade de um único órgão, criando-se uma agência específica para tal fim, com representação indígena; a vinculação institucional desta agência deve ser com o Ministério responsável pela coordenação do Sistema Único de Saúde (SUS), de*

modo a integrar o sistema específico de saúde para os índios ao sistema nacional” (I CNPSI, 1986).

Além das preocupações com a especificidade do subsistema, da sua integração ao sistema nacional e com sua subordinação a uma coordenação única nacional, a I CNPSI registrou a necessidade da participação de representantes indígenas na formulação de política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações e dos serviços de saúde. (Relatório Final da I CNPSI, 1986).

Grande avanço em prol da cidadania para os povos indígenas foi a promulgação da Constituição Federal de 1988, que trouxe no texto do seu art. 231, pela primeira vez, que *“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”*. A Constituição Federal também definiu os princípios gerais do Sistema Único de Saúde (SUS), e estabeleceu direção única em cada nível de governo, responsabilidade de gestão do sistema de saúde exclusiva do Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde.

Desde a promulgação das Leis nº. 8.080 e nº. 8.142 de 1990, que regulamentaram o texto constitucional e a criação do SUS, paralelamente diversos decretos e portarias foram emitidos se constituindo em uma trama de instrumentos legais e de estruturas administrativas que conformariam o subsistema de atenção à saúde indígena.

O Decreto nº. 23, de fevereiro de 1991, baixado pelo Governo Federal, deu uma primeira definição legal do Distrito Sanitário Especial Indígena: *“... As ações e serviços serão desenvolvidos segundo modelo de organização na forma de Distrito Sanitários de natureza especial, consideradas as especificidades das diferentes áreas e das comunidades indígenas”* (Artigo IV, Decreto presidencial nº 23, de 4 de fevereiro de 1991).

Este decreto respondeu à demanda que existia desde 1986 de que a atenção de saúde aos povos indígenas fosse de responsabilidade do Ministério da Saúde. Para tanto, a Fundação Nacional de Saúde (Funasa/MS) criou, integrada ao seu Departamento de Operações, a Coordenação de Saúde do Índio (Cosai).

O mesmo decreto definiu que a Funai e a Funasa deveriam prestar assistência à saúde aos povos indígenas de forma cooperada e integrada, com a finalidade de assegurar regularidade da execução dos programas de saúde, operacionalizando programas de saúde

que respeitassem a organização sociocultural dos povos indígenas. O controle orçamentário, planejamento e distribuição de recursos seriam da Funasa (Cimi, 1999:17).

Ainda em 1991, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) por meio da Resolução 11 de 13/11/1991, criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (Cisi) com a atribuição principal de assessorar o CNS na elaboração de princípios e diretrizes de política governamental no campo da saúde indígena.

Segundo o Cimi (1999:17-18), a articulação entre Funasa e Funai foi praticamente impossível, resultando em ações conflituosas, devido principalmente à burocracia administrativa, ao corporativismo e aos conflitos de competência na aplicação da política de saúde oficial. A Funai manteve-se pressionando e buscando alteração da gestão da saúde e pouco teria feito para o desenvolvimento da implementação da assistência à saúde indígena, seguindo o modelo de organização de Distritos Sanitários Especiais. Em caráter emergencial, foi criado apenas o Distrito Sanitário Yanomami (DSY), que desde o início enfrentou sérios problemas como: ameaça de extinção da Funasa, contratação de pessoal pelo curto período de seis meses, política local e regional interferindo na gestão administrativa, insuficiência de recursos humanos e financeiros, falta de remédios, alimentação e infra-estrutura, entre outros.

A primeira formulação mais geral para o subsistema de saúde indígena atualmente em implantação, ocorreu na IX Conferência Nacional de Saúde, em 1992, quando foi defendida a atenção integral à saúde do índio, considerando seus sistemas tradicionais de cura, por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, diretamente ligados ao Ministério da Saúde administrados pelos Conselhos Indígenas de Saúde. Esta conferência solicitou a convocação da II Conferência de Saúde dos Indígenas.

Realizada em 1993, a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (II CNSPI)⁴ contou pela primeira vez com a participação paritária de delegados indígenas e não indígenas que definiram as diretrizes e princípios que deveriam nortear a política indigenista de saúde. A II Conferência formulou também o modelo de atenção à saúde indígena pautado em abordagem diferenciada e global, contemplando assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação e meio ambiente, demarcação de terras e integração institucional. As diretrizes operacionais apontaram o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) como modelo de atenção, formado com base em projetos elaborados junto com as

⁴ Realizada no período de 25 a 27 de outubro de 1993, em Luziânia/GO.

comunidades, sob a supervisão dos Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (Nisi) e com a participação de consultores técnicos se necessário (Relatório Final, da II CNSPI, 1993:2 e 3).

A importância dessa II Conferência ultrapassa suas resoluções porque foi precedida de um amplo processo de mobilização, discussão e elaboração de propostas com participação efetiva de número representativo de povos indígenas.

Somente em 1993, o Ministério da Saúde passou a ser o único responsável pela atenção à saúde. O processo de institucionalização do subsistema especial de atenção à saúde indígena teve seu ápice com a Resolução n. 57 de 6 de maio de 1993, do Ministério da Saúde, reconhecendo os Nisis – espaços de parcerias entre instituições governamentais, organizações não governamentais e representantes dos povos indígenas – como estruturas fundamentais para organização dos DSEIs. A assistência à saúde indígena passou a ser subsistema do SUS, que deveria estar subordinado administrativa e operacionalmente ao Ministério da Saúde.

Segundo Ferreira (2000), a transferência das responsabilidades de atenção à saúde indígena da Funai para a Funasa encontrou adversários em todos os níveis governamentais. Esta transferência, contudo, gerou expectativas de melhorias do serviço de saúde entre povos indígenas e indigenistas, logo seguida de decepção pela insuficiência dos serviços prestados. Segundo Ferreira, teria gerado: diminuição em quantidade e qualidade dos serviços governamentais de saúde prestados aos povos indígenas e perda do ritmo e capacidade operacional dos Nisis diante das populações indígenas.

Ainda segundo esse autor teriam ocorrido tentativas governamentais de ignorar as determinações constitucionais e os preceitos legais e administrativos que marchavam no sentido da implantação do subsistema especial de atenção à saúde indígena, subordinado ao SUS.

Em 1994, essas resistências levaram à promulgação do Decreto n.º. 1.141⁵, que revogou o Decreto-lei n.º. 23. Este decreto veio no sentido contrário ao processo de construção da política de atenção à saúde indígena no âmbito do SUS segmentando responsabilidades e ações. Determinou que as ações preventivas permaneceriam com a Funasa e as de caráter assistencial com a Funai. Definiu novo centro de poder institucional

⁵ Decreto n.º. 1.141 de 19 de maio de 1994, publicado no *Diário Oficial da União* de 20/05/94, fls. 7443/7414.

para as questões de saúde indígena, criando a Comissão Intersetorial de Saúde (CIS), com a participação de vários ministérios relacionados com a questão indígena, sob a coordenação da Funai.

A CIS, por intermédio da Resolução nº. 2, de outubro de 1994, definiu o “Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio”, que atribuía ao órgão do Ministério da Justiça, a Funai, a responsabilidade sobre a recuperação da saúde dos índios doentes, e ao Ministério da Saúde a prevenção, responsável pelas ações de imunização, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias (Funasa, 2000a:8).

A CIS, criada para presidir as ações de assistência fora do âmbito do Ministério da Saúde, portanto, não mantinha ligação direta com o Sistema Único de Saúde (SUS), e ficando a assistência à saúde à mercê de convênios com prefeituras e contratos de gestão celebrados pela Funai, terceirizando os serviços (Cimi, 1999:23).

O novo Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio, proposto pela Funai, implantado pelos Programas Integrais de Atenção à Saúde do Índio (Piasis), dependentes de convênios, “*desconheceu os esforços de articulação das ações em saúde desenvolvidos na vigência do Decreto 23/1991 e deixou sem continuidade o projeto de implantação dos DSEIs*” (Cimi, 1999:23).

Conforme avaliação do Cimi (1999:23-25), teria ocorrido na prática um verdadeiro desmonte na prestação de serviço de saúde indígena. O modelo de saúde imposto pelo Decreto nº.1.141 de 1994 atribuiu à Funai o velho papel de tutela, centralizando as decisões e excluindo a participação dos povos indígenas, significando um retrocesso em relação às diretrizes aprovadas pela II CNSPI de 1993.

Em 1999, a problemática da atenção à saúde indígena voltou a fazer parte dos temas importantes da agenda nacional, o que resultou numa série de medidas legais com a finalidade de definir a Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas, agora definitivamente a cargo do Ministério da Saúde.

Em julho de 1999, por meio de Medida Provisória,⁶ foi decidida a transferência de recursos e bens destinados às atividades de assistência à saúde da Funai para a Funasa. Em agosto⁷ foram definidas as diretrizes para a prestação de assistência à saúde aos povos

⁶ Medida Provisória nº. 1.911-8, aprovada em 29 de julho de 1999 e publicada no DOU de 30 de julho de 1999.

⁷ Foi aprovado em 27 de agosto de 1999 o Decreto Presidencial nº. 3.156.

indígenas, no âmbito do SUS, pelo Ministério da Saúde. Por meio de decreto, o governo federal assumiu ser a atenção à saúde indígena dever da União, a ser prestada de acordo com a Constituição e com a Lei nº. 8.080, objetivando a universalidade, a integralidade e a equanimidade na prestação de serviços de saúde aos povos indígenas.

Com a finalidade de definir as responsabilidades na prestação da assistência à saúde dos povos indígenas, o Ministério da Saúde elaborou portaria⁸ determinando que a execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas seria realizada por intermédio da Funasa, em estreita articulação com a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), em conformidade com as políticas e diretrizes definidas para atenção à saúde dos povos indígenas.

Finalmente, em 23 de setembro de 1999 foi sancionada a Lei nº. 9.836⁹, que definiu a política nacional de saúde indígena. A Lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, tendo como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. A partir desta Lei, foram criados 34 DSEIs, que estão espalhados em quase todo território brasileiro, exceto no Piauí e no Rio Grande do Norte, com o objetivo de atender cerca de 350 mil índios, pertencentes a 210 povos. O processo de criação dos DSEIs foi tenso e conflituoso.

Após ter sido instituído o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e terem sido implantados os DSEIs no país, foi convocada a III Conferência Nacional de Saúde Indígena (III CNSI), com o objetivo de analisar os obstáculos e avanços na implantação dos DSEI no âmbito do SUS, bem como propor diretrizes e caminhos para efetivar o acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde indígena com efetivo controle social (DOU n. 194-E, p.17, de 6/10/2000). A III CNSI realizou-se de 14 a 18 de maio de 2001, em Luziânia (GO), com o tema “Construindo e Avaliando o Sistema Único de Saúde”.

Tomaram parte da III CNSI cerca de mil participantes entre delegados índios e não índios, eleitos pelas Conferências Distritais de Saúde Indígenas, realizadas nos 34 DSEIs, convidados de organizações governamentais e não governamentais e de instituições de ensino e pesquisa que interagem com as políticas indígenas e de saúde.

⁸ Portaria nº. 1.163/GM, de 14 de setembro de 1999.

⁹ Lei nº. 9.836 de 23 de setembro de 1999, acrescentou dispositivos à Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990.

A Conferência teve como metodologia a realização de mesas-redondas, trabalhos em grupo e plenárias, com a participação de representantes indígenas e de entidades governamentais e não governamentais, que apresentaram temas e discutiram as propostas dos relatórios das Conferências Distritais de Saúde Indígena com vistas à construção de diretrizes para a política de saúde indígena.

Os principais temas discutidos foram a avaliação da implantação dos DSEIs, o respeito às especificidades culturais indígenas na atenção à saúde, a formação de recursos humanos indígenas, o controle social e questões relativas à segurança alimentar e auto-sustentabilidade.

Finalmente, em 31 de janeiro de 2002 a *Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena* foi aprovada pelo Ministério da Saúde¹⁰ reafirmando os 34 DSEIs já implantados, como responsáveis pela execução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Uma cronologia da política de atenção à saúde aos povos indígenas no país sintetizando os principais eventos e medidas legislativas discutidas neste capítulo são apresentadas no quadro a seguir.

QUADRO 2. Cronologia da política de saúde de atenção para os povos indígenas no Brasil, 1910 a 2002

Ano	Evento/ medida legislativa
1910	Criação do Serviço de Proteção aos Índios e Localização dos Trabalhadores Nacionais (SPILTN) vinculado ao Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio (MAIC), com o objetivo de proteger os índios, procurando o seu enquadramento progressivo e o de suas terras no sistema produtivo nacional.
1942	Reestruturação do SPILTN, passando a ser chamado Serviço de Proteção ao Índio (SPI)
1942	É criado no SPI um serviço de saúde
Década de 1950	Criação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (Susa), no Ministério da Saúde, com o objetivo de levar ações básicas de saúde às populações indígenas e rurais em áreas de difícil acesso.
1967	Extinção da SPI e criação da Fundação Nacional do Índio (Funai) vinculada ao Ministério da Justiça (05/12/1967). Criação das Equipes Volantes de Saúde, para atendimento às comunidades indígenas nas respectivas áreas de atuação, a fim de prestar assistência médica, aplicar vacinas e supervisionar o trabalho dos profissionais de saúde nas aldeias, geralmente auxiliares ou atendentes de saúde (05/12/1967).
1986	Realização da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, que propôs a estruturação de um modelo de atenção diferenciada baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

¹⁰ Portaria/MS-GM n.º 254, de 31 de janeiro de 2002, Art. 1º aprova “a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena”.

1988	<p>Constituição Federal: estipulou o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, assegurando-lhes capacidade civil plena Definiu os princípios gerais do Sistema Único de Saúde (SUS).</p>
1989	<p>76ª sessão da Conferência Geral da Organização Internacional do Trabalho (OIT): Nesta convenção são reforçados os direitos à diferenciação étnica e à participação nas decisões que afetem os índios, o respeito à cultura tradicional, não devendo ser utilizado nenhum meio de força ou coação que viole os direitos e liberdades, recomendados na Convenção e na Recomendação sobre Populações Indígenas e Tribais de 1957 (Genebra, 07/06/1989)</p>
1990	<p>Lei 8.080/90 regulamentou os princípios gerais do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo direção única e a responsabilidade de gestão do sistema de saúde exclusiva do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.</p>
1991	<p>Decreto Presidencial n. 23 transferiu para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas, estabelecendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas como base da organização dos serviços de saúde (04/02/1991). Criação da Coordenação de Saúde do Índio (Cosai), no Ministério da Saúde, subordinada ao Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde (Deope/Funasa), com atribuição de implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena. A Resolução 11, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (Cisi) com a atribuição principal de assessorar o CNS na elaboração de princípios e diretrizes de política governamental no campo da saúde indígena. (13/10/1991)</p>
1993	<p>Realização da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, que também propôs a estruturação de um modelo de atenção diferenciado baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas.</p>
1994	<p>Decreto Presidencial nº 1.141 de 19 de maio de 1994: Devolveu, a coordenação das ações de saúde para Funai. Constituiu no Ministério da Saúde a Comissão Intersetorial de Saúde (CIS), sob a coordenação da Funai, a fim de discutir as questões pertinentes à política de saúde indígena.</p>
1999	<p>Aprovação da Medida Provisória n. 1.911-8, que definiu a transferência dos recursos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da Funai para a Funasa (29/07/1999). Decreto Presidencial n. 3.156 dispôs sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, e alterou dispositivos dos Decretos n. 564, de 8 de julho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994 (27/08/1999). Portaria nº 1.163/GM dispôs sobre as responsabilidades na prestação da assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde, determinando a execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas por intermédio da Funasa, em estreita articulação com a Secretaria de Assistência à Saúde/SAS, em conformidade com as políticas e diretrizes definidas para atenção à saúde dos povos indígenas (14/09/1999). Portaria n. 852/99 da Funasa, criou os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), de acordo com a denominação, vinculação administrativa, jurisdição territorial, sede, população, etnias. Definiu competências, organização, gestão e controle social dos DSEI (30/09/1999). Sancionada a Lei n. 9.836, que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena Acrescentou dispositivos à Lei n. 8.080, de 19.09.1999, e dispôs sobre as condições para a promoção, proteção da saúde dos povos indígenas e sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (23/09/1999).</p>
2002	<p>Aprovada pelo Ministro da Saúde, Art. 1º da Portaria no. 254, a “Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas” (31.01.2002).</p>

Elaboração própria.

3. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS NO BRASIL

A Política de Saúde Indígena aprovada em 31 de janeiro de 2002, tem como propósito “*garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essas populações mais vulneráveis 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*”(Funasa, 2002d:13).

3.1. Diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde para os Povos Indígenas

Para garantir o propósito da Política Nacional de Atenção à Saúde para os Povos Indígenas foram instituídas diretrizes com a finalidade de “*orientar a definição de instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle de atenção à saúde dos povos indígenas*” (Funasa, 2002d:13)

3.1.1 Subsistema de Saúde Indígena

A atenção à saúde dos povos indígenas é prestada por meio do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, instituído por Lei¹¹, enquanto componente do SUS. Devendo de forma obrigatória considerar “*a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos assistenciais à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional*”. Como subsistema do SUS deve ser descentralizado, hierarquizado e regionalizado. Ter como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, tendo como retaguarda o SUS, que também deve ser a primeira referência para as ações de saúde de forma integrada em todos os níveis de atenção à saúde. À população indígena cabe participar de organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação da política de Saúde, a fim de exercer o controle social (Funasa, 2002d:27 e 28).

Modelo Assistencial e Serviço de Referência

O modelo de organização de serviços de saúde definido pela Política de Saúde Indígena é o DSEI, que deve ser orientado para um espaço geográfico, populacional, etnocultural e administrativo, que contemple um conjunto de ações de saúde. Deve

¹¹ Lei n.º 9.836, de 23 de setembro de 1999, publicada no D.O.U de 24/09/1999, Seção 1, p.1.

promover a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolver atividades gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social (Funasa, 2002c:12-13).

A organização do Subsistema de Saúde Indígena e conseqüentemente dos DSEI deve ser orientada de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, como o respeito às concepções, valores e práticas relativas ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas. Deve considerar *“a diversidade social e cultural dos povos indígenas, como também respeitar seus sistemas tradicionais de saúde, que são elementos imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequada ao contexto local”* (Funasa, 2002d:17).

Para Athias e Machado (2001:429), *“a noção de Distrito Sanitário Indígena está centrada na organização da prestação de serviço de saúde pertinente a cada realidade étnica, de forma que as ações decorrentes sejam eficazes para determinada população indígena, sendo fundamental a participação das diversas instâncias organizativas indígenas na formulação das políticas do setor. As experiências deveriam apontar os problemas no nível organizativo, cuja resolução deveria ser encontrada no local”*.

Segundo o documento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), a implantação dos DSEIs deve ter por base critérios de: população, área geográfica, perfil epidemiológico, disponibilidade de serviços, recursos humanos, infra-estrutura, vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS. Devem ainda ser consideradas as relações sociais entre diferentes povos indígenas; o que significa dizer que os DSEIs ultrapassam limites de estados e municípios (Funasa, 2000a:13).

De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, os DSEIs são organizados por meio de uma rede de serviços básicos de saúde dentro das áreas indígenas, que deve estar articulada com serviço de maior complexidade. *“As equipes de saúde indígena são compostas por médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, podendo contar com a participação de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas e técnicos considerados necessários. Quanto ao número, qualificação e perfil dos profissionais, estes deverão ser estabelecidos de acordo com o planejamento, considerando o número de*

habitantes, a dispersão populacional, as condições de acesso e o Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde” (Funasa, 2000a:13).

O fluxo na rede de serviços de saúde do DSEI deve iniciar-se na aldeia, por meio de atenção prestada pelos Agentes Indígenas de Saúde, em postos de saúde da aldeia e periodicamente por meio de visitas das equipes multidisciplinares previamente programadas. Seguindo o fluxo, o segundo nível está constituído pelos pólos-base que são unidades básicas de saúde, onde atuam as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena. Os pólos-base são a primeira referência para os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) que atuam nas aldeias. Podem estar localizados na própria comunidade indígena ou em município de referência, neste último caso correspondem, em geral, a uma unidade básica de saúde já existente na rede de serviço daquele município. Cada pólo-base cobre um conjunto de aldeias. Sua equipe, além de prestar assistência à saúde, deve realizar a capacitação dos agentes indígenas de saúde (Funasa, 2000a:13-14).

Para referência o Desai/Funasa considera que: *As demandas que superem a capacidade de resolução no nível dos Pólos-Base podem ser resolvidas de variadas formas, de acordo com a realidade local e a disponibilidade de oferta de serviço de saúde na região: a) Serviço especializado na sede do mesmo município que o Pólo-Base ou no mais próximo (oferecendo médico especialista ou equipamentos de eletrocardiografia, por exemplo); b) Hospital local de pequeno porte com baixa complexidade e resolução (algumas clínicas básicas e equipamentos de diagnóstico e terapia); c) Hospital regional de médio porte de alta complexidade e resolução (clínicas básicas mais algumas especializadas, e diagnóstico e terapia mais complexos); d) Hospital geral/especializado de grande porte em alta complexidade e resolutividade (Funasa, 2001:7).*

A constituição da rede de referência depende da disponibilidade de oferta de cada região. A relação com os serviços especializados e hospitais se estabelece por meio de convênios ou contratação de serviços especializados. Os prestadores de serviços *recebem do Fundo Nacional de Saúde, mensalmente, diretamente nas contas correntes do cadastro de Estabelecimentos de Saúde do SUS, o fator de incentivo para Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena, no limite máximo de 30% da produção total das AIH aprovadas das Unidades que prestam atendimento ao índio. (Portaria Conjunta SE/SAS no. 12 de 02 de junho de 2000).*

A rede do Subsistema de Saúde Indígena deve operar de forma integrada com o estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência de pacientes e informações (Funasa, 2000a: 14).

Segundo a Funasa (2001:7), *“o modelo de organização de atendimento à saúde hierarquizado pretende resolver grande parte dos problemas de saúde dentro das aldeias e nos pólos-base, evitando a evolução de doenças para formas severas uma vez que o serviço próximo à população permitiria a detecção e resolução dos casos de modo precoce e mais eficiente. Com isso, pretende-se significativa redução de gastos com transportes para remoção de pacientes e com tratamentos de maior complexidade”*.

Fazem também parte do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, além das unidades de referência do SUS (públicas ou privadas). *“As Casas de Saúde do Índio, localizadas em municípios de referência, em geral na capital dos Estados. Estas casas foram e estão sendo readaptadas, considerando as especificidades da saúde indígena, para facilitar o acesso da população de um ou mais Distritos Sanitários ao atendimento secundário e/ou terciário, servindo de apoio entre a aldeia e a rede de serviços do SUS. Para tanto devem receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e seus acompanhantes, durante o período de tratamento; estabelecer os mecanismos de referência e contra-referência com a rede do SUS; prestar assistência de enfermagem aos pacientes pós-hospitalização e em fase de recuperação; acompanhar os pacientes para consultas, exames subsidiários e internações hospitalares; e fazer a contra-referência para os pólos-base, além de articular o retorno dos pacientes e acompanhantes aos seus domicílios, por ocasião da alta”* (Funasa:2000:14).

Preparação de Recursos Humanos para atuação no contexto intercultural

A responsabilidade pela organização e ou execução do processo de formação e de educação continuada para os profissionais que atuam no âmbito dos DSEIs deve ser da Fundação Nacional de Saúde (Funasa, 2003:16).

Segundo a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, umas das principais estratégias para favorecer a apropriação pelos indígenas do conhecimento da medicina ocidental, é a formação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS), por meio do Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde, concebido como parte do processo de construção dos DSEIs. A formação dos AIS desenvolver-se-á em serviço, de forma continuada sob a responsabilidade de instrutores/supervisores devidamente capacitados e

com a colaboração de outros profissionais de serviço de saúde e das lideranças e organizações indígenas. O Programa de Formação dos AIS deve ser elaborado atendendo os dispositivos legais da Lei das Diretrizes Básicas da Educação (LDB) – Lei nº. 9.394 de 1996, “*no que diz respeito ao ensino básico, direcionado para a construção de competências e habilidades, visando facilitar o prosseguimento da profissionalização nos níveis (técnico) e superior (tecnológico)*”. Deve ainda, adotar uma metodologia participativa visando facilitar e fomentar a comunicação intercultural, favorecendo a troca de conhecimentos (Funasa, 2000d:15 a16).

A capacitação dos profissionais de saúde também deve ser priorizada, por meio de cursos de atualização, aperfeiçoamento e especialização, a fim de que seja “*um instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização dos serviços*”. A todos os profissionais que atuam no Subsistema de Saúde Indígena deve ser oportunizada a participação em eventos de capacitação de recursos humanos dos DSEIs (Funasa, 2002d:16).

Monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas

De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas para acompanhar a execução das suas ações de saúde devem contar com um sistema de informação, “*na perspectiva da vigilância em saúde, voltado pra a população indígena*” (Funasa, 2002d:16).

Este sistema de informação deverá conter informações capazes de favorecer a construção de indicadores que possam subsidiar a avaliação da situação de saúde e da organização do serviço de saúde nos DSEIs, quanto ao acesso, cobertura e efetividade. Essas informações devem ser o instrumento para a elaboração do planejamento dos DSEIs (Funasa, 2002d:16).

O sistema de informação terá instrumentos para coletas de dados propostos pelas equipes técnicas da Funasa, podendo ser adaptados à realidade local, que deverão permitir a identificação dos riscos e das condições especiais que interferem no processo saúde-doença, a fim de buscar alternativas de intervenção para cada etnia (Funasa, 2002d:16).

Quanto ao fluxo de informação, este “*deverá ser pactuado com os municípios de referência e/ou estados. Os dados gerados nos serviços de referência da rede do SUS serão encaminhados para os distritos viabilizarem todo o serviço de assistência na sua*

área de abrangência, os quais repassarão estas informações para os respectivos municípios e/ou estados, a fim de alimentar continuamente os bancos de dados nacionais, tendo seu acesso garantido a qualquer usuário” (Funasa, 2002d:16).

Os dados deverão ser acessíveis para a produção antropológica, de forma que em conjunto com os antropólogos, os profissionais da saúde possam fomentar a análise e a qualificação dos dados epidemiológicos (Funasa, 2002d:17).

A base de acompanhamento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), que possibilitará observar aspectos relacionados à estrutura, processo e resultados. O SIASI é o sistema que auxiliará *“os órgãos gestores e de controle social na elaboração de um diagnóstico situacional dos problemas de saúde identificados e as prioridades estabelecidas nos níveis técnico, social e político, visando a coerência entre ações planejadas e efetivamente executadas”* (Funasa, 2002d:17).

Articulação dos Sistemas Tradicionais Indígenas de Saúde

O processo saúde-doença é percebido por cada sociedade humana de forma específica, cada uma possui os seus sistemas de interpretação, prevenção e tratamento das doenças. Deste modo, o documento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas reconhece que: *“Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. A prática de cura responde a uma lógica interna de cada comunidade indígena e é o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empíricas e simbólicas, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde (...). Portanto, a melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência para eles de conhecimentos e tecnologias da biomedicina, considerando-os como receptores passivos, despossuídos de saberes e práticas ligadas ao processo saúde-doença”* (Funasa, 2002d:17).

Levando em considerações os pressupostos acima mencionados a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas considera que a diversidade social e cultural dos povos indígenas e os seus sistemas tradicionais de saúde são fundamentais para a implementação das ações de saúde nos DSEIs (Funasa, 2002d:17)

Segundo a Funasa (2002d:18), “*é o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e os seus diversos especialistas, o princípio que permeia as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde para os povos indígenas*”(Funasa, 2002d:18).

Promoção ao uso adequado e racional de medicamentos

A Funasa (2002d:18) afirma que a assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena, deve pautar suas ações direta e indiretamente, nas necessidades e realidade epidemiológica de dada DSEI, devendo estar orientada para garantir os medicamentos necessários.

Os DSEIs na prática das ações de assistência farmacêutica devem fomentar, incentivar e compor práticas que envolvem os conhecimentos e o uso de plantas medicinais e outros produtos tradicionais de tratamento utilizados (tradicionalmente) pelos povos indígenas, no tratamento de doenças e de outros agravos à saúde (Funasa, 2002d:18).

A Política Nacional de Atenção à Saúde para os povos indígenas, a fim de orientar os gestores dos DSEIs quanto a efetivação das ações e das diretrizes da assistência farmacêutica, definiu os seguintes pressupostos (Funasa, 2002d:18):

- a) descentralização da gestão da assistência farmacêutica no âmbito dos DSEIs;*
- b) promoção do uso racional dos medicamentos essenciais básicos e incentivos, e valorização das práticas farmacológicas tradicionais;*
- c) avaliação e adaptação dos protocolos padronizados de intervenção terapêutica e dos respectivos esquemas de tratamento, baseadas em decisão de grupo técnico interdisciplinar de consenso, considerando as variáveis socioculturais e as situações especiais (como grupos indígenas isolados ou com pouco contato, com grande mobilidade e em zonas de fronteira);*
- d) controle de qualidade e vigilância em relação a possíveis efeitos iatrogênicos, por meio de estudos clínicos, epidemiológicos e antropológicos específicos;*
- e) promoção de ações educativas no sentido de se garantir adesão do paciente ao tratamento, inibir as práticas e os riscos relacionados com a automedicação e estabelecer mecanismo de controle para evitar a troca da medicação prescrita e a hipermedicação; e*
- f) autonomia dos povos indígenas quanto à realização ou autorização de levantamento e divulgação da farmacopéia tradicional indígena, seus usos, conhecimentos*

e práticas terapêuticas, com promoção do respeito às diretrizes, políticas nacionais e legislação relativa aos recursos genéticos, bioética e bens imateriais das sociedades tradicionais.

Promoção de ações específicas em situações especiais

As situações especiais são aquelas “caracterizadas, fundamentalmente, por risco iminente, especificidade do processo de saúde-doença, impactos econômico e social de grandes projetos de desenvolvimento, vulnerabilidade derivada do tipo de contato, exposição e determinados agravos, como as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS, suicídio, desastres ambientais, entre outros” (Funasa, 2002d:19).

A fim de contemplar essas situações especiais, a Política Nacional de Atenção à Saúde para os povos indígenas determina algumas atividades específicas como: *“prevenção e controle de agravos à saúde em povos indígenas com pouco contato ou isolados; prevenção e controle de agravos à saúde indígena nas regiões de fronteira; exigência de estudos específicos de impactos na saúde e suas repercussões no campo social, relativos a população indígena em áreas de grandes projetos de desenvolvimento econômico e social (...), com implementação de ações de prevenção e controle de agravos; acompanhamento, monitoramento e desenvolvimento de ações que venham coibir agravos de violência (suicídio, agressões e homicídios) em decorrência da precariedade das condições de vida e da expropriação e intrusão das terras indígenas; prevenção e assistência das DSTs e AIDS; combate à fome e à desnutrição e a implantação do Programa de Segurança Alimentar para os povos indígenas, incentivando a agricultura de subsistência e a utilização de tecnologias apropriadas para beneficiamento de produtos de origem extrativa, mobilizado esforços institucionais no sentido de garantir assessoria técnica e insumos para o aproveitamento sustentável dos recursos; e o desenvolvimento do projetos habitacionais adequados e reflorestamento com espécies utilizadas tradicionalmente na construção de moradias” (Funasa, 2002d:19).*

Promoção e ética nas pesquisas e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas

A Funasa (2002d:19-20) determina que a Política Nacional de Atenção à Saúde para os povos indígenas estimule a promoção da ética nas pesquisas e nas ações no âmbito dos DSEIs envolvendo comunidades indígenas e *“na realização de eventos com objetivo de aprofundar a reflexão ética relativa à prática médica em contextos de alta diversidade*

sociocultural e lingüística”, deverão obedecer à legislação que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos¹², temática especial: pesquisas envolvendo populações indígenas¹³ e o Código de Ética Médica¹⁴

Promoção de ambientes saudáveis e proteção à saúde indígena

“O equilíbrio das condições ambientais nas terras indígenas é um fator crescente importante para a garantia de uma atenção integral à saúde dos povos indígenas” (Funasa, 2002d: 20).

A ocupação das terras indígenas, invasões, desmatamentos, queimadas, assoreamento e poluição dos rios têm afetado a disponibilidade de água limpa e limitado o acesso aos alimentos tradicionais de consumo dos índios (Funasa, 2002d:20).

As formas tradicionais dos índios ocupar a terra foram profundamente afetadas pelas relações do contato com os não-índios, levando a aparição de fenômenos demográficos não antes existentes, como concentrações demográficas e processo de imigração, provocando sérios problemas sanitários nas aldeias, indisponibilidade de alimentos e de outros recursos necessários a subsistência das comunidades indígenas (Funasa, 2002d:20).

Segundo a Funasa (2002d:20), *“as prioridades ambientais para uma política de atenção à saúde dos povos indígenas devem contemplar a preservação de fontes limpas, construção de poços ou captação à distância nas comunidades que não dispõem de água potável; a construção de sistema de esgotamento sanitário e destinação final do lixo nas comunidades mais populosas; a reposição de espécies utilizadas pela medicina tradicional; e o controle de poluição de nascentes e cursos d’água situados acima das terras indígenas”*.

Nos DSEIs as ações de saneamento básico devem levar em consideração *“os critérios epidemiológicos e estratégicos que assegurem à população água de boa qualidade, destino adequado do lixo e controle de insetos e roedores”* (Funasa, 2002d:20).

Em 2001, por meio de Portaria¹⁵ a Funasa estabeleceu as diretrizes para elaboração de projetos de estabelecimento de saúde, de abastecimento de água, melhorias sanitárias e

¹² Resolução nº. 196 de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

¹³ Resolução nº. 304 de 2000, do Conselho Nacional de Saúde.

¹⁴ Resolução nº. 1.246 de 1988, do Conselho Federal de Medicina.

¹⁵ Portaria nº. 479, de 13 de agosto de 2001 da Fundação Nacional de Saúde/MS.

esgoto sanitário, em área indígena. E definiu que é de responsabilidade da Funasa os custos com a implantação, manutenção e operação dos sistemas de saneamento em área indígena (Funasa, 2002:8).

O anexo II da Portaria no. 479/2001 definiu as diretrizes para projetos de abastecimento de água, melhorias sanitárias e esgoto sanitário, em área indígena, levando em consideração a diversidade cultural dessas comunidades. Como também definiu que a aplicação dos procedimentos técnicos para a elaboração de projetos, deve ser analisada por profissional competente e observar o nível de complexidade dos sistemas a serem adotados, respeitando-se as especificidades das comunidades indígenas (Funasa, 2002:29).

O abastecimento de água, as melhorias sanitárias e o esgoto sanitário têm por objetivo atender às demandas básicas de saneamento da família indígena, a fim de proporcionar água em quantidade e qualidade, bem como instalações sanitárias mínimas, levando em consideração a cultura e os hábitos da população indígena (Funasa, 2002: 29).

As principais melhorias sanitárias são: *a) ligação à rede de água onde existir; b) escavação e/ou proteção de poços rasos, cisternas, cacimbas, minas e nascentes; c) instalação de reservatórios para água; d) construção de banheiros; e) instalação de tanque de lavar roupa e filtro; e f) construção de privadas com fossa seca ou privada com vaso sanitário, e alternativas para o destino adequado dos dejetos como fossa séptica, sumidouro e outros* (Funasa, 2002: 29 a 30).

A Funasa (Funasa, 2002:30), afirma a importância da participação da comunidade indígena por meio dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena, na discussão das propostas de implantação do sistema de abastecimento d'água e da execução das melhorias sanitárias e benefícios, a fim de identificar as reais necessidades no âmbito dos DSEIs.

Afirma ainda, que a participação da população indígena na implantação e manutenção de um sistema de abastecimento d'água, melhorias sanitárias e esgoto sanitário tem início com as informações sobre estas atividades, com os estudos preliminares e depois com a indicação de candidatos a Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) para ser o responsável na aldeia pela operação e manutenção do sistema na aldeia, e durante todo tempo de operação (Funasa, 2002:30).

Controle social

De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos indígenas, o controle social nos DSEIs deve ser realizado por meio de Conselhos Locais de Saúde e dos

Conselhos Distritais de Saúde Indígena. Os índios devem participar de todo o processo de estruturação da atenção à saúde dos povos indígenas, mediante suas lideranças e organizações. No âmbito nacional, o controle social dar-se-á pelo Conselho Nacional de Saúde, assessorado pela Comissão Intersectorial de Saúde Indígena (Cisi), já existente e em funcionamento. Nos Conselhos Estaduais de Saúde, deverão ser criadas câmaras técnicas de caráter consultivo para tratar a questão (Funasa, 2000a:20-21).

Com a finalidade de participar da formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas garante a participação das populações indígenas nos organismos colegiados, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde (Funasa, 2000a:28).

Os Conselhos Locais de Saúde serão formados por representantes das comunidades indígenas, escolhidos entre os seus membros, contemplando ampla participação das comunidades indígenas da área de abrangência dos pólos-base, incluindo as lideranças tradicionais, médicos tradicionais (pajés), parteiras e outros. Os Conselhos Locais têm como maior atribuição identificar as necessidades específicas dos povos indígenas, em relação aos agravos de saúde que os acometem. Os profissionais de saúde participarão das reuniões quando convidados (Funasa, 2000a:20).

Os Conselhos Locais de Saúde têm como atribuição *“manifestar-se sobre as ações e os serviços de saúde necessários à comunidade; avaliar a execução das ações de saúde na região de abrangência do Conselho; indicar, se for o caso, conselheiros indígenas para o Conselho Distrital de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde; e encaminhar suas recomendações para o Conselho Distrital de Saúde por meio dos conselheiros indicados”*. (Funasa, 2000a:32).

Os Conselhos Distritais de Saúde Indígena são formados de acordo com os preceitos da Lei 8.142/90, contemplando a composição paritária de 50% de usuários (indígenas) e 50% de representantes de: organizações governamentais (Funasa, Funai, SES), prestadores de serviços (SMS, ONGs) e trabalhadores do setor de saúde. Dentre os usuários, todos os povos ou regiões da área distrital deverão estar representados, conforme indicação das comunidades, sem predominância hegemônica de algum povo ou região distrital. Aos conselheiros que não dominam o português deve ser facultado acompanhamento de intérpretes indicados (Funasa, 2000a:20-21).

São atribuição dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena: participar da elaboração do Plano de Saúde Indígena; aprovar o Plano Distrital; avaliar a execução das ações de saúde planejadas, propondo, se necessário, uma reprogramação; aprovar a prestação de contas dos órgãos e instituições executoras (Funasa, 2000a:32).

Em todos os DSEI há um avanço significativo na formação dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde Indígena. Isso tem permitido melhor identificação dos problemas, encaminhamento de soluções mais adequadas e adesão dos beneficiários. Em abril de 2000, segundo dados da Funasa, disponíveis *online*, existiam 16 Conselhos Distritais de Saúde Indígena implantados e apenas sete DSEIs tinham implantado o Conselho Local de Saúde Indígena.

3.2 Responsabilidades Institucionais

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas está sob a responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde, que deve facilitar o processo de implementação dos DSEIs, por meio da coordenação da ação de diversos órgãos e ministérios, no sentido de viabilizar as medidas necessárias ao alcance deste propósito. Segundo o documento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas “*a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), por intermédio do Departamento de Saúde Indígena (Desai), desenvolverá atividades objetivando a racionalização das ações desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, incluindo a promoção de encontros regionais, macrorregionais e nacionais para avaliar o processo de implementação desta política*” (Funasa, 2000a:22).

A Funasa, por meio de articulação intersetorial, deve buscar parcerias com instituições governamentais e não governamentais, principalmente com a Funai, para a condução da política, através de mecanismos que possam fazer frente aos diferentes problemas envolvidos no processo de saúde e doença que afetam as populações indígenas. Hoje, um dos principais parceiros na condução desta política são as organizações não-governamentais (Ongs) indígenas e indigenista, que por meio de convênios firmados com a Funasa, assumem a responsabilidade de prestar assistência à saúde das populações indígenas, no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Outro parceiro importante vem sendo o Ministério Público Federal que tem como objetivo garantir o cumprimento dos preceitos constitucionais assegurados aos povos indígenas no país (Funasa, 2000a:22-23).

A Fundação Nacional do Índio (Funai) continua sendo o órgão oficial indigenista responsável pela coordenação das ações do Governo Federal destinadas a assegurar os direitos constitucionais dos povos indígenas e deve monitorar as ações de saúde direcionadas aos povos indígenas. O Ministério da Educação, secretarias estaduais de educação e as universidades são parceiras para o apoio ao desenvolvimento de atividades de educação comunitária em bases culturalmente adequadas. Por sua vez, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Conep), criada pelo Conselho Nacional de Saúde, visa à vigilância ao cumprimento dos princípios éticos na realização de pesquisas, em virtude das características de vulnerabilidade da população indígena.

Atendendo às exigências do controle social estabelecidas na Lei n. 8.080/90, foi articulada a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi), órgão assessor do Conselho Nacional de Saúde, integrado por instituições públicas, organizações não governamentais e organizações representativas dos povos indígenas. A Cisi tem por finalidade acompanhar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Povos Indígenas (Funasa, 2000a:21-24).

Quanto à articulação intra-setorial, faz-se necessário um envolvimento articulado e acordado com os gestores nacional, estaduais e municipais do SUS, *“por meio de um planejamento pactuado nos DSEIs de forma que resguarde o princípio da responsabilidade federal com efetivo controle social exercido pelas comunidades indígenas”* (Funasa, 2000a:22).

3.3 Financiamento

A Política Nacional de Atenção à Saúde do Povos Indígenas define que o financiamento das ações a serem desenvolvidas nos DSEIs é de responsabilidade federal, com recursos orçamentários da Funasa e do Ministério da Saúde, podendo ser complementados por recursos de organismos de cooperação internacional e da iniciativa privada. Como a população indígena está contemplada nos mecanismos de transferência do SUS, os Estados e municípios também devem de forma complementar atender a essa população. O financiamento dos DSEIs obedece a critérios de número populacional, situação epidemiológica e características de localização geográfica (Funasaa, 2000:24).

3.4 implementação do subsistema de atenção à saúde dos povos indígenas no país: Panorama dos DSEI

A Política Nacional de Atenção à Saúde para os Povos Indígenas tem características particulares: atende a minorias étnicas correspondentes em seu conjunto a apenas 0,2% da

população brasileira; a responsabilidade institucional de implementação é do Governo Federal; são estabelecidos convênios com instituições governamentais e não governamentais para implementar os distritos sanitários especiais indígenas e executar as ações de saúde (Quadro 3).

A responsabilidade institucional é federal, do Ministério da Saúde, por meio da Funasa, que é desconcentrada para os Estados, por meio das Coordenações Regionais. A Funasa financia os DSEIs. Outro órgão responsável é a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/MS), que participa no financiamento de alguns programas, bem como paga incentivo para hospitais que assumem a responsabilidade de receber a população indígena, respeitando suas especificidades culturais.

A responsabilidade pela execução das ações de saúde nas áreas indígenas fica a cargo de instituições parceiras governamentais (Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Universidades e Exército Brasileiro) e/ou não governamentais (indígenas, indigenista e não indigenista). Estas organizações são conveniadas com a Funasa em nível central. Os convênios são estabelecidos diretamente entre o nível federal por meio do Departamento de Saúde Indígena (Desai) da Funasa/MS e as organizações prestadoras de serviços de saúde, resultando em baixa subordinação das entidades conveniadas aos gerentes dos DSEIs, integrantes das unidades regionais desconcentradas da Funasa.

O quadro abaixo sintetiza as características específicas desta política.

QUADRO 3. Características da Política Nacional de Atenção à Saúde para os Povos Indígenas

É um subsistema do SUS	Regulamentado através da Lei 9.836/1999
Atende a minorias étnicas da população brasileira	Estima-se uma população aproximada de 350 mil pessoas, pertencentes a 210 povos
Responsabilidade institucional	Federal do Ministério da Saúde através da Funasa – coordenação e execução da política de saúde e da SAS – financiamento de programas e pagamento do incentivo hospitalar
Modelo de atenção	Distrito Sanitário Especial Indígena (34 no país). Deve respeitar os sistemas tradicionais de saúde indígenas
Responsabilidade pela execução das ações de saúde nas áreas indígenas	Parcerias com instituições governamentais (Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Universidades e Exército Brasileiro) e não governamentais (indígenas, indigenista e não indigenista)
Execução das ações de saúde.	Equipes Multidisciplinares (médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e agente indígena de saúde), podendo ser integradas por outros profissionais fora da área de saúde como antropólogos, engenheiros.

Intersetorialidade	Deverá haver articulação com a Funai (órgão indigenista oficial) e parcerias com instituições que tratam de questões voltadas para a melhoria da situação de saúde dos povos indígenas
Sistema de Referência	Público e privado
Incentivo hospitalar	Pagamento diferenciado da SAS/MS, para hospitais de referência credenciados ao SUS

Elaboração própria

Grande parte dos DSEIs foi implementada por meio de convênios com organizações não governamentais sem fins lucrativos. Neste contexto, a implementação dos DSEIs estaria sofrendo um processo de terceirização (Cimi, 2001; Garnelo & Sampaio, 2001). Esta forma de implementação tem sofrido críticas. O Conselho Indigenista Missionário afirma que a opção de implementar os distritos via convênios com ONGs restringiria a autonomia dos DSEIs e que a terceirização responderia a interesses neoliberais de enxugamento do Estado (Cimi, 2001:1).

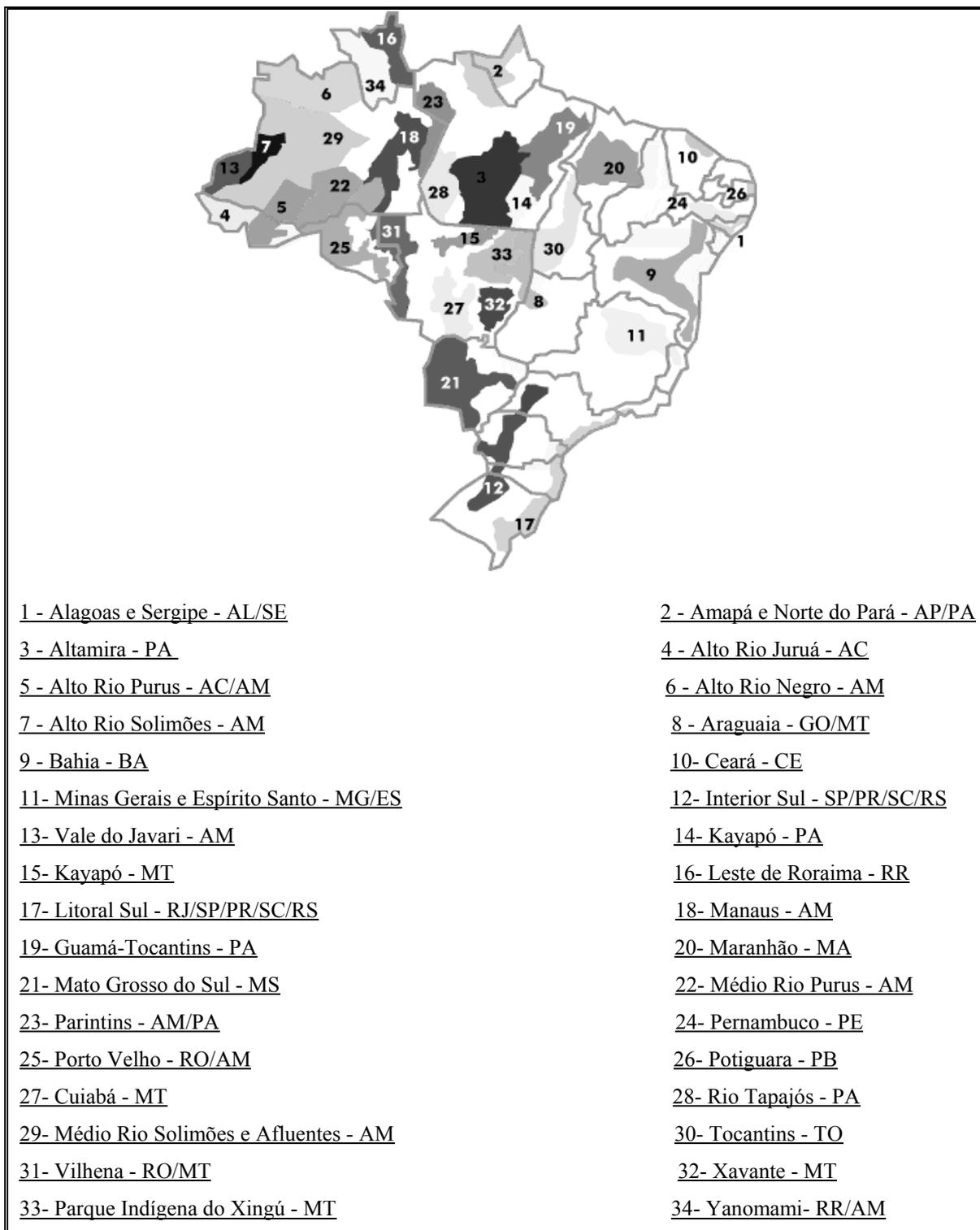
Para o Cimi (2001:1), esta política de convênio traria como conseqüências: a transferência do poder de decisão, coordenação e definição das ações prioritárias para a mão de terceiros (instituições conveniadas) em detrimento das comunidades indígenas; esvaziaria as atribuições do Conselho Distrital de Saúde dificultando a sua participação na formulação da política local de saúde; e causaria uma inversão na lógica da proposta construída nas Conferências de Saúde, de forma coletiva e participativa. Estas restrições seriam decorrentes do fato de que o Governo Federal, ao estabelecer os convênios, fixaria ações de cima para baixo e definiria o orçamento necessário para a implementação dos serviços de saúde à revelia dos projetos apresentados pelos distritos.

De fato, no processo de implementação dos DSEIs, as decisões são pouco desconcentradas para as coordenações regionais da Funasa responsáveis pela gerência dos DSEIs. As relações são estabelecidas diretamente entre o Desai da Funasa e as instituições conveniadas para a execução da política. O conselho distrital que faz parte da estrutura distrital pouco interfere, deste modo, na relação Desai/Funasa e Ongs.

Nesta secção apresenta-se o quadro geral da situação da implementação do subsistema de atenção à saúde dos povos indígenas da política nacional por meio de panorama das características dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas implantados no país. Algumas das informações referem-se ao ano 2000, pois para esta parte utilizamos dados secundários e o Desai/Funasa ainda não disponibilizou dados mais recentes para todos os aspectos aqui tratados.

No Brasil, a partir de 1999 foram implantados 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Figura 2).

FIGURA 2. Mapa do Brasil com a numeração dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil, 2003



Fonte: Extraído de Funasa, 2003.

3.4.1 Características dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs)

No quadro abaixo apresentam-se características gerais dos 34 DSEIs implantados no país (1999) com dados atualizados de 2002. É possível observar como os DSEIs estavam organizados quanto à sua distribuição por unidades federativas, sede administrativa (localizada geralmente em capital ou em cidade de grande porte dos estados), população indígena, aldeias e etnias. Observa-se que dos 34 DSEIs, 12 ultrapassam divisas territoriais, abrangendo dois ou mais estados. O DSEI Cuiabá, contudo, está delimitado nos limites do estado de Mato Grosso.

QUADRO 4. Características gerais dos DSEIs. Brasil, 2002

Nº	DSEI	Sede	UF	Nº População Indígena	Nº de Aldeias	Nº de Etnias
1	Alagoas e Sergipe	Maceió/AL	AL/SE	6.997	10	9
2	Amapá e Norte do Pará	Macapá/AP	AP/PA	5.821	96	*7
3	Altamira	Altamira	PA	1.677	12	10
4	Alto Rio Juruá	Cruzeiro do Sul	AC	7.069	82	13
5	Alto Rio Purús	Rio Branco /AM	AC/AM/RO	5.644	59	9
6	Alto Rio Negro	São Gabriel da Cachoeira	AM	27.372	657	*2
7	Alto Rio Solimões	Tabatinga	AM	28.190	111	3
8	Araguaia	São Félix do Araguaia/MT	MT/GO	2.535	9	3
9	Bahia	Salvador	BA	14.988	43	8
10	Ceará	Fortaleza	CE	8.119	20	5
11	Minas Gerais e Espírito Santo	Governador Valadares/MG	MG/ES	9.212	13	6
12	Interior Sul	Chapecó/SC	SC/RS/PR/SP	28.995	56	5
13	Vale do Javari	Atalaia do Norte	AM	2.585	22	5
14	Kaiapó-PA	Redenção	PA	3.263	29	2
15	Kaiapó-MT	Colíder/MT	MT/PA	2.498	12	5
16	Leste de Roraima	Boa Vista	RR	29.910	211	3
17	Litoral Sul	Curitiba/PR	RS/SC/PR/SP/RJ	3.500	40	2
18	Manaus	Manaus	AM	11.108	115	10
19	Guamá –Tocantins	Belém	PA	3.693	37	11
20	Maranhão	São Luiz	MA	19.021	177	8
21	Mato Grosso do Sul	Campo Grande	MS	42.098	54	7
22	Médio Rio Purús	Lábrea	AM	3.380	55	5
23	Parintins	Parintins/AM	AM/PA	7.984	87	8
24	Pernambuco	Recife	PE	27.038	120	8
25	Porto Velho	Porto Velho/RO	RO/AM	6.041	82	26
26	Potiguará	João Pessoa	PB	9.701	23	1
27	Cuiabá	Cuiabá	MT	4.521	60	10
28	Rio Tapajós	Itaituba	PA	4.985	86	2
29	Médio Rio Solimões e Afuente	Tefé	AM	6.710	75	11
30	Tocantins	Palmas	TO	6.945	68	6
31	Vilhena	Vilhena/RO	RO/MT	4.784	114	*20
32	Xavante	Barra do Garças	MT	9.919	110	1
33	Parque Indígena do Xingu	Canarana	MT	3.982	47	16
34	Yanomami	Boa Vista/RR	RR/AM	13.398	188	2
Total				373.684	2.980	249

Elaboração própria.

* Significa que existem etnias não identificadas.

Fonte: Fundação Nacional de Saúde (Funasa): Abril 2002.

Quanto ao tamanho da população indígena coberta, observa-se que dos 34 DSEIs, 23 têm população inferior a 10 mil habitantes, seis têm população entre 10 mil e 20 mil habitantes e apenas cinco possuem população superior a 20 mil habitantes. Os DSEIs são compostos em média por 88 aldeias, com extrema variação (9 a 623). Entre o total de DSEIs, nove deles têm um número de aldeias superior a 100. Em geral, diversas etnias compartilham o mesmo DSEI, o que agrega dificuldade para implementação de atenção respeitando características culturais. Somente os DSEIs Potiguará e Xavante cobrem população de apenas uma etnia.

No que se refere à organização do serviço de saúde, no quadro 5 observa-se como os DSEIs, no ano de 2000, estavam compostos quanto ao número de equipes multidisciplinares, número de postos de saúde, número de pólos-base e também quanto à existência ou não articulação dos DSEI com o SUS para sistema de referência. Observa-se que dos 34 DSEIs em abril de 2000, a maioria já contava com a Equipe Multidisciplinar (apenas dois deles não as possuíam), 12 não possuíam posto de saúde, um (DSEI Parintins) não possuía pólo base, dez não dispunham de Casa de Saúde do Índio (CASAI) praticamente todos os DSEIs faziam alguma articulação com o SUS.

QUADRO 5. Número de equipes multidisciplinares, postos de saúde, pólos-base, Casas de Saúde do Índio, por DSEI e sua relação com o SUS. Brasil, 2000

Nº	NOME DO DSEI	UF	EQUIPE MULTIDISCIPLINAR*	Nº POSTO SAÚDE	Nº POLO BASE	Nº CASAÍ**	ARTICULAÇÃO COM O SUS
1	Alagoas e Sergipe	AL/SE	5	3	5		SIM
2	Amapá e Norte do Pará	AP/PA	3		3	2	SIM
3	Altamira	PA	3	10	3	1	SIM
4	Alto Rio Juruá	AC	3		3	1	SIM
5	Alto Rio Purús	AC/AM/RO	3		3	1	SIM
6	Alto Rio Negro	AM		15	3	1	Em negociação
7	Alto Rio Solimões	AM	7	10	7	1	SIM
8	Araguaia	MT/GO	2*	12	3	1	SIM
9	Bahia	BA	10	4	8		SIM
10	Ceará	CE	4		3		SIM
11	Minas Gerais e Espírito Santo	MG/ES	7		5	1	SIM
12	Interior Sul	SC/RS/PR/SP			3		SIM
13	Vale do Javari	AM	2	6	6	1	SIM
14	Kaiapó-PA	PA	2	5	2	1	SIM
15	Kaiapó-MT	MT/PA	2		2	1	SIM
16	Leste de Roraima	RR	4	5	9		SIM
17	Litoral Sul	RS/SC/PR/SP/RJ					SIM/com dificuldades
18	Manáus	AM	4		9	1	SIM
19	Guamá - Tocantins	PA	3	4	2		SIM
20	Maranhão	MA	4		5	3	SIM
21	Mato Grosso do Sul	MS	11	30	11	2	SIM
22	Médio Rio Purús	AM	2	47	9	2	SIM
23	Parintins	AM/PA	1	3		1	Em negociação
24	Pernambuco	PE	6	10	7		SIM/com dificuldades
25	Porto Velho	RO/AM	5		3		SIM e em implantação
26	Potiguará	PB	2		2		SIM
27	Cuiabá	MT	3	14	3	1	SIM
28	Rio Tapajós	PA	2	5	8	2	SIM
29	Médio Rio Solimões e Afluentes	AM	5	30	5	1	SIM
30	Tocantins	TO	4		4	2	SIM
31	Vilhena	RO/MT	4		4	2	SIM
32	Xavante	MT	7	5	4	2	SIM
33	Parque Indígena do Xingu	MT	4	3	3	1	SIM
34	Yanomami	RR/AM	6		24	1	SIM
TOTAL			128	221	171	33	

Elaboração própria

* Equipe Multidisciplinar de Saúde da Família Indígena

** Casa de Saúde do Índio

 Sem informação

Fonte: Fundação Nacional de Saúde/Funasa: abril 2000

Com relação à capacidade instalada nos 34 DSEIs, a Funasa (2003:9) informa que por ocasião da implantação dos DSEIs foram investidos recursos financeiros do Desai/Funasa, para estruturar a rede física dos serviços de saúde nas aldeias, como também as Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAIs). No período de 2000 a 2003 foram construídos e equipados 258 postos de saúde, 64 pólos-base e 5 CASAIs. Foram reformados e/ou ampliados 154 postos de saúde, 88 pólos-base e 34 CASAIs. Ou seja, em 2002, a capacidade instalada dos DSEIs era de 412 postos de saúde, 152 pólos-base e 34 CASAIs.

A Funasa informa ainda que para possibilitar o acesso da população indígena aos

serviços básicos de saúde com o sistema de referência, foi investido na compra de meio de locomoção (viaturas, barcos, etc.) e comunicação (sistema de rádio, telefone, etc.). Até 2002 os DSEIs contavam com 400 veículos (entre automóveis e barcos), mais de 1000 rádios de transmissão e mais de 400 computadores (Funasa, 2003:9).

3.4.2 Gestão de Pessoas

Quanto aos profissionais de saúde disponíveis nos DSEIs em 2000, seu primeiro ano de implantação, a tabela seguinte apresenta o número de médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes indígenas de saúde e agente indígena de saneamento, bem como o número de outros profissionais (nesta categoria temos antropólogos, psicólogos, engenheiros, laboratoristas, auxiliar de saneamento, etc.) Observa-se que nos DSEIs a relação em 2000 era de 0,5 médico para 1.000 índios, bastante abaixo da relação de 1,6 médico por 1.000 habitantes observada no país (1999).

TABELA 1. Número de profissionais de saúde por DSEI, 2000

Nº	Nome do DSEI	UF	MÉDICO	DENTISTA	ENFERMEIRO	Aux. de Enfermag.	AIS*	AISAN**	OUTROS	TOTAL
1	Alagoas e Sergipe	AL/SE	6	6	7	10	10	5	4	48
2	Amapá e Norte do Pará	AP/PA	1	2	4	20	48	0	29	104
3	Altamira	PA	2	1	3	12	13	0	19	50
4	Alto Rio Juruá	AC	3	1	4	6	73	0	5	92
5	Alto Rio Purús	AC/AM/RO	3	2	7	9	58	0	15	94
6	Alto Rio Negro	AM	8	9	20	51	146	0	48	282
7	Alto Rio Solimões	AM	5	5	8	28	200	5	40	291
8	Araguaia	MT/GO	2	1	3	14	19	6	22	67
9	Bahia	BA	11	10	11	20	48	38	0	138
10	Ceará	CE	4	4	12	10	15	6	15	66
11	Minas Gerais e E. Santo	MG/ES	6	5	8	12	72	0	3	106
12	Interior Sul	SC/RS/PR/SP	19	18	27	81	70	30	18	263
13	Vale do Javari	AM	1	0	2	18	44	0	5	70
14	Kaiapó-PA	PA	2	2	4	21	29	0	13	71
15	Kaiapó-MT	MT/PA	1	1	3	19	23	0	16	63
16	Leste de Roraima	RR	7	6	9	10	19	230	10	291
17	Litoral Sul	RS/SC/PR/SP/RJ	7	6	8	23	40	0	6	90
18	Manáus	AM	3	2	6	13	57	0	25	106
19	Guamá - Tocantins	PA	2	2	3	12	24	2	8	53
20	Maranhão	MA	4	3	8	56	95	0	28	194
21	Mato Grosso do Sul	MS	8	4	12	25	96	0	92	237
22	Médio Rio Purús	AM	1	2	2	15	25	0	0	45
23	Parintins	AM/PA	3	2	6	21	14	0	0	46
24	Pernambuco	PE	9	12	12	17	55	13	22	140
25	Porto Velho	RO/AM	3	1	10	12	65	0	15	106
26	Potiguara	PB	2	3	5	9	13	13	0	45
27	Cuiabá	MT	3	2	4	15	32	0	0	56
28	Rio Tapajós	PA	1	1	5	19	20	0	20	66
29	Médio Rio Solimões	AM	3	3	7	24	54	0	42	133
30	Tocantins	TO	6	2	5	11	53	10	15	102
31	Vilhena	RO/MT	4	3	7	25	77	4	45	165
32	Xavante	MT	7	2	9	57	110	6	40	231
33	Parque Indígena do Xingu	MT	3	2	6	15	22	0	6	54
34	Yanomami	RR/AM	13	7	24	90	19	0	90	243
TOTAL			163	132	271	800	1758	368	716	4208

Elaboração própria.

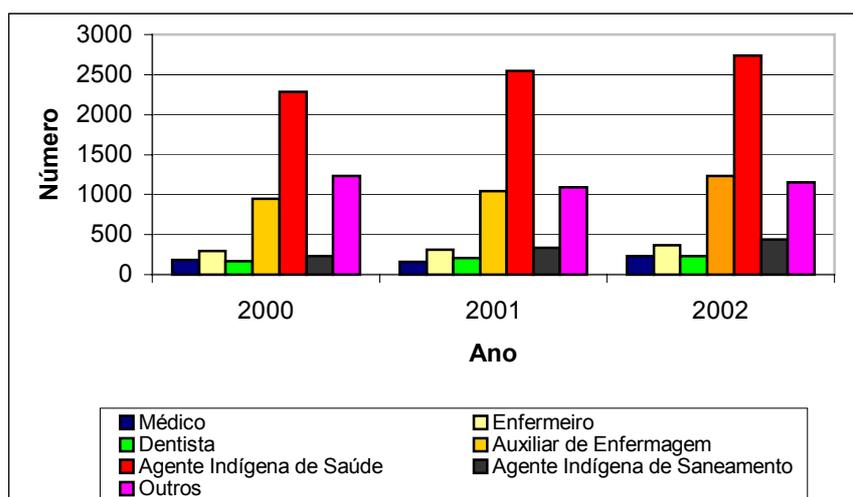
* Agente Indígena de Saúde - ** Agente Indígena de Saneamento.

Fonte: Fundação Nacional de Saúde/Funasa: abril 2000.

Quanto ao processo de contratação de profissionais de saúde no período de 2000 a 2002, observa-se na Figura 3, que pequeno número de profissionais de nível superior (enfermeiros, médicos e dentista) foi contratado, sendo em sua maior parte constituída por enfermeiros com contratação crescente ao longo dos anos. Em todo país o número de médicos contratados, já insuficiente em 2000, diminui no ano de 2001 voltando a crescer em 2002. Em 2002 estavam contratados 234 médicos e 231 dentistas correspondendo a uma relação de 0,3 médicos por mil indígenas.

A maior parte dos profissionais atuantes nos DSEIs correspondem a profissionais de nível médio (auxiliar de enfermagem) e nível básico (Agentes Indígenas de Saúde - AIS e Agente Indígena de Saneamento - AISAN), apresentando número crescente nos três anos. Sendo que a contratação de AIS foi superior a todas as categorias, até porque sua contratação está vinculada ao número de aldeias cobertas. Em 2002, estavam contratados 2.737 AIS, correspondendo à relação de menor de 1 AIS por aldeia, ou seja, nem todas as aldeias dispunham de AIS, contudo em algumas aldeias esta ausência pode ser compensada pela presença de auxiliares de enfermagem. Quanto aos demais profissionais de saúde, classificado pela Funasa (2003:9) como “outros” verifica-se número de contratados similar nos três anos com leve redução em 2001. Em 2002 estavam contratados cerca de 1.152 outros profissionais pelos DSEI no país.

FIGURA 3. Profissionais contratados, por categoria nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, 2000 a 2002



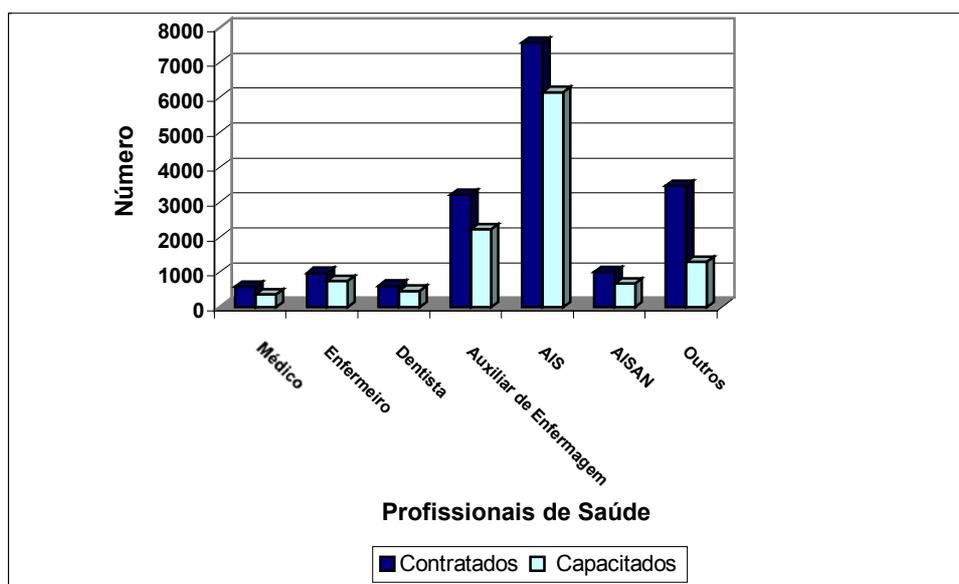
Elaboração própria.
Fonte: Funasa, 2003.

Quanto à capacitação dos profissionais de saúde, desde o momento de implantação dos DSEIs em 2000, a prioridade era realizar o treinamento introdutório para as equipes

multidisciplinares com uma carga horária de 120 horas, cujos temas principais era a Política Nacional de Atenção à Saúde para os Povos Indígenas e a organização do seu modelo de atenção; noções de antropologia; e a Capacitação pedagógica para Instrutores/Supervisores do Curso de Formação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), a outra prioridade era realizar o curso de Formação para os AIS. Nos anos seguintes (2001 e 2002) com o problema da alta rotatividade das equipes multidisciplinares em área, o treinamento introdutório foi diminuindo, sendo apenas desenvolvida a Capacitação Pedagógica. Já o Curso de Formação dos AIS continuou a ser realizado, uma vez que sua organização curricular é modular. Foram realizados também cursos relacionados às questões técnicas da saúde (DSTs e AIDS, Vigilância Epidemiológica, Sistema de Informação, AIDPI, Imunização, etc) e cursos para Gerentes dos DSEIs.

Na figura abaixo, apresenta-se a relação entre o número de profissionais de saúde contratados e capacitados, sem detalhar o tipo de capacitação, durante o período de 2000 a 2002. Verifica-se imediatamente que todos os profissionais contratados não foram contemplados com curso de capacitação, que cada categoria profissional contratada teve apenas uma parcela de profissionais capacitados. Ou seja, parte do total de profissionais que esteve trabalhando com a população indígena não recebeu qualquer treinamento para tal.

FIGURA 4. Relação entre profissionais contratados e capacitados, nos 34 DSEIs, por tipo de profissionais, no período de 2000 a 2002



Elaboração própria.
Fonte: Funasa, 2003.

Ainda considerando-se o conjunto de profissionais atuantes durante todo o período, do total de Agentes Indígenas de Saúde contratados 81,2% foram capacitados. As categorias auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saneamento tiveram quase 70% do total de contratados capacitados. O percentual de profissionais de saúde capacitados em relação ao número de contratados, nas categorias profissionais de nível superior, foi mais elevada entre os enfermeiros (77%) e os dentistas (76%), sendo que do total de médicos que trabalharam com populações indígenas no período apenas 63% foram de algum modo capacitados. O menor percentual de capacitação foi observado na categoria outros (37%).

3.4.3 Produção de serviços

Os serviços prestados nos DSEI são em grande parte realizados nas aldeias (1,749 milhões procedimentos em 2002) e nos pólos-base (824 mil) pelos profissionais contratados pelas conveniadas. Entre os serviços referenciados, a prestação é feita em sua grande maioria pela rede SUS. A Funasa (2003:10), salienta que “*o atendimento básico desenvolvido nas aldeias e pólos bases superam em mais de 21 vezes os procedimentos realizados no SUS e na rede privada*”.

A produção de serviços dos DSEI sofreu importante redução no ano de 2002. Verifica-se no Quadro 6, que todos os serviços realizados nas aldeias sofreram redução do ano 2001 para o ano 2002, correspondendo a uma redução do conjunto de procedimentos de 26%. Entre os atendimentos realizados na aldeia, o atendimento médico foi o que o sofreu uma maior redução na produção de serviços. O atendimento realizado pela enfermagem, apesar de ter diminuído também a produção de um ano para o outro, foi o serviço que apresentou maior produção.

Verifica-se também uma redução importante no atendimento nos pólos base, onde geralmente está localizada a primeira referência de saúde para a aldeia. Quanto aos atendimentos na rede de serviços para referência, também observou-se redução na produção em todos os atendimentos de 2001 para 2002, nas consultas, exames e internações realizados pelo SUS, e principalmente em relação às internações. Quanto ao atendimento na rede privada verifica-se que assim como no SUS o atendimento foi maior no ano 2001, ocorrendo importante redução no ano 2002. Uma redução de internações seria desejável, pois supõe-se que um bom atendimento básico previna o surgimento, agravamento ou complicações de determinadas enfermidades, reduzindo por consequência as taxas de internação. Contudo neste caso é de se supor ter ocorrido um problema de

desassistência, uma vez que se observa redução para todos os procedimentos. Não é possível também descartar problemas na própria informação. Esta evolução negativa da produção de serviços sugere a necessidade de uma análise mais detalhada que foge ao escopo deste trabalho.

Com relação ao total de atendimentos realizados pelo SUS e a rede privada, pode-se dizer em termos percentuais que o SUS durante os anos de 2001 e 2002 garantiu 94% dos atendimentos referenciados pelos 34 DSEIS, enquanto a rede privada respondeu por apenas 5,7%, indicando que o grande responsável pelo atendimento de referência às populações indígenas referenciadas pelos DSEIs é o SUS.

QUADRO 6. Produção de serviços dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), no período de 2001-2002

PROCEDIMENTOS	2001	2002 (Dados preliminares)
	Nº.	Nº.
SERVIÇO NA ALDEIA		
Atendimento médico	244.512	173.304
Atendimento de enfermagem	1.224.752	911.886
Atendimento odontológico	282.536	222.535
Atendimento do AIS	645.330	443.210
ATENDIMENTO NO PÓLO BASE (SEDE)	1.257.987	824.359
ATENDIMENTO NO SUS		
Consulta	65.925	57.885
Exame	75.537	50.148
Internação	14.876	9.975
ATENDIMENTO NA REDE PRIVADA		
Consulta	4.566	1.776
Exame	5.915	3.513
Internação	517	235
ATENDIMENTO NA CASAI	241.664	231.486

Quadro adaptado
Fonte: Funasa, 2003.

Uma vez que o SUS é o grande responsável pelo atendimento de média e alta complexidade na assistência à população indígena, como afirma a Funasa (2003:10), o Quadro 7 apresenta a distribuição das 329 unidades de saúde credenciadas ao Ministério da Saúde por DSEI e por Unidade Federativa do Brasil, no ano de 2002.

QUADRO 7. Número de unidades de saúde do SUS credenciadas ao Ministério da Saúde para atendimento de média e alta complexidade no Sistema de Referência, por Distrito Sanitário Especial Indígena e Unidade Federativa, ano 2002

Nome Do Dsei	Sede	UF	Nº. de unidades credenciadas
Alagoas e Sergipe	Maceió/AL	Alagoas	8
		Sergipe	1
Amapá e Norte do Pará	Macapá/AP	Amapá	3
Altamira	Altamira	Pará	2
Alto Rio Juruá	Cruzeiro do Sul	Acre	2
Alto Rio Purús	Rio Branco /AM	Acre	2
		Amazona	1
Alto Rio Negro	São Gabriel da Cachoeira	Amazonas	1
Alto Rio Solimões	Tabatinga	Amazonas	4
Araguaia	São Félix do Araguaia/MT	Goiás	3
		Mato Grosso	4
Bahia	Salvador	Bahia	16
Ceará	Fortaleza	Ceará	8
Minas Gerais e Espírito Santo	Governador Valadares/MG	Minas Gerais	8
		Espírito Santo	1
Interior e Litoral Sul	Chapecó/SC	Paraná	43
		Rio de Janeiro	2
		Rio Grande do Sul	20
		Santa Catarina	17
		São Paulo	14
Vale do Javari	Atalaia do Norte	Amazonas	1
Kaiapó-PA	Redenção	Pará	4
Kaiapó-MT	Colíder/MT	Mato Grosso	3
Yanomami e Leste de Roraima	Boa Vista	Roraima	9
Manaus	Manaus	Amazonas	15
Guamá –Tocantins	Belém	Pará	7
Maranhão	São Luiz	Maranhão	12
Mato Grosso do Sul	Campo Grande	Mato Grosso do Sul	27
Médio Rio Purús	Lábrea	Amazonas	2
Parintins	Parintins/AM	Amazonas	4
		Pará	2
Pernambuco	Recife	Pernambuco	18
Porto Velho	Porto Velho/RO	Rondônia	6
Potyguara	João Pessoa	Paraíba	5
Cuiabá	Cuiabá	Mato Grosso	12
Rio Tapajós	Itaituba	Pará	3
Médio Rio Solimões e Afuente	Tefé	Amazonas	5
Tocantins	Palmas	Tocantins	8
Vilhena	Vilhena/RO	Rondônia	4
		Mato Grosso	4
Xavante	Barra do GARÇAS	Mato Grosso	10
		Brasília	1
Parque Indígena do Xingu	Canarana	Mato Grosso	6
		São Paulo	1
TOTAL			329

Quadro adaptado

Fonte: Funasa, 2003.

O número de atendimentos odontológicos em 2002 também sofreu redução de cerca de 20% em relação ao ano anterior, contudo foi superior ao número de atendimentos médicos prestados nas aldeias. A Funasa (2003b:11) considera que a saúde bucal dos povos indígenas foi uma das grandes prioridades do Departamento de Saúde Indígena

(Desai) da Funasa, nos anos de 2000 a 2002. Em 1999 foi iniciado o processo de discussão da política de saúde bucal para os DSEIs, com a participação de 34 cirurgiões-dentistas dos DSEIs, com a elaboração de diretrizes que objetivavam orientar o planejamento, a implementação, o controle e a avaliação das ações de atenção à saúde bucal da população indígena.

De acordo com as diretrizes estabelecidas, foram introduzidos nos DSEIs os seguintes procedimentos odontológicos: o controle da infecção intrabucal, normas de biossegurança na prática odontológica e a implantação da Técnica Restauradora Atraumática (ART). Foi também organizada uma lista de atividades mínimas para os procedimentos individuais e coletivos. Entre os procedimentos individuais estão aplicação de selante, remoção de tártaro, polimento, exodontia, ART, restaurações dentárias, pulpotomia e atendimento de urgências; entre os procedimentos coletivos estão o levantamento de necessidades, educação para a saúde, atividades como flúor e higiene bucal supervisionada (Funasa, 2003b:12).

Segundo a Funasa (2003b:12) no exercício de 2002 (até setembro) foram identificadas mais de 120 mil pessoas com problemas dentários, sendo que 33% dessa população teve a primeira fase do tratamento completado. Quanto aos procedimentos coletivos, mais de 160 mil pessoas tiveram necessidade de fluoroterapia e 43,5% delas completaram o esquema do flúor e mais de 50% da população que recebeu escova e creme dental, fez escovação regular sob supervisão de profissionais de saúde.

Outra atribuição dos DSEI é a garantia de saneamento básico para as populações indígenas. Para a Funasa (2003b:11) as atividades de saneamento básico são uma das principais ações desenvolvidas para as comunidades indígenas. Para ela “*o desenvolvimento de saneamento básico é fundamental para o controle das doenças por veiculação hídrica, no manejo ambiental para controle da transmissão de algumas doenças e, decisivamente, como uma sensível melhora na qualidade de vida da população dessas comunidades*”. Quanto à produção de serviços de saneamento básico, no período de 1999 a 2001 foram implantados cerca de 1.200 sistemas de abastecimento de água em mais de 400 aldeias, para benefício de aproximadamente 80.000 famílias e foram construídas e implantadas melhorias sanitárias individuais e coletivas em mais de 900 aldeias.

3.4.5 Controle Social no Subsistema de Saúde Indígena

O Quadro 8 apresenta a situação de implantação dos Conselhos Distritais e Locais de Saúde Indígena em 2000. Até abril de 2000 apenas 16 DSEIs, pouco mais de 50%, tinham formado seus Conselhos Distritais de Saúde Indígena e apenas sete tinham formado Conselhos Locais de Saúde Indígena, num total de 22 conselhos locais.

QUADRO 8. Situação dos Conselhos Distritais e Locais de Saúde Indígena por DSEI, abril de 2000

Nº	NOME DO DSEI	UF	EXISTÊNCIA DO CONDISI*
1	Alagoas e Sergipe	AL/SE	SIM
2	Amapá e Norte do Pará	AP/PA	
3	Altamira	PA	
4	Alto Rio Juruá	AC	
5	Alto Rio Purús	AC/AM/RO	
6	Alto Rio Negro	AM	SIM
7	Alto Rio Solimões	AM	SIM
8	Araguaia	MT/GO	SIM
9	Bahia	BA	SIM
10	Ceará	CE	
11	Minas Gerais e Espírito Santo	MG/ES	
12	Interior Sul	SC/RS/PR/SP	
13	Vale do Javari	AM	
14	Kaiapó-PA	PA	
15	Kaiapó-MT	MT/PA	
16	Leste de Roraima	RR	SIM
17	Litoral Sul	RS/SC/PR/SP/RJ	SIM
18	Manáus	AM	SIM
19	Guamá - Tocantins	PA	SIM
20	Maranhão	MA	
21	Mato Grosso do Sul	MS	SIM
22	Médio Rio Purús	AM	
23	Parintins	AM/PA	
24	Pernambuco	PE	
25	Porto Velho	RO/AM	SIM
26	Potiguara	PB	SIM
27	Cuiabá	MT	SIM
28	Rio Tapajós	PA	
29	Médio Rio Solimões e Afluentes	AM	SIM
30	Tocantins	TO	SIM
31	Vilhena	RO/MT	
32	Xavante	MT	
33	Parque Indígena do Xingu	MT	SIM
34	Yanomami	RR/AM	

Elaboração própria

* Conselho Distrital de Saúde Indígena

Fonte: Funasa, abril de 2000

Segundo a Funasa (2003b:12), no ano de 2002 todos os 34 Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) já estavam legalmente constituídos (Quadro 9), com a participação de um total de 880 conselheiros.

QUADRO 9. Datas de implantação legal dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) por Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) no Brasil, 2000 a 2002

DSEI	Número da Portaria de Constituição	Data e Número do D.O.U	Número de Membros
Mato Grosso do Sul	50	02/02/2000 – 23	20
Leste de Roraima	98	21/02/2000 – 18	28
Amapá e Norte do Pará	299	24/05/2000 – 99	24
Tocantins	300	24/05/2000 – 99	28
Tapajós	301	24/05/2000 – 99	18
Altamira	413	17/08/2000 – 159	28
Rio Negro	543	10/10/2000 – 196	20
Alto Purus	544	10/10/2000 – 196	14
Araguaia	545	10/10/2000 – 196	38
Bahia	605	24/11/2000 - 226	21
Médio Solimões e Afluentes	606	24/11/2000 – 226	26
Alto Solimões	646	13/12/2000 – 239	22
Potiguara	667	18/12/2000 – 242	24
Interior Sul	671	22/12/2000 – 246	32
Xingu	229	30/04/2001 – 83	20
Alagoas e Sergipe	288	24/05/2001 – 100	30
Pernambuco	290	24/05/2001 – 100	22
Médio Purus	292	24/05/2001 – 100	22
Ceará	293	24/05/2001 – 100	28
Manaus	294	24/05/2001 – 100	24
Vale do Javari	295	24/05/2001 – 100	16
Litoral Sul	296	24/05/2001 – 100	32
Cuiabá	298	24/05/2001 – 100	24
Guamá - Tocantins	285	04/06/2001 – 107	36
Parintins	286	04/06/2001 – 107	32
Vilhena	287	04/06/2001 – 107	32
Porto Velho	289	04/06/2001 – 107	32
Xavante	291	04/06/2001 – 107	32
Kaiapó-MT	297	04/06/2001 – 107	23
Alto Juruá	382	22/06/2001 – 120	30
Maranhão	415	10/07/2001 – 132	24
Minas Gerais / Espírito Santo	432	13/07/2001 – 135	26
Kaiapó-PA	442	24/07/2001 – 142	16
Yanomami	115	30/04/2002 - 82	40

Quadro adaptado

Fonte: Funasa/DESAI/CGPAS/COPAS, 2003.

Para a Funasa (2003b:12) um dos eventos mais importantes realizados em favor do controle social no Subsistema de Saúde Indígena foi a realização da III Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (III CNSPI), em junho de 2001, sob a coordenação da Funasa, com a presença de 807 participantes, dos quais 408 eram indígenas representando 113 etnias. Para a Funasa, a realização da III CNSPI, possibilitou que os diversos atores sociais envolvidos no processo de construção dos DSEIs colaborassem “na elaboração de diretrizes para o aperfeiçoamento e consolidação do Subsistema de Saúde Indígena, quanto ao modelo de gestão e organização dos serviços,

especialmente sobre os aspectos essenciais relacionados com a vigilância em saúde, a prevenção e o controle social de doenças e agravos de alto risco, como as DST/AIDS e o alcoolismo. Destacando-se ainda, o desenvolvimento de recursos humanos, o fortalecimento de práticas tradicionais, a segurança alimentar, entre outros (...)” (Funasa, 2003b:12-13).

3.4.6 Situação de Saúde

Alguns indicadores de saúde da população indígena monitorados pela Funasa apresentaram redução após a implantação dos DSEI. Contudo, a Funasa (2003b:10) analisando a situação de saúde da população dos 34 DSEIs aponta que o quadro epidemiológico das populações indígenas pouco se alterou após a implantação dos DSEIs.

Os principais indicadores epidemiológicos trabalhados pela Funasa foram a Taxa de Mortalidade Infantil, Taxa de Incidência de Tuberculose e o Número de Casos de Malária (Quadro 10). Os indicadores apresentados mostram uma redução importante nas taxas de Mortalidade Infantil e de Incidência da Tuberculose durante o período de 2000 a 2003, porém ainda bastante elevadas em relação às mesmas taxas para a população geral brasileira. O número de casos de malária também teve uma redução importante nesses três anos.

QUADRO 10. Indicadores de Saúde utilizados pela Funasa para avaliar a situação de saúde da população indígena, no período de 2000 a 2002

INDICADOR	RESULTADO
Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) (Relação entre crianças nascidas vivas e os óbitos, antes de completar 1 ano, num determinado período).	Na população indígena, em 2000 a TMI foi de 94,0 por mil nascidos vivos* e em 2002 foi de 61,0 por mil nascidos vivos (dados preliminares). Havendo uma redução de 35% da TMI no período de três anos. Porém apesar da redução de 35% a TMI na população indígena, em relação ao ano 2002 é ainda quase duas vezes maior do que a do Brasil, que é de 31,8 por mil nascidos vivos (estimada pelo IBGE, 2001).
Taxa de Incidência da Tuberculose (TI-Tb) (Relação entre os casos novos da doença e a população de risco, num determinado período).	Na população indígena, em 2000 a TI-Tb foi de 164,3 por 100.000 habitantes, e em 2002 foi de 119,6 por 100.000 habitantes (dados preliminares). Havendo portanto uma redução de 27% durante os três anos, desde a implantação dos DSEIs. Porém a TI da Tuberculose na população indígena no ano 2002 ainda esteve quase três vezes maior do que a do Brasil que é de 41,4 por 100.000 habitantes (IDB, 2001).
Número de Casos de Malária (Número absoluto de casos de malária)	O Número de Casos de Malária na população indígena em 2000 foi de 26.838 casos e em 2002 foi de 11.226 casos (dados preliminares). Durante os três anos houve uma redução de 58%.

*Notificação de apenas 22 DSEIs.

Quadro adaptado.

Fonte: Funasa, 2003.

Santos & Coimbra Jr. (2003:19:20) comentando sobre o coeficiente de mortalidade infantil (CMI) chama a atenção *“para os Xavante que apresentou um CMI de 87,1 por mil nascidos vivos, no período de 1993-1997, uma cifra muito mais elevada do que a do Brasil em 1996, que foi de 37,5 por mil nascidos vivos”*. Os autores (apud Souza & Santos, 2001) ressaltam ainda que *“a maioria das mortes entre os Xavante (55%) ocorreram em menores de um ano, correspondendo aproximadamente a 5% da população total. A elevadíssima mortalidade nos primeiros anos de vida fez com que somente 86% das crianças Xavante sobrevivem até o décimo ano de vida”*.

3.4.7 Recursos financeiros

“Os recursos do Subsistema de Saúde Indígena são oriundos do Tesouro Nacional e estão alocados na Funasa, no Programa Etnodesenvolvimento das Sociedades Indígenas por meio da Atividade de Atendimento à Saúde em Distritos Sanitários Especiais Indígenas, do Projeto de Implantação e Adequação de Unidades de Saúde e do Projeto de Saneamento Básico em Comunidades indígenas” (Funasa, 2003b:13).

Em relação ao financiamento do subsistema de saúde indígena observa-se que o orçamento autorizado teve um incremento gradual importante no período de 1999 a 2002 (figura 5). Segundo a Funasa (2003b:14) o valor autorizado em 2002 foi quatro vezes maior do que em 1999. Com relação ao orçamento aplicado verifica-se que, no período de 1999 a 2001 sempre esteve acima do recurso autorizado. No ano de 2002 o recurso autorizado foi superior ao aplicado, observando-se uma redução no montante de recursos financeiros efetivamente aplicados em 2002 em comparação com o ano anterior, contudo estes são ainda dados preliminares.

FIGURA 5. Recursos orçamentários autorizados e aplicados nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no âmbito da Funasa, durante os exercícios de 1999 a 2002

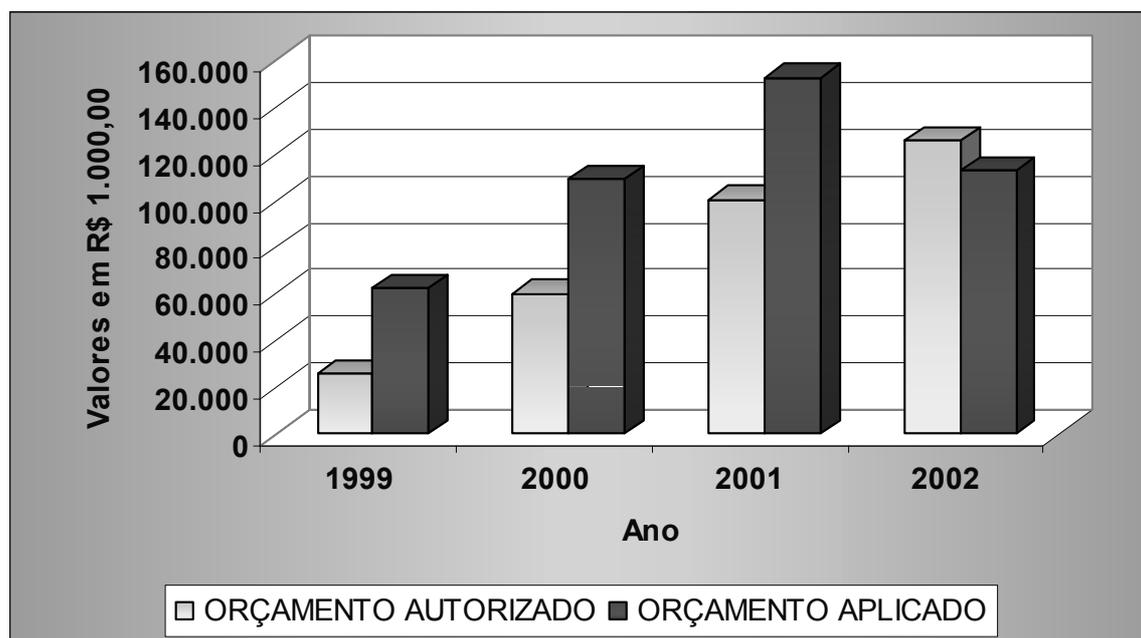


Gráfico elaborado a partir de dados adaptados de tabela da Funasa, 2003:13.

* Os dados referentes aos recursos aplicados em 2002, são referentes até 23/12/2002.

Fonte: Funasa, 2003.

A Funasa (2003b:14) revela que uma vez percebida a demanda reprimida no Subsistema de Saúde Indígena e a necessidade de implantar um subsistema de saúde efetivo e eficaz, a Funasa tomou a decisão de utilizar recursos de outros programas de seu orçamento compatíveis com a saúde indígena, o que resultou no ano de 1999 numa aplicação 2,4 vezes maior do que foi o orçamento autorizado, em 2000 o aumento foi de ordem de 1,8 vezes e em 2001 a relação entre aplicado e autorizado foi de 1,5 vezes. A Funasa afirma que o decréscimo verificado em 2002 do orçamento aplicado em relação ao autorizado está relacionado à redução de investimentos com infraestrutura.

“O Subsistema de Saúde Indígena também conta com recursos do Ministério da Saúde, para realizar o pagamento de incentivo de assistência ambulatorial e hospitalar desenvolvidas nas unidades de saúde do SUS que servem de referência secundária e terciária para a população indígena e também uma parte dos recursos para contratação das equipes multidisciplinares de saúde, que desenvolvem atividades básicas nas aldeias, pólos base e CASAI” (Funasa, 2003b:14).

A Tabela 2 mostra que os recursos aplicados pelo Ministério da Saúde seguem a mesma tendência observada na Figura 5, em relação aos recursos da Funasa. Ou seja,

verifica-se que até outubro de 2002 o incentivo para as unidades de saúde era de 1,5 vezes maior que em 2000, tendo ocorrido no entanto, redução em relação a 2001. O crescimento dos recursos utilizados para contratação das equipes multidisciplinares, no mesmo período, foi de 3,5 vezes maior (Funasa, 2003b:14).

TABELA 2. Orçamento do Ministério da Saúde aplicado no Subsistema de Saúde Indígena, no exercício de 1999 a 2002

EXERCÍCIO	INCENTIVO PARA UNIDADE DE SAÚDE (Valor em R\$ 1.000,00)	CONTRATAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS
1999	0	1.001
2000	9.124	9.742
2001	15.181	28.871
2002	12.367	35.616

Tabela adaptada.
Fonte: Funasa, 2003.

A Funasa comentando acerca dos orçamentos autorizados e aplicados tanto pela Funasa quanto pelo Ministério da Saúde, afirma que “*o expressivo aumento no orçamento de contratação de recursos humanos evidencia o acerto da política de saúde indígena. Que inicialmente sua implantação exigiu maiores recursos para investimento na infraestrutura necessária ao seu funcionamento, o que proporcionou um impacto positivo na qualidade de saúde da população indígena, aliada a um crescimento vegetativo da população indígena, superior à média nacional, o que aumentou a necessidade ao longo do período de 1999 a 2002 de maiores gastos na manutenção e expansão das despesas de custeio do Subsistema de Saúde Indígena*” (2003b:14).

Contudo, se a diminuição dos recursos efetivamente aplicados em 2002 em comparação com o ano anterior for confirmada pode-se supor que a redução dos serviços prestados, mostrada em secção anterior, está relacionada a um desfinanciamento do subsistema de atenção à saúde dos povos indígenas.

CAPÍTULO III – PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DE CUIABÁ

1. ANTECEDENTES

O Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá (DSEI Cuiabá) é um dos quatro distritos do estado de Mato Grosso criados em 1999. A atenção à saúde indígena no Mato Grosso, assim como em outros estados, tradicionalmente era prestada pela Funai. Em 1991, durante o governo Collor com o Decreto nº. 23/1991, esta competência passou para a Funasa podendo-se considerar este o início da constituição dos Distritos Sanitários Indígenas (Garnelo & Brandão, 2003). Em 1994 este processo foi interrompido com a devolução da atribuição de prestar atenção à saúde indígena para a Funai, tendo continuidade novamente em 1999 com a criação dos DSEI em Mato Grosso e em outros estados novamente sob responsabilidade da Funasa.

A seguir com base nas entrevistas realizadas e em revisão bibliográfica o processo de formação desta política no estado do Mato Grosso no período que antecedeu a constituição dos DSEI em 1999 é apresentado.

Em 1991, para assumir a responsabilidade pela atenção à saúde dos povos indígenas, a Funasa em nível nacional criou a Coordenação de Saúde Indígena (Cosai), ligada ao Departamento de Operações e no nível estadual criou nas suas unidades desconcentradas (coordenações regionais) as Equipes de Saúde do Índio (Esai) com responsabilidade estadual de implementar ações de saúde nas áreas indígenas, gerenciar e executar as ações de saúde nas Casas de Saúde do Índio e principalmente para elaborar estratégias para fomentar o novo modelo de atenção por meio dos “distritos sanitários de natureza especial” (Cimi, 1999). Para desempenhar suas funções a Esai/MT contou com a ajuda de um grande parceiro, o Núcleo Intersetorial de Saúde Indígena de Mato Grosso (Nisi/MT), entidade com função de controle social composta por representantes dos prestadores (Ufmt, Funasa, Funai e Cimi) e dos usuários, que contavam sempre com um trabalhador de saúde da etnia Bororo.

Em Mato Grosso, durante os anos de 1992 e 1993, o Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena (Nisi), criado em 1991 por recomendação da Constituição Federal do ano de 1988 e referendado pela II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas do ano de 1993, como entidade de controle social, teve sua criação reconhecida por meio da Portaria Funasa nº. 540 de 18 de maio de 1993, “como instância de articulação, promoção, formulação e supervisão dos programas e das ações voltadas à saúde indígena” (Cimi, 1999). Segundo o Cimi (1999), os Nisis foram organizados e compostos seguindo dinâmicas diferentes em vários estados e regiões.

Em 1992 foi realizada uma reunião na Fundação Nacional de Saúde na Coordenação Regional de Mato Grosso (Funsa/Core-MT) com a presença da Coordenação de Saúde Indígena (Funasa/PRE/Deope/Cosai) e de representantes da Funai, Cimi, e Ufmt. Nessa reunião foram discutidos temas como o Decreto nº. 23 de 1991, deliberações da I Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (I CNSPI) realizada em 1987 e o processo de implantação dos DSEIs em Mato Grosso. Dessa reunião foram tiradas duas estratégias: a primeira foi à iniciativa de criar uma comissão de trabalho composta pela Funai, Cimi, Ufmt e Funasa, denominada de Núcleo Intersetorial de Saúde Indígena (Nisi); e a segunda, a realização de encontros macroregionais para discutir a implantação dos DSEIs em Mato Grosso nas regiões leste (município de Rondonópolis) e oeste (município de Juína).

Em Mato Grosso o Nisi fez um intenso trabalho em dois sentidos: primeiro, de promover uma conscientização dos povos indígenas sobre o subsistema de atenção à saúde indígena por meio dos DSEIs; segundo, de atender às demandas de atenção à saúde dos diversos povos indígenas por meio de projetos específicos, e da sua interação com o sistema público de saúde e os trabalhos já executados por organizações não governamentais.

Outro dos antecedentes do DSEI Cuiabá em 1992 foi o Programa de Desenvolvimento Agroambiental de Mato Grosso (Prodeagro), financiado com empréstimo do Banco Mundial (BIRD), por acordo celebrado com o governo federal. O Prodeagro objetivava, segundo o Secretário de Estado da Saúde de Mato Grosso (2002), atender à necessidade da população indígena, tanto na área da saúde, da educação, como na área de demarcação das terras indígenas.

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) colaborou com o programa. Segundo o Coordenador para Assuntos Indígenas deste projeto¹, o PNUD, participou como módulo de cooperação técnica internacional junto ao Prodeagro, com o objetivo de agregar competência técnica, por meio de estudos técnicos e, sobretudo de contratação e capacitação de recursos humanos para a realização do Prodeagro.

O Prodeagro continha um componente indígena, e dentro deste, um segmento de saúde indígena que imediatamente (1993) começou a atuar concorrentemente ao Nisi/MT, com a vantagem de ter recursos em disponibilidade imediata (Ferreira, 2000).

No ano de 1992, segundo um dos coordenadores do programa, frente ao grave quadro da situação de saúde dos povos indígenas no Mato Grosso, a grande indefinição de quem estaria

¹ Do Projeto PNUD/BRA/94/0006, 2002.

sendo responsável pela execução das ações de saúde nas terras indígenas e a importante carência de profissionais de saúde para atuar em área indígena por parte da Funai, em caráter de urgência, o Prodeagro formulou um projeto de saúde para os povos indígenas para contratação de recursos humanos (médicos, enfermeiros, dentistas e auxiliares de enfermagem) para a Funai, com a finalidade de atuar imediatamente nas aldeias de Mato Grosso. Além disso, realizou um estudo sobre a realidade sanitária da população indígena do Mato Grosso.

Segundo Ferreira (2000), o Prodeagro no ano de 1993, ao agregar profissionais da Funai e ao começar sua ação de forma autônoma, introduziu elementos novos na disputa entre Funai e Funasa², pela gestão da implementação da política de saúde indígena em Mato Grosso; levando as lideranças indígenas à confusão. O conteúdo e a concepção dos serviços de saúde para as populações indígenas deste projeto marchava também no sentido da formação de DSEIs, como se propunha nacional e regionalmente.

Os profissionais de saúde contratados pelo Prodeagro formaram equipes que trabalharam no intuito de dar assistência imediata aos povos indígenas como também de colaborar na pesquisa e no estudo de avaliação da situação sanitária da população indígena no Mato Grosso. Participaram ainda, da discussão sobre os Distritos Sanitários de Saúde Indígena (DSEI) e da criação dos conselhos locais de saúde indígena, conforme informações de um dos ex-coordenadores do programa.

Ainda em 1993 a nível nacional a Funasa e a Funai reuniram-se para definir suas atribuições. Nessa reunião também foi recomendada a criação dos Nisi nas coordenações regionais da Funasa, com a finalidade de organizar as Conferências Locais e a Conferência Estadual de Saúde Indígena para escolher delegados para a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (II CNSPI).

Neste período, entre 1992 e 1993, chegou-se a uma proposta de DSEI elaborada com base na realidade etnocultural e geográfica dos povos indígenas de Mato Grosso, por meio de intenso processo de discussão e de sucessivas reuniões com instituições e organizações interessadas. Porém, todo esse esforço esbarrou em vários obstáculos. O processo foi dificultado por diversos entraves como a desarticulação com a Funai, a insuficiente implementação do próprio SUS na

² A Funasa naquele momento por ordem do Decreto nº 23/1991, era o órgão gestor da assistência à saúde aos povos indígenas, retirando essa responsabilidade da Funai.

região, e a diminuta estrutura financeira e humana colocada à disposição do Nisi/MT; sendo interrompido por decreto federal em 1994.

Em 1994, com a revogação do Decreto nº. 23/1991, por meio do Decreto nº. 1.141/1994, a responsabilidade com atenção à saúde indígena retornou à Funai, ficando a Funasa apenas com a atribuição de controle das endemias, do saneamento básico e da capacitação de recursos humanos, principalmente formação de Agentes Indígenas de Saúde. Porém a estrutura da Esai foi mantida nas coordenações regionais.

Este decreto que devolveu à Funai a responsabilidade da atenção à saúde indígena, tornou facultativo para a Funasa o atendimento nas áreas indígenas, causando um verdadeiro desmonte na prestação de saúde indígena, dificultando a implantação do subsistema especial de atenção à saúde dos povos indígenas (Cimi, 1999). Segundo Ferreira (2000), o Decreto 1.141/1994 teve impacto negativo sobre o Nisi/MT, levando-o a ser desativado nesta época, o que causou grande perda para a Esai/MT que possuía um quadro mínimo de servidores que era completado com os membros do Nisi/MT.

A desativação do Nisi desmobilizou também um movimento que estava sendo realizado com as comunidades indígenas e as instituições envolvidas com a causa da saúde indígena, com vista à formação dos conselhos locais de saúde indígena e a implantação dos distritos conforme recomendara a II Conferência Nacional de Saúde Indígena em 1993.

Contudo, segundo Weiss (1998:137), *“a proposta de implantação dos DSEIs no Mato Grosso foi mantida no interior do movimento indigenista, articulado a níveis centrais de decisão do Estado, como a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria de Planejamento, promovendo discussões e ações para o seu avanço, inclusive com o apoio do pessoal de saúde da Funai, já com experiências bem sucedidas de conselhos distritais, como em Tangará da Serra/MT”*.

Weiss (1998:137) lembra que *“no 1º Seminário sobre Povos Indígenas de Brasnorte/MT (1997), promovido pela Secretaria Municipal de Educação, Cultura e Desportos, pela Opan (Operação Amazônia Nativa) e pelo Cimi, foram destacadas entre as maiores dificuldades encontradas na atenção à saúde indígena: a ausência de uma política adequada, a falta de capacitação dos agentes indígenas de saúde, a insuficiência de infra-estrutura (viaturas, medicamentos, etc.) e de recursos humanos, o uso pouco freqüente da medicina tradicional, a ausência de referência a cada cultura, entre outras”*.

No período compreendido entre setembro de 1997 e fevereiro de 1998, o Prodeagro realizou em Mato Grosso duas oficinas de trabalho Pró-organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI, com o objetivo de elaborar proposta de Subsistema de Saúde Indígena para o Estado de Mato Grosso. Pretendia a construção de DSEIs, com a capacidade, competência e a responsabilidade de responder às necessidades e aos problemas de saúde dos povos indígenas. Como resultado dessas oficinas foi elaborada uma proposta que compreendia a formação de 8 DSEIs no estado de Mato Grosso (DSEI de Rondonópolis, DSEI da Região de Barra do Garças e Nova Xavantina, DSEI da Região de Juína, DSEI de Colíder, DSEI do Xingu, DSEI de Tangará da Serra, DSEI de São Félix do Araguaia e o DSEI de Vilhena) (PNUD, 1998).

2. PARTICIPAÇÃO DOS ATORES–CHAVE NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO

Para conhecer a participação dos atores-chave no processo de implementação do DSEI Cuiabá foram entrevistados por meio de um questionário semi-estruturado 13 atores-chave integrantes das principais instituições e entidades envolvidas. Foram entrevistados dirigentes, gerentes ou técnicos do:

- ✓ Departamento de Saúde Indígena (Desai/ Funasa).
- ✓ Coordenação Regional da Funasa/MT
- ✓ DSEI Cuiabá³
- ✓ Administração Executiva Regional da Funai de Cuiabá
- ✓ Projeto PNUD/Brasil.
- ✓ Cimi de Mato Grosso.
- ✓ Secretário municipal de saúde de Tangará da Serra/MT.
- ✓ Secretário de estado da saúde de Mato Grosso.
- ✓ Opan
- ✓ Instituto Trópicos
- ✓ Conselheiro indígena integrante do Conselho Distrital de Saúde Indígena de Cuiabá (CONDISI Cuiabá)⁴.

Todos os atores-chave entrevistados foram unânimes em dizer que as instituições que representavam participaram do processo de debate de formulação e criação do DSEI Cuiabá, em

³ Foi entrevistado o primeiro chefe do DSEI Cuiabá, durante o período de 1999 a 2001.

⁴ Seriam entrevistados mais dois Conselheiros Distritais de Saúde Indígena do CONDISI de Cuiabá, porém os mesmos preferiam que não participassem da entrevista individual e dar suas opiniões no momento da visita às aldeias por ocasião do trabalho de campo.

movimento bem anterior ao ano de 1999, uma vez que essa discussão já fazia parte da agenda das instituições como a Funai, SES/MT, Opan, Cimi, Funasa/Core-MT, Ufmt e Unifesp, que formaram uma rede de discussão sobre o Subsistema de Saúde Indígena para o Mato Grosso e que nas oficinas promovidas pelo Prodeagro já tinham formulado uma proposta de estruturação para o DSEI Cuiabá. Porém essa proposta não foi contemplada na íntegra pela proposta do Ministério da Saúde. No seminário promovido pela Funasa/Cosai, em 1999, estas instituições estiveram presentes juntamente com as representações indígenas e contribuíram para a nova proposta que se consolidou, apesar das manifestações contrárias de algumas instituições como será discutido adiante. Foram unânimes também em afirmar que nesse momento inicial não se verificou a participação no processo de discussão para a criação do DSEI Cuiabá dos municípios que fazem parte do sistema de referência para a saúde na área de abrangência do DSEI Cuiabá.

2.1 Atores envolvidos

- **Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)**

A Fundação Nacional de Saúde (Funasa), por meio da sua antiga Coordenação de Saúde do Índio (Cosai) e de suas unidades descentralizadas, ou seja, das Coordenações Regionais, especificadamente da Coordenação Regional de Mato Grosso (Funasa/Core/MT), esteve totalmente envolvida no processo de implementação dos DSEIs em Mato Grosso, exatamente por ser a instituição responsável por essa implementação em todo país. Segundo o Diretor do Desai/Funasa a participação da Funasa/Cosai em nível nacional se deu por meio de articulações com outros órgãos do Ministério da Saúde, com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), com a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), com a Comissão Tripartite do CNS e com os Estados por meio de seminários (foram realizados 16 em todo o país, no ano de 1999), que propiciaram momentos de informação e esclarecimentos às comunidades indígenas e às instituições envolvidas, sobre a proposta do Ministério da Saúde para o Subsistema de Saúde Indígena e conseqüentemente sobre a criação dos DSEIs no país.

Em Mato Grosso, porém, a participação da Funasa/Core/MT foi considerada de moderado apoio, por diversos atores entrevistados, sendo que o conselheiro indígena entrevistado considerou-a mínima, apesar da responsabilidade de implementar a Política de Saúde Indígena no Estado.

- **Fundação Nacional do Índio (FUNAI)**

A Funai participou das conferências estaduais e nacionais de saúde com vistas à formulação e estruturação da Política de Saúde Indígena. Em Mato Grosso a Funai por meio da Administração Executiva de Cuiabá (Funai/AER de Cuiabá), esteve bastante envolvida no processo de discussão sobre a implementação dos DSEIs, participando de fóruns para debater a Política de Saúde Indígena para o Estado, por meio das Conferências Estaduais de Saúde, de reuniões junto a Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso e das atividades fomentadas pelo Prodeagro como oficinas para debater a estruturação dos DSEIs em Mato Grosso e o Projeto Xamã de formação de auxiliares de enfermagem indígenas (gerente da Funai/AER de Cuiabá, 2002).

Contudo, segundo diversos entrevistados a Funai resistiu à implementação do DSEI por significar perda na sua tradicional competência de assistência à saúde da população indígena como será discutido abaixo.

- **Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso (SES/MT)**

A SES/MT desde de 1995 participou do processo de discussão dos DSEIs por meio dos seus representantes em fóruns para debater sobre a política de saúde indígena para o estado, como: as oficinas para elaboração da proposta para criação e estruturação dos DSEIs em Mato Grosso, no final do ano de 1997 e início de 1998; do Projeto Xamã; de reuniões da Comissão Especial Permanente de Saúde Indígena (Cepsi), do Conselho Estadual de Saúde/MT; e do seminário realizado pela Funasa/Cosai, em abril de 1999, para discutir a proposta do MS de criação dos DSEIs (Secretário de Estado de Saúde/MT, 2002).

- **Organizações Não-Governamentais (Ongs)**

As Ongs que celebraram contratos com a Funasa no ano de 1999 para assumir a atenção à saúde no DSEI Cuiabá tiveram participações diferenciadas. A Opan (organização indigenista) participou do processo de criação dos DSEIs desde o ano de 1997, por meio de reuniões com as comunidades indígenas de Mato Grosso e de Rondônia, e com as instituições envolvidas Funai, Funasa, Cimi, SES/MT e Unifesp. Participou também intensamente dos fóruns realizados pelo Prodeagro (oficinas para discutir os DSEIs e o Projeto Xamã) e do seminário realizado pela Funasa/Cosai, em abril de 1999, para discutir a proposta do MS de criação dos DSEIs (gerente da Opan, 2002). Já o Instituto Trópicos, de criação recente, não teve participação expressiva no

processo, pois não atuava na área da saúde. Apenas alguns dos seus membros integraram os fóruns de discussão de criação dos DSEIs (gerente do Instituto Trópicos, 2002).

- **Projeto de Desenvolvimento Agroambiental do Estado de Mato Grosso (Prodeagro/MT)**

Como acima mencionado, uma grande contribuição no processo de criação dos DSEIs foi fomentada pelo Prodeagro quando contratou profissionais de saúde para prestar assistência à saúde às populações indígenas de Mato Grosso e para ajudar as comunidades indígenas e das instituições envolvidas, no processo de discussão sobre a formulação do subsistema de saúde indígena para Mato Grosso, tendo como modelo os DSEIs, com base nas diretrizes do SUS, promovendo oficinas de discussão e estruturação dos DSEIs e realizando o Projeto Xamã de formação de auxiliares de enfermagem indígenas (gerente Projeto PNUD, 2002).

- **Conselho Indigenista Missionário - Coordenação de Mato Grosso (Cimi/MT)**

A participação do Cimi no processo de implementação dos DSEIs em Mato Grosso se deu por meio de discussões sobre a política de saúde indígena pelos seus missionários em áreas indígenas. Também integrou a Comissão Permanente de Saúde Indígena (Cepsi), na qual participou de várias reuniões nos Estados de Mato Grosso e Rondônia com as comunidades indígenas para discutir a proposta da Funasa de criação dos DSEIs e do seminário realizado pela Funasa, em abril de 1999 (coordenadora do Cimi/MT, 2002).

O Cimi participou de modo incisivo no processo e questionou a forma de implementação dos DSEI em especial a transferência da responsabilidade pelo gerenciamento da atenção e a execução da prestação por meio de organizações não governamentais, como será discutido adiante. O Cimi posicionou-se contra a renúncia de execução direta das ações de saúde pela Funasa que optou pela terceirização.

- **Secretarias Municipais de Saúde**

Os gestores municipais tiveram pouca participação na definição dos DSEIs. A SMS de Tangará da Serra, por exemplo, um dos municípios de referência para o DSEI de Cuiabá desconhecia como se deu o processo de implementação dos DSEIs em Mato Grosso por não ter em nenhum momento participado deste processo de implementação (Secretário Municipal de Saúde de Tangará da Serra/MT, 2003).

- **Entidades Indígenas**

A participação dos índios no momento de criação dos DSEIs em 1999, em nível nacional, segundo o diretor do Desai/ Funasa entrevistado, deu-se no primeiro momento, por meio de seminários realizados pela Funasa no primeiro semestre de 1999, quando representantes da Presidência da Funasa da então Coordenação de Saúde do Índio (Cosai) informavam e explicavam a proposta preliminar do Ministério da Saúde acerca da Política Nacional de Atenção à Saúde para os Povos Indígenas. No segundo momento, participaram do Grupo de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde para elaborar oficialmente a referida Política e em um terceiro momento participaram da implantação dos DSEIs comparecendo a vários eventos promovidos pela Funasa como cursos para conselheiros de saúde indígenas, para formação de agentes indígenas de saúde e de preparação das equipes multidisciplinares para o trabalho nas áreas indígenas (diretor do Desai/Funasa, 2002).

No estado de Mato Grosso, a participação das organizações indígenas no processo de discussão para criação de um subsistema de saúde indígena tendo como modelo de atenção os distritos sanitários começou nas reuniões promovidas pelo Nisi/MT no início da década de 1990, tendo continuidade com as oficinas promovidas pelo Prodeagro para discussão e estruturação do Subsistema de Saúde Indígena para Mato Grosso e no Projeto Xamã (Curso de Auxiliar de Enfermagem para Indígenas), no qual um dos módulos tinha como conteúdo os distritos sanitários, como modelo de atenção para o Subsistema de Saúde Indígena. Já no primeiro semestre do ano de 1999, no momento de discussão da proposta de criação dos DSEIs do Ministério da Saúde trazida pela Funasa/Cosai, as organizações indígenas participaram do processo por meio dos representantes indígenas mobilizados pela Comissão Permanente de Saúde Indígena (Cepsi) do Conselho Estadual de Saúde/MT.

Todavia esta participação foi considerada insuficiente, pois a discussão sobre os DSEIs não foi fomentada nas aldeias, o que possibilitaria maior representatividade e a melhor incorporação das aspirações das comunidades indígenas. A representação dos índios foi ainda considerada como muito complexa por um dos entrevistados (gerente da AER da Funai Cuiabá, 2002).

Foi ainda apontado que a participação dos índios foi limitada no momento da criação dos DSEIs em Mato Grosso, uma vez que não foram realizadas reuniões para discutir o novo modelo de atenção proposto com todas as comunidades indígenas. Além disso, no seminário realizado em Cuiabá no primeiro semestre de 1999, pelo Desai/Funasa houve pouca representação de

lideranças indígenas e que alguns povos só participaram devido à atuação da Cepsi que conseguiu mobilizar algumas lideranças e representantes indígenas (coordenadora do Cimi/MT).

2.2 Percepção dos atores-chave quanto aos apoios

Em relação ao apoio à criação dos DSEIs em Mato Grosso, a percepção dos atores-chave entrevistados, em geral, foi consensual quanto à participação das diferentes instituições ao processo. O Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Políticas Públicas e da CISI apoiou a criação dos DSEIs no país e conseqüentemente em Mato Grosso. A Funasa enquanto instituição governamental (Desai e Coordenação de Mato Grosso) apoiou plenamente a criação dos DSEIs, no entanto um dos atores-chave entrevistado apontou que esse apoio não foi pleno por parte dos servidores da Funasa que implementaram a proposta basicamente por força da lei, por ter recebido a responsabilidade de forma vertical, sem plena discussão e preparação técnica para trabalhar com populações tão diferenciadas da população geral (coordenador da Funasa/MT, 2002).

Na percepção dos entrevistados, em Mato Grosso, geralmente as instituições envolvidas manifestaram apoio sejam elas governamentais (Secretaria Estadual de Saúde/MT, Funasa/Core/MT, Universidade Federal de Mato Grosso e Universidade Federal do Estado de São Paulo), não governamentais indígenas e indigenistas (Opan, Associação Indígena Pareci, Associação Indígena *Kura Bakairi* e Associação Indígena Bororo). Outras representações indígenas envolvidas no processo de discussão da proposta de criação dos DSEIs manifestaram alguma forma de apoio, apesar de existir discordância com relação ao número de DSEIs a serem criados em Mato Grosso e às etnias cobertas por DSEIs.

Quanto ao grau de apoio dado à criação do DSEI Cuiabá (Quadro 11), a percepção dos atores-chave entrevistados foi consensual quanto ao maior apoio dado pela Funasa, em nível central e regional (Core/MT), pela Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso (por meio da Cepsi/MT) e pela Universidade Federal de Mato Grosso na criação dos DSEIs em Mato Grosso.

A percepção dos entrevistados não foi consensual quanto à participação da Funai, Ongs e entidades indígenas como será apresentado adiante na análise das resistências.

Os atores-chave entrevistados afirmaram ainda, desconhecer a presença de outros grupos religiosos (com exceção do Cimi), um dos atores-chave aponta a Missão Salesiana do Merure (etnia Bororo) e as secretarias municipais de saúde no processo de criação do DSEI Cuiabá.

O quadro a seguir sobre apoios e resistências de atores-chave no momento da criação do DSEI Cuiabá foi apresentado a nove atores-chave entrevistados, sendo que apenas os que tiveram maior envolvimento no processo puderam responder.

Quadro 11. Percepção dos atores-chave quanto ao grau de apoio ou participação das instituições envolvidas no momento de criação do DSEI Cuiabá

Atores	Não se Manifestou /Não Participou	Manifestou-se Contra	Manifestou Apoio	Apoiou Muito	Não Sabe/não respondeu
FUNASA/DESAI			2	5	2
FUNASA/Core-MT			5	2	2
FUNAI/Departamento de Saúde Indígena/DF		1	4	1	3
FUNAI/ADR de Cuiabá		1	3	2	3
SES/MT	1		2	2	4
Conselho Estadual de Saúde de MT			1		8
CEPSI/MT. (Comissão Especial Permanente de Saúde Indígena de MT)			1	2	6
CIMI/MT		3	1	1	4
Associações indígenas (Pareci, Kura Bakairi e Bororo)	1		3		5
UFMT	1		3	1	4
Secretarias Municipais de Saúde (especificar)	3				6
PRODEAGRO/MT	1		3	1	4
CIMI		3	1	1	4
ONGs prestadoras (Opan, Instituto Trópicos e Paca)			3	5	1

Elaboração própria.

2.3. Percepção dos atores-chave quanto às manifestações contrárias e resistências

A discussão e definição dos DSEIs em Mato Grosso foram conflituosas, tendo ocorrido divergências políticas entre as instituições governamentais e não governamentais envolvidas com a causa indígena quanto à definição do órgão responsável, como também com parte de algumas lideranças indígenas que não aceitavam que a responsabilidade da assistência à saúde saísse da Funai.

Na percepção dos atores-chave o Cimi, a Funai e algumas entidades indígenas manifestaram resistência à implantação dos DSEIs. Os entrevistados apontaram o Cimi, a Opan, o Grupo de Saúde Popular (GSP) e as associações Pareci, *Kura Bakairi* e Bororo como associações indígenas que no momento inicial da discussão tiveram posições contrárias, mas que depois de várias discussões de esclarecimento sobre a proposta do Ministério da Saúde, manifestaram apoio à criação dos DSEIs.

O Cimi se manifestou contrário à criação dos DSEIs não só em Mato Grosso como em nível nacional, por entender que o Ministério da Saúde não considerou pontos importantes da proposta original que haviam sido acordados e questionou principalmente a forma de implementação dos DSEI por meio da transferência da responsabilidade pelo gerenciamento da atenção para organizações não governamentais. O Cimi posicionou-se contra a renúncia de execução direta das ações de saúde pela Funasa que optou pela terceirização, considerando que a Funasa estava fugindo às responsabilidades constitucionais do Ministério da Saúde. Na verdade o Cimi se posicionou como desfavorável quanto à terceirização dos serviços de saúde para os povos indígenas.

O Cimi entendeu que o documento Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Proposta de Operacionalização), fere o artigo 198 da Constituição Federal que *“cria o SUS como um sistema integrado das ações e serviços públicos de saúde, constituindo um sistema único para uma rede regionalizada e hierarquizada, que tem como diretrizes a descentralização, com direito único em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade”*; e a Lei 8.080 de 1990 no seu artigo 2º. Que afirma que *“a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”*. E as resoluções da II Conferência Nacional de Saúde Indígena *“que concretizou a proposta política discutida coletivamente através da implementação do Subsistema Diferenciado de Saúde para os Povos Indígenas, fruto da mobilização nacional do movimento indígena, das entidades de apoio, Ongs e de uma parcela dos profissionais de saúde, atentos à necessidade de assegurar um tratamento de saúde diferenciado, atendendo as especificidades étnico-culturais dos povos indígenas”* (coordenadora do Cimi/MT, 2002).

O Cimi defendeu a criação de serviços estatais para assumir a execução das ações de saúde nos DSEIs.

A Funai também foi apontada pelos atores-chave como um dos órgãos que mostrou resistência à criação dos DSEIs. Eles explicam que essa resistência se deu por meio de grupos de servidores que temiam a perda de poder sobre as comunidades indígenas, outros por não concordarem com o orçamento adicional que seria gasto com a estruturação da Funasa para atender às demandas para a assistência à saúde das populações indígenas, afirmando que se o orçamento previsto para a saúde indígena, a ser repassado para a Funasa, fosse colocado na reestruturação da rede de assistência à saúde da Funai, que se encontrava sucateada, em pouco

tempo ela daria respostas mais rápidas, devido a sua história e tradição de trabalho com os índios.

Algumas associações e representações indígenas também mostraram resistência à criação dos DSEIs, principalmente por não estarem devidamente esclarecidas sobre a proposta do Ministério da Saúde ou por não concordar com o número dos distritos propostos, a divisão territorial, a composição étnica e a rede de referência para o Mato Grosso. Porém, essas resistências foram sendo vencidas à medida que o processo de discussão foi avançando com as comunidades indígenas.

Em suma, as manifestações contrárias à criação dos DSEIs não foram homogêneas. Algumas entidades posicionaram-se quanto à mudança de responsabilidade da Funai para a Funasa, outras concordavam com a mudança mas discordavam com a forma de divisão dos DSEIs ou ainda com o modelo de assistência a ser executado e com a terceirização resultante da transferência da responsabilidade de gerenciamento da atenção a organizações não governamentais.

2.4 Posições dos atores no momento atual

Com a implementação do DSEI, as resistências, bem como o envolvimento de alguns atores diminuiu.

Quanto ao grau de apoio que os diversos atores (Quadro 12), prestavam ao DSEI Cuiabá, no momento da realização da pesquisa (anos de 2002-2003), os atores-chave entrevistados apontaram praticamente a Funasa em nível central e regional e as Ongs (Opan e Instituto Trópicos), como os atores que mais apoiavam o distrito. Os entrevistados não foram unânimes quanto ao posicionamento da Funai. A presença da Funai/AER de Cuiabá na atenção à saúde com a implementação do DSEI Cuiabá diminuiu. Participa apenas, em momentos de emergência, de existência de problemas nas áreas indígenas, quando é convocada para tentar resolver o problema em questão (gerente Funai/AER de Cuiabá, 2002)

Observa-se ainda que as secretarias municipais segundo os atores-chave entrevistados, continuam ausentes do processo de discussão e planejamento das ações do DSEI Cuiabá, o que gera problemas para o DSEI, como a dificuldade em atender o doente indígena na rede de saúde do SUS. Enfim, parte dos entrevistados respondeu desconhecer a participação na implementação atual dos DSEIs de alguns atores relacionados no quadro 19. Isto sugere estar existindo pouca articulação com instituições importantes para apoio da implementação do DSEI Cuiabá, principalmente a Secretaria Estadual de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que são a

base de sustentação da referência para atender à demanda para a saúde das populações indígenas do DSEI Cuiabá.

Analisando o Quadro 12, observa-se que somente quatro dos nove atores-chave entrevistados, aos quais o quadro sobre apoios e resistências foi apresentado, responderam às questões. Alguns entrevistados não responderam por não estarem mais envolvidos com a Política de Saúde Indígena ou por não mais participar da implementação do DSEI Cuiabá, no ano de 2002.

QUADRO 12. Percepção dos atores-chave quanto ao grau de apoio ou participação das instituições envolvidas em 2002 na implementação do DSEI Cuiabá

Atores	Não se Manifestou /Não Participou	Manifestou-se Contra	Manifestou Apoio	Apoiou Muito	Não Sabe/ Não respondeu
FUNASA/DESAI			1	3	5
FUNASA/Core-MT			1	3	5
FUNAI/Departamento de Saúde Indígena/DF		1		2	6
FUNAI/ADR de Cuiabá			1		8
SES/MT	1		1		7
Conselho Estadual de Saúde de MT			1		8
CEPSI/MT. (Comissão Especial Permanente de Saúde Indígena de MT)			1		8
CIMI/MT			1	1	7
Associação Pareci		1	1		7
UFMT			2		7
Secretarias Municipais de Saúde (especificar)	1				8
PRODEAGRO/MT	1			1	7
Grupos religiosos		1	1		7
Ongs prestadoras (Opan e Instituto Trópicos)			1	4	4

Elaboração própria.

3. PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E ETAPAS

Em abril de 1999, na cidade de Cuiabá, a discussão sobre DSEI como modelo assistencial no Estado de Mato Grosso foi retomada pela Funasa, com uma reunião para discutir a proposta da nova Política de Atenção à Saúde para as Populações Indígenas do Ministério da Saúde.

Participaram da reunião representantes indígenas do Estado de Mato Grosso (etnias: Apiaká, Bakairi, Bororo, Kaiapó, Panará, Xavante e representantes das 14 etnias do Parque Indígena do Xingu) e Estados vizinhos, como Rondônia (etnias: Nambikwara, Rickibatsa e Cinta Larga) e Goiás (etnias: Karajá, Javaé, Tapirapé e Tapuia), representantes de instituições

governamentais e não governamentais, indígenas e não indígenas, envolvidas com questões pertinentes à assistência à saúde dessas populações.

Para viabilizar esta reunião, a Funasa contou com o apoio da Comissão Permanente de Saúde Indígena (Cepsi) do Conselho Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso, que foi criada em 26 de agosto de 1998 com o objetivo de colaborar com o Conselho nos trabalhos que envolvem os interesses de saúde das nações indígenas em Mato Grosso. A Cepsi é composta por representantes das etnias cujas terras indígenas estão localizadas no território do estado de Mato Grosso (etnias: karajá, Tapirapé, Bakairi, Bororo, Kaiabi, Kaiapó, etc.) e por instituições governamentais e não governamentais indígenas e não indígenas (Funai, Funasa, SES/MT, Opan, UFMT, Unifesp/EPM, Cimi, ETS/SES-MT, etc).

A reunião coordenada pelo responsável federal por Saúde Indígena na Funasa/MS tinha como ponto principal de pauta para discussão a criação dos DSEIs no Brasil e especificamente no estado de Mato Grosso.

A reunião foi muito rica. Desenvolveu-se uma grande discussão, com conflitos, acordos e proposições a respeito da criação dos Distritos Sanitários, até porque o estado de Mato Grosso já tinha igual proposta fundamentada e trabalhada junto aos índios, inclusive quanto à criação dos conselhos distritais de saúde indígena.

Outro aspecto relevante foi que alguns representantes indígenas, como os Kaiapó, Munduruku, Kaiabi, Apiacá e Panará, resistiam em discutir esse assunto, porque ele implicaria em aceitar a transferência da assistência à saúde do Ministério da Justiça/Funai para o Ministério da Saúde, o que era visto com bastante desconfiança pelos índios. Outro aspecto gerador de conflito foi quanto ao critério populacional considerado, uma vez que existem sociedades indígenas com um número muito reduzido, portanto não aptas a constituir um DSEI. Esse fato fez com que os representantes das etnias Karajá, Tapirapé, Javaé e Tapuia, bem como as instituições que com eles trabalham, lutassem para garantir o DSEI do Araguaia, que já vinha sendo implementado desde 1994.

Por fim, ficou decidida a criação de quatro DSEIs em Mato Grosso, vinculados diretamente à Coordenação Regional da Funasa de Mato Grosso: DSEI Xingu, DSEI Xavante, DSEI Kayapó e DSEI Cuiabá.

Foram criados ainda dois DSEIs que, apesar das terras indígenas e de parte da assistência de saúde prestada pertencerem a Mato Grosso, optaram por ficar em outros Estados. Foi o caso

das etnias Arara e Rickbaktsa, que ficaram no DSEI Vilhena, vinculado à Coordenação Regional da Funasa de Rondônia, e as etnias Karajá, Tapirapé, Javé e Tapuia, no DSEI Araguaia, vinculado à Coordenação Regional da Funasa de Goiás.

Deste modo, no momento de criação dos DSEI foi pouco considerada a proposta do número de DSEIs elaborada nas oficinas promovidas pelo Prodeagro com a participação de indígenas e não indígenas representantes das instituições envolvidas com a causa da saúde indígena, que era da criação de 8 DSEIs e não 4 como ficou definido no seminário promovido pela Funasa/Cosai.

3.1 Delimitação de áreas

A delimitação das áreas dos distritos em nível nacional foi tema bastante discutido e negociado no grupo de trabalho da Comissão Intersectorial de Saúde Indígena (Cisi) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que tinha a responsabilidade de apresentar uma proposta concreta ao Ministério da Saúde. Segundo o diretor nacional do Desai/Funasa a delimitação considerou critérios étnicos, epidemiológicos e uma certa proximidade/ contigüidade das terras. No momento de determinar o número e divisão territorial dos DSEIs levou-se também em consideração a experiência da Funai com relação as suas unidades descentralizadas, em especial, as referências já existentes para atenção à saúde dos índios e a localização geográfica de serviços.

As opiniões dos atores-chave sobre os critérios utilizados para a delimitação de áreas dos DSEIs em Mato Grosso não foram unânimes. As áreas foram definidas em uma reunião ocorrida em Cuiabá, com lideranças indígenas e organizações governamentais e não governamentais sem que houvesse consenso. O número de DSEIs previsto inicialmente para o Mato Grosso pela proposta da Funasa foi aumentado, mas não contemplou o desejo das instituições e das comunidades indígenas (ex-gerente DSEI Cuiabá, 2002).

Na opinião da coordenadora do Cimi/MT, o processo de delimitação das áreas de abrangência dos DSEIs em Mato Grosso não respeitou as especificidades étnicas, culturais e geográficas dos povos indígenas. Apontou como exemplo o DSEI Cuiabá, que é composto por um número grande de etnias, dificultando a implantação de componentes importantes da organização do DSEI, comprometendo assim, a efetivação do controle social e a qualidade dos serviços de saúde (coordenadora do Cimi/MT, 2002). Entretanto, o representante local da Funai garantiu que a delimitação dos DSEIs procurou respeitar as referências que os índios já tinham, seja por sua própria organização social ou pelas referências criadas pela Funai. Opinião

compartilhada por um dos conselheiros indígenas entrevistados que afirmou terem sido observados o espaço étnico, cultural, dinâmico e geográfico de cada povo na delimitação das áreas.

Como resultado das discussões foram criados 4 DSEIs em Mato Grosso: DSEI Kaiapó, DSEI Xingu, DSEI Xavante e DSEI Cuiabá.

3.2. Gerenciamento e responsabilidades institucionais

Uma vez criados os DSEIs (Portaria MS/Funasa nº. 852/30/09/1999), segundo o diretor do Desai/Funasa foi definido no âmbito do Ministério da Saúde, por decisão política, que a Funasa iria implantar e operacionalizar a Política Nacional de Atenção à Saúde para os Povos Indígenas sem a contratação de servidores pelo governo federal. Com esta decisão a Funasa tomou a iniciativa, respaldada em dispositivos legais, de fazer parceria com Ongs, municípios, estados, universidades, etc. Entre as parcerias foi dada prioridade às Ongs por se considerar que estas teriam maior agilidade administrativa do que órgãos da administração pública direta (diretor Desai/Funasa, 2002).

No Mato Grosso, naquele momento inicial de implantação dos DSEIs as parcerias foram diversificadas (quadro 13). Foram celebrados convênios com Ongs indigenistas e não indigenistas, com município e com a Escola Paulista de Medicina (Unifesp).

QUADRO 13. Distritos Sanitários Especiais Indígenas de Mato Grosso (DSEIs/MT) com os respectivos órgãos conveniados, no momento da implantação dos DSEIs, ano de 2000

DSEI	ORGÃOS CONVENIADOS
Cuiabá	Opan (indigenista) e Instituto Trópicos (não indigenista)
Kaiapó/MT	Município de Colíder/MT
Xavante	Sociedade na Defesa da Cidadania – SDC (não indigenista)
Xingu	Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal do Estado de São Paulo (EPM/Unifesp)

Elaboração própria

No DSEI Cuiabá especificamente foram celebrados convênios com duas Ongs para executar as ações de saúde para as populações indígenas nas áreas indígenas de sua abrangência: a Opan (Etnias: Irantxe, Myky e Enawenê-Nawê) e o Instituto Trópicos (Etnias: Bororo, Bakairi, Paresi, Umutina e Nambikwara). A Funasa por intermédio de uma estrutura de gerência criada na Coordenação Regional de Mato Grosso, chefiada por um servidor com o cargo de Chefe do

DSEI Cuiabá⁵, que assumiria as ações de: condução da elaboração do plano de saúde distrital; supervisão, capacitação e educação continuada da equipe de saúde do DSEI; estabelecimento dos mecanismos de referência e contra-referência; assessoria técnica às conveniadas, e a gerência das Casas de Saúde do Índio de Cuiabá, Rondonópolis e Tangará da Serra.

3.3. Etapas de desenvolvimento

Quando se decidiu pela criação dos DSEIs, logo após a publicação da Medida Provisória nº.1.911 de 1999, a Funasa passou a atender de forma abrupta, sob precárias condições estruturais toda a demanda de indígenas doentes, que até então era compartilhada com a Funai. Foi uma passagem bastante conflituosa, em função da rapidez no processo, dos inúmeros atores envolvidos e das divergências existentes (ex-gerente do DSEI Cuiabá, 2002).

Segundo o ex-gerente do DSEI Cuiabá, quando se deu a concretização dos trâmites para criação dos DSEIs em Mato Grosso foram feitas discussões no Conselho Estadual de Saúde/MT e com as comunidades indígenas, concomitantemente com as atividades dos DSEIs. Todavia outro dos atores-chave entrevistado afirmou que naquele momento o Conselho Estadual de Saúde e a SES/MT se distanciaram dos DSEIs, pois por equívoco da Funasa em nível nacional o Desai assumiu praticamente todas as atribuições estabelecendo relação direta com as Ongs sem fazer uma composição com as Secretarias Estaduais (gerente da Opan, 2002). Para outro entrevistado nesse momento, não foram criados fóruns de discussão em nível mais amplo, sendo tomadas decisões em âmbito interno entre o Ministério da Saúde, Funasa e Ongs conveniadas. Os Conselhos Distritais ainda não estavam organizados (só tinha conhecimento do Conselho Distrital de Saúde do Araguaia) (coordenadora do Cimi/MT).

Para divulgar os DSEIs em Mato Grosso e em especial o DSEI Cuiabá foram mobilizados a imprensa (rádio, TV, jornais), além das constantes reuniões com as comunidades indígenas e instituições que trabalham com povos indígenas (ex-gerente do DSEI Cuiabá, 2002).

Para apoiar o gerenciamento e a estruturação dos DSEIs, a Funasa/Coordenação de Mato Grosso criou uma equipe ligada diretamente ao gabinete do Coordenador Regional, composta por técnicos com experiência em gestão do SUS. Para cada DSEI também foi criada uma equipe de gerenciamento com profissionais com pouca ou quase nenhuma experiência em trabalhar com populações indígenas.

⁵ Este cargo foi criado por meio da Portaria MS/Funasa nº. 852, de 30/09/1999, que criou os DSEIs.

No DSEI Cuiabá a equipe de gerenciamento foi chefiada por um servidor que já trabalhava com populações indígenas na Funai e que por força do decreto fazia agora, parte do quadro de servidores da Funasa. Esta equipe era composta basicamente de servidores da antiga Equipe de Saúde do Índio da Funasa/Core-MT (ESAI/Funasa/Core-MT) que era ligada ao Setor de Operações da Coordenação Regional, com experiência de trabalho em área indígena e a maioria dos técnicos tinham especialização em saúde pública.

As organizações que celebraram convênio com a Funasa para executar as ações de saúde no DSEI Cuiabá também tomaram providências no sentido de se organizar gerencialmente para assumir a nova missão. Um dos atores-chave entrevistado considera que esse primeiro momento foi inusitado na história da saúde indígena, que nunca tinha havido tanta estrutura e tantas pessoas à disposição para cuidar da saúde dos índios na própria aldeia (gerente Opan, 2002).

A Opan, uma das Ongs conveniadas, sentiu a necessidade de se organizar estruturalmente para atender a essa nova missão. Compôs uma equipe de gerenciamento com profissionais que tinham ou não experiência com gestão no SUS e com o trabalho com populações indígenas (gerente Opan, 2002).

O Instituto Trópicos para assumir a nova missão também compôs uma equipe técnica, cujos membros tinham ou não experiência com gestão no SUS, para gerenciamento das ações conveniadas com a Funasa. Segundo um gerente do Instituto Trópicos, esta Ong entendia que não se tratava apenas de implementar metas, mas de tentar construir uma estrutura mínima para dar suporte operacional e técnico para as ações acordadas no convênio. Para isso, foi criada uma Diretoria Deliberativa com um Departamento de Saúde, com uma Equipe de Gerenciamento do Convênio formada por três coordenadores: um com a responsabilidade na área de formação de recursos humanos, outro para coordenar o projeto tecnicamente e o outro para dar suporte político e administrativo ao projeto (gerente Instituto Trópicos, 2002).

Uma vez composta a estrutura gerencial no âmbito dos DSEIs, o próximo passo foi compor e capacitar as equipes multidisciplinares para atuar em área indígena. Essas equipes eram a princípio formadas por médico, enfermeiros, dentistas e auxiliares de enfermagem. Na sua maioria esses profissionais nunca haviam trabalhado com populações indígenas. Naquele momento tinham duas missões: iniciar o trabalho urgente em área a fim de atender a uma demanda reprimida e a outra para dar início ao processo de formação dos Agentes Indígenas de Saúde. As equipes, antes de entrar em área, passaram por um treinamento de 15 dias, promovido pela Funasa em parceria com as conveniadas. O treinamento era constituído de três módulos: o

primeiro discutia as Políticas de Saúde Indígena, o novo modelo de atenção (DSEI) e noções de antropologia, o segundo sobre a organização de serviços e o terceiro de Capacitação Pedagógica para formação dos AIS. Após essa breve capacitação as equipes eram consideradas prontas para entrar em área indígena e capacitar AIS.

No DSEI Cuiabá, as equipes multidisciplinares das conveniadas passaram em conjunto pelo processo de capacitação nos moldes da Funasa. Como produto desse processo de capacitação realizaram o planejamento estratégico de como seriam desenvolvidas as ações de saúde em área. A área do DSEI foi mapeada e as estratégias foram discutidas com os coordenadores técnicos das Ongs.

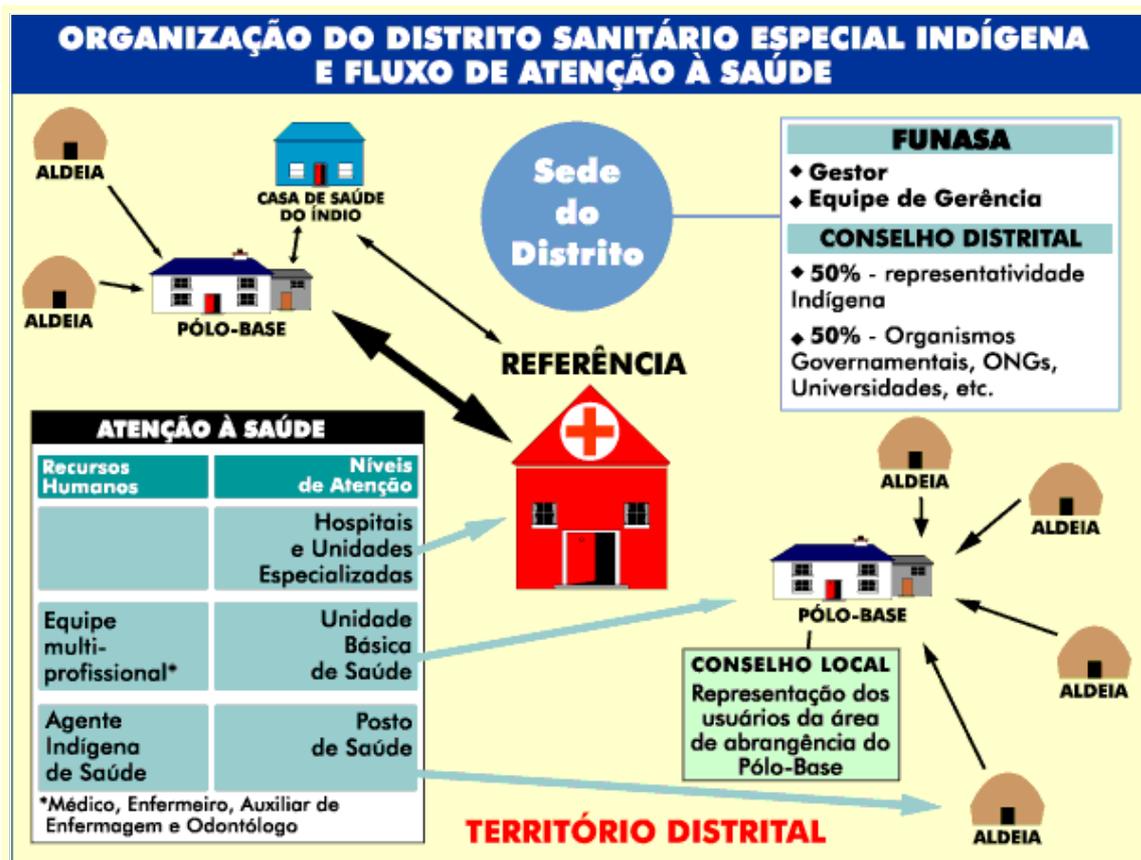
Enfim, pode-se caracterizar que o DSEI Cuiabá passou por três momentos fundamentais na sua implantação. O primeiro foi a implantação física do DSEI com a mudança de responsabilidade da Funai para a Funasa. Por ser um processo de transição este período foi bastante tumultuado. O primeiro momento de implantação dos DSEIs foi de muita ansiedade, na tentativa de criar possibilidades e de buscar as condições para viabilizar as ações de saúde nas aldeias (gerente Opan, 2002). A segunda etapa se refere à divulgação da nova política de atenção à saúde indígena bem como o preparo dos profissionais da saúde para atuarem dentro dessa nova abordagem programática. A terceira fase caracterizou-se pela entrada das equipes em atividade nas aldeias e estruturação dos serviços de saúde e pela organização do DSEI (gerente Opan, 2002). Esta etapa incluiu: levantamento de informações para organizar o sistema de informação, começando pela realização de um diagnóstico demográfico e epidemiológico por aldeia; do atendimento aos problemas de saúde mais emergências nas aldeias, pois a demanda reprimida era bastante grande; a realização do 1º. Módulo de Formação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS); a formação dos Conselhos Distritais e Locais de Saúde Indígena e a capacitação dos conselheiros destes conselhos. Neste momento, houve uma maior participação da população indígena por meio dos conselheiros indígenas de saúde, nas discussões sobre o plano distrital, fortalecendo os conselhos de saúde indígena, e uma evolução no relacionamento intra e interinstitucional (ex-gerente DSEI Cuiabá, 2002).

Na opinião dos atores-chave entrevistados o DSEI Cuiabá teve avanços desde sua implantação, embora sua implementação ainda seja considerada insuficiente, devido à dificuldade de diversas ordens como será discutido nos próximos capítulos.

CAPÍTULO IV – ORGANIZAÇÃO E OFERTA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DE CUIABÁ

A Política Nacional de Saúde Indígena definiu no seu texto legal, o DSEI como “*um modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado – constituído por uma rede de serviços de atenção básica de saúde¹ nas áreas indígenas integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada à rede do SUS*” (figura 6). “*Devendo ser organizado a partir de consultas às populações indígenas e às organizações governamentais e não-governamentais que prestam serviços às comunidades indígenas*” (Funasa, 2002d:13-14).

FIGURA 6. Estrutura organizacional do Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI



Fonte: Extraído de Funasa, 2002.

O fluxo e a organização dos serviços de saúde iniciam-se nas comunidades indígenas, ou seja, nas aldeias, nas quais atuam agentes indígenas de saúde (AIS), em mini-postos que contam

¹ A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/02: 12) “define como áreas da atuação estratégica básica mínima e essencial da Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada: o controle da Tuberculose, a eliminação da Hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes *mellitus*, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal.”

com a estrutura dos pólos-base como primeira referência para os AIS. Os pólos-base são constituídos por um conjunto de aldeias e é a sede para a equipe de saúde (médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem). Podem estar localizados numa comunidade indígena – tipo I – ou em município de referência – tipo II, instalados em uma unidade básica de saúde, já existente da rede de serviços do SUS do município (Funasa, 2002:12-13).

Os pólos-base enquanto estrutura física e localização podem ser do tipo I e do tipo II (quadro 14). São integrados pelos postos de saúde (PS) localizados nas aldeias ou no município de referência de sua área de abrangência e são responsáveis pela prestação de assistência à saúde e pela capacitação e supervisão dos AISs. O PS tipo I possui uma estrutura simplificada, é a porta de entrada na rede hierarquizada no DSEI e o local onde o AIS desenvolve suas atividades com supervisão da equipe de saúde. O PS tipo II é a unidade de primeira referência para o AIS, deverá dispor constantemente de um auxiliar de enfermagem e servir de apoio para a atuação da equipe de saúde na aldeia. Poderá também possuir uma infra-estrutura física para servir de alojamento para o auxiliar de enfermagem e para a equipe de saúde (Funasa, 2002:10-13).

Outro serviço específico do DSEI, a Casa de Saúde Indígena (CASAI), deverá estar localizada estrategicamente em município de referência, inclusive em capitais, com a finalidade de receber e apoiar os índios referenciados pelas aldeias, para receber assistência à saúde, em centros maiores, na rede de referência do SUS ou em serviços privados (Funasa, 2002:13-14).

A atenção de média e de alta complexidade², segundo o texto legal, deverá ser garantida por meio de mecanismos e serviços de referência e por meio de incentivos financeiros às unidades de saúde que ofertam serviços diferenciados aos doentes indígenas como aqueles *“relativos a restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérpretes, visita de terapeutas tradicionais, instalação de redes, entre outros – quando considerados necessários pelos próprios usuários e negociados com o prestador de serviço”*. Estes serviços podem ser da rede SUS ou serviços privados especificamente contratados (Funasa, 2002d:15).

² A atenção de média complexidade é definida pela NOAS-SUS (01/2002 :13) “como primeiro nível de referência intermunicipal que compreende um conjunto mínimo de serviços de média complexidade como as atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar, que envolve procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumato-ortopédicos, ações especializadas em odontologia, patologia clínica; radiodiagnóstico; exames Ultra-sonográficos, e fisioterapia (por sessão). Esse conjunto de ações e serviços no entanto não justifica sua oferta em todos os municípios do país (NOAS-SUS,2002:15)”.

A atenção de alta complexidade é de responsabilidade dos gestores estaduais, podendo ser delegada a gestores municipais. Possui uma “alta densidade tecnológica, alto custo economia de escala, escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucos município, o que leva a referência de doentes para outros municípios”(NOAS-SUS n°. 01/2002:19).

QUADRO 14. Estruturas da rede de serviços do DSEI, segundo atributos e atividades

Pólo-base		Posto de saúde	CASAI
Tipo I		Tipo I	
Atributo	Localiza-se na área indígena	Lotação do AIS	Localiza-se em grandes centros
Atividade	Capacitação, reciclagem e supervisão dos AIS e auxiliares de enfermagem. Coleta de material para exames. Esterilização Imunização (rotina). Coleta e análise sistêmica de dados. Investigação epidemiológica. Informação de doenças. Prevenção do câncer ginecológico (exame, coleta e consulta).	Acompanhamento do desenvolvimento infantil e de gestantes. Atendimento aos casos de doenças mais freqüentes, tais como, infecção respiratória aguda, diarreia, malária, dentre outras. Acompanhamento de pacientes crônicos e egressos, bem como, tratamento de longa duração. Primeiros socorros. Promoção da saúde e prevenção de doenças de maior prevalência. Acompanhamento de imunização. Ações de educação sanitária. Comunicação via rádio. Atividades de apoio à equipe multidisciplinar.	Recepção e apoio de pacientes e acompanhantes encaminhados pelos DSEIs. Estabelecimento dos mecanismos de referência e contra – referência com a rede do SUS. Assistência de enfermagem aos pacientes em fase de recuperação. Acompanhamento de pacientes para consultas, exames e internações hospitalares. Alojamento e alimentação de pacientes e acompanhantes durante o tratamento.
Tipo II		Tipo II	
Atributo	Localiza-se no município de referência	Lotação do auxiliar de enfermagem	
Atividade	Armazenamento de medicamentos. Armazenamento de material de deslocamento para outras áreas indígenas. Comunicação via rádio. Investigação epidemiológica. Informação de doenças. Elaboração de relatórios de campo e sistema de informação. Coleta, análise e sistematização de dados. Planejamento das ações das equipes multidisciplinares na área de abrangência. Organização do processo de vacinação na área de abrangência.	Acompanhamento do desenvolvimento infantil e de gestantes. Atendimento aos casos de doenças mais freqüentes, tais como, infecção respiratória aguda, diarreia, malária, dentre outras. Acompanhamento de pacientes crônicos e egressos, bem como, tratamento de longa duração. Primeiros socorros. Promoção da saúde e prevenção de doenças de maior prevalência. Acompanhamento de imunização. Ações de educação sanitária. Comunicação via rádio. Controle das doenças transmissíveis. Coleta de material para exames. Vigilância epidemiológica e nutricional. Informação em saúde. Coleta e análise sistemática de dados. Atividades de apoio à equipe multidisciplinar.	

Elaboração própria.

Fonte: Funasa, 2002a.

1. GERENCIAMENTO PELA FUNASA NO NÍVEL REGIONAL: O DSEI CUIABÁ

A Funasa de acordo com sua missão e diretrizes institucionais, está administrativamente desconcentrada por meio de unidades, denominadas coordenações regionais. No estado de Mato Grosso está localizada a Funasa/ Coordenação Regional de Mato Grosso (Funasa/Core-MT), que por ocasião da criação dos DSEIs no país em 1999, ficou responsável por quatro DSEIs (Figura 7): Cuiabá (10 etnias, 4.520 habitantes, 66 aldeias em 13 municípios), Kayapó (5 etnias, 2.987 habitantes, 12 aldeias em 7 municípios), Xavante (1 etnia, 9.907 habitantes, 108 aldeias em 7

municípios) e o DSEI do Parque Indígena do Xingu (14 etnias, 4.008 habitantes, 62 aldeias em 9 municípios), conforme dados produzidos pela Funasa/Core-MT/Ascon em 2002.

FIGURA 7. Mapa dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas do Estado de Mato Grosso, 2002

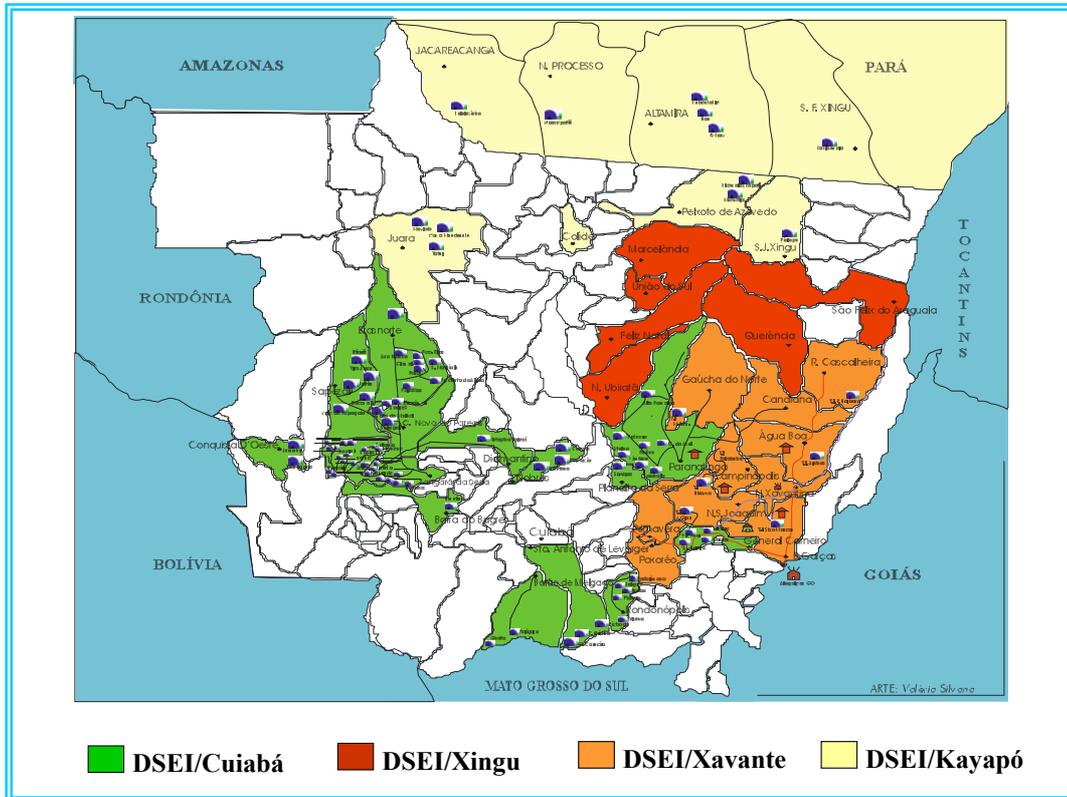


Figura adaptada
Fonte: Funasa/Core-MT/Ascon, 2002.

Para executar as ações de saúde nos DSEIs em Mato Grosso, a Funasa estando limitada por dispositivos legais, principalmente para contratar profissionais de saúde para trabalhar nos DSEIs, em 1999 firmou convênios para a prestação de serviços de saúde por meio de seu Departamento de Operações (DEOPE) em Brasília/DF, com organizações governamentais para o DSEI Kayapó (prefeitura de Colíder/MT) e para o DSEI do Parque Indígena do Xingu (Unifesp/Escola Paulista de Medicina), e com organizações não governamentais para o DSEI Xavante (SDC³) e para o DSEI Cuiabá (Opan e Instituto Trópicos).

Para apoiar administrativamente esses DSEIs a Core/MT criou ainda em 1999 um grupo de assessoria (enfermeira sanitária, economista, pedagogo, entre outros) para acompanhar e apoiar os DSEIs no processo de implantação, principalmente nas atividades ligadas à execução

³ Sociedade pela Defesa da Cidadania (Ong).

dos convênios, no treinamento das equipes de saúde, na formação dos AIS, na capacitação dos conselheiros dos conselhos distritais de saúde indígena (CONDISI) e na formação dos próprios conselhos.

Todos os setores da Funasa/Core-MT desenvolveram atividades de apoio e acompanhamento aos DSEIs em Mato Grosso. A Assessoria de Planejamento e a Divisão de Engenharia de Saúde Pública foram os setores que estiveram mais presentes com os DSEIs desde sua implantação. Respectivamente, o primeiro no acompanhamento e supervisão dos convênios, cursos e treinamentos e o segundo por estar diretamente desenvolvendo a implantação e manutenção dos projetos de abastecimento de água e esgoto sanitário nas aldeias, como também desenvolvendo cursos de formação para os agentes indígenas de saneamento (AISAN).

O DSEI Cuiabá objeto da pesquisa, dentre os quatro DSEIs sob a responsabilidade da Funasa/Core-MT é um dos mais complexos em razão principalmente de sua diversidade étnica e cultural, grande extensão territorial e precariedade das vias de acesso. A área marcada em verde no mapa (figura 8) corresponde ao DSEI Cuiabá que abrange território de 2.301.034,77 hectares, observando-se claramente a problemática da grande extensão e dispersão territorial. Sua área vai do leste ao oeste e do norte ao sul do estado de Mato Grosso. Verifica-se também que as terras indígenas do DSEI não respeitam limites territoriais municipais. Embora existam etnias que possuem suas aldeias localizadas em municípios específicos, no entanto, as suas terras indígenas não obedecem a esses limites.

No Quadro 15, são sistematizadas as características do DSEI Cuiabá. É constituído por quatro pólos-base, sendo três oficiais, previamente programados, (Pólos-base de Cuiabá, Tangará da Serra e Rondonópolis) e um criado pela necessidade da organização do serviço (Pólo-base de Brasnorte). Reúne dez etnias (Bororo, Bakairi, Paresi, Nambikwara, Guató, Umutina, Terena, Irantxe, Enawenê-Nawê e Myky), uma população com cerca de 4.583 pessoas, 71 aldeias, 827 residências e 944 famílias. No Pólo-base de Rondonópolis é possível observar que foram agrupadas etnias com relações sociais conflituosas como é o caso do Bororo e os Terena, que migraram do estado do Mato Grosso do Sul. Observa-se ainda, que o Pólo-base de Tangará da Serra é o maior responsável por 1.444 pessoas dispersas em 36 aldeias, 274 família e 302 casas, sendo o pólo base que possui a maior área territorial entre os pólos base do DSEI Cuiabá.

No DSEI Cuiabá existem três Casas de Saúde do Índio (CASAI), sendo uma localizada no Pólo-base de Cuiabá, outra no Pólo-base de Rondonópolis e a outra no Pólo-base de Tangará da Serra. A CASAI de Cuiabá é referência para todo o Estado, inclusive para DSEIs de Estados

vizinhos como Rondônia, Pará e até Amazonas. A CASAI do Pólo-base de Tangará da Serra, atende as etnias Paresi e Umutina e também as etnias referenciadas pelo Pólo-base de Brasnorte. A CASAI de Rondonópolis atende as etnias referenciadas pelas aldeias de sua responsabilidade.

Às CASAIs cabe a responsabilidade de receber pacientes e seus acompanhantes encaminhados pelos Pólos base, alojar e alimentar os pacientes e seus acompanhantes durante o período de tratamento médico, prestar assistência de enfermagem aos pacientes pós-hospitalizados e em fase de recuperação, acompanhar os pacientes para consultas, exames subsidiários e internações hospitalares, fazer a contra-referência com os pólos-base e articular o retorno dos pacientes e acompanhamento aos seus domicílios por ocasião da alta.

As CASAIs de Rondonópolis e Tangará da Serra são instaladas em casas alugadas e apresentaram problemas de infra-estrutura e falta de profissionais de saúde no momento de implantação do DSEI Cuiabá. Apesar de não pertencer ao DSEI Cuiabá e sim ao DSEI Xavante, a CASAI de Barra do Garças é quem recebe os doentes referenciados do Pólo-base de Rondonópolis da Terra Indígena Merure (etnia Bororo). Segundo usuários, desde a implantação do DSEI, os Bororo do Merure vem sendo tratado de forma inadequada na referida CASAI, mesmo após criação de um prédio anexo, para atender pacientes referenciados para o municípios de Barra do Garças. Assim, mesmo prejudicando seu tratamento, os Bororo não querem ficar na CASAI de Barra dos Garças. Lendo as atas das reuniões do Conselho Distrital de Saúde Indígena de Cuiabá percebe-se que essa situação foi colocada em pauta e algumas deliberações foram tomadas, porém pela fala dos usuários durante a visita á aldeia Merure a situação não mudou nesses três anos, pelo contrário tem se agravado.

QUADRO 15. Características étnicas, demográficas e geográficas do DSEI Cuiabá por pólo-base, 2003

Pólo-base	Etnias	Nº. de aldeias	Nº. de famílias	Nº. de casas	Nº. de pessoas	Nº. de municípios	Nº. de CASAIs
Cuiabá	Bakairi e Umutina	12	259	220	1.090	4	1
Rondonópolis	Bororo, Guató e Terena	13	264	224	1.350	4	1
Tangará da Serra	Paresi e Nambikwara	36	274	302	1.444	5	1
Brasnorte	Enawene, Irantxe e Myky	10	147	81	699	2	0
Total		71	944	827	4.583	15	3

Fonte: Funasa/Core-MT/DSEI Cuiabá, 2003.

O DSEI Cuiabá possui em Cuiabá uma sede administrativa vinculada à sede regional da Funasa, que de acordo com o Decreto n.º. 3.156 de 27/08/1999⁴, no seu Art. 8º, tem a função de dar apoio e prestar assistência à saúde das populações indígenas. Devendo ser chefiado “exclusivamente por servidor do Quadro de Pessoal Permanente, ativo ou inativo, da Funasa ou, excepcionalmente, do Ministério da Saúde que terá um DAS⁵” (Funasa, 2002d:31). O chefe do DSEI pode contar com dois assistentes também com função gratificada (FG)⁶. Essa unidade administrativa e descentralizada da Coordenação Regional de Mato Grosso, no senso comum é chamada de DSEI Cuiabá, o que causa grande confusão para índios e não-índios que desconhecem o significado de distrito sanitário especial indígena enquanto um modelo assistencial proposto por uma política de saúde específica. Neste trabalho essa unidade da Funasa será denominada de Gerência do DSEI Cuiabá.

A Gerência do DSEI Cuiabá tem sua estrutura física localizada na rua Baltazar Navarros, n.º.113, Bairro Bandeirantes, em Cuiabá/MT. A Gerência do DSEI Cuiabá “*cabe a responsabilidade sanitária no seu território indígena de abrangência e a organização de serviços de saúde hierarquizados, com a participação do usuário e o controle social*” (Funasa, 2002d:31).

No seu quadro de pessoal a Gerência do DSEI Cuiabá conta com 17 profissionais, entre os quais: 5 agentes de saúde pública (um deles chefe do DSEI), 2 enfermeiras sendo uma sanitarista, 3 secretárias, 1 técnico de laboratório, 2 assistente de administração, 1 estagiário e 3 agentes administrativos (Funasa, 1999 e Funasa//DSEI Cuiabá, 2003:37).

Dentre as principais atribuições da Gerência do DSEI Cuiabá destacamos a responsabilidade de articular-se com as Secretarias Estaduais e Municipais de saúde, que participam da rede de serviços do DSEI, visando à articulação das ações do DSEI ao SUS, por intermédio da Coordenação Regional; acompanhar e supervisionar o desempenho das organizações que celebraram convênios com a Funasa para executar a atenção básica de saúde na área de abrangência do DSEI Cuiabá; conduzir a elaboração do Plano Distrital de Saúde e submeter à aprovação do Conselho Distrital de Saúde Indígena; coordenar, controlar,

⁴ Que “dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do SUS, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos n.º. 564 de 08/04/1992, e n.º.1.146 de 19/05/1994 e da outras providências”(Funasa, 2002d:29-33).

⁵ DAS é uma gratificação dada a servidores que exercem cargo de direção superior na hierarquia institucional do serviço público federal.

⁶ FG é uma função gratificada de chefia, dada a servidor da administração pública federal, hierarquicamente inferior ao DAS.

supervisionar e avaliar a execução das ações previstas no Plano de Saúde Distrital; viabilizar reunião mensal do Plano Distrital de Saúde, encaminhar a Funasa/Departamento de Saúde Indígena (DESAI), a Funasa/Core-MT e as organizações conveniadas relatórios de avaliação do Plano Distrital; supervisionar as CASAIs; viabilizar Planos de Trabalho para as CASAIs (Cuiabá, Tangará da Serra e Rondonópolis); articular junto às secretarias estadual e municipais os mecanismos de referência e contra-referência, pagar incentivo hospitalar/ambulatorial e Tratamento Fora do Domicílio (TFD); emitir parecer técnico administrativo sobre prestação de contas de convênio; conduzir o processo de capacitação e educação continuada da equipe de saúde do DSEI; realizar ações de controle de endemias nas aldeias; gerenciar, acompanhar e supervisionar a alimentação de dados no SIASI, solicitando mensalmente dos pólos-base o encaminhamento do disquete com informações do SIASI e enviar os dados até o dia 5º. dia útil do mês para a Funasa/DESAI e realizar supervisão técnica nos pólos-base (Funasa, 1999:1-2 e Funasa/DSEI Cuiabá, 2002: 6-19).

Dentre as atividades que a Gerência do DSEI Cuiabá vem desempenhando, a alimentação do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena-Local (SIASI-Local) tem sido importante para a avaliação e o planejamento das ações de saúde para o DSEI. Tem sido da sua responsabilidade a introdução dos dados referentes ao Pólo-base de Cuiabá e a consolidação dos dados dos demais pólos-bases, a fim de produzir anualmente relatórios que são enviados ao Departamento de Saúde Indígena (DESAI), à Coordenação Regional de Mato Grosso, às instituições conveniadas e ao Conselho Distrital de Saúde Indígena de Cuiabá (CONDISI de Cuiabá).

2. GERENCIAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE POR ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS

O Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá (DSEI Cuiabá) tem suas ações de saúde implementadas por meio de duas organizações não-governamentais (Ongs), o Instituto de Apoio ao Desenvolvimento Humano e do Meio Ambiente (InstitutoTrópicos) e a Operação Amazônia Nativa (Opan). Ambas assinaram convênio com a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) para prestar assistência à saúde aos índios das etnias Bororo, Bakairi, Umutina, Paresi, Nambikwara, Terena, Guató, Irantxe, Enawenê-Nawê e Myky, residentes na área de abrangência do DSEI Cuiabá com uma extensão territorial de 2.301.034,77 hectares.

A Opan é responsável pelo Pólo-base de Brasnorte e o Instituto trópicos pelos Pólos-base de Cuiabá, Rondonópolis e Tangará da Serra. Na Figura 8, observar-se as áreas geográficas de

atuação das duas organizações governamentais conveniadas para prestação de serviços no DSEI Cuiabá.

FIGURA 8. Mapa do território do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá/MT, segundo áreas de atuação das instituições conveniadas, Opan e Instituto Trópicos, 2002

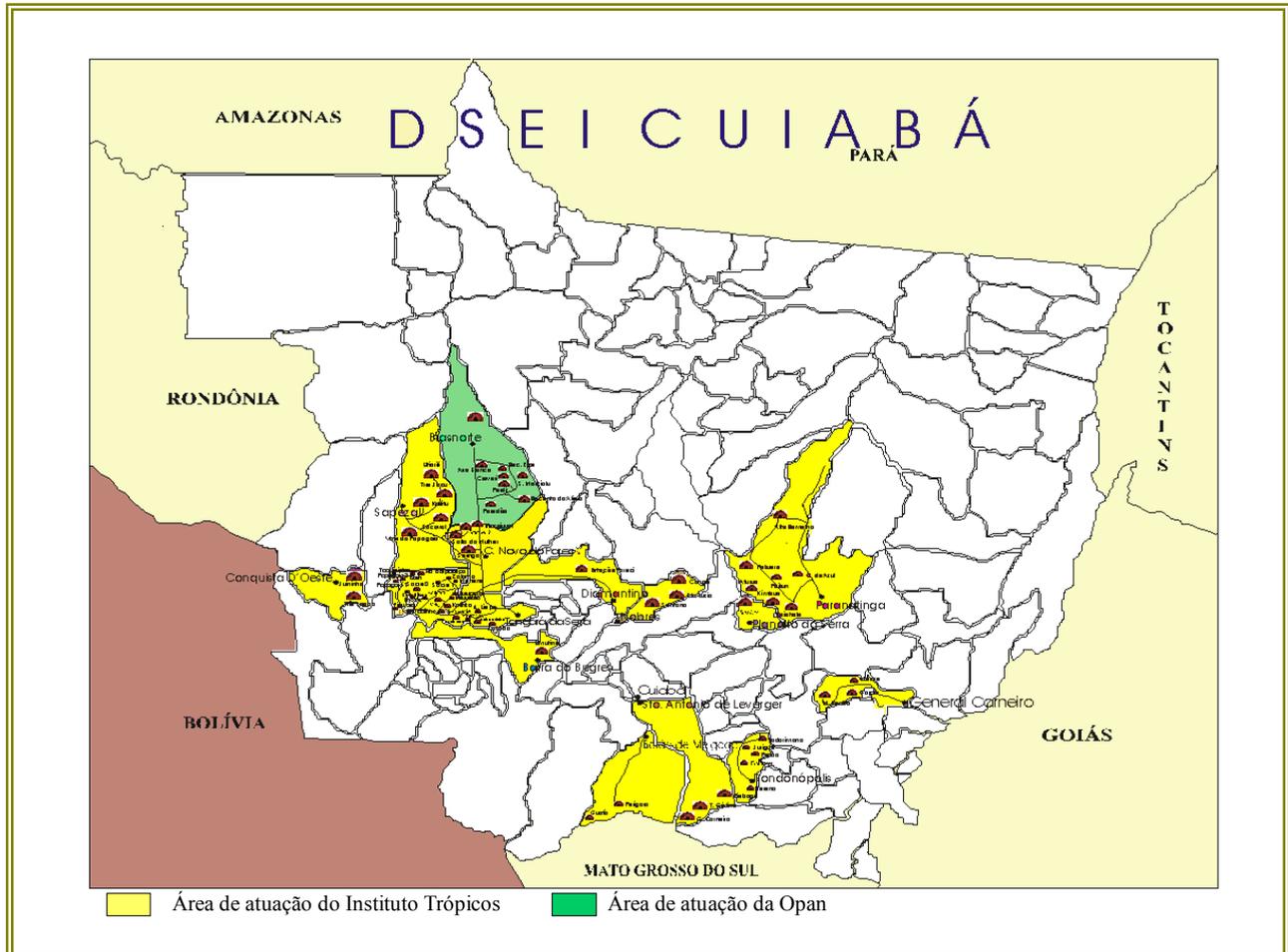


Figura adaptada.

Fonte: Funasa/Core-MT/DSEI Cuiabá, 2002.

Instituto de Apoio ao Desenvolvimento Humano e do Meio Ambiente – Instituto Trópicos

O Instituto Trópicos é uma sociedade civil de direito privado, sem fins lucrativos, com sede na cidade de Cuiabá/MT. Fundada em agosto de 1995 e tem como objetivos: promover desenvolvimento sustentável, por meio do acesso, utilização e gestão dos recursos naturais; prestar serviços técnicos nas áreas do meio ambiente, saúde, agricultura, educação e direitos sociais; e assessorar no planejamento e execução de projetos de desenvolvimento, defesa do meio ambiente, do patrimônio público e dos direitos sociais em geral (Instituto Trópicos, 2002).

O quadro de profissionais e dirigentes do Instituto Trópicos é composto por profissionais de diversas áreas do conhecimento. Em 2002, seu quadro de dirigentes era composto por advogados com especialização em direito do trabalho e experiência na defesa de direitos humanos; professores, engenheiro agrônomo, médico sanitário, antropólogo e comunicador social⁷.

O Instituto Trópicos, conforme seu estatuto, é mantido com contribuições de sócios e outras instituições afins, nacionais e internacionais com recursos provenientes de vendas de serviços, produtos e projetos financiados por instituições públicas e privadas.

De criação recente, o Instituto Trópicos desenvolve projetos com populações indígenas, relacionados ao seu objetivo estatutário central que é a promoção do desenvolvimento sustentável humano, segundo um de seus relatórios (Instituto Trópicos, 2002:5-6).

Além de realizar atividades com alguns povos indígenas de Mato Grosso, o Instituto Trópicos participa do Fórum de Meio Ambiente e Desenvolvimento de Mato Grosso (Formad⁸), tendo integrado o seu Conselho Diretor e representado aquele fórum na Rede Brasil de Ongs para as agências multilaterais de financiamento. Dentre os seus objetivos esta Ong destaca o seu trabalho relacionado à questão sócio ambiental do estado de Mato Grosso e à problemática das populações indígenas e outras comunidades tradicionais (Instituto Trópicos, 2002).

O nosso conhecimento sobre o Instituto Trópicos se deu somente após a assinatura do convênio com a Funasa no final do ano de 1999, uma vez que durante todo o processo de discussão de implantação dos DSEIs no nível nacional e no estado de Mato Grosso (iniciado no primeiro semestre de 1999), não observamos a presença do Instituto Trópicos nos fóruns de discussão.

O Instituto Trópicos não desenvolvia projetos de saúde até 1999, quando assumiu atividades nesta área no DSEI Cuiabá, respondendo convocação da Funasa. Após participar de uma reunião⁹ em Brasília/DF no mês de junho do mesmo ano, convocada pela Funasa por meio

⁷ Quatro profissionais cursaram pós-graduação sendo dois deles doutores.

⁸ “O Formad é uma articulação de caráter permanente, constituída para servir de espaço de debate, reflexão e definição de ações coletivas. A sua existência tem em primeiro lugar o sentido de promoção da reflexão e da ação coletiva a partir do esforço da interação e da construção de consensos entre as entidades membros. (...). O FORMAD é um instrumento da e para ações de entidades membros”. Dentre os seus membros temos entidades ligadas diretamente a causa indígenas como o Cimi, Instituto Trópicos, etc. (ICV, 2003:1).

⁹ Nesta reunião foram discutidas as bases nos termos dos convênios, como as exigências formais próprias da Instrução Normativa 001 da Secretaria do Tesouro Nacional que regula as relações de cooperação ou gestão de serviços que impliquem em disposição de recursos públicos federais (Instituto Trópicos, 2002).

do Departamento de Operações (Funasa/Deope), que tinha como objetivo verificar as possibilidade e interesse de instituições não-governamentais em participarem da composição e esforços para a estruturação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) no Brasil (Instituto Trópicos, 2002).

Enfim, em novembro de 1999 o Instituto Trópicos celebrou convênio com a Funasa¹⁰, para um período de quatorze meses, acrescido do Termo Aditivo 2000/01 para mais oito meses, de julho de 2000 a março de 2001, para assumir a execução das ações de atenção primária à saúde no DSEI de Cuiabá, para os povos indígenas Paresi, Bororo, Umutina e Nambikwara da área indígena Tirecatina. O valor total financeiro do convênio foi firmado em R\$ 3.419.552,21 para o período de 22 meses, destinado a: atividades de investimento em infra-estrutura (construção e reforma de unidades de saúde nas aldeias), aquisição de veículos e equipamentos; custeio das ações de saúde nas aldeias por meio da contratação dos trabalhadores de saúde e aquisição de materiais e insumos; apoio à implementação das instâncias de controle social; e capacitação dos trabalhadores de saúde principalmente na formação dos Agentes Indígenas de Saúde (AISs) (Convênio Funasa/Instituto Trópicos, n.º. 349/1999).

Em abril do ano de 2001 o convênio¹¹ foi renovado, para um período de quatorze meses, incorporando a população Terena que se encontrava provisoriamente acampada no município de Rondonópolis, dentro da área de abrangência do DSEI de Cuiabá, enquanto aguardava decisão judicial quanto a reivindicações fundiárias. O convênio também repassou ao Instituto Trópicos o gerenciamentos das Casas de Saúde do Índio da Funasa localizadas no município de Tangará da Serra e Rondonópolis e a responsabilidade de articular o sistema de referência nesses municípios. O valor total financeiro do convênio foi de R\$ 3.286.161,86 (Convênio Funasa/Instituto Trópicos, n.º 036/2001).

Ainda em 2001, a Funasa celebrou mais um convênio¹² com o Instituto Trópicos para viabilizar sistemas de abastecimento de água em aldeias do DSEI Cuiabá, durante o período compreendido entre dezembro de 2001 a agosto de 2003, de R\$ 353.869,85 (Funasa/Depin, 2003).

¹⁰ Convênio de n.º. 349/1999.

¹¹ Convênio de n.º. 036/2001.

¹² Convênio de n.º. 248/2001.

No ano de 2002, a Funasa continuou mantendo convênio com o Instituto Trópicos¹³, para mais um período de 14 meses, com o objetivo de promover ações que visem à melhoria das condições de saúde da população indígena das etnias Bororo, Bakairi, Paresi, Umutina, Nanbiquara (área indígena Tircatinga e Utiariti), Terena e agora incorporando o povo indígena Guató, habitantes dispersos do pantanal do Mato Grosso. O valor financeiro total do convênio foi de R\$ 2.719.013,76 (Convênio Funasa/Instituto Trópicos, 2002).

QUADRO 16. Convênios Funasa/Instituto Trópicos celebrados nos anos 1999, 2001 e 2002

Convênios	Período de Vigência	Valor R\$*	Objetivo Principal	Etnias
Convênio N° 349/1999	11/1999 – 04/2000 (14 meses mais 8 meses do termo aditivo, totalizando 22 meses).	3.419.552,21	Viabilizar as medidas para o atendimento básico de saúde das populações indígenas do Dsei Cuiabá.	Pareci, Nambikwara (Tiracatinga e Utiariti), Bakairi, Bororo e Umutina.
Convênio N° 036/2001	03/2001 - 06/2002 (14 meses)	3.286.161,86	Viabilizar ações de atendimento básico e de referência à saúde de populações indígenas das áreas de Abrangência do DSEI Cuiabá.	Pareci, Nambikwara (Tiracatinga e Utiariti), Bakairi, Bororo, Umutina e Terena
Convênio N° 0248/2001	28/12/01 – 06/08/03 (19 meses)	352.869,85	Viabilizar sistema de abastecimento de água.	
Convênio N° 087/2002	04/2002 – 07/2003 (14 meses)	2.719.013,76	Prestar Assistência Básica De Saúde À População Indígena Do DSEI Cuiabá/MT.	Pareci, Nambikwara (Tiracatinga e Utiariti), Bakairi, Bororo, Umutina, Terena e Guató.

Elaboração própria

* Reais correntes

Em 2002, o Instituto Trópicos, era responsável pela cobertura de assistência básica em saúde para cerca de 4000 indígenas de sete etnias habitantes de 63 aldeias.

No Quadro 17, são apresentadas informações sobre o perfil demográfico da população coberta incluindo número de habitantes, número de etnias, número de aldeias e número de terras indígenas da área de atuação do Instituto Trópicos, no âmbito do DSEI de Cuiabá e sua evolução de janeiro de 2000 até janeiro de 2002.

¹³ Convênio de nº. 087/2002.

QUADRO 17. Informações demográficas da área de atuação do Instituto Trópicos, no DSEI de Cuiabá, 2000 a 2002

INFORMAÇÃO	2000	2001	2002
População coberta (habitantes)	3.440	3.748	3.936
Número de famílias	591	640	698
Número de etnias	5	6	7
Número de aldeias	55	59	63
Número de Terras Indígenas	16	16	16
Área territorial em KM ² da área de abrangência do Convênio	834.737 Km²		

Quadro adaptado do relatório do Instituto Trópicos, 2002.

Fonte: Instituto Trópicos, 2002.

Operação Amazônia Nativa (Opan)

A Operação Amazônia Nativa (Opan) é uma associação civil, de caráter filantrópico, criada no Rio Grande do Sul, no ano de 1969, com o objetivo de promover projetos de apoio e solidariedade a comunidades indígenas, nas regiões Centro-Oeste e Norte do Brasil (Opan, 2002).

É constituída por técnicos de várias profissões organizadas em Equipes Locais, que “prestam serviços nas áreas de saúde, educação, economia e conservação ambiental e incentivam a defesa da terra, a organização comunitária e a cultura indígena”. A Opan desenvolve desde os anos 1970, algumas atividades de saúde em diversos de seus projetos, em particular na área de educação em saúde e formação de agentes indígenas de saúde (Opan, 2002).

Os projetos desenvolvidos pela Opan executados nas aldeias indígenas, “priorizam o método participativo, a capacitação e autonomia das comunidades e a valorização dos recursos locais”. Sua ação baseia-se em regras que têm como objetivos “acentuar a convivência no dia-a-dia, o aprendizado na língua, o incentivo às práticas e tradições culturais e a prestação de serviços efetivos às comunidades indígenas”. Sua clientela basicamente é formada por comunidades indígenas mais isoladas, abandonadas ou ameaçadas em sua integridade e seus direitos (Opan, 2002).

A estrutura organizacional da Opan contempla Assembléia Geral, o Conselho Diretor, a Coordenação Executiva e as Equipes Locais. “A Assembléia Geral define as linhas de ação da organização, delibera sobre os projetos e atividades, avalia e planeja os trabalhos das Equipes Locais”. Em Cuiabá/MT está sediada a Coordenação Executiva, que “é responsável pelo acompanhamento dos projetos, seleção de candidatos aos cursos de formação e cuida das atividades administrativas”. A responsabilidade de executar os projetos é das Equipes Locais “que articulam as redes locais de apoio e assumem ainda as tarefas de planejar e avaliar as

atividades, elaborar orçamento, relatórios e a prestação de conta dos projetos de trabalho” (Opan, 2002).

Os Projetos da Opan são financiados “por agências de cooperação internacional, da Alemanha, Áustria, Canadá, Noruega entre outros, e doações de simpatizantes”. Recentemente foram assinados convênios, com órgãos governamentais com repasses financeiros, para execução de atividades, entre as quais “formação de professores, a vigilância territorial, a pesquisa científica, o apoio à produção econômica e a atenção à saúde” (Opan, 2002).

Segundo um dos seus dirigentes, por estar habilitada juridicamente e operacionalmente o Departamento de Saúde Indígena da Funasa convidou a Opan para assumir o gerenciamento das ações de saúde no DSEI de Cuiabá. A Opan entrou na arena de discussão da criação e implementação do DSEI de Cuiabá, porque “queria ver de fato o Distrito criado”, contudo aceitou assumir as ações de saúde em áreas indígenas apenas onde já possuía pessoal e conhecia a realidade indígena (gerente do Convênio da Opan/Funasa, 2002).

Em outubro de 1999, a Opan e a Funasa celebraram convênio¹⁴, com período de vigência de dezembro de 1999 a setembro de 2000, no valor de R\$ 511.745,00, que seriam repassados em quatro parcelas, destinados a execução das ações à saúde nas áreas indígenas dos povos Enawenê-Nawê, Myky e Irantxe, área denominada de Pólo-Base de Tangará da Serra do DSEI Cuiabá. Segundo informação do Depin/Funasa¹⁵ (2003), o período de vigência do contrato foi estendido até 30 de março de 2001, sem alteração do valor do convênio. O objetivo do convênio era prestar atenção básica à saúde aqueles povos indígenas, por meio de atividades de: tratamento de doenças simples, tratamentos de verminoses sintomáticas, vacinação, visitas médicas, encaminhamentos dos casos, graves e complicados; manutenção do suprimento de medicamentos básicos nas aldeias; borrifações periódicas, busca ativa de malária e leitura de lâminas; contratação e capacitação da equipe de saúde, incluindo agentes indígenas de saúde (AIS); melhoria da infra-estrutura de transporte de doentes pelas equipes de saúde; promover a participação indígena no processo de controle social por meio dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena; e gerenciar as ações de saúde na área de abrangência do convênio Opan/Funasa (Convênio Funasa/Opan nº.1.402 /1999). O início das atividades ocorreu em fevereiro 2000.

¹⁴ Convênio Funasa/Opan nº. 1.402 /1999

¹⁵ Departamento de Planejamento e Desenvolvimento Institucional – Depin/Funasa.

Em fevereiro de 2001 foi celebrado o segundo convênio entre a Opan e a Funasa¹⁶ com o período de vigência de fevereiro de 2001 a janeiro de 2002, com o objetivo de prestar assistência básica à população indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena e promover a melhoria das condições de saúde da população indígena Myky, Irantxe e Enawenê-Nawê no DSEI de Cuiabá, conforme plano de trabalho e plano distrital de saúde. O montante total de recursos financeiros do Convênio celebrado foi de R\$ 777.356,60, sendo R\$ 710.000,00, no exercício financeiro de 2001 e R\$ 67.356,60 liberado posteriormente, conforme Termo Aditivo (Convênio Funasa/Opan n°. 018/2001).

Com os mesmos objetivos, em abril de 2002, foi celebrado novamente um convênio da Funasa com a Opan¹⁷, para o período de vigência de quatorze meses, ou seja, de abril de 2002 a junho de 2003. O objeto do convênio é prestar assistência básica de saúde à população indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá, do Pólo-Base de Brasnorte/MT. O montante total de recursos financeiros foi de R\$ 894.420,00, sendo R\$ 670.000,00 para liberação no exercício de 2002 e R\$ 224.420,00 para liberação posterior, conforme Termo Aditivo (Convênio Funasa/Opan n°. 088/2002).

QUADRO 18. Convênios Funasa/Opan celebrados nos anos de 1999, 2001 e 2002

Convênios	Período de Vigência	Valor R\$*	Objetivo Principal	Etnias
Convênio N° 1.402 /1999	12/1999 – 03/2001 (15 meses)	511.745,00	Prestar assistência básica de saúde à população indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá/MT.	Enawenê-Nawê, Myky e Irantxe
Convênio N° 018/2001	02/2001 - 01/2002 (11 meses)	777.356,60	Prestar assistência básica de saúde à população indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá/MT.	Enawenê-Nawê, Myky e Irantxe
Convênio N° 088/2002	04/2002 – 06/2003 (14 meses)	894.420,00	Prestar assistência básica de saúde à população indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá/MT.	Enawenê-Nawê, Myky e Irantxe

Elaboração própria

*Reais correntes

Em 2002, a Opan era responsável pela cobertura de atenção básica para uma população total de cerca de 700 índios, pertencentes a três etnias distribuídas em nove aldeias.

No Quadro 19, observa-se o perfil demográfico da área de atuação da Opan, no âmbito do DSEI de Cuiabá e sua evolução de janeiro de 2000 até janeiro de 2002.

¹⁶ Convênio Funasa/Opan n°. 018 /2001

¹⁷ Convênio Funasa/Opan n°. 088 /2002

QUADRO 19. Informações demográficas da área de atuação da Opan, no DSEI de Cuiabá, 2000 a 2002

Informação	2000	2001	2002
População Coberta (Habitantes)	631	662	699
Número de Famílias	144	145	147
Número de Etnias	3	3	3
Número de Aldeias	9	9	9
Número de Terras Indígenas	3	3	3
Área territorial em KM ² da área de abrangência do Convênio	14.435,36Km²		

Quadro elaborado.

Fonte: Opan, 2003.

No Quadro 20, são sistematizadas as principais características das organizações não governamentais (Instituto Trópicos e Opan), que no período de 1999 a 2002 prestaram serviços à Funasa, por meio de convênios, para gerenciar e executar as ações de saúde no DSEI Cuiabá. Tratam-se de ONGs de natureza jurídica similar, todavia com campos de atuação e tradição diferenciadas: uma voltada especificamente para população indígena com experiência na área de saúde e outra orientada para projetos de meio-ambiente e desenvolvimento sustentável sem experiência em atividades de saúde com as populações indígenas. Pela data de criação da Opan, constata-se que esta possui uma longa trajetória com relação ao trabalho de apoio e solidariedade aos povos indígenas, principalmente nas regiões centro-oeste e norte do Brasil, desenvolvendo ações de educação, saúde etc. O Instituto Trópicos por sua vez, na sua trajetória trabalha principalmente com a população geral, tendo como objetivo principal a promoção do desenvolvimento sustentável e o seu envolvimento com o setor saúde é recente, datando de 1999, quando celebrou convênio com a Funasa para executar ações de saúde, a fim de atender sete etnias do DSEI Cuiabá/MT. Estas diferentes características das ONGs podem ter repercussões sobre a qualidade das ações prestadas, especialmente sobre seus resultados em termos de satisfação dos usuários e quanto ao respeito à cultura dos povos indígenas como veremos nas próximas sessões.

As diferentes características das Ongs prestadoras quanto à sua tradição de atuação diante das populações indígenas e experiência no campo da atenção à saúde repercutem sobre a qualidade das ações prestadas, consideradas a partir da perspectiva dos usuários. Conhecimento e respeito à cultura dos povos indígenas impactam positivamente, produzindo maior satisfação com a atenção recebida, maior envolvimento da comunidade e prestação de serviços mais adequados às necessidades e expectativas das diferentes etnias (exemplo instalações sanitárias, banheiros).

Assim sendo, concluímos que as características das ONGs devem sempre ser consideradas pelo órgão gestor (Funasa), no momento de elaboração dos convênios, a fim de possibilitar às organizações conveniadas, quando necessário e sempre que possível, informações sobre os povos indígenas aos quais deverão prestar assistência à saúde, com relação a sua organização social, política e cultural, principalmente no que diz respeito à concepção do processo saúde e doença, além de outras informações sobre sua cultura que se fizerem necessárias, de forma que as organizações conveniadas executem as ações de saúde de acordo com o dispositivo legal¹⁸ sobre o atendimento à saúde no Subsistema de Saúde Indígena que afirma ser “obrigatório levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional”.

QUADRO 20. Características das Ongs conveniadas para execução das ações de saúde do DSEI Cuiabá

CARACTERÍSTICAS	Instituto Trópicos	Opan
Ano da criação	1995	1969
Natureza jurídica	Sociedade civil sem fins lucrativos	Sociedade civil sem fins lucrativos
Modalidade de Ongs	Inespecífica	Indigenista
Objetivos	Promoção do desenvolvimento sustentável	Projetos apoio e solidariedade a comunidades indígenas
População alvo	Geral, indígena e outras comunidades tradicionais	Indígena
Setores de atuação	Meio ambiente, desenvolvimento sustentável e saúde.	Educação, saúde, economia, conservação ambiental, organização comunitária e cultura indígena.
Áreas geográficas de atuação	Mato Grosso	Centro-oeste e norte do Brasil
Ano de envolvimento com o setor saúde junto à população indígena	1999	1970
DSEIs nos quais atua	DSEI Cuiabá/MT	Dsei Cuiabá/MT, Pólo-base Eirunepé do DSEI médio Juruá/AM.
Nº. de etnias as quais presta assistência no DSEI Cuiabá/MT	7	3
Nº. de aldeias onde desenvolve a assistência no DSEI Cuiabá/MT (2002)	63	9

Elaboração própria

¹⁸ Artigo 19-F da Lei nº. 9.836 de 23/09/1999.

3. GESTÃO DAS EQUIPES MULTIDISCIPLINARES

A gestão de pessoas começou a ser definida no Subsistema de Saúde Indígena inicialmente pela Portaria nº. 1.163/GM de 14/09/1999¹⁹, na qual foi estipulado que a Funasa seria o órgão do Ministério da Saúde responsável pela execução das ações à saúde dos povos indígenas estabelecendo inclusive suas atribuições. Nesta portaria, afirma-se que cabe à Funasa “garantir a disponibilidade de recursos humanos em quantidade e qualidade necessárias para o desenvolvimento das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, utilizando como estratégias *a articulação com Municípios, Estados, outros órgãos governamentais e organizações não governamentais* (Art. 2º, item VI, grifo nosso). A portaria definiu também a composição das equipes de saúde “por médico, dentista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente indígena de saúde (AIS), que *poderão ser operadas direta ou indiretamente pela Funasa, Estados ou por Municípios*”. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada pela Portaria nº. 254/GM de 31/01/2002²⁰, definiu que o perfil e quantidade dos profissionais da equipe de saúde deve ser estabelecido de acordo com alguns critérios como o número de habitantes, a dispersão populacional, a condição de acesso, entre outros. Quanto à atuação dos profissionais da equipe de saúde, foi definido legalmente que a atenção básica na aldeia deve ser prestada continuamente pelos AIS (isto é, na aldeia é obrigatória somente a presença do agente indígena) e periodicamente pelas equipes de saúde por meio de visitas conforme planejamento de suas ações (Funasa, 2002d:14).

3.1 Composição das Equipes

Em novembro de 1999, o Instituto Trópicos deu início ao trabalho de saúde por meio da capacitação prévia de pessoal, organização de equipes e de planos de trabalhos e instalação de bases operacionais para o trabalho das equipes (Instituto Trópicos, 2002:5).

Para organizar o serviço de saúde em área indígena, o Instituto Trópicos utilizando “critérios étnico, geográfico, populacional e epidemiológico”, procedeu à divisão da área de abrangência do convênio com a Funasa em três áreas menores (subáreas) cada qual sob a responsabilidade de uma equipe de saúde, na prática as subáreas correspondem às áreas de abrangência dos Pólos base de Cuiabá, Rondonópolis e Tangará da Serra. Por sua vez, as

¹⁹ “Dispõe sobre a responsabilidade na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências” (Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro, 1999).

²⁰ “O Ministério de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, e considerando a necessidade de o Setor Saúde dispor de uma política de atenção à saúde dos povos indígenas”(Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro, 2002).

subáreas formaram subdivisões em midiáreas, “definindo a população adscrita a cada auxiliar de enfermagem não-índio”. Posteriormente foi necessário proceder a algumas adaptações para cobrir as midiáreas por não haver número suficiente de auxiliares de enfermagem não-índios para sua cobertura completa. Algumas midiáreas ficaram com a cobertura de auxiliar de enfermagem não-índio e de agentes indígenas de saúde (AIS), outras só com AIS ou só com auxiliares de enfermagem. Os AIS foram vinculados ao trabalho na sua aldeia de residência (Instituto Trópicos, 2001:23). Observa-se aqui o problema de oferta insuficiente de profissionais de saúde, inclusive de nível médio (auxiliares de enfermagem), disponível para o trabalho com as populações indígenas nas aldeias.

Para prestar assistência à saúde foram contratados profissionais médicos, enfermeiros, cirurgião-dentista, auxiliares de enfermagem e AIS, a fim de compor as equipes de saúde. Os profissionais foram distribuídos em três equipes compostas por um médico, um enfermeiro, um cirurgião dentista, 3 a 5 auxiliares de enfermagem e 11 a 28 AIS, conforme se observa na tabela 3.

TABELA 3. Composição das Equipes de Saúde conforme categoria profissional, da área de atuação do Instituto Trópicos, no DSEI de Cuiabá (MT), 2000

Categoria Profissional	Equipe de Saúde 1	Equipe de Saúde 2	Equipe de Saúde 3	TOTAL
Enfermeiro	1	1	1	3
Médico	1	1	1	3
Cirurgião-dentista	1	1	1	3
Auxiliar de Enfermagem	3	5	4	12
Agente Indígena de Saúde	11	13	28	52
TOTAL	17	21	35	73

Quadro adaptado do Relatório do Instituto Trópicos, 2001:25.

Fonte: Instituto Trópicos, 2001.

A partir do processo de territorialização, o Instituto Trópicos procedeu à composição e distribuição das Equipes de Saúde nas midiárias, levando em consideração os pólos-base e as terras indígenas, conforme Quadro 21.

A equipe de saúde indígena nº 1 ficou responsável por três midiárias (2 etnias), a equipe nº 2 por cinco midiárias (1 etnia) e a nº 3 por quatro midiárias correspondentes a duas etnias.

QUADRO 21. Equipe de Saúde por delimitação territorial e população coberta pelo Instituto Trópicos, DSEI Cuiabá, 2000

Equipe de Saúde por midiária, pólo-base, etnia e terras indígenas	Nº Aldeias	Nº Famílias	População
EQUIPE 1 – Pólo-base de Cuiabá (Etnias Bakairi e Umutina)	12	229	1.052
- Midiária 1 (Terra Indígena Pakuera)	8	129	556
- Midiária 2 (Terra Indígena Santana)	3	34	173
- Midiária 3 (Terra Indígena Umutina)	1	66	323
EQUIPE 2 – Pólo-base de Rondonópolis (Etnia Bororo)	11	158	1.056
- Midiária 1 (Terra Indígena Merure-Sangradouro)	3	80	478
- Midiária 2 (Terra Indígena Tadarimana)	4	27	176
- Midiária 3 (Terra Indígena Gomes Carneiro)	2	32	269
- Midiária 4 (Terra Indígena Piebaga)	1	7	50
- Midiária 5 (Terra Indígena Perigara)	1	12	83
EQUIPE 3 – Pólo-base de Tangará da Serras (Etnias Pareci e Nambikwara)	36	204	1.332
- Midiária 1 (Terra Indígena Bacaval)	9	73	369
- Midiária 2 (Terra Indígena Batizá)	10	40	290
- Midiária 3 (Terra Indígena Rio Verde)	10	54	395
- Midiária 4 (Terra Indígena Papagaio II)	7	37	278
TOTAL	59	591	3.440

Quadro adaptado do Relatório Trópicos, 2001.

Fonte: Instituto Trópicos, 2001.

Em 2002, o quadro de pessoal do Instituto Trópicos estava composto por 158 pessoas, sendo: 3 médicos, 6 enfermeiros, 3 odontólogos, 28 auxiliares de enfermagem, 52 agentes indígenas de saúde (em formação), 15 agentes indígenas de saneamento, 10 auxiliares de serviços gerais, 11 motoristas, 2 coordenadores, 6 auxiliares administrativos, 20 estagiários (distribuídos em turmas temporárias, por período), 2 assessores.

Ainda no período de vigência do convênio de 1999, após acordo com a Opan e a Funasa, a Equipe de Saúde 3 do Pólo-base de Tangará da Serra além de atender as Etnias Pareci e Nambikwara, passou a atender as Etnias Irantxe, Myky e Enawenê-Nawê de responsabilidade da Opan no que diz respeito à assistência prestada por profissional médico. Com isso as equipes foram recompostas formando-se uma quarta equipe tendo sob sua responsabilidade aproximadamente 950 pessoas e a Equipe 3 ficou reduzida, passando a contar com 27 aldeias e 963 habitantes.

Constata-se que o número de AIS é inferior ao número de aldeias, isto é, nem todas as aldeias dispõem de AIS conforme preconizado.

A Opan para atender aos objetivos dos convênios celebrados com a Funasa contratou recursos humanos de nível superior, médio, e elementar – auxiliares e agentes indígenas de saúde. Todavia com recursos do primeiro convênio foram contratados apenas uma enfermeira,

três auxiliares de enfermagem e seis AIS, número bastante inferior ao dos profissionais da OPAN. Nenhum médico foi contratado, sendo efetuada sua contratação apenas no terceiro ano de vigência do convênio (quadro 22).

QUADRO 22. Recursos humanos contratados pela Opan por período de vigência dos convênios firmados com a Funasa, 1999 a 2003

Categoria Profissional	Período de Vigência dos Convênios		
	11/1999-09/2000	02/2001-01/2002	04/2002-06/2003
Coordenador Geral	0	1	1
Administrador	1	0	1
Enfermeira	1	1	2
Médico	0	0	1
Dentista	0	*1	*1
Técnica de Enfermagem	0	0	1
Auxiliar de Enfermagem	3	5	**6
Aux. De Administração	0	2	2
AIS	6	8	7
AISAN.	0	2	2
Secretária	0	1	1
Motorista	0	3	3
Auxiliar de Serviços Gerais	0	1	1
Total	11	25	27

* O dentista é contratado na modalidade de prestação de serviço, portanto sem vínculo empregatício com a OPAN.

**Dentre os seis auxiliares de enfermagem um é índio do povo Irantxe.

Fonte: Convênio Funasa/Opan n.º. 1.402/1999, Convênio Funasa/Opan n.º. 018/2001 e Convênio Funasa/Opan n.º. 088/2002.

No período de 1999 a 2001, a equipe de saúde da Opan contava apenas com uma enfermeira, 3 a 5 auxiliares de enfermagem e 6 a 8 AIS. A assistência por profissional médico na aldeia sob responsabilidade da Opan, era realizada esporadicamente por meio de médico contratado pelo Instituto Trópicos, em decorrência do acordo feito entre ambas e a Funasa, acima mencionado. Em 2002 a Opan passou a contar com um médico contratado pelo município de Brasnorte/MT, com recursos provenientes do Ministério da Saúde, destinados a municípios que possuem população indígena, para prestar assistência às aldeias na área de atuação da Opan, durante 15 dias, e no restante dos dias na cidade de Brasnorte (entrevista n.º13, 2002).

Apenas os agentes indígenas de saúde (AIS) estão presentes em todas as aldeias. Geralmente são integrantes da mesma etnia. São cinco para o Povo Irantxe (da mesma etnia) e dois Myky (sendo um da etnia Myky e outro da etnia Irantxe). Na aldeia dos Enawenê-Nawê a função de AIS é exercida pelos “*Baraitairixi*” (chamado pelo Enawenê-Nawê de pequeno

médico), que é um trabalho de formação e de educação e saúde que a Opan vem realizando com esse povo há cerca de quatro anos²¹.

O coordenador geral, a secretária, o administrador e um auxiliar administrativo são lotados na sede da Opan em Cuiabá, gerenciam o convênio Opan/Funasa e fazem a interlocução com a equipe de saúde que fica no Pólo-base de Brasnorte/MT, que em 2002 era formada por dois enfermeiros, um médico, um dentista, um técnico de enfermagem, seis auxiliares de enfermagem, sete AIS e dois Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN). Nas sede do Opan no Pólo base de Brasnorte fica um auxiliar de enfermagem que cuida da referência e da contra-referência e quando necessário cobre as folgas dos auxiliares que atuam nas aldeias. Os motoristas podem ser considerados membros da equipe de saúde, pois a sua atividade é essencial para o deslocamento da equipe para as aldeias dos Irantxe e Myky ou para a beira do rio Juruena que dá acesso a aldeia Motokodakwa dos Enawenê-Nawê.

3.2 Formas de contratação

Os profissionais das equipes de saúde do Instituto Trópicos foram contratados durante o período de vigência dos Convênios n^o 349/1999 e n^o 037/2001, de acordo com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (Instituto Trópicos, 2001:26). Já no período de vigência do Convênio n^o 087/2002, segundo informação dos profissionais, a maioria dos profissionais passaram a ser cooperativados, com exceção dos AIS.

O Instituto Trópicos desde o momento que iniciou a execução das atividades de saúde no Dsei Cuiabá vem enfrentando problemas da alta rotatividade de profissionais para atuar nas aldeias, principalmente dos profissionais de nível superior – médico, enfermeiro e odontólogo. Os gerentes e profissionais apontam vários motivos para a alta rotatividade dos profissionais em área indígena, em particular, a instabilidade da relação de trabalho provocada principalmente pelos curtos períodos de vigência dos contratos com renovações dos convênios quase que anualmente e pela forma do contrato de trabalho com prazo determinado e no caso de cooperativa sem direitos trabalhistas. Outro importante motivo mencionado é o difícil acesso às aldeias seja pela distância, pela condição das estradas, ou a precariedade dos alojamentos para acolher os profissionais nas aldeias, como também o longo tempo de permanência fora do lar. A falta de estrutura adequada para desempenhar as atividades de saúde, e a dificuldade de

²¹ A Opan trabalha com esta etnia desde 1987.

relacionar-se com os índios pelo pouco conhecimento da sua cultura são outros dos motivos alegados.

De todo modo, segundo o Instituto Trópicos (2001:28) “*a rotatividade de trabalhadores observada nos primeiros quatorze meses de trabalho situou-se em torno de 15% entre os trabalhadores não-índios*”, o que não seria muito elevada para o período de implantação de um programa. No momento da implantação do DSEI Cuiabá até o momento atual (2002), sempre houve uma grande dificuldade de contratação de recursos humanos, principalmente do profissional de nível superior, pela escassez de profissionais com disponibilidade para trabalhar em área indígena, devido a várias questões como: as condições de trabalho; tempo de serviço em área; e a questão salarial (concorrência do DSEI com o Programa de Saúde de Família – PSF, que apesar de pagar menos, possibilitava que o profissional ficasse trabalhando perto ou no local do seu domicílio). O profissional médico tem sido o mais difícil nesse processo de contratação. A alta rotatividade e a escassez de profissionais de saúde em área, fez com que as aldeias ficassem muito tempo com atendimento das equipes multiprofissionais incompleto, impactando no desenvolvimento das ações de assistência à saúde nas aldeias.

Segundo depoimentos das entrevistas, a situação da alta rotatividade foi agravada mais ainda, depois que o Instituto Trópicos mudou a forma de contratação dos profissionais para a modalidade de cooperativados, tirando dos profissionais os direitos garantidos pelas leis trabalhistas.

Quanto às contratações pela Opan, desde o primeiro convênio firmado com a Funasa em 1999, até o atual convênio firmado em 2002, todos os contratos de trabalho dos profissionais de saúde são de acordo com o regime CLT. Na OPAN o problema de alta rotatividade foi registrado em menor proporção, apesar de que das três etnias com as quais trabalha, duas serem de recente contato e falam pouco ou nenhum Português (Myky e Enawenê-Nawê, respectivamente) e o precário acesso e estrutura de acolhimento de trabalho da equipe de saúde na aldeia dos Enawenê-Nawê. Contudo é importante observar que a OPAN contrata pequeno número de profissionais, especialmente de nível superior: apenas uma enfermeira desde o início. Devido a dificuldade de contratar médico para ficar à disposição da Opan, foi feito um convênio com o município de Brasnorte para contratação de um médico para atender de forma intercalada na aldeia e na cidade, os índios referenciados.

3.3 Capacitação dos integrantes das equipes

Logo após a aprovação do convênio em 1999, as primeiras atividades desenvolvidas pelo Instituto Trópicos, foram a composição e o treinamento dos trabalhadores das equipes de saúde (Instituto Trópicos, 2001:2). Para capacitar as suas Equipes de Saúde, esta ONG realizou um curso de curta duração com cerca de 136 horas no período de 29/11 a 17/12/1999. Este Curso, teve como objetivo instrumentalizar os profissionais de nível superior e auxiliar para o desenvolvimento de um modelo diferenciado de atenção à saúde das populações indígenas do DSEI Cuiabá. Segundo relatório elaborado pelos coordenadores do curso, foi utilizada “uma metodologia problematizadora, como exercícios de desenvolvimento do raciocínio crítico e os conteúdos organizados de forma interligada visando subsidiar o planejamento das ações a serem executadas”. Foram desenvolvidos temas relacionados a: “antropologia (cultura, índio, estereótipo, etnocentrismo, diversidade cultural, relações interétnicas, antropologia da saúde, concepções de saúde/doença, etnomedicina e medicina tradicional, etc.); políticas públicas de saúde (histórico das políticas de saúde no Brasil e das políticas indígenas, as conferências nacionais de saúde, SUS e controle social e o Subsistema de Saúde Indígena); organização de serviços de saúde (modelo assistencial, papel dos profissionais de saúde, interação com a comunidade inserção no SUS, sistema de referência e contra referência e epidemiologia em serviço de saúde); sistema de informação em saúde (importância do sistema de informação para a vigilância epidemiológica e sanitária, instrumento de notificação compulsória, elaboração dos instrumentos base de dados, de avaliação de desempenho, produtividade e controle sanitário e fluxo de informação)”. Complementando ainda foi realizada a Capacitação Pedagógica, para preparar instrutores/supervisores para formar Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e o Planejamento Estratégico (Instituto Trópicos, 1999:2-3).

Após celebrar convênio com a Funasa no ano de 1999, a Opan possibilitou a participação de três auxiliares de enfermagem no curso de capacitação da equipe multiprofissional do DSEI Araguaia/GO (1999). Dando continuidade ao processo de capacitação e formação da equipe de saúde possibilitou ainda, a participação dos seus profissionais de saúde no período compreendido entre 1999 e 2001, em diversos eventos realizados como: Capacitação Pedagógica para Instrutores/Supervisores dos AIS (3 profissionais de nível médio), Curso de Formação em Auxiliar de Enfermagem – Projeto Xamã (2 AIS), Curso de Agente Indígena de Saúde (7 alunos), Treinamento em Sala de Vacinação (3 profissionais), Curso Básico de Vigilância Epidemiológica (2 profissionais) e Curso de Agente Indígena de Saneamento Ambiental (2 alunos) (Convênio Funasa/Opan, 2002).

A OPAN não realizou cursos específicos de saúde para seus profissionais, dado o seu pequeno número, contudo esta ONG dentro das suas linhas de ação, realiza a capacitação da Equipe de Saúde quanto à cultura e à organização social dos Povos Indígenas com quem trabalha. A OPAN, a fim de compor novos quadros para suas Equipes Locais, promove Curso de Formação anual para o trabalho indigenista, cuja programação contempla um período de estudos coletivos com assessoria especializada, e uma prática de trabalho em campo, com acompanhamento da Coordenação Executiva e das Equipes Locais (Opan, 2002).

O treinamento de agentes indígenas de saúde foi conjunto. O Instituto Trópicos e a Opan realizaram no período de 13 a 31 de março de 2000, o Treinamento Introdutório dos AIS do DSEI Cuiabá. Fizeram parte do treinamento 29 AIS, pertencentes a 7 etnias: Paresi (13), Bororo (5), Irantxe (6), Bakaiari (2), Myky (1) e Rikbaktsa²² (1). Para participar do curso e atuar como agentes de saúde indígena, os agentes foram escolhidos pelas lideranças da comunidade.

Os instrutores que ministraram o treinamento para AISs eram enfermeiros sendo: 2 da Secretaria Estadual de Saúde/MT, 1 do Instituto Trópicos e 1 da Funasa/Core-MT (Instituto Trópicos, 2000:2). Todos os instrutores tinham participado do curso de capacitação pedagógica para preparação de instrutores/supervisores para atuar na formação dos AIS.

No âmbito do DSEI Cuiabá, no ano de 2003, está em andamento uma discussão promovida pela Secretaria de Estado de Educação/MT (Seduc/MT), com os atores envolvidos no DSEI Cuiabá – a Funasa (Desai e Core/MT- Chefia do DSEI Cuiabá), o Instituto Trópicos, a Escola de Saúde Pública Dr. Agrícola Paes de Barros e representantes do Conselho Distrital de Saúde Indígena de Cuiabá – de uma proposta pedagógica de escolarização para agentes indígenas de saúde. A proposta de “Ensino Fundamental – Aceleração”, tem a finalidade de oferecer escolarização aos AIS na modalidade da educação básica, atendendo às exigências legais do profissional na área da saúde. Objetiva incluir no percurso formal de escolarização, os profissionais indígenas de saúde dentro de ensino fundamental (Seduc/MT, 2002).

Em relação à educação continuada, observamos que os profissionais de saúde principalmente de nível superior do Instituto Trópicos e Opan, nos anos 2001 e 2002, participaram de vários cursos de capacitação nas áreas de imunização, DST/AIDS, tratamento das doenças prevalentes da infância, vigilância epidemiológica e capacitação pedagógica para

²² O AIS Rikbaktsa apesar de ser de outra etnia foi indicado pelo povo Pareci para ser o AIS da aldeia Pareci onde mora.

instrutores/supervisores para formação dos AISs. Foram realizados também cursos para capacitação de Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN), para atuarem na manutenção dos sistemas de abastecimento de água já existentes e recém-implantados, nas aldeias do DSEI Cuiabá.

4. ORGANIZAÇÃO DA OFERTA E SISTEMA DE REFERÊNCIA

4.1 Oferta de serviços ambulatoriais

Segundo o Ministério da Saúde (2001:28), a organização da rede de serviços nas terras indígenas deve levar em consideração, a estrutura já existente, devendo ser fomentada a sua adequação e a ampliação quando se fizer necessário.

No DSEI Cuiabá, os quatro pólos-base são do tipo II, isto é, possuem sede em município de referência.

Quanto à rede de serviços ambulatoriais do DSEI Cuiabá (Quadro 22), se observou que das 71 aldeias existentes apenas 32 aldeias, ou seja, menos de 50% possuem posto de saúde, lembrando, contudo, que algumas aldeias são muito pequenas. Os PS são na maioria do tipo I, ou seja, possui apenas lotação de AIS, alguns poucos são do tipo II, que tem lotação de auxiliar de enfermagem e às vezes de auxiliar de enfermagem e AIS. Da população total do DSEI Cuiabá de 4.583 habitantes apenas 3.458 habitantes (população estimada pela Funasa/SIASI, 2002), ou seja, 75,5% da população do distrito tem acesso a posto de saúde na sua aldeia. Independentemente do número de habitantes da aldeia, ou seja, de 13 habitantes (aldeia Recanto do Alípio da etnia Irantxe) ou de 364 habitantes (aldeia Matokodakwa da etnia Enawenê-Nawê), existe apenas um posto de saúde para cada duas aldeias. Observa-se que o único Pólo-base que possui PS em todas suas aldeias é o de Brasnorte.

Durante o nosso trabalho de campo, visitamos cinco aldeias, sendo duas do Pólo-base de Tangará da Serra (aldeias Rio Verde e Kotitiko), uma do Pólo-base de Rondonópolis (aldeia Merure), uma do Pólo-base de Cuiabá (aldeia Pakuera) e uma do Pólo-base de Brasnorte (aldeia Matokodakwa), verificamos que no geral todos os postos de saúde já tinham estruturas físicas anteriores à criação do DSEI Cuiabá. Os postos de saúde visitados em geral haviam sido reformados após a instalação do DSEI. Na aldeia Rio Verde o PS sofreu ampliação e reforma; na aldeia Kotitiko, reforma e pintura; na aldeia Merure o PS sofreu uma pequena reforma com pintura, na aldeia Pakuera o PS foi totalmente reformado e na aldeia Motokodakwa verificamos que na verdade não existe um posto de saúde, dentro dos padrões do Ministério da Saúde, o que

existe é uma pequena casa coberta de palha com alguns armários de aço com chave, onde são guardados alguns medicamentos e insumos utilizados pela equipe de saúde.

Posto de Saúde (PS) da Aldeia Kotitiko (Etnia Paresi).

No PS da aldeia Kotitiko trabalham de forma permanente 3 AIS. Uma das AIS nos mostrou as dependências do PS. Segundo a ex-funcionária do Instituto Trópicos, que nos acompanhava, o PS fora construído antes da implantação dos DSEIs. O PS está dividido em 4 peças, sendo uma sala de atendimento médico e de enfermagem com armários, mesa, cadeira, balança para pesar criança. Outra dependência do PS é uma enfermaria com duas camas, um banheiro desativado; os demais compartimentos estão desativados. Foi observada a falta de medicamentos principalmente antitérmicos, analgésicos e antiinflamatórios. Com a chegada da liderança (nosso anfitrião) iniciamos as visitas a todas as famílias casa por casa, em companhia das AISs e com a ex-funcionária do Instituto Trópicos.

Posto de Saúde (PS) da Aldeia Pakuera (Etnia Bakairi)

O PS está instalado em edificação da Funai, construída por Rondon na época do SPI. Possui 13 cômodos, todos grandes, recepção; sala de atendimento (onde existem armários para guardar medicamentos e insumos, bem como os arquivos dos usuários); 2 cômodos destinados a enfermarias, o primeiro possui uma cama hospitalar com colchão, sendo possível observar no teto uma caixa d'água de 1000 litros, no segundo, há uma cama com colchão, uma cadeira de dentista desativada e encostada no canto, uma estufa desligada; tendo acesso pela segunda enfermaria localizam-se duas pequenas salas, um consultório médico com uma cama ginecológica e, segundo um dos auxiliares de enfermagem, é o local onde a dentista faz atendimento e a outra se encontrava fechada e é usada pelo motorista da conveniada (Instituto Trópicos) como dormitório; uma sala de curativos e para nebulização, um corredor largo onde fica a balança de pesar criança da Pastoral e uma balança para pesar adulto; uma pequena sala sem móveis próximos ao banheiro, uma cozinha e duas áreas uma de frente e uma de fundos mais larga. O PS possui água encanada e luz elétrica (que está sendo paga pela comunidade, segundo informação dos auxiliares de enfermagem).

Posto de Saúde (PS) da Aldeia Matokodakwa (Etnia Enawenê-Nawê).

Uma unidade de saúde dentro dos padrões do Ministério da Saúde não existe na aldeia, o que existe é uma pequena palhoça com armários de aço com chave onde são guardados os medicamentos, equipamentos e outros insumos necessários ao atendimento, que por sua vez é

realizado nas casas por meio de visitas domiciliares. Nesta palhoça somente são realizadas atividades de vacinação.

Posto de Saúde (PS) da Aldeia Merure (Etnia Bororo).

O posto de saúde funciona 8 horas por dia, com intervalo para o almoço. Localiza-se em um prédio da Missão Salesiana, onde ocupa três salas, sendo uma para atender os índios doentes da aldeia Merure e às vezes de aldeias vizinhas, para realizar atendimentos de enfermagem e de medicina, atividades de imunização, nebulização, curativo, acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD), entrega de medicamentos entre outras; outra sala é destinada à farmácia e à limpeza, desinfecção e esterilização de material; há outra sala para o atendimento da odontologia. O local seria ideal, se não fosse utilizado para vários fins, como local de hospedagem, cozinha e até dispensa para guardar material de construção, que quando é retirado passa pelas salas destinadas ao posto de saúde, causando uma certa contaminação ambiental com o pó do cimento e do movimento das carroças que transportam materiais. Os pedreiros estão construindo módulos sanitários e outros que estão construindo novas casas (projeto da Espanha) para os índios, estão acomodados no mesmo prédio do PS, como também um dos agentes indígenas de saneamento (AISAN) e naquele momento nós também. A sala do dentista possui uma estufa danificada (queimada) e encontramos lixo odontológico na lixeira, que segundo a auxiliar já se encontrava lá havia mais de uma semana, por ocasião do último atendimento odontológico. Observei ainda que a medicação controlada (psicotrópicos) fica misturada com a medicação clínica. Os medicamentos ficam dispostos na prateleira sem uma organização funcional ou que obedecem a critérios da vigilância sanitária.

Em geral, os postos de saúde visitados eram mini-postos de alvenaria com consultório odontológico, consultório médico, sala de atendimento de enfermagem, farmácia e banheiro.

Com exceção da aldeia Motokodakwa, em todas as demais visitadas, os postos de saúde estavam instalados em prédio anteriormente construídos pela Funai para serviço de saúde (aldeia Rio Verde e Kotitiko) ou funcionavam em prédio construído pelo SPI (1950), aldeia Pakuera, ou estava localizado em prédio da Missão Salesiana (aldeia Merure). Portanto, não verificamos nenhuma construção nova.

Na Tabela 4, observa-se a cobertura dos recursos humanos das equipes multidisciplinares nos pólos-Base do DSEI Cuiabá, por mil habitantes. Comparando às taxas de cobertura dos profissionais do DSEI com as taxas dos profissionais de saúde do Mato Grosso, de acordo com os Indicadores e Dados Básicos para a Saúde de 2001 para o Brasil (IDB, 2001: Brasil), verifica-

se que das taxas de cobertura dos recursos humanos do DSEI Cuiabá para os profissionais de nível superior, apenas o profissional enfermeiro superou nos quatro pólos-base, a taxa de cobertura em Mato Grosso que é de 0,4/1000 habitantes; com relação aos técnicos e auxiliares de enfermagem a cobertura no DSEI Cuiabá foi bem mais elevada nos quatro pólos-base do que em Mato Grosso (1,7/1000 habitantes).

TABELA 4 Cobertura dos recursos humanos das equipes multidisciplinares contratados do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá, por Pólo-base, 2002.

Profissionais	Pólo-base							
	Cuiabá		Rondonópolis		Tangará da Serra		Brasnorte	
	N.	Taxa ⁽¹⁾	N.	Taxa ⁽¹⁾	N.	Taxa ⁽¹⁾	N.	Taxa ⁽¹⁾
Enfermeiro	1	0,9	1	0,7	1	0,7	2	2,9
Médico	1	0,9	1	0,7	1	0,7	1	1,4
Odontólogo	1	0,9	0	0,0	1	0,7	0	0,0
Técnico e Auxiliar de Enfermagem	8	7,3	15	11,1	16	11,1	7	10,0
AIS	8	7,3	6	4,4	16	11,1	7	10,0
AISAN.	8	7,3	7	5,1	11	7,6	4	5,7

⁽¹⁾ por 1000 habitantes.

Fonte: Funasa/DSEI Cuiabá, 2003.

4.2 Oferta de serviços de média e alta complexidade

Com relação à atenção de média complexidade no DSEI Cuiabá, observa-se no Quadro 34 que apenas no Pólo-base de Cuiabá, todos os seus municípios possuem hospital de referência. No Pólo-base de Rondonópolis dos seus quatro municípios, só o município de Rondonópolis é referência, possuindo três hospitais para cobertura de sua população, no entanto existe um hospital de referência no município de Poxoreu, que não está localizado na área de abrangência do DSEI Cuiabá, mas por ter proximidade com algumas aldeias deste pólo base entrou no seu sistema de referência. Outra situação singular do Pólo-base de Rondonópolis é o fato de que os índios Bororo da Terra Indígena Merure, devido a proximidade e a sua tradição, são também referenciados para o município de Barra do Garças que possui três hospitais de referência (esse município é a principal referência do DSEI Xavante).

No Pólo-base de Tangará da Serra, o município de Tangará da Serra possui dois hospitais de referência e o município de Campo Novo dos Parecis, um hospital de referência; e no Pólo-base de Brasnorte existe apenas um hospital de referência no município de Brasnorte, a segundo referência é feita pelos hospitais referenciados no município de Tangará da Serra.

Todos os hospitais relacionados no quadro 23 fazem parte da primeira referência de média complexidade para os pólos base, a referência para casos mais complexos, com exceção do Pólo-base de Brasnorte, é realizada para o município de Cuiabá, onde existem dois hospitais credenciados com atendimento de média e alta complexidade. Caso seja necessário, não sendo o problema resolvido em Cuiabá, há possibilidade de referenciar pacientes do DSEI Cuiabá para hospitais credenciados por outros DSEIs no país.

QUADRO 23. Pólos-base do DSEI Cuiabá de acordo com suas características étnica, população, aldeias, número de postos de saúde (PS), município de localização, e hospital de referência, 2002

Pólo base	Etnias	População	Nº. de aldeias	Nº. de aldeias com PS	Nº. de equipes	Nº. de CASAIs	Município	Hospital de Referência
Cuiabá	Bakairi e Umutina	1.090	12	4	1	1	Paranatinga	Hospital e Maternidade São Benedito.
							Nobres	Hospital e Maternidade Laura Vicunã.
							Barra do Garças	Hospital Municipal de Barra do Bugres
Rondonópolis	Bororo, Guató e Terena	1.350	13	5	1	1	Rondonópolis	Casa de Saúde e Maternidade N. Sra. das Graças.
								Santa Casa de Misericórdia e Maternidade de Rondonópolis.
								Clínica São José Ltda.
							General Carneiro	
							Santo Antônio do Leverger	
Barão de Melgalço								
Tangará da Serra	Paresi e Nambikwara	1.444	36	16	1	1	Tangará da Serra	Hospital das Clínicas Gonçalves
								Unidade Mista de Saúde - UNITAN
							Campo Novo dos Parecis	Fundação Hospitalar de Brasnorte
							Conquista D'Oeste	
Sapezal								
Brasnorte	Enawenê-Nawê, Irantxe e Myky	699	10	7	1	0	Brasnorte	Hospital Municipal de Brasnorte
							Sapezal	
Total		4.583	71	32	4	3		

Quadro adaptado do documento "Algumas informações sobre o DSEI Cuiabá, elaborado pela enfermeira sanitária Janil Alonso, 2003.

* Aldeias visitadas durante o trabalho de campo.

** incluído população de aldeias que não dispõem de PS.

Fonte: Funasa/Core-MT/DSEI Cuiabá, 2003.

4.3 Especificidades da organização da assistência prestada pelo Instituto Trópicos

I - Agenda de trabalho das Equipes de Saúde

O Instituto Trópicos para organizar a oferta definiu uma agenda de trabalho para as equipes de saúde. Inicialmente foi estabelecido que cada equipe faria uma visita mensal a cada aldeia e a definição do tempo de permanência nas aldeias dependeria do tamanho populacional, variando de acordo com o contexto epidemiológico observado em cada visita (Instituto Trópicos, 2001:24). Contudo esta meta nem sempre é cumprida. Em 2000, a “equipe de saúde 1” responsável pelo Pólo-base de Cuiabá (Etnias Bakairi e Umutina, 12 aldeias, 3 midiárias, 229 famílias, 1.052 pessoas) conseguiu cumprir a meta proposta de uma visita mensal, a “equipe de saúde 2” responsável Pólo-base de Rondonópolis (Etnia Bororo, 11 aldeias, 5 midiárias, 158 famílias, 1.056 pessoas) conseguiu percorrer todo pólo em 38 dias e a “equipe de saúde 3” responsável pelo Pólo-base de Tangará da Serra (Etnias Paresi e Nambikwara, 4 midiárias, 36 aldeias, 204 famílias, 1.332) em 70 dias (Instituto Trópicos, 2001:23-24) Segundo o Instituto Trópicos (2000:25), no cotidiano quem fica responsável pela prestação da assistência à saúde nas aldeias são os auxiliares de enfermagem e os AIS.

De acordo com o Instituto Trópicos (2001:25) o que mais prejudicou o cumprimento da agenda planejada das equipes de saúde para a execuções das ações de saúde nas aldeias foram “*as condições do acesso, as distâncias das aldeias e uma severa limitação no número de veículos, para transporte dos profissionais*”.

Informações dos entrevistados atestam que o insuficiente cumprimento de uma agenda de trabalho por parte das equipes de saúde continuou sendo um dos principais problemas para a execução das ações de saúde nos anos de 2001 e 2002. Um dos entrevistados relatou que o intervalo para presença na aldeia, principalmente de médico e dentista, chegava a mais de 90 dias; a presença do enfermeiro era mais freqüente. Quase todo tempo, a assistência à saúde nas aldeias fica apenas sob a responsabilidade dos AIS, sendo importante lembrar que estes ainda estão em processo de formação. Essa situação apresentava-se mais freqüente nas aldeias da etnia Paresi.

Durante as visitas às aldeias indígenas em 2003, cuja assistência à saúde é da responsabilidade do Instituto Trópicos, as equipes não estavam presentes na aldeia, conforme as aldeias visitadas, observou-se as seguintes situações:

a) Na aldeia Kotitiko do Pólo-base Tangará da Serra (etnia Paresi, com 115 habitantes e 24 famílias) a assistência estava sendo prestada por três AIS (em processo de formação) e uma auxiliar de enfermagem não-índia, lotada no posto de saúde (PS) da aldeia vizinha denominada Rio Verde (a 30' da aldeia Kotitiko, de automóvel), com uma agenda de trabalho de vinte dias na aldeia e dez dias de folga. Sendo a única auxiliar de enfermagem naquele momento, deveria dar assistência às aldeias Rio Verde, Kotitiko e outras vizinhas. A auxiliar relatou sua dificuldade em fazer as visitas às outras aldeias, inclusive a aldeia Kotitiko, por estar grávida, e que também estava ansiosa com a situação da mudança do convênio, pois temia perder seu emprego. Relatou também a carência de medicamentos no PS e o longo tempo que ficava sem a contribuição dos demais profissionais de saúde, contando apenas com os AIS.

b) Na aldeia Pakuera do Pólo-base Cuiabá (etnia Bakairi, 293 habitantes, 86 famílias), segundo informações colhidas, os entrevistados relataram que no início dos trabalhos de saúde do Instituto Trópicos (2000), a equipe de saúde tinha prometido ficar 18 dias na aldeia, mas só ficavam 3 a 4 dias, mas que depois conversaram e a comunidade entendeu que os 18 dias era para percorrer as aldeias que ficavam no entorno da aldeia Pakuera (formando assim, a área de abrangência do Posto Indígena Pakuera da Funai (PIN Pakuera/Funai, que possui 6 aldeias). Finalmente fora acordado com a equipe que ela ficaria 15 dias sediada na aldeia Pakuera, fazendo atendimento às aldeias do PIN Pakuera/Funai. Todavia o acordo não se cumpriu. Indígenas entrevistados informaram que naquele momento (março de 2003) já fazia 30 dias que a equipe de saúde não realizava atendimento na aldeia. Relataram que o PS já se encontrava sem medicamentos e outros insumos para a população, recaindo toda a responsabilidade de prestar assistência sobre os três auxiliares de enfermagem lotados na aldeia Pakuera. Observei pessoalmente, desde a primeira visita à aldeia em fevereiro do mesmo ano, a ausência da equipe de saúde na aldeia Pakuera e constatei a falta de medicamentos da farmácia básica e que todo atendimento de saúde estava somente sendo realizado pelos auxiliares de enfermagem da aldeia.

c) A aldeia Merure do Pólo-base Rondonópolis (etnia Bororo, possui 360 habitantes, 211 famílias), conta com uma equipe local de 2 auxiliares de enfermagem Bororo, 1 AIS e 2 Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN). Segundo depoimento dos profissionais de saúde e de algumas pessoas da comunidade, a aldeia recebia visitas constantes por vários dias do profissional enfermeiro e do dentista, porém a presença do

médico era esporádica, e quando ocorria nunca era o mesmo profissional. Os entrevistados queixaram-se muito da falta de medicamentos, insumos e material de limpeza para o PS. A comunidade falou muito da ausência da equipe de saúde na área, principalmente do profissional médico. Observamos, no entanto, que um dos problemas que estava causando a ausência da equipe na aldeia Merure, fazendo com que toda responsabilidade cotidiana do atendimento à saúde ficasse sob a responsabilidade dos auxiliares de enfermagem, era o problema do alcoolismo na aldeia, que ocasionava conflitos com os profissionais, reduzindo a disposição destes para atuarem na aldeia. Por vezes pacientes alcoolizados agrediram membros da equipe de saúde, ou outros profissionais que se disponibilizam a realizar um trabalho naquela aldeia.

II – Atividades de Saúde

As atividades de saúde em área indígena foram organizadas para atender às ações de cuidado incentivado (gestantes, crianças menores de 5 anos, idosos e portadores de problemas crônicos) e a demanda espontânea existente no período de visita, sendo a visita domiciliar a principal tática utilizada para abordagem da população (Instituto Trópicos, 2001).

Ficaram sob a responsabilidade dos auxiliares de enfermagem os acompanhamentos diários das famílias da sua área, aplicando as medidas definidas durante a visita dos demais profissionais da equipe naquele mês, além de oferecer cuidados básicos aos problemas ocorridos na ausência dos profissionais universitários (Instituto Trópicos, 2001).

O serviço odontológico foi organizado conforme o número de dentistas contratados e as condições de acesso a cada área indígena, sendo sua permanência nas áreas mais longas, com intervalos mais espaçados para retorno do que para o restante da equipe (Instituto Trópicos, 2001).

III – Farmácia básica

Segundo entrevistados, o Instituto Trópicos organiza sua farmácia básica na sua sede em Cuiabá, e os medicamentos são distribuídos segundo as necessidades de cada pólo base. Os medicamentos são distribuídos pela equipe de saúde para as aldeias, de acordo com a necessidade específica de cada uma, e diretamente aos pacientes no momento que percorrem as áreas. Nos postos de saúde ficam somente medicamentos e insumos que possam ser utilizados pelos auxiliares de enfermagem ou AIS. Nas aldeias visitadas,

conforme mencionado anteriormente, foi observada insuficiente provisão de medicamentos.

IV – Sistema de referência

De acordo com relatório do Instituto Trópicos, o sistema de referência é organizado segundo os níveis de atenção secundário e terciário. A referência secundária acontece nos municípios próximos às áreas indígenas e a terciária na capital do Estado de Mato Grosso (Cuiabá) (Quadro 24), que tem como porta de entrada o Pronto Socorro Municipal de saúde praticamente para todas as etnias, apenas os Bororo da Terra Indígena Merure que também são referenciados para a capital de Goiás (Goiânia), devido à proximidade territorial. A entrada para referência por meio do pronto-socorro municipal sugere que de fato não há um esquema de referência formalmente estabelecido e que referência aqui significa atendimento de emergência, uma vez que a presença de profissionais com alguma capacidade resolutiva na aldeia é rara.

Praticamente todos os serviços de referência são realizados pelo SUS, somente no município de Tangará da Serra/MT, devido à ausência de serviços de alta-complexidade pelo SUS, utiliza-se mais a rede privada de saúde (Instituto Trópicos, 2001). Os atendimentos terciários são realizados para serviços de saúde contemplados com o fator de incentivo para Assistência Ambulatorial, Hospitalar e Apoio Diagnóstico à População Indígena (IHAPI). A contra-referência dá-se por meio de formulários específicos de atendimento indígena, porém não ocorreria de forma satisfatória, segundo relatório do Instituto Trópicos (Convênio nº.087/2002).

QUADRO 24. Municípios de referência para atenção à saúde por pólo-base da área de abrangência do Instituto Trópicos, DSEI de Cuiabá (MT), 2000

Equipe de Saúde por midiária, Pólo-base, etnia e terras indígenas	Município de Referência	
	SECUNDÁRIA	TERCIÁRIA
EQUIPE 1 – Pólo-base de Cuiabá (Etnias Bakairi e Umutina)		
- Midiária 1 (Terra Indígena Pakuera)	Paranatinga	Cuiabá
- Midiária 2 (Terra Indígena Santana)	Nobres	Cuiabá
- Midiária 3 (Terra Indígena Umutina)	Barra do Bugres	Cuiabá
EQUIPE 2 – Pólo-base de Rondonópolis (Etnia Bororo)		
- Midiária 1 (Terra Indígena Merure-Sangradouro)	Barra do Garças	Cuiabá e Goiânia
- Midiária 2 (Terra Indígena Tadarimana)	Rondonópolis	Cuiabá
- Midiária 3 (Terra Indígena Gomes Carneiro)	Rondonópolis	Cuiabá
- Midiária 4 (Terra Indígena Piebaga)	Rondonópolis	Cuiabá
- Midiária 5 (Terra Indígena Perigara)	Cuiabá	Cuiabá
EQUIPE 3 – Pólo-base de Tangará da Serras (Etnias Pareci e Nambikwara)		
- Midiária 1 (Terra Indígena Bacaval)	Campo Novo dos Parecis, Sapezal e Tangará da Serra	Cuiabá
- Midiária 2 (Terra Indígena Batizá)	Tangará da Serra	Cuiabá
- Midiária 3 (Terra Indígena Rio Verde)	Tangará da Serra	Cuiabá
- Midiária 4 (Terra Indígena Papagaio II)	Tangará da Serra	Cuiabá

Quadro adaptado do Relatório do Instituto Trópicos, 2001.

Fonte: Instituto Trópicos, 2001.

V – Sistema de informação

O sistema de informação de saúde indígena utilizado pelo Instituto Trópicos é o SIASI-Local. A alimentação do SIASI-Local é realizada pelo Instituto Trópicos e Opan e pelas equipes de supervisão e de endemias da sede do DSEI Cuiabá na Funasa/Core-MT (Convênio nº 087/2002).

4.4 Especificidades da organização da assistência prestada pela Operação Amazônia Nativa (Opan)

I - Agenda de trabalho das Equipes de Saúde

Os serviços de saúde na área de abrangência da Opan são prestados por meio de um Posto de Saúde em cada uma das nove aldeias, por apenas uma Equipe Multidisciplinar (1 Médico, 2 Enfermeiros, 1 odontólogo, 1 Técnico de Enfermagem, 6 Auxiliares de Enfermagem, 7 Agentes Indígenas de Saúde e 2 Agentes Indígenas de Saneamento e por meio de serviços de referência (Entrevista nº 13,2002)).

Para assistir as comunidades indígenas, atualmente é utilizada pela Equipe de Saúde a conduta baseada na abordagem sindrômica (abordagem por agrupamento de sinais e sintomas), e assim alguns formulários e algumas condutas foram padronizadas. A Equipe de Saúde também considera e incentiva a medicina tradicional dos povos Myky, Irantxe e Enawenê-Nawê, fomentando situações que promovam o uso dos seus próprios remédios e suas próprias condutas (Entrevista nº 13,2002).

II – Atividades de saúde

Quanto às atividades de saúde, a Equipe de Saúde segue as Normas Operacionais Básicas do SUS, dentro dos programas de saúde pública, que engloba: saúde da mulher e da criança, do idoso, das doenças crônico-degenerativas, das doenças transmissíveis (DSTs), entre outras. Todas as atividades têm programas de execução, com ações e metas a serem alcançadas durante um ano (Entrevista nº 13, 2002).

Com relação à assistência odontológica a Opan desenvolve dois projetos sendo um para o povo Enawenê-Nawê que é realizado com o apoio de um projeto da empresa Colgate do Brasil e o outro para os povos Myky, e Irantxe que é subsidiado pelo Convênio Opan/Funasa. Os procedimentos odontológicos desenvolvidos nas aldeias são clínicos restauradores, preventivos e cirúrgicos. São também realizados procedimentos reabilitadores, com a confecção de próteses totais e parciais removíveis. Os dois projetos priorizam a formação de agentes indígenas em ações preventivas como escovações supervisionadas com flúor gel acidulado, cuidados e higiene bucal em bebês e aplicações de selantes com ionômero de vidro em dentes permanentes recém-erupcionados (Convênio Opan/Funasa, 2002).

III – Farmácia básica.

A Farmácia Básica foi organizada a partir da padronização de alguns medicamentos depois de negociação com médicos que trabalham no município de Brasnorte/MT. Alguns medicamentos ficam nos Postos de Saúde nas áreas, outros ficam sob a responsabilidade do auxiliar de enfermagem e outros sob a responsabilidade do enfermeiro e/ou do médico. Outros medicamentos ficam em aldeias centrais, a fim de suprir as demais aldeias quando necessário (Entrevista nº. 13, 2002).

IV – Sistema de referência.

Quanto aos serviços de referência os povos indígenas das aldeias Myky, Irantxe e Enawenê-Nawê têm como referência os municípios de Brasnorte, Tangará de Serra e Cuiabá, todos no Estado de Mato Grosso (Entrevista nº. 10, 2002):

- ✓ Município de Brasnorte: A Secretaria Municipal de Saúde e o corpo clínico do hospital municipal atendem a demanda das populações indígenas encaminhada pela a equipe multidisciplinar. O Hospital Municipal é de Nível 1 (na classificação do SUS), podendo atender somente os casos mais simples.

- ✓ Município de Tangará da Serra: A referência é feita para hospital da Clínica Gonçalves e uma unidade mista. Foram relatados problemas quanto ao atendimento médico e à realização/aquisição de exames básicos pelo SUS. É neste município que está situada a Casa de Saúde do Índio (CASAI), gerenciada pelo Instituto Trópicos, a qual recebe os índios referenciados das aldeias e que também é sede do Pólo-base de Tangará da Serra, também gerenciado pelo Instituto Trópicos.
- ✓ Município de Cuiabá: é referência de alta complexidade. Possui uma CASAI que recebe índios doentes do DSEI de Cuiabá, como também serve de referência para outros DSEIs do Estado de Mato Grosso e estados vizinhos, como Rondônia e Pará.

A referência para atendimentos mais complexos (Cuiabá e Tangará da Serra) é dificultada pelas grandes distâncias territoriais e disponibilidade de meios de transporte. No Quadro 25 são ilustradas as grandes distâncias existentes entre as próprias aldeias deste pólo-base e entre as aldeias e os serviços de referência, por exemplo, a grande distância da aldeia Matokodakwa (Enawenê-Nawê) e o Pólo-base de Brasnorte, onde o acesso se dá por dois caminhos: pela balsa (um trecho de 12 horas de barco da aldeia até a balsa, mais 110 km de estrada da balsa a Brasnorte) ou pela beira do Rio Juruena (12 horas de barco da aldeia até a beira, mais 80 Km de estrada até Brasnorte). Os Myky e os Irantxe enfrentam também o problema da distância até a referência, principalmente quanto ao acesso aos Pólos-base de Tangará da Serra e Cuiabá. A distância só não é grande entre as aldeias Irantxe (Convênio Funasa/Opan n^o 088/2002).

QUADRO 25. Distância em quilômetros ou horas e meio de locomoção, na área de abrangência de atuação da Opan e referências no DSEI de Cuiabá (MT), 2002

Local de origem	Local de destino	Distância	Meio de Locomoção
Distância Pólo-base – Referências			
Pólo-base de Brasnorte	Pólo-base de Cuiabá	600 Km.	Terrestre
Pólo-base de Brasnorte	Pólo-base de Tangará da Serra	350 Km.	Terrestre
Pólo-base de Brasnorte	Beira do Rio Juruena (Trecho de acesso ao Rio Juruena)	80 Km.	Terrestre
Distância Pólo-base – aldeias			
Pólo-base de Brasnorte (Via beira do Rio Juruena)	Aldeia Motokodakwa (Enawenê-Nawê)	12 horas	Fluvial
Pólo-base de Brasnorte (Via balsa)	Aldeia Motokodakwa (Enawenê-Nawê)	110 Km.	Terrestre
Pólo-base de Brasnorte	Aldeia Myky (Myky)	70 Km.	Terrestre
Pólo-base de Brasnorte	Aldeia Paredão (Irantxe)	100 Km.	Terrestre
Pólo-base de Brasnorte	Aldeia Asa Branca (Irantxe)	90 Km.	Terrestre
Distâncias entre aldeias e Aldeias e a BR (estrada asfaltada de acesso para Cuiabá ou Tangará da Serra)			
Aldeia Asa Branca (Irantxe)	Aldeia Paredão (Irantxe)	15 Km.	Terrestre
Aldeia Paredão (Irantxe)	Aldeia Recanto (Irantxe)	5 Km.	Terrestre
Aldeia Recanto (Irantxe)	Aldeia Perdiz (Irantxe)	2 Km.	Terrestre
Aldeia Perdiz (Irantxe)	Aldeia Cravari (Irantxe)	15 Km.	Terrestre
Aldeia Cravari (Irantxe)	Aldeia Salto (Irantxe)	8 Km.	Terrestre
Aldeia Cravari (Irantxe)	Aldeia Asa Branca (Irantxe)	12 Km.	Terrestre
Aldeia Cravari (Irantxe)	Aldeia Nova União (Irantxe)	25 Km.	Terrestre
Aldeia Cravari (Irantxe)	Aldeia Paredão (Irantxe)	22 Km.	Terrestre
Aldeia Paredão (Irantxe)	BR	2 Km.	Terrestre
Aldeia Asa Branca (Irantxe)	BR	5 Km.	Terrestre

Quadro adaptado a partir do Convênio Funasa/Opan nº 088/2002.

Obs.: Para o acesso à Aldeia Motokodakwa do Povo Enawenê-Nawê partindo da Beira do Rio Juruena, se dá por meio de Motor de Popa 2225 HP, em barco de alumínio, com um percurso de 12 horas.

Fonte: OPAN, 2002.

V – Sistema de informação

Com relação à produção de serviços de saúde pela OPAN, os dados são registrados e organizados no banco de dados próprio da Opan, montado ainda antes da criação dos DSEIs, ou seja, antes de firmar convênio com a Funasa. O banco está sendo reformulado e adequado para as informações do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Para que as informações sejam registradas, são utilizados formulários específicos de relatórios de atividades, que são preenchidos pelos AIS e auxiliares de enfermagem, e enviados da aldeia para o Pólo-base de Tangará da Serra e posteriormente para a sede da Opan em Cuiabá, que encaminha mensalmente para a Funasa. No caso das informações sobre vacinas e sobre as doenças de notificação compulsória além do fluxo informado, elas são também repassadas para o município de Brasnorte/MT. Para melhorar a forma de registro estão sendo intensificadas capacitações. São também utilizados formulários de

referência e contra-referência de pacientes para os municípios de referência (Entrevista n^o 13, 2002).

5. PRODUÇÃO DE SERVIÇOS

A partir de consulta aos Relatórios das Informações Básicas de Saúde Indígena do DSEI Cuiabá, mês a mês, dos anos de 2000 a 2003, foi elaborado um panorama geral da produção de serviços no âmbito deste DSEI. A seguir analisa-se brevemente a produção de serviços pelas ONGs prestadoras no período de 2000 a 2002.

O panorama da produção de serviços no DSEI Cuiabá é iniciado mostrando-se no quadro a seguir o número de atendimentos básicos realizados por pólos base, considerando sua população, tendo como resultado o número de atendimentos básicos *per capita* (quadro 26).

QUADRO 26. Número de atendimentos básicos de saúde, segundo Pólo-base no Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá (DSEI Cuiabá), no período de 2000 a 2002

Pólo-base	2000			2001			2002		
	População	Atendimento	<i>Per capita</i>	População	Atendimento	<i>Per capita</i>	População	Atendimento	<i>Per capita</i>
Cuiabá	769	14.333	19	1.063	29.779	28	1.090	3.775	4
Rondonópolis	1.671	26.233	16	1.331	31.101	23	1.350	3.763	3
Tangará da Serra	2.038	21.967	11	2.005	28.464	14	2.143	9.767	6
TOTAL	4.478	62.533	14	4.399	89.344	20	4.583	17.305	4

Elaboração própria

Fonte: Funasa/DSEI Cuiabá/Relatórios 2000, 2001 e 2002.

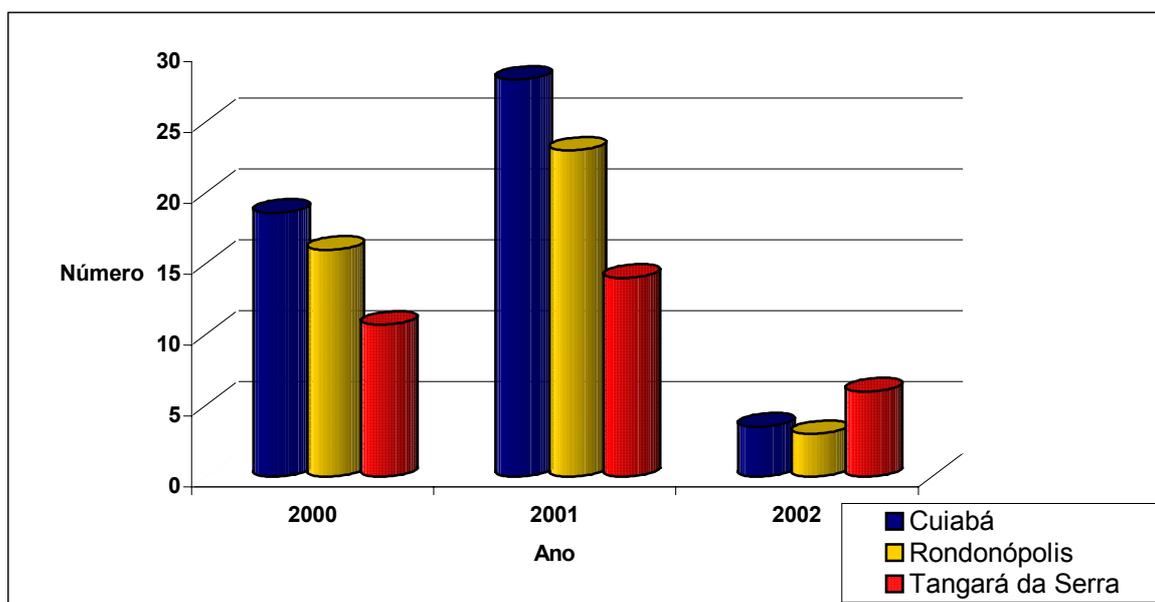
No Quadro 26 não consta o Pólo-base de Brasnorte porque oficialmente ele faz parte do Pólo-Base de Tangará da Serra, portanto os dados estão computados em conjunto.

É possível observar que o número de atendimentos básicos variou muito entre os anos, tendo um pico maior no ano de 2001 e uma grande redução no ano de 2002. Esta redução em 2002 pode estar relacionada à alimentação parcial de dados no ano. Os dados serão analisados somente para os anos de 2000 e 2001 uma vez que os dados de 2002 não estavam completos.

Quanto ao número de atendimento *per capita* observa-se que ocorreu elevado número de atendimentos básicos de saúde ao ano com média de 20 atendimentos por ano em 2001.

Quanto aos atendimentos básicos por pólo-base no DSEI Cuiabá, nos anos de 2000 a 2002 observa-se importantes diferenças de cobertura assistencial. Nos Pólos-base de Cuiabá e Rondonópolis, foi realizado maior número de atendimentos básicos de saúde e que a relação atendimentos por população foi muito mais elevada em Cuiabá: 28 atendimentos *per capita* e muito inferior, cerca da metade, em Tangará da Serra – a 14 atendimentos *per capita* ao ano em 2001.

FIGURA 9. Número de Atendimentos Básicos de Saúde *per capita*, segundo Pólo-base, DSEI Cuiabá, 2000 a 2002



Elaboração própria.

Fonte: Funasa/DSEI Cuiabá/Relatórios de 2000, 2001 e 2002.

Com relação à prestação de serviços de saúde nas aldeias do DSEI Cuiabá nos anos de 2000, 2001 e 2002, observa-se no quadro a seguir que os atendimentos de saúde são prestados por médicos, pela equipe de enfermagem (enfermeiros e auxiliares de enfermagem), pela odontologia e por agentes indígenas de saúde (AIS), sendo que em sua maioria são realizados por pessoal de enfermagem e AIS. Chama a atenção, a importante redução de atendimentos em números absolutos e da relação *per capita* dos atendimentos médicos no ano de 2001 em comparação com 2000. No ano de 2000 a relação *per capita* era de três atendimentos ao ano passando nos anos seguintes para apenas um atendimento médico por pessoa.

Quanto aos atendimentos de enfermagem verifica-se que ocorreu um importante aumento nos atendimentos *per capita* de quatro em 2000 para sete em 2001, porém em 2002 houve uma redução de mais da metade do atendimento, passando a ter um valor de três atendimentos *per capita* ao ano.

O número de atendimento realizado pelos AIS também apresentou variação importante. No ano de 2000 foram realizados 17 mil atendimentos, quatro atendimentos *per capita*, e no ano de 2001 esta relação mais que dobrou, passando para nove atendimentos por pessoa ao ano. Enfim verifica-se que dentro do período analisado no ano de 2001 ocorreu uma maior prestação de serviços de saúde nas aldeias: a população recebeu 20 atendimentos de saúde *per capita*.

Essa importante variação pode ser atribuída ao próprio processo de implantação do distrito, melhor estabelecido em 2001, enquanto a redução do número de atendimentos médicos esteve relacionada às dificuldades de fixação deste profissional.

Quanto ao atendimento odontológico, este teve um aumento crescente entre 2000 (dois *per capita*) e 2001 (três *per capita*), porém no ano de 2002 sofreu uma grande redução de apenas um atendimento *per capita* ao ano.

QUADRO 27. Prestação de Serviços de Saúde nas aldeias no DSEI Cuiabá/MT, no período de 2000 a 2002

Atendimento/Ano	2000		2001		2002	
	Número	<i>Per capita</i>	Número	<i>Per capita</i>	Número	<i>Per capita</i>
Atendimento médico	12.311	3	5.378	1	5.360	1
Atendimento de enfermagem	17.519	4	32.472	7	11.297	3
Atendimento odontológico	9.983	2	10.927	3	4.150	1
Atendimento do AIS*	17.190	4	38.882	9	2.606	1
TOTAL	57.003	13	87.659	20	23.413	5
População atendida	4.478		4.399		4.583	

Elaboração própria.

Fonte: Funasa/DSEI Cuiabá/Relatórios 2000, 2001 e 2002.

Com relação à prestação de serviços aos pacientes referenciados no âmbito do DSEI Cuiabá, nos quadros a seguir, pode-se observar o comportamento das demandas para as Casas de Saúde do Índio (Cuiabá, Tangará da Serra e Rondonópolis), para rede SUS e privada.

Quanto aos pacientes acolhidos pelas CASAs do DSEI Cuiabá observa-se no quadro a seguir, que no início da implementação do DSEI, ou seja, no ano de 2000, um maior número de pacientes foi referenciado. O número de pacientes novos referenciados decresceu nos anos de 2001 e 2002, o que poderia ser indicativo de uma maior resolutividade dos atendimentos nas aldeias, ou decorrente de mudança na forma de

encaminhamento. Quanto ao tempo de permanência nas CASAs observa-se que a maior variação média ocorreu também no ano de implementação do DSEI Cuiabá (2000), época também em que as CASAs receberam um número maior de acompanhantes por paciente.

QUADRO 28. Pacientes atendidos nas Casas de Saúde do Índio de Cuiabá, Tangará da Serra e Rondonópolis, do DSEI Cuiabá/MT, no período de 2000 a 2002

Atendimento	2000	2001	2002
Número total de atendimentos	5.666	3.331	1.946
Número de pacientes novos	4.408	2.504	1.932
Variação média de permanência do paciente (em dias)	4 a 7	4	4 a 5
Número de acompanhante, em média por paciente	2 a 4	1 a 2	1 a 2

Elaboração própria.

Fonte: Funasa/DSEI Cuiabá/Relatórios 2000, 2001 e 2002.

Quanto aos pacientes referenciados para a Rede SUS no DSEI Cuiabá, observa-se na Tabela 5 que no primeiro ano de implementação o número de encaminhamentos para consultas e exames foi muito maior, ou seja, esta demanda nos anos subsequentes diminuiu. O número de pacientes referenciados para internações, contudo, permaneceu similar entre 2000 e 2001, isto é, o número de internações foi quase constante nos primeiros anos, reduzindo no ano de 2002.

A redução do número de encaminhamentos nos anos de 2001 e 2002, seja para as CASAs seja para a rede SUS poderia ser indicativo de uma maior resolutividade dos atendimentos nas aldeias, contudo parece ser paradoxal com a redução importante no ano de 2001 do número de atendimentos médicos nas aldeias. Com a redução dos atendimentos nas aldeias era de se pressupor um aumento das referências.

Tabela 5. Pacientes do DSEI Cuiabá, referenciados à Rede SUS, no período de 2000 a 2002

Procedimentos	2000	2001	2002
Consultas	3.178	2.389	1.655
Exames	2.666	1.394	1.026
Internações	357	315	207
TOTAL	6.201	4.098	2.888

Elaboração própria.

Fonte: Funasa/DSEI Cuiabá/Relatórios 2000, 2001 e 2002.

Outra explicação poderia ser a mudança na forma de encaminhamento. Com relação aos pacientes do DSEI Cuiabá referenciados para a Rede Privada observa-se na Tabela 6 que ao contrário da Rede SUS, a rede privada no ano de implementação do DSEI (2000) foi menos demandada para consultas (137) e internações (13). Já no ano de 2001

houve um aumento no número de consultas (513) e internações (47), contudo esta quantidade não compensa a redução das demandas SUS naquele ano. Isto é, observa-se uma redução nos atendimentos referenciados em 2001, o que poderia ser indicativo de maior resolutividade. Contudo essa importante redução pode ser decorrente de problema da informação (atendimentos não contabilizados) ou problemas de financiamento.

TABELA 6. Pacientes do DSEI Cuiabá, referenciados à rede privada, no período de 2000 a 2002

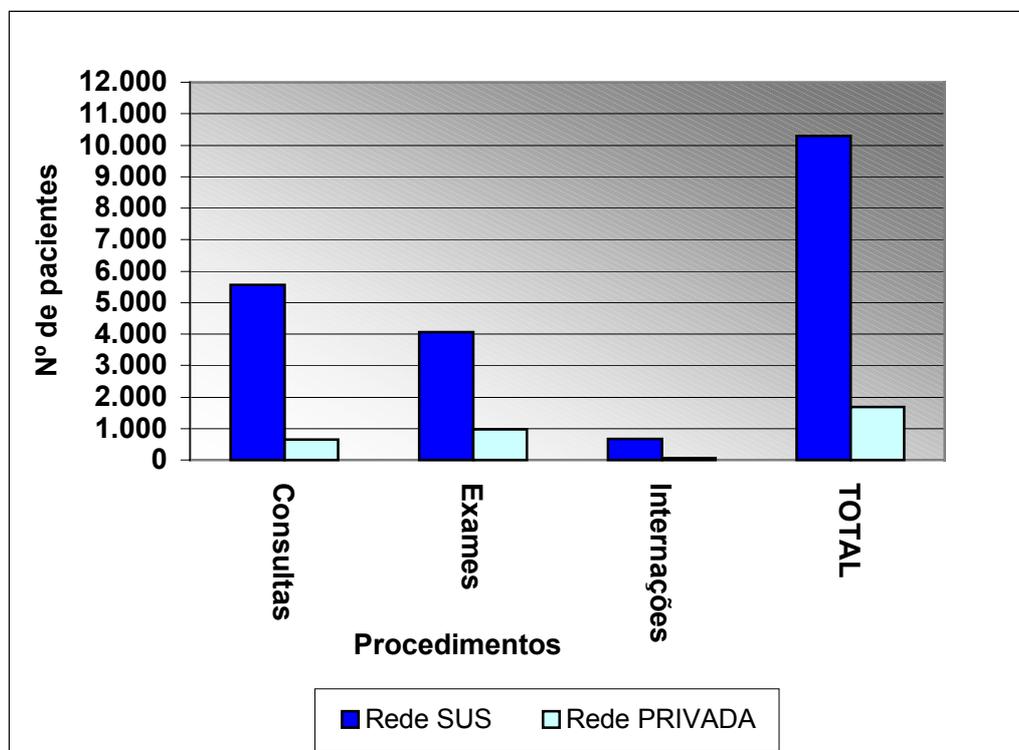
Procedimentos	2000	2001	2002
Consultas	137	513	39
Exames	696	286	139
Internações	13	47	31
TOTAL	846	846	209

Elaboração própria.

Fonte: Funasa/DSEI Cuiabá/Relatórios 2000, 2001 e 2002.

Quando se compara a demanda de pacientes do DSEI Cuiabá referenciados para a rede SUS e para a rede privada (figura 10), verifica-se que para todos os procedimentos (consultas, exames e internações) a Rede SUS foi quem recebeu a maior parte dos pacientes referenciados.

FIGURA 10. Distribuição do número de pacientes do DSEI de Cuiabá, referenciados para a rede SUS e privada, no período de 2000 a 2002



Elaboração própria.

Fonte: Funasa/DSEI Cuiabá/Relatórios 2000, 2001 e 2002..

Na Tabela 7 observa-se que no DSEI Cuiabá para todos os procedimentos referenciados a grande maioria foi realizada na rede SUS e que na rede SUS a maior parte dos procedimentos consistiu em consultas médicas e que na rede privada a maior parte dos procedimentos realizados foi de exames diagnósticos.

TABELA 7. Pacientes do DSEI Cuiabá referenciados à rede SUS e à rede privada, no período de 2000 a 2002.

Procedimentos	Rede SUS		Rede PRIVADA	
	N.º	%	N.º	%
Consultas	7.222	47,9	689	4,6
Exames	5.086	33,7	1.121	7,4
Internações	879	5,8	91	0,6
TOTAL	13.187	87,4	1.901	12,6

Elaboração própria.

Fonte: Funasa/DSEI Cuiabá/Relatórios 2000, 2001 e 2002.

Conclui-se, portanto, que com relação à produção de serviços, no segundo ano da implementação do DSEI Cuiabá houve aumento da produção de serviços nas aldeias entre 2000 e 2001, com atendimentos de enfermagem, de odontologia e dos AIS, no entanto, o número de consultas médicas sofreu forte redução. No ano de 2002, conforme os dados disponíveis, observou-se importante redução da produção dos serviços para todos os profissionais e principalmente com relação ao atendimento médico (um atendimento *per capita* no ano de 2002). Quanto à referência, no ano de 2000 observou-se maior número de referência para todos as modalidades de serviços, diminuindo nos anos seguintes. Quanto à rede de saúde de referência, verificou-se que o SUS é quem mais presta serviços de saúde ao DSEI Cuiabá em um segundo nível (87,4%), sendo a rede privada acionada em 12,6% dos atendimentos de referência.

Fatores de incentivo para a produção de serviços de saúde no SUS e na rede privada de Saúde.

A fim de garantir para as populações indígenas a cobertura de ações e serviços do SUS em qualquer nível, sejam as atenções primárias, secundárias e terciárias à saúde, o Ministério da Saúde por meio da Secretaria da Assistência à Saúde (MS/SAS) instituiu diversos incentivos. Foi criado o Fator de Incentivo de Atenção Básica aos povos indígenas para as ações e procedimentos de Assistência Básica de Saúde, que consiste em uma soma de recursos para cobrir as despesas com a contratação de agentes indígenas de saúde e de equipes multidisciplinares para o serviço de saúde nas aldeias. Também criou o Fator de Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico para a população indígena, para as instituições hospitalares “que consideram as especificidades da

assistência à saúde das populações indígenas e que ofereçam atendimento à população indígena, em seu próprio território ou região de referência”. O valor do Fator de Incentivo Hospitalar incide sobre os procedimentos pagos por meio do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS). O pagamento do fator de incentivo é feito por meio de percentuais, definidos pela SAS, para serviços prestados à população indígena, no limite de até 30% das AIH aprovadas (Funasa, 2002d:38-39). No DSEI Cuiabá, até o primeiro semestre de 2003 foram credenciadas 15 unidades prestadoras de serviços, distribuídas nos três pólos base do DSEI Cuiabá habilitadas a receber estes incentivos.

No Quadro 29 é possível visualizar as unidades prestadoras de serviços por pólo-base e município do DSEI Cuiabá. No entanto, na listagem das unidades credenciadas chama a atenção à ausência do Pronto Socorro de Cuiabá, situado no município de Cuiabá, que é considerado a “porta de entrada no SUS” para a população indígena referenciada, não só pelo DSEI Cuiabá, como também pelos demais DSEIs de Mato Grosso e de Estados vizinhos. Observa-se também a inclusão do município de Barra do Garças que apesar de ficar na área de abrangência do DSEI Xavante/MT, devido à proximidade, foi estabelecido como referência, por ser tradicionalmente referência para o atendimento de saúde dos Bororo que vivem na Terra Indígena Merure.

QUADRO 29. Unidades credenciadas para prestação de serviços de saúde no Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá, por pólo base e município, 2003

Pólo-base	Município	Unidade prestadora de serviços	
Pólo-base de Cuiabá	Barra do Bugres	Hospital Municipal de Barra do Bugres	
	Cuiabá	Hospital Universitário Júlio Muller	
Pólo-base de Rondonópolis	Nobres	Hospital e Maternidade Laura Vicunã	
	Paranatinga	Hospital e Maternidade São Benedito	
	Poxoréu	Hospital e Maternidade São João Batista	
	Rondonópolis		Casa de Saúde e Maternidade de Nossa Senhora das Graças
			Santa Casa de Misericórdia e Matrnidade de Rondonópolis
			Clínica São José Ltda.
	Barra do Garças*		Hospital Dom Bosco
			Hospital Santa Júlia
			MED – Barra – Serviços Hospitalares e Maternidade Ltda.
	Pólo-base de Tangará da Serra	Campo Novo dos Parecis	Fundação Hospitalar Rodolfo Ulrich
Brasnorte		Hospital Municipal de Brasnorte	
Tangará da Serra			Hospital das Clínicas – Gonçalves
			Unidade Mista de Saúde - UNITAN

Elaboração própria

Fonte: Funasa/Core-MT/DSEI Cuiabá, junho de 2003.

6. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA – SIASI

O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) da Funasa, na sua primeira versão, foi implantado em 2000, com o módulo demográfico onde se registrava nominalmente todas as pessoas quanto a etnia, idade, sexo, estado civil, família; número de aldeias, famílias e casas; dados sobre imunização, morbidade e mortalidade. O principal responsável pelo registro das informações demográficas era o AIS, por meio do seu caderno de registro e as demais informações eram da responsabilidade das equipes de saúde da Opan e do Instituto Trópicos, bem como das equipes das CASAI, que utilizavam formulários padronizados pelo DESAI ou adaptados conforme a realidade de cada serviço.

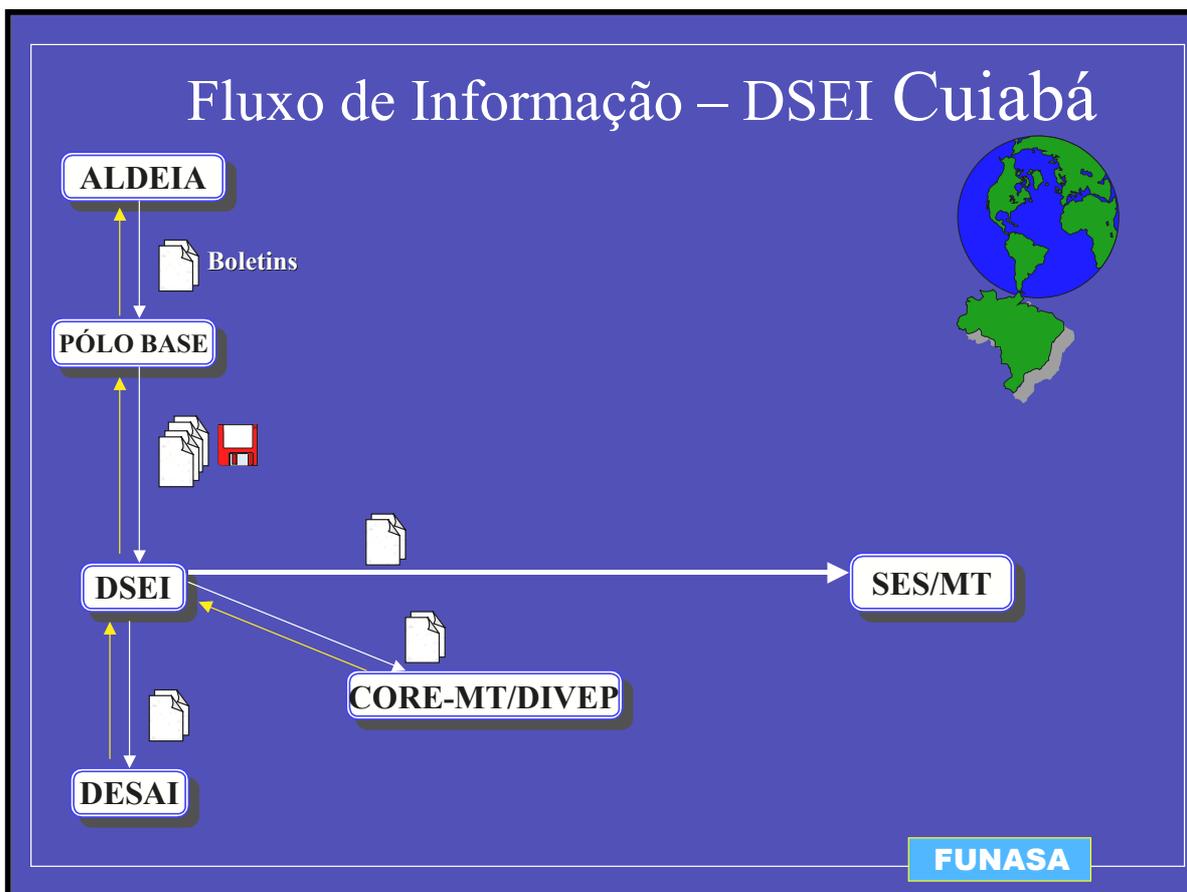
Estes dados eram enviados por cada pólo-base à Gerência do DSEI que consolidava os dados e elaborava relatórios a serem enviados ao DESAI e à Coordenação Regional de Mato Grosso. No segundo semestre de 2002 o SIASI foi ampliado, passando a ser denominado SIASI-Local composto pelos módulos: demográfico, imunizações, morbidade, saúde bucal, gestação e vigilância nutricional.

Até o segundo semestre de 2002, no DSEI Cuiabá assim como em todo o país o sistema de informação utilizado era a versão do SIASI implantado em 2000. O fluxo de informações seguia um padrão, segundo o qual mensalmente os pólos base enviavam para a Gerência do DSEI Cuiabá as informações demográficas, de produção, imunização, morbidade e mortalidade, onde esses dados eram consolidados manualmente e enviados relatórios ao DESAI e a Core/MT.

No DSEI Cuiabá as bases de alimentação dos dados ficam nos pólos-base: no Pólo-base de Rondonópolis na CASAI, no de Tangará da Serra também na CASAI e no Pólo-base de Cuiabá na sede da Gerência do DSEI Cuiabá, que também é responsável pela consolidação dos dados de todo DSEI e de encaminhar o consolidado para o DESAI, para a própria Coordenação Regional de Mato Grosso/Divisão de Epidemiologia (Divep), instituições conveniadas (Opan e Instituto Trópicos), CONDISI de Cuiaba e para a Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso (SES/MT).

A Figura 11 ilustra como o fluxo de informação está organizado no DSEI: a partir das aldeias até a base nacional de dados da Funasa em Brasília no Departamento de Saúde Indígena

FIGURA 11. Fluxo de Informações do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI), 2003



Fonte: Figura extraída de Funasa/Core-MT/DSEI Cuiabá, 2003.

No DSEI Cuiabá o fluxo de informação inicia-se na aldeia com o envio de informações registradas por meio dos seguintes instrumentos: caderno do AIS, informe periódico (mensal) de atividades e formulários de referência e contra-referência. As informações acerca do cadastro da família geralmente são preenchidas pelos AIS e/ou auxiliares de enfermagem, as informações sobre produção de serviços, procedimentos, tratamento, morbidade e mortalidade pelo auxiliar de enfermagem e/ou demais componentes da equipe de saúde. Até junho de 2003, os formulários ainda eram enviados primeiramente aos pólos-base criados em 1999 (Pólos-base de Cuiabá, Rondonópolis e Tangará da Serra (agrega as informações do Pólo-base de Brasnorte)). Nos pólos-base o SIASI é também alimentado com informações – de produção, procedimentos, morbidade e mortalidade – das respectivas CASAI. O sistema é alimentado todos os dias em cada pólo-base, conforme informações que chegam das aldeias. Após inserir todos os dados no sistema, os pólos base geram relatórios e encaminham via disquete para a Gerência do DSEI Cuiabá, que consolida os dados dos pólos-base e os exporta para a base de dados

nacional no DESAI. O consolidado geral também é encaminhado para a DIVEP/Core-MT e dados sobre imunização, morbidade e mortalidade à SES/MT.

Nos Distritos Sanitários Especiais Indígena (DSEIs), em outubro de 2002, foi implantado o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena Local (SIASI-Local), que segundo a Funasa (2002e:7), *“é um sistema dinâmico de informação para subsidiar o corpo técnico e os diversos níveis gerenciais no atendimento integral à saúde indígena, com a finalidade de ser um instrumento de apoio ao processo decisório sobre a gestão das capacidades e recursos potenciais disponíveis ou necessários à aplicação das ações de atenção à saúde indígena da Funasa, no que se refere à sua execução, monitoramento, análise e avaliação de desempenho”*.

O SIASI-Local é composto por três módulos de entradas de dados: o demográfico, imunização e de morbidade. Os dados referentes aos módulos são inseridos no sistema levando em consideração o Cadastro da Família (CAFI), que contém as variáveis: DSEI, pólos bases, aldeias e etnia.

A partir do Módulo Demográfico, de acordo com o CAFI, é possível emitir relatórios demográficos e de indicadores de natalidade e mortalidade, número de nascimento e número de óbitos, como também gráficos como a pirâmide populacional.

No Módulo de Imunização são informadas as doses aplicadas de vacinas, sendo possível gerar relatórios de planejamento, consolidados, taxas e boletim mensal de doses aplicadas. É possível ainda, atualizar dados de imunização por pessoa e produzir gráficos de doses aplicadas, taxa de cobertura vacinal (acumulada) e taxa anual de cobertura.

No Módulo de Morbidade é possível inserir dados sobre consultas: novo atendimento, diagnóstico, exames, procedimentos, tratamento, acompanhamento, referência e contra-referência.

Segundo a Funasa (2002f:1), a versão 2.0 do SIASI-Local contará com os módulos de saúde bucal, gestação e vigilância nutricional. No módulo de morbidade haverá análise específica para as patologias de maior prevalência.

O SIASI-Local oferece a possibilidade de imprimir relatório personalizado por pessoa, com o cadastro de morbidade atualizado. Gera também, gráfico de diagnósticos confirmados e não confirmados, por capítulos do CID, consulta por recursos humanos e causa de óbito.

No DSEI Cuiabá antes da implantação do SIASI-Local em outubro de 2002, havia sido implantado na sede do DSEI da Funasa a primeira versão do SIASI que praticamente só conseguia emitir dados demográficos de acordo com o CAFI. Todos os dados referentes à consulta, produção e oferta eram trabalhados manualmente por meio de relatórios enviados pelas organizações conveniadas, pelas Casas de Saúde do Índio (CASAIs) e pela própria Funasa.

O SIASI-Local foi implantado pela Funasa no DSEI Cuiabá nos Pólos-base de Tangará da Serra, Cuiabá e Rondonópolis. Este sistema é alimentado com dados produzidos nas aldeias pertencentes a cada Pólo, que emite seus próprios relatórios. O consolidado geral das informações do DSEI Cuiabá só pode ser emitido pelo SIASI-Local, no Departamento de Saúde Indígena da Funasa em Brasília.

Devido à implantação recente (final de 2002) o sistema ainda não está organizado o que impede a emissão de relatórios na Funasa/Sede do DSEI Cuiabá. No presente trabalho quando buscamos informações referentes ao período dos anos 2000 a 2002, inicialmente tivemos acesso a dados demográficos, morbidade, mortalidade, produção de serviço e de custos. Porém, como o SIASI era alimentado pelas informações das conveniadas e das CASAIs de forma consolidada mês a mês, na sede da Funasa/Sede do DSEI, os relatórios mensais eram emitidos sem que pudesse observar a origem da informação, ou seja, qual conveniada ou qual CASAI estava emitindo as informações.

7. SANEAMENTO BÁSICO

Entre as responsabilidades dos DSEIs estão incluídas as ações de saneamento. As ações de saneamento no DSEI Cuiabá devem obedecer às diretrizes para projetos de abastecimento de água, melhorias sanitárias e esgotamento sanitário em áreas indígenas, do Anexo II, da Portaria nº. 479 de agosto de 2001 (Funasa, 2002:8 e 29-41).

Segundo a Funasa/Coordenação Regional de Mato Grosso/Divisão de Engenharia de Saúde Pública (Funasa/Core-MT/Diesp) (2001:26), no Estado de Mato Grosso existem 276 aldeias, sendo que cerca de 100 possuem abastecimento de água, em situações precárias necessitando de reforma, ampliação ou manutenção.

No DSEI Cuiabá as atividades de saneamento nos anos de 2000 e 2002 foram realizadas pela Funasa/Core-MT/Diesp e pelo Instituto Trópicos. Faz-se necessário lembrar que a Coordenação de Mato Grosso realiza ações de saneamento básico nas aldeias do Estado de Mato Grosso desde 1991, quando a responsabilidade por ações de saúde passou

da Funai para a Funasa. Inclusive na Equipe de Saúde do Índio da Funasa em Mato Grosso (Funasa/Esai/MT) existiam profissionais engenheiros sanitaristas, que trabalhavam junto com a equipe de engenharia da Coordenação Regional/MT.

A Funasa/Coordenação Regional de Mato Grosso por meio da Divisão de Engenharia de Saúde Pública (Diesp), realizou atividades de saneamento no DSEI Cuiabá no período de 1999 a 2002, relacionadas à construção de sistemas de abastecimento de água e melhorias sanitárias (ligação de rede de água, escavação e/ou proteção de poços; instalação de reservatórios para água; construção de banheiros; instalação de tanque de lavar roupas e filtros; construção de privadas com fossa seca ou privada com vaso sanitário, etc.) e manutenção das obras de saneamento.

O Quadro 30 mostra as obras realizadas nas aldeias e a população beneficiada. Entre 2000 e 2002 foram beneficiadas 20 aldeias com obras de saneamento. Das 12 aldeias do Pólo-base de Cuiabá apenas 5 (4 Bakairi e 1 Umutina) foram beneficiadas, das 13 aldeias do Pólo-base de Rondonópolis (etnia Bororo) 8 foram beneficiadas, das 36 aldeias do Pólo-base de Tangará da Serra (etnia Paresi) apenas 4 e das aldeias 10 aldeias do Pólo-base de Brasnorte 3 aldeias da etnia Irantxe foram beneficiadas com ações de saneamento básico.

Segundo a Funasa/Core-MT/Diesp (2001:22-23) devido à grande extensão territorial em algumas regiões do Estado de Mato Grosso, e principalmente em razão da precariedade das estradas que dão acesso às áreas indígenas, muitas aldeias inclusive do DSEI Cuiabá, deixaram de ser atendidas com a construção de abastecimento de água, mesmo havendo disponibilidade de recursos financeiros. As obras realizadas, segundo gerente da Funasa, procuraram atender as necessidades de cada comunidade, “levando em consideração os mananciais de água existentes na região”. E que em “alguns casos a solução viável foi a de perfuração de poços tubulares profundos, devido à contaminação dos mananciais superficiais”.

QUADRO 30. Obras de saneamento básico realizadas no DSEI Cuiabá, pela Fundação Nacional de Saúde/Coordenação Regional de Mato Grosso/Divisão de Engenharia de Saúde Pública, no período de 2000 a 2002

DSEI Cuiabá/Pólo-base				Tipo de obra/Ano			
Pólo-base	Etnia	Aldeias beneficiadas	População beneficiada	2000	2001	2002	
Cuiabá (12 aldeias)	Bakairi	Pakuera	299	Abastecimento de água	-	-	
				Módulos sanitários	Módulos sanitários	-	
		Aturua	117	Abastecimento de água	-	-	
		Alto Ramalho kaiahoalo	19 38	- -	Poço Poço	- -	
	Umutina	Umutina	342	-	-	-	Poço Tubular Profundo
							Módulos sanitários
							Abastecimento de água
Rondonó – polis (13 aldeias)	Bororo	Tadarimana	120	Abastecimento de água	-	Módulos sanitários	
		Perigara	87	Abastecimento de água	-	-	
		Gomes Carneiro	268	-	Poço	-	
		Santana	146	-	-	Módulos Sanitários	
		Praião	26	-	-	Abastecimento de água	
		Pobore	26	-	-	Abastecimento de água	
		Sangradouro	313	-	Roda D'água	-	
		Piebaga	20	-	-	Abastecimento de água	
Tangará da Serra (36 aldeias)	Paresi	Rio Verde	102	-	Poço	Módulos Sanitários	
		Kotitiko	143	-	Poço	-	
		Papagaio II	48	-	Poço	-	
		Nova Esperança	104	-	Poço	-	
Brasnorte	Irantxe	Paredão	64	-	-	Módulos Sanitários	
		Cravari	100	-	-	Abastecimento de água	
						Módulos Sanitários	
Perdiz	36	-	-	Abastecimento de água			

Elaboração própria

Fonte: Funasa/Core-MT/Diesp, 2003.

Com o objetivo de “suprir os domicílios com saneamento intradomiciliar para prevenção de doenças relacionadas como os dejetos humanos e águas servidas”, foram implantados módulos sanitários em diversas aldeias. Na Aldeia Pakuera foram construídos 23 módulos sanitários em 2000 e 17 em 2001 (Funasa/Core-MT/Diesp, 2001:24).

A Funasa/Core-MT/Diesp (2001:25) aponta ainda a necessidade de realizar manutenção dos sistemas de água, não só implantados pela Diesp, como também nos sistemas já existentes implantados por outras instituições antes da Funasa assumir a saúde indígena em 1999, de forma que possa cadastrá-los para planejar reformas, ampliação ou reconstrução destes. No DSEI Cuiabá, a Diesp realizou em 2001 a manutenção das obras de saneamento em 30 aldeias.

Uma proposta para esgoto sanitário foi elaborada pelo Instituto Trópicos. O Instituto Trópicos que atua em 66 aldeias, cobrindo, como mencionado, uma população de quase 4000 pessoas, elaborou diagnóstico de saúde do DSEI Cuiabá, no qual ficou evidenciado que as doenças infecto-parasitárias são as principais causas da mortalidade infantil, uma vez que essa população está localizada em terras ricas em mananciais que na sua maioria encontra-se contaminados por agrotóxicos aplicados nas monoculturas de soja e algodão e que os municípios de localização ou no entorno das aldeias não possuem uma política de saneamento básico. A partir deste diagnóstico o Instituto Trópicos propôs à Fundação Nacional de Saúde a instalação de microestações biológicas de tratamento que funcionam baseadas no princípio ativo de “sistema zona raízes”, associado a elementos naturais e industrializados. Para realizar essas obras, firmou mais um convênio com a Funasa no valor de R\$ 350.000,00. Para o Instituto Trópicos (2002:3) esse sistema é de baixo custo, tem uma vida média de 20 anos, é de fácil instalação; “garante resultados comprovados quanto à potabilidade de água provenientes de córregos, rios, nascentes e brejos que apresentem elementos nocivos à saúde” e quase não exige manutenção. Exige somente os “cuidados com as tubulações, registros, conexões e, em alguns casos, com as rodas d’água que compõem o sistema onde não se tem captação por declive”.

Segundo o Instituto Trópicos (2002:3), estão sendo instaladas microestações biológicas de tratamento de água em 43 aldeias das 71 aldeias do DSEI Cuiabá (quadro 31) As etnias Paresi, Nambikwara, Bororo, Bakairi (área de execução das ações de saúde do convênio Funasa/Instituto Trópicos), Myky e Irantxe (área de execução das ações de saúde do convênio Funasa/Opan) serão beneficiadas por estes sistemas.

QUADRO 31. Relação de aldeias onde foram instalados sistemas de filtragem para tratamento de água no DSEI Cuiabá (Última Versão), 2002

PÓLO-BASE	ALDEIA	ETNIA
Cuiabá	Santana	Bakairi
	Paikum	
	Cabeceira do Sul	
Rondonópolis	Piebaga	Bororo
	Meruri	
	Garças	
	Col. Tereza Cristina	
Brasnorte	Perdiz	Irantxe
	Nova União	
	Asa Branca	
	Myky	Myky
Tangará da Serra	Formoso	Paresi
	Bacaval	
	Batizá	
	Juininha	
	Ilhocê	
	Sacre II	
	Buriti	
	Queimada	
	Estivadinho	
	Zoloma	
	Sacre O	
	Bacaiuval	
	Utiariti	
	Vale do Papagaio	
	Manene	
	Salto da Mulher	
	Africa	
	Tress Lagoas	
	Catitu	
	Jurupará	
	Estação Rondon	
	Zé Boliviano	
	Papagaio I	
	Sacre I	
	Água Limpa	
	Figueirinha	
	Jatobá	
	Seringal I	
	Seringal II	
Taquarinha		
Batiza II		
Três Jacus	Nambikwara	

Quadro adaptado

Fonte: Instituto Trópicos, 2002.

Nas aldeias sob responsabilidade da OPAN as obras de saneamento básico foram realizadas pela Funasa/Core-MT. Na maioria das aldeias foram implantados poços artesianos, cuja água é bombeada por energia solar (Opan 2002:5).

Quando da nossa visita às aldeias durante o trabalho de campo, as obras de saneamento foram positivamente avaliadas pelas comunidades. Uma das maiores satisfações que percebemos por parte dos índios quanto às atividades de saúde realizadas nas aldeias desde a implantação do DSEI Cuiabá, foi exatamente a realização de melhorias sanitárias nas aldeias, conforme alguns depoimentos citados abaixo:

“O sistema de água que a Funasa colocou na aldeia através dos módulos sanitários, diminuiu as doenças, como as diarreias. E agora o importante é fazer a manutenção do sistema” (morador Bakairi da aldeia Pakuera, 2003)

“Outra coisa que gostei muito foi dos banheiros. Veio através da FUNASA, é pequeno, mas melhorou muito, os primeiros banheiros construídos foram maiores” (morador Bororo da aldeia Merure, 2003).

8. Situação de Saúde

Vaughan & Morrow (1992:5), afirmam que em saúde comunitária é necessário possuir habilidades epidemiológicas, para se observar a população e escolher indicadores mais adequados que descrevam os problemas de saúde prevalentes no distrito sanitário e expliquem os fatores determinantes. É imprescindível elaborar “um diagnóstico de saúde da comunidade e definir quais os programas mais efetivos para melhorar a situação de saúde da população”.

O meu objetivo, não é fazer uma análise epidemiológica do DSEI Cuiabá, mas descrever um pouco a sua situação epidemiológica, desde a implantação do distrito (1999) até o momento atual (2002).

No período de elaboração da dissertação, precisamente após março de 2001, tentei organizar um banco de dados com informações sobre morbidade do DSEI Cuiabá. Naquele momento, esses dados eram fornecidos pelas conveniadas, que não dispunham de um sistema de informação organizado, assim como, muitos diagnósticos eram feitos baseados em sinais e sintomas (o que indica baixa qualidade da informação e do serviço prestado).

Isto vem corroborar o que citam Garnelo & Brandão (2003:250) sobre os dados de morbidade nos anos de 2000 e 2001, “os dados mesmo oriundos de documentos oficiais, não permitem análises epidemiológicas consistentes, pois não estão notificados por agravo e não seguem a 10^a Revisão da Classificação Internacional das Doenças (CID-10); não havendo caracterização precisa do tipo de agravo, em geral designado por um termo genérico com DST ou verminose”. Somente em 2002, a Gerência do DSEI Cuiabá conseguiu organizar um banco de dados sobre morbidade da sua área de atuação, usando a CID-10 e contando com a nova versão do SIASI, que foi implantando no 2^o semestre de 2002.

Mesmo considerando os problemas apresentados pelo SIASI em relação aos anos de 2000 e 2001, optei por descrever abaixo, a morbidade no DSEI Cuiabá, conforme informações disponíveis nos relatórios do sistema, nos anos citados, a fim de obter uma breve descrição do perfil de morbidade do referido distrito neste período.

No ano de 2000, dentre as doenças e sintomas mais frequentes informados pelas Ongs, de acordo com a Tabela 8, destacam-se as verminoses (15,8%), as IRA (14,4%), as

doenças dermatológicas (8,4%) e as diarreias (4,6%). As morbidades classificadas como “outras” (46,1%) concentram quase metade dos casos notificados, o que ao meu significa, problema na forma de apresentação da informação pela ONG prestadora, pois grande parte da morbidade não pode ser reconhecida além de não representar a morbidade classificada pela CID. Quando se observa a morbidade registrada por faixa etária, verifica-se que em todas as faixas, exceto na de menores de 1 ano, as verminoses e as IRA são as doenças mais freqüentes. As diarreias aparecem em terceiro lugar entre as crianças de 1 a 4 anos de idade. Dentre todas as doenças, destaca-se o registro elevado de doença carencial (326 casos de anemia).

TABELA 8. Casos de doenças de maior ocorrência, segundo faixa etária, no Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá, ano 2000

DOENÇAS	FAIXA ETÁRIA											
	>1 Ano		1 a 4 Anos		5 a 9 Anos		10 a 14 Anos		15 ou + Anos		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Verminose	40	4,7	584	24,5	474	24,6	377	26,6	728	10,0	2203	15,8
IRA	314	36,9	545	22,8	431	22,4	153	10,8	562	7,6	2005	14,4
Diarréia	64	7,5	202	8,5	94	5,0	75	5,3	210	2,9	645	4,6
Doenças da Pele e Tecido Subcutâneo	50	5,9	180	7,6	154	8,0	114	8,1	668	9,0	1166	8,4
Hipertensão	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	379	5,2	379	2,7
Transtornos dos olhos/anexos	1	0,1	7	0,3	15	0,7	52	3,7	256	3,5	331	2,4
Anemia	16	1,9	53	2,2	50	2,6	30	2,1	177	2,4	326	2,3
Pneumonia	9	1,1	72	3,0	18	1,0	13	1,0	155	2,1	267	2,0
Doenças do aparelho Digestivo	0	0,0	3	0,1	03	0,2	06	0,4	166	2,3	178	1,3
Outros	356	41,9	737	31,0	682	35,5	595	42,0	4.046	55,0	6416	46,1
TOTAL	850	100,0	2383	100,0	1921	100,0	1415	100,0	7347	100,0	13916	100,0

Quadro adaptado
Fonte: SIASI, 2000.

No ano de 2001 (tabela 9), o número de registros de casos de doenças (2.729) foi muito inferior ao de 2000 (13.916), o que de certa forma acompanha a redução do número de atendimentos médicos. Chama também atenção a falta de correspondência entre o número de atendimentos realizados pelos profissionais de saúde e número de agravos contabilizados. O que indica problema no sistema de informação.

Neste ano, como principais agravos e sintomas foram registrados: em primeiro lugar, as IRA, com um percentual de (29,7%) dos casos, em segundo lugar as verminoses

(15,2%), e em terceiro lugar as diarreias (11,8%). Quando se observam as principais doenças, registradas segundo faixa etária, verifica-se que IRA, verminoses e diarreias são também as doenças mais frequentes em todas as faixas etárias, exceto para menores de um ano, entre os quais os problemas dermatológicos aparecem em terceiro lugar e as verminoses registradas são inexpressivas.

TABELA 9. Doenças de maior ocorrência, segundo faixa etária, no Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá, ano 2001

DOENÇAS	FAIXA ETÁRIA											
	>1 Ano		1 a 4 Anos		5 a 14 Anos		15 a 49 Anos		50 ou + Anos		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
IRA	182	57,0	193	31,1	109	26,0	72	14,1	254	29,8	810	29,7
Verminose	01	0,3	98	15,8	100	23,8	83	16,3	132	15,5	414	15,2
Diarréia	42	13,1	123	19,9	57	13,6	37	7,3	62	7,3	321	11,8
Problemas Dermatológicos	10	3,1	19	3,1	28	6,7	09	1,8	16	1,9	82	3,0
Febre	10	3,1	11	1,8	08	2,0	03	0,6	50	5,9	82	3,0
Dorsalgia	09	2,8	0	0,0	01	0,2	20	4,0	18	2,1	49	1,8
Transtorno dos olhos/anexos	07	2,2	05	0,8	06	1,4	10	1,9	16	1,9	44	1,6
Anemia	01	0,3	06	1,0	09	2,1	13	2,5	11	1,3	40	1,5
Pneumonia	09	2,8	11	1,8	01	0,2	0	0	0	0	30	1,1
Hipertensão	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	1,9	18	2,1	28	1,0
Gastrite	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	2,7	13	1,5	27	0,9
Outros	49	15,3	153	24,7	101	24,0	239	46,9	261	30,7	803	29,4
TOTAL	320	100,0	619	100,0	420	100,0	510	100,0	851	100,0	2729	100,0

Quadro adaptado
Fonte: SIASI, 2001.

As Tabelas 8 e 9 além de descrever parcialmente a morbidade atendida, apontam problemas na notificação dos dados de morbidade no SIASI, nos anos de 2000 e 2001, uma vez que o sistema de informação, não organizava os dados de acordo com a classificação da CID-10, inviabilizando uma padronização do perfil de morbidade do DSEI Cuiabá nestes dois anos.

No ano de 2002, ocorreu mudança na forma de apresentação da morbidade no sistema de informação, com a implantação do SIASI-Local, passando as doenças a serem registradas, conforme a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças, o que dificulta a comparação com os anos anteriores.

Observando a Tabela 10, verifica-se que no ano de 2002, entre as doenças que foram mais freqüentemente registradas, estavam em primeiro lugar, as doenças do aparelho respiratório (24%), atingindo principalmente as faixas etárias de menores de 1 ano (47,3%), seguida da faixa etária de 1 a 4 anos (43,0%). A morbidade mais freqüente foi às doenças infecto-parasitárias (21,4%), que atingira principalmente três faixas etárias: a de 5 a 14 anos (30,1%), a de 1 a 4 anos (26,3%) e de menores de 1 ano (26,0%) – essas doenças correspondem a quase 70% dos casos de doenças notificados no DSEI Cuiabá. Em terceiro lugar aparece a classificação “outras” (12,5%) nas faixas etárias de 15 a 49 anos (18,8%) e 50 ou mais anos (12,0%); em quarto lugar estão as doenças relacionadas ao sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (9,9%), nas faixas etárias de 50 ou mais anos (17,2%) e 15 a 49 anos (14,5%), e em quinto lugar estão as doenças por causas desconhecidas (8,5%) nas faixas etárias de 15 a 49 anos (11,9%) e 50 ou mais anos (9,9%).

Neste ano, devido à mudança da forma de registro e de contabilização aparecem, pela primeira vez, as doenças do aparelho circulatório (2,8%), que atingem, principalmente, as faixas etárias de 50 ou mais anos (6,7%) e de 15 a 40 anos (2,2%) e as neoplasias (0,2%) registradas apenas na faixa de 50 ou mais anos (1,0%).

TABELA 10. Morbidade registrada, segundo faixa etária, no Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá, de acordo com a CID-10, ano 2002

DOENÇAS	FAIXA ETÁRIA										TOTAL	
	> 1 ano		1 a 4 anos		5 a 14 anos		15 a 49 anos		50 ou + anos		N.	%
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%		
Doenças do Aparelho Respiratório	213	47,3	470	43,0	339	28,7	261	11,5	301	17,5	1732	24,0
Doenças Infecciosas e Parasitárias	116	26,0	287	26,3	356	30,1	311	13,6	357	20,7	1544	21,4
Doenças do Sistema Osteomus. e Tecido Conjuntivo	0	0,0	5	0,5	45	3,8	330	14,5	297	17,2	714	9,9
Causas Desconhecidas	24	5,3	57	5,2	71	6,0	272	11,9	155	9,0	616	8,5
Doenças do Aparelho Geniturinário	8	1,7	10	0,9	51	4,3	241	10,6	62	3,6	393	5,4
Doença da Pele e Tecido Sub-cutâneo	33	7,3	70	6,4	85	7,2	135	5,9	35	2,0	387	5,4
Doença do Aparelho Circulatório	8	1,7	12	1,1	7	0,6	50	2,2	115	6,7	204	2,8
Doenças do Aparelho Digestivo	0	0,0	24	2,2	32	2,7	71	3,1	52	3,0	190	2,6
Doenças do Ouvido e Apófise Mastóide	8	1,7	20	1,8	45	3,8	41	1,8	34	2,0	159	2,2
Transtorno do Olho e Anexo	10	2,2	12	1,1	13	1,1	59	2,6	53	3,1	157	2,2
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	2	0,4	31	2,8	16	1,4	22	1,0	13	0,6	90	1,2
Doenças do Sistema Nervoso	2	0,4	5	0,5	13	1,1	32	1,4	17	1,0	73	1,0
Transtornos Mentais	0	0,0	3	0,3	6	0,5	26	1,1	10	0,6	48	0,7
Neoplasias	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	1,0	13	0,2
Outros	26	6,0	87	7,9	103	8,7	428	18,8	210	12,0	907	12,5
TOTAL	450	100,0	1093	100,0	1182	100,0	2279	100,0	1723	100,0	7227	100,0

Elaboração própria.

Fonte: Funasa/Core-MT/DSEI Cuiabá, 2003

Rouquayrol (1994:47), afirma que na avaliação da situação de saúde de uma coletividade, os indicadores de saúde são “parâmetros utilizados internacionalmente para subsidiar o planejamento de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo”.

A fim de se aproximar à tendência da situação de saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá, desde o momento de implantação do distrito (1999) até o ano de 2002, apresenta-se a seguir a evolução de alguns indicadores no período. Contudo é

importante salientar que dada a alimentação deficiente do sistema de informação seria necessária investigação específica para levantamento das informações de mortalidade e construção destes indicadores. Por outro lado, uma vez que as populações são muito pequenas seria necessário acompanhar as populações por período mais longo e analisar a evolução do número absolutos de óbitos de menores de um ano e maternos. Estes dados, contudo não estavam disponíveis.

Dentre os Indicadores de Atenção Básica, definidos pela Portaria do Ministério da Saúde¹, para retratar o perfil de mortalidade do DSEI Cuiabá, escolhemos a Taxa de Mortalidade Geral (TMG), a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) e a Taxa de Mortalidade Materna (TMM). É necessário salientar que está se trabalhando com populações muito pequenas, o que pode distorcer o cálculo de alguns indicadores e que foram utilizados dados secundários fornecidos pelas Ongs prestadoras o que invalida uma avaliação de impacto da implementação do DSEI Cuiabá sobre a situação de saúde.

A Taxa de Mortalidade Geral (TMG), é a relação entre o total de óbitos e a população de uma área, num determinado período de tempo e apresentada por 1000 habitantes. Segundo Rouquayrol (1999:27) a TMG propicia “pelo menos teoricamente a possibilidade de se relacionar o nível de saúde de regiões diferentes em uma época, ou de se empreender estudos comparativos, nos quais seja considerado o variável tempo”. É importante chamar a atenção, que o denominador usado para o cálculo desta taxa, neste caso é muito pequeno, ou seja, em 2002 a população do DSEI Cuiabá era de 4.583 habitantes. Conforme o Quadro 32, pode-se verificar que a TMG por 1000 habitantes no DSEI Cuiabá como um todo, no ano de 2000, esteve bem acima da TMG do Brasil para o mesmo ano (5,32/1000 habitantes), segundo o IDB – 2001. No ano de 2001, apenas a área de abrangência do Convênio Instituto Trópicos/Funasa já apresentou TMG maior que a do Brasil (6,7/1000 habitantes) e em 2002, tal fato ocorreu na área de abrangência do Convênio Opan/Funasa cuja TMG foi de 16/1000 habitantes. Segundo estas informações, no DSEI Cuiabá, o risco de morrer foi maior no ano de 2000, tendo reduzido em mais de 50% nos anos de 2001 e 2002.

Em relação à Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), esta mede o risco de morte no primeiro ano de vida, estabelecendo a relação entre mortes em menores de 1 ano de idade

¹ Portaria n°.723/GM de 10 de maio de 2001, que define os indicadores de Atenção Básica como instrumento nacional de monitoramento e avaliação de saúde referentes à atenção básica e dá outras providências.

por 1000 nascidos vivos, em determinado local e período. Esta taxa auxilia na análise “da situação de saúde e das condições de vida de uma população, detectando variações geográficas, temporais e entre grupos sociais e subsidia o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para atenção à saúde da criança e da gestante” (Portaria n.º. 723/GM/2001-Anexo IV:1). No Quadro 32, observa-se que, na área de abrangência do Convênio Opan/Funasa, não foram registradas mortes de menores de um ano, no período de 2000 a 2002. Porém, considerando-se a problemática do SIASI neste período, tal fato pode ser devido a subnotificação da mortalidade infantil nesta área. Já na área de abrangência do Convênio Instituto Trópicos/Funasa, no ano de 2000, a TMI foi de 47,6/1000 nascidos vivos, bem acima da registrada para o Brasil em 1999 (31,8/1000 nascidos vivos, segundo o IDB-2001 Brasil), ocorrendo diminuição no ano 2001 (38,8/1000 nascidos vivos), e no ano de 2002 (22,5/1000 nascidos vivos). Segundo o DSEI Cuiabá/ Funasa (2003:33), no distrito como um todo, a TMI foi muito alta em 2000 (71,9/1000 nascidos vivos), porém teve uma redução no ano de 2001 (24,2/1000 nascidos vivos), voltando a crescer em 2002 (35,97/1000 nascidos vivos).

O indicador de mortalidade materna², que é medido pela Taxa de Mortalidade Materna (TMM), se refere ao número de óbitos em mulheres por causas maternas, por 100.000 nascidos vivos, em determinado local e período; “mede o risco de morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias, após o término da gestação, independentemente da duração ou localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais” (Portaria n.º. 723/GM/2001-Anexo IV:6). Esse coeficiente é interpretado como um indicador de condições de vida da população e de qualidade da atenção à saúde da mulher, e do acesso à atenção obstétrica. Se a TMM for superior a 20 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, o Ministério da Saúde, já a considera muito elevada (Portaria n.º. 723/GM/2001-Anexo IV:7). No DSEI Cuiabá, no ano de 2000, (quadro 32), na área de abrangência do Convênio Instituto Trópicos/Funasa, a TMM foi de 312,5/100.000 nascidos vivos e no DSEI de Cuiabá como um todo de 261,4/100.000 nascidos vivos, taxas extremamente elevadas e muito superiores ao limite pactuado pelo Ministério da Saúde.³ Em 2000, a TMM no Brasil também foi

² Segundo Laurenti & Gotlieb (1987:124) a mortalidade materna é entendida como “o conjunto de mortes devido às complicações de gravidez, parto e puerpério, e abortos”, correspondente a CID-10.

³ Por exemplo, nos países da União Européia a mortalidade materna em 1996 foi inferior a 8 mortes maternas em cem mil vivos nascidos, exceto França e Holanda com coeficiente de 13.

muito elevada – 55,8/100.000 nascidos vivos, segundo o IDB – 2001. No entanto nos anos de 2001 e 2002 a TMM aparece registrada como reduzida a zero, fato este, que pode ser devido aos problemas já relatados de alimentação do SIASI.

QUADRO 32. Taxas de Mortalidade Geral, Infantil e Coeficiente de Mortalidade Materna, segundo instituição executora das ações de saúde, DSEI Cuiabá, no período de 2000 a 2002

Instituições	2000			2001			2002		
	TMG*	TMI**	TMM***	TMG*	TMI**	TMM***	TMG*	TMI**	TMM***
Opan*	26,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,0	0,0	0,0
Instituto Trópicos	7,0	47,6	312,5	6,7	38,2	0,0	4,9	22,5	0,0
DSEI Cuiabá (geral)	8,7	71,9	261,4	4,3	24,2	0,0	5,9	35,9	0,0

Quadro adaptado.

*TMG (Taxa de Mortalidade Geral por 1.000 habitantes).

**TMI (Taxa de Mortalidade Infantil por 1.000 nascidos vivos).

*** TMM (Taxa de Mortalidade Materna por 100.000 nascidos vivos).

Fonte:SIASI, 2002; Instituto Trópicos, 2002 e Opan, 2002.

Santos & Coimbra Jr. (2003:19-20) comenta que “o coeficiente de mortalidade infantil (CMI) entre os índios Xavante de Mato Grosso (87,1 por mil nascidos vivos) no período de 1993-1997, apresentou-se mais elevado do que a cifra para o Brasil (37,5 por mil nascidos vivos, em 1996). Sendo que a maior parte das mortes (55%) foi de crianças menores de um ano, correspondendo a 5% da população”.

Opiniões de entrevistados quanto a impactos da implementação do DSEI sobre a situação de saúde estão listadas na secção VII.2, e ilustra a dificuldade para esta avaliação. Atores entrevistados apontaram os pequenos tamanhos populacionais, o curto período de tempo de implementação do DSEI, a inexistência da divulgação das informações, e as diferenças de partido na situação de saúde de distintas etnias, como entraves para conhecer e avaliar a evolução do estado de saúde destas populações desde a implantação do DSEI Cuiabá.

9. FINANCIAMENTO

Como foi definido pela Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, as ações de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) devem ser financiadas pelo orçamento da Funasa e do Ministério da Saúde. As receitas podem ser complementadas por recursos de outros órgãos nacionais e internacionais públicos ou privados e ainda pelos estados e municípios (Funasa, 2002d:24).

Diehl *at al* (2003:217) afirma que “no Subsistema de Saúde Indígena a provisão da atenção básica, demanda aporte suplementar aos já definidos pelo SUS, como o Piso de Atenção Básica (PAB) e as Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs), que consideram a população total dos municípios e, portanto, incluem a população indígena”. Segundo as autoras existem “três formas principais de financiamento suplementar: (1) convênios celebrados por estados, municípios, e/ou Ongs com a Funasa para o financiamento da atenção básica; (2) transferências fundo a fundo da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS/MS) aos fundos municipais e estaduais de saúde, autorizadas pela Funasa, recursos financeiros conhecidos como *Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas* e destinados ao pagamento de pessoal das Equipes Multidisciplinares (EMSI)⁴ e (3) transferência da SPS/MS aos hospitais de referência, denominadas *Incentivo para Assistência Ambulatorial Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena*, também conhecido como *Apoio de Média e Alta Complexidade (MAC) à População Indígena*” (2003:218).

O Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá (DSEI Cuiabá), basicamente foi financiado com recursos do Ministério da Saúde (como órgão superior repassador) por meio da Funasa (órgão concedente). Os recursos foram repassados às instituições que celebraram convênio com a Funasa para assumir as ações de saúde no DSEI Cuiabá, Opan e Instituto Trópicos, sem contrapartida das conveniadas (Funasa/Depin/CGCON⁵, 2003).

Conforme informação da Funasa/Depin/CGCON (2003), no período compreendido entre outubro 1999 a dezembro de 2002, os repasses para as organizações conveniadas (Opan e Instituto Trópicos) foram realizados da seguinte forma:

⁴ O Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas e destinados ao pagamento de pessoal das Equipes Multidisciplinares são definidos pela Portaria nº. 1.163/GM/MS/1999.

⁵ Fundação Nacional de Saúde/Departamento de Planejamento e Desenvolvimento Institucional/Coordenação Geral de Convênios (Funasa/Depin/CGCON).

OPAN

O primeiro repasse de recursos financeiros para a Opan, conforme acima mencionado se deu por meio do Convênio Funasa/Opan de nº. 1.402/1999 assinado em 27/12/1999 com período de vigência até 30/03/2001, com valor pactuado e liberado de R\$ 511.745,00 em quatro parcelas. Em 2001 celebrou o Convênio Funasa/Opan de nº. 0018/2001, assinado em 08/02/2001 com período de vigência até 08/06/2002, com valor pactuado e liberado de R\$ 777.356,60 em três parcelas. No ano de 2002 celebrou o Convênio Funasa/Opan de nº. 0088/2002, assinado em 12/04/2002 com período de vigência até 11/06/2003, com valor pactuado de R\$ 894.420,00, sendo liberado até dezembro de 2002 o valor de R\$ 670.000,00 (em duas parcelas), restando até o final do período de vigência do Convênio o valor de 124.420,00. Em suma, de dezembro de 1999 a dezembro de 2002, a Opan tinha recebido da Funasa o valor de R\$ 1.959.101,60 para desenvolver ações de saúde nas áreas indígenas das etnias Myky, Irantxe e Enawenê-Nawê do DSEI Cuiabá.

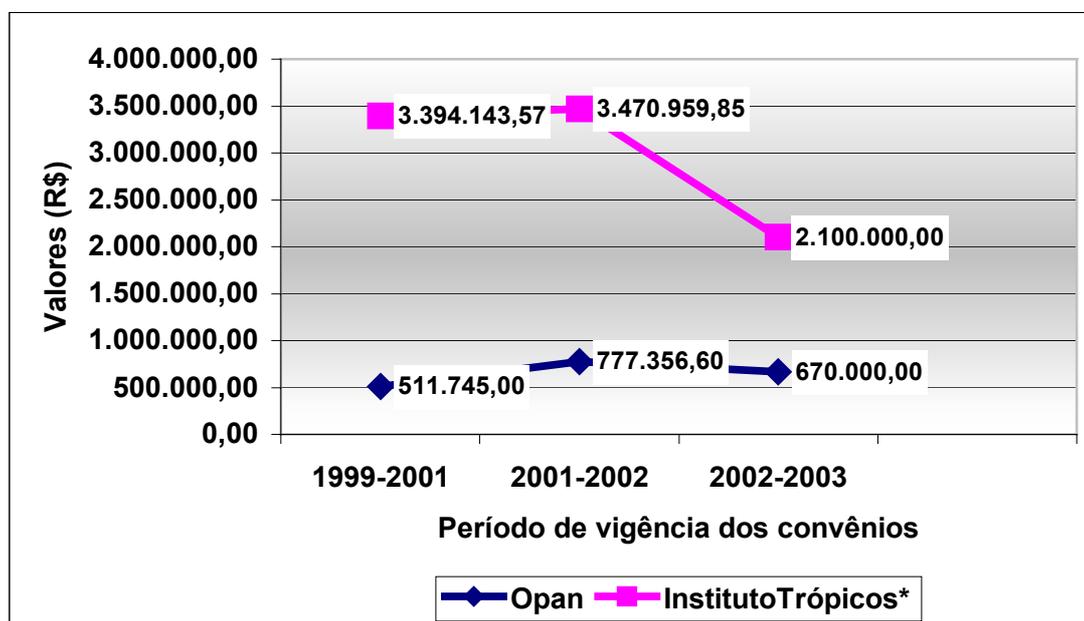
Instituto Trópicos

No primeiro convênio celebrado entre a Funasa e o Instituto Trópicos, com o objetivo de prestar assistência à saúde nas áreas indígenas das etnias Bakairi, Bororo, Umutina, Paresi, Nambikwara do DSEI Cuiabá (Convênio Funasa/Instituto Trópicos nº. 0349/1999), com um período de vigência de 20/10/1999 a 01/05/2001, a Funasa pactuou com o Instituto Trópicos o valor de R\$ 3.419.552,21 e liberou até o final do período de vigência do convênio o valor de R\$ 3.394.143,57 (este recurso foi liberado em sete parcelas, segundo o Instituto Trópicos, 2002). No ano de 2001 a Funasa e o Instituto Trópicos celebraram o Convênio Funasa/Instituto Trópicos nº. 0036/2001 (período de vigência de 23/03/2001 a 23/05/2002), com o mesmo objetivo do anterior só que ampliando o número de etnias que deveria prestar assistência à saúde, incluindo ainda os Terena e Guató, todos em áreas indígenas do DSEI Cuiabá. O convênio foi pactuado no valor de R\$ 3.286.161,80 e o valor total liberado foi de R\$ 3.118.090,00 (este recurso foi liberado em 4 parcelas, segundo o Instituto Trópicos, 2002). Ainda em 2001, a Funasa e o Instituto Trópicos celebraram convênio para a instalação de sistema de abastecimento de água no DSEI Cuiabá (Convênio Funasa/Instituto Trópicos nº. 0248/2001), com período de vigência de 28/12/2001 a 06/08/2003 e valor pactuado de R\$ 352.869,85, até dezembro de 2002 todo esse valor já tinha sido repassado da Funasa para o Instituto Trópicos.

Em 12/04/2002, foi celebrado o quarto Convênio Funasa/Instituto Trópicos de nº. 0087/2002, com vigência até 11/07/2003, e valor pactuado de R\$ 2.775.261,72. Até dezembro de 2002, o Instituto Trópicos já havia recebido o valor de R\$ 2.100.000,00 (este recurso foi liberado em 2 parcelas, segundo o instituto Trópicos, 2002), restando até o final do período de vigência do convênio o valor de R\$ 675.261,72. Portanto de outubro de 1999 a dezembro de 2002 a Funasa repassou ao Instituto Trópicos um valor de R\$ 8.965.103,42.

Portanto segundo a Funasa/Depin/CGCON (2003), o Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá (DSEI Cuiabá) por meio de convênios com a Opan e o Instituto Trópicos recebeu desde a sua implantação (1999) até dezembro de 2002 um montante de R\$ 10.924.205, 02. Esse valor dividido pela população do DSEI Cuiabá de 2002 (4.583 habitantes), equivale a um *per capita* de R\$ 2.384,00 para o período como um todo e um *per capita* anual de R\$ 1.114,32. Valores elevados se comparados com os gastos *per capita* do SUS.

FIGURA 12. Recursos financeiros repassados pela Funasa às instituições conveniadas, Opan e Instituto Trópicos, para execução das ações de Saúde no DSEI Cuiabá, de acordo com os períodos de vigência dos convênios pactuados, 1999 a 2002



Elaboração própria.

Fonte: Funasa/Depin/CGCON, 2003.

A seguir serão descritas as despesas programadas pelas conveniadas durante o período de vigência dos convênios de novembro de 1999 a dezembro de 2002, conforme informações das próprias conveniadas.

OPAN

No quadro abaixo se apresentam as despesas programadas pela OPAN por elemento de despesa durante a execução dos Convênios Funasa/Opan n°. 1402/1999, n°. 0018/2001 e n°. 0088/2002. Verifica-se que em todos os três convênios, o gasto maior foi com consultorias⁶. Em segundo lugar, verifica-se o gasto com material de consumo, que teve um crescimento crescente. Os gastos com equipamento e material permanente ficaram em segundo lugar, correspondendo 12% das despesas do período. Em terceiro lugar aparecem os serviços de terceiros, pessoa física, em que estão incluídas as despesas com pagamento de pessoal (como o pagamento da equipe multidisciplinar, do AIS, AISAN e pessoal da equipe administrativa). Quanto às despesas com obras e reformas contabilizadas no item pessoa jurídica, só foram efetuadas no período de execução do primeiro convênio, ou seja, no momento da implantação dos distritos, portanto das estruturação dos serviços de saúde nas aldeias.

QUADRO 33. Despesas programadas pela Opan no DSEI Cuiabá, de acordo com os Convênios Funasa/Opan, no período de dezembro de 1999 a dezembro de 2002

Elemento de Despesa	Convênio/Ano de vigência			TOTAL
	1402/1999 (2000/2001)	0018/2001 (2001/2002)	0088/2002 (2001-2003)	
Consultorias especializadas	202.200,82	413.079,03	496.892,22	1.112.172,07
Material de Consumo	115.898,63	139.798,69	170.307,51	426.002,83
Equipamento e Material permanente	99.906,89	81.489,12	94.276,00	275.672,01
Serviço de Terceiros Pessoa Física	59.924,52	119.465,98	92.768,82	272.159,32
Passagem e despesas com viagens	16.635,47	39.433,29	43.860,76	99.929,22
Serviço de Terceiros Pessoa Jurídica	32.972,8	0,00	0,00	32.972,83
TOTAL	527.536,86	793.266,11	898.105,31	2.218.908,28

Elaboração própria.

Fonte: Opan, 2003

⁶ Chama a atenção o elevado montante dispensado em consultorias, muito superior ao gasto com o pagamento dos profissionais de saúde. Durante a realização da pesquisa contudo, não foi possível especificar estas despesas.

Instituto Trópicos

No Quadro 34, observa-se a programação dos gastos do Instituto Trópicos por elementos de despesas. Em primeiro lugar chama atenção leve redução (17%) nos valores mensais do convênio entre 2001/2002 e 2002/2003.⁷ As despesas com serviços de terceiros, pessoa física (em que está incluída a despesa com pagamento de pessoal) estiveram nos dois primeiros convênios (Convênio Funasa/Instituto Trópicos n.º. 0349/1999 e n.º.036/2001) em primeiro lugar, ficando em segundo lugar no Convênio Funasa/Instituto Trópicos n.º. 087/2002, momento em que a equipe multidisciplinar passou a ser contratada por meio de cooperativa (uma pessoa jurídica).

Em segundo lugar, nos dois primeiros convênios observam-se as despesas com material de consumo, que passaram ao terceiro lugar no Convênio Funasa/Instituto Trópicos n.º. 087/2002. Em terceiro lugar nos Convênios Funasa/Instituto Trópicos n.º. (0349/1999) e n.º.(036/2001) estiveram as despesas com serviços de terceiros, pessoa jurídica, (como o pagamento de aluguéis de escritórios e prédio para funcionamento das Casas de Saúde do Índio de Tangará da Serra, exames, consultas, internações, etc), porém no Convênio Funasa/Instituto Trópicos n.º. 087/2002 essa despesa passou para o primeiro lugar.

Em suma, até dezembro de 2001 os principais itens de despesas do Instituto Trópicos para a execução das ações de saúde na sua área de abrangência do DSEI Cuiabá foram para pagamento de serviços de terceiros pessoa física, serviços de terceiros pessoa jurídica, e material de consumo.

⁷ No convênio 2001/2002 os repasses programados corresponderam à cerca de R\$ 235 mil mensais e no convênio 2002/2003 a R\$ 194 mil mensais.

QUADRO 34. Despesas programadas pelo Instituto de Apoio ao Desenvolvimento Humano (Instituto Trópicos) no Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá (DSEI Cuiabá), de acordo com os Convênios Funasa/Instituto Trópicos, no período de outubro de 1999 a dezembro de 2002

Elemento de Despesa	Convênio/Ano de vigência			TOTAL
	0349/1999 (2000/2001)	036/2001 (2001/2002)	087/2002 (2002-2003)	
Serviço de Terceiro Pessoa Física	1.798.126,17	1.926.927,91	573.835,37	4.298.889,45
Material de Consumo	645.748,26	707.123,52	416.784,95	1.769.656,73
Serviço de Terceiros, Pessoa Jurídica	517.746,38	331.653,14	607.891,50	1.457.291,02
Equipamento e Material permanente	423.142,24	50.378,00	0,0	473.520,24
Passagem e despesas com viagens	26.099,16	62.981,43	31.772,83	120.853,42
Consultorias especializadas	8.690,00	39.026,00	6.273,62	53.989,62
TOTAL	3.419.552,21	3.118.090,00	1.636.558,27	8.174.200,48

Quadro adaptado

Fonte: Instituto Trópicos, 2002a:11.

Segundo o Instituto Trópicos (2002:16), “as Ongs ao assumirem as parcerias com o governo, foram submetidas a obrigações com investimentos em infra-estrutura, equipamentos, captação e capacitação de recursos e custeio de pessoal, itens indispensáveis para o desenvolvimento das metas, além de outras rubricas de investimentos não usuais nos sistemas de saúde (hospedagem, alimentação e traslado de pacientes e acompanhantes, por exemplo), cujos valores somados ultrapassam em média 75 a 80% dos custos totais previstos nos convênios. Essas obrigações incluem recursos para além daqueles efetivamente destinados às atividades diretas de saúde”.

Gerência da Funasa/DSEI Cuiabá

Desde implantação do DSEI Cuiabá a Funasa além dos recursos repassados às conveniadas para a execução das ações de saúde, também investe recursos próprios, como recursos do Projeto VIGISUS, para fomentar o desenvolvimento das ações de saúde. Esses recursos são aplicados, principalmente em ações de saneamento básico, na manutenção das Casas de Saúde do Índio (CASAI de Cuiabá, Rondonópolis e Tangará da Serra), bem como atendendo ações de emergência quando as conveniadas não disponibilizam hora-vôo para remover pacientes da aldeia para a cidade de referência. A Coordenação do DSEI Cuiabá, contudo, não contabiliza regularmente o total de despesas realizadas, sendo difícil estabelecer-se sem pesquisa específica, os gastos totais do DSEI Cuiabá.

Para exemplificar tal situação, apresentam-se nos quadros abaixo os recursos que a gerência da Funasa/DSEI Cuiabá recebeu do MS/Funasa e do Projeto VIGISUS para cobrir despesas pactuadas no Plano Distrital de Saúde de 2002. Entre estas se destacam: capacitação pedagógica e cursos de aperfeiçoamento para as equipes multidisciplinares de saúde indígena, reuniões do Conselho Distrital, Curso de Formação de Agente Indígena de Saneamento (AISAN) e supervisão técnica nos pólos base.

QUADRO 35. Demonstrativo de recursos repassados pelo MS/Funasa à Gerência da Funasa/DSEI Cuiabá, no exercício de 2002

ELEMENTO DE DESPESAS	RECURSOS RECEBIDOS	RECURSOS GASTOS	DEVOLVIDO AO DESAI
Diárias	67.288,79	67.179,56	109,23
Material de Consumo	128.299,59	128.299,59	-
Passagens/Aérea/Terrestre/Hora Vôo	27.189,26	27.189,26	-
Serviços Terceiro Pessoa Física	6.494,48	6.494,48	-
Contratos (Vigilância, Limpeza, Cozinha, Lavadeira)	111.303,66	111.303,66	-
Serviços Terceiro Pessoa Jurídica	69.626,09	69.626,09	-
Indenização (Equipe de Controle de Endemias)	2.861,49	2.861,49	-
Material Permanente	23.405,26	23.405,26	-
T O T A L	436.468,62	436.359,39	109,23

Quadro adaptado.

Fonte: Funasa/Gerência DSEI Cuiabá, em 23 de Junho de 2003.

QUADRO 36. Demonstrativo de recursos repassados pelo VIGISUS/MS/Funasa à Gerência da Funasa/Dsei Cuiabá, no exercício de 2002

ELEMENTO DE DESPESAS	RECURSOS RECEBIDOS	RECURSOS GASTOS	DEVOLVIDO AO DESAI
Diárias	109,90	109,90	-
Material de Consumo	5.241,53	4948,00	293,53
Passagens/Terrestre	35.016,16	32.860,98	2.155,18
Serviços Terceiro Pessoa Física (Inclusive Ajuda de Custo p/os Indígenas)	5.688,04	4.608,04	1.080,00
Serviços Terceiro Pessoa Jurídica	91.045,65	90.805,65	240,00
T O T A L	137.101,28	133.332,57	3.768,71

Quadro adaptado.

Fonte: Funasa/Gerência DSEI Cuiabá, em 23 de Junho de 2003.

10. Controle Social

A questão do controle social para a maioria das etnias do DSEI Cuiabá já era reconhecida antes da constituição dos DSEIs. Há alguns anos as comunidades indígenas como dos Bakairi, Bororo, Paresi, Nambikwara, Umutina e Irantxe vinham discutindo a questão do controle social, e inclusive possuíam seus conselhos locais de saúde. Apenas os Myky e Enawenê-Nawê não tinham conselho de saúde.

Após a criação do DSEI Cuiabá em 1999, no primeiro semestre de 2000, uma das primeiras ações para efetivar o controle social, foi a realização do Curso de Capacitação de Conselheiros sob a coordenação do Instituto Trópicos com o apoio da Opan e da Funasa/Core-MT. Participaram do curso representantes das comunidades indígenas, dos trabalhadores de saúde, da Funasa/Core-MT e das instituições conveniadas (Opan e Instituto Trópicos) que atuam em área indígena e outras instituições envolvidas com a questão indígena. Já naquele momento de capacitação os índios Enawenê-Nawê manifestaram sua insatisfação com o modelo proposto de conselho, pois os Enawenê-Nawê têm outra forma de organização e representação social e argumentavam que o modelo proposto pela Funasa não atendia as suas necessidades.

Logo após o treinamento foi realizada a primeira reunião para criar efetivamente o Conselho Distrital de Saúde Indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá (CONDISI Cuiabá), com a participação dos representantes das etnias Paresi, Nambikwara, Irantxe, Myky, Enawenê-Nawê, Bakairi e Bororo; dos prestadores de serviços (Funasa/Gerência do DSEI Cuiabá, Opan, Instituto Trópicos), Funai, de trabalhadores destes serviços. Nessa ocasião foram escolhidos como presidente e vice-presidente do CONDISI Cuiabá dois conselheiros indígenas.

Após a instalação do CONDISI de Cuiabá foi iniciado o trabalho de formação dos Conselhos Locais de Saúde Indígena. Cada aldeia formou seu Conselho Local e cada etnia se organizou e escolheu, em comum acordo, o conselheiro local de saúde indígena que representaria sua etnia no Conselho Distrital. Os Bororo, Bakairi e Paresi por serem etnias com o maior número de população e terras indígenas, tiveram o direito de eleger dois representantes titulares e seus suplentes.

O CONDISI Cuiabá, a partir da observação de suas atas, se reuniu ordinariamente e extraordinariamente durante os anos de 2000, 2001 e 2002. No ano de 2000 foram realizadas três reuniões, ainda no primeiro semestre, ocorreu a segunda reunião, com

aprovação do Regimento Interno do CONDISI e em dezembro foi realizada a última reunião do Conselho Distrital em 2000, na qual o Conselho Distrital tomou conhecimento da oficialização da criação do CONDISI de Cuiabá por meio de publicação do Diário Oficial da União.

No ano de 2001 foram realizadas reuniões ordinárias e extraordinárias e por ocasião da terceira reunião em julho, foi aprovada a criação de Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI), mais abrangentes, com a seguinte formação: **Bororo** (6 CLSI sendo distribuídos nas terras indígenas Tadarimana, Meruri, Gomes Carneiro, Perigara, Piebaga e Sangradouro); **Bakairi** (1 CLSI abrangendo as terras indígenas Santana e Pakuera); **Paresi e Nambikwara** (1 CLSI, com a participação de 39 conselheiros Paresi e 3 Nambikwara); **Myky, Irantxe e Enawenê-Nawê** (1 CLSI); **Umutina** (1 CLSI); e **Terena** (1 CLS). No mês de agosto, foram aprovadas as propostas de inclusão de um representante titular e suplente das etnias Terena e Guató, recém incorporada ao DSEI Cuiabá e a criação dos grupos temáticos de apoio ao CONDISI de Cuiabá, sendo um para elaborar o Regimento para função dos AIS e o outro para encaminhar programação de visitas de articulação política.

No ano de 2002 foi elaborado o primeiro Plano Distrital de Saúde do DSEI Cuiabá para os anos de 2002 a 2004. O Plano Distrital tem como objetivo de planejar as ações de atenção à saúde indígena no âmbito dos DSEIs. É composto inicialmente por uma apresentação que contém o nome do DSEI, período de vigência do plano e aprovação do CONDISI ou do Conselho Local; aspectos sócio-econômico-cultural e antropológicos; situação de saúde do DSEI; o mapa do DSEI que contém dados geográficos de infraestrutura de saúde, entre outras informações; descrição da operacionalização das ações de saúde; objetivos: geral e específicos das metas do plano distrital; metodologia e descrição das metas; monitoramento e avaliação das ações de saúde por meio de indicadores de processo; orçamento; informação de saneamento básico por comunidade; informações sobre a existência no DSEI de infra-estrutura, meio de transporte e equipamentos; relação de bens, móveis, utensílios e meios de transporte a serem adquiridos; informação a respeito de obras civis e de saneamento a serem executadas; quadro demonstrativo de responsáveis pela execução e recursos orçamentários; e o cronograma de execução das ações programadas.

O desenvolvimento do plano foi iniciado com a realização de reuniões nas aldeias e em cidades próximas às aldeias com a participação de conselheiros locais de saúde,

lideranças indígenas, representantes da Funasa e das instituições conveniadas (Opan e Instituto Trópicos), onde foram levantados os problemas e necessidades das 10 etnias que compõem o DSEI Cuiabá. Com base nos resultados destas reuniões preliminares, foram realizadas reuniões com o CONDISI de Cuiabá, para a segunda fase de elaboração do Plano Distrital, com a presença de algumas lideranças indígenas.

Para elaborar o Plano Distrital, foram realizadas, ao todo, sete reuniões sendo as quatro primeiras com as comunidades indígenas (no município de Tangará da Serra/MT), com as etnias Nambikwara, Paresi e Umutina; no município de Rondonópolis com as etnias Bororo, Terena e Guató; na aldeia Cravari com as etnias Myky e Irantxe; e na aldeia Pakuera com a etnia Bakairi), e as três últimas com os conselheiros distritais no município de Cuiabá e Chapada dos Guimarães, para sistematizar o Plano Distrital (Plano Distrital Funasa/Instituto Trópicos, 2002:2).

Em janeiro de 2003, ocorreu a primeira reunião do ano, quando foram eleitos o presidente e vice-presidente do CONDISI de Cuiabá, ficando como presidente um representante indígena da etnia Irantxe e como vice uma representante dos trabalhadores da saúde indígena, nessa ocasião também foi revisto o Regimento Interno do Conselho.

CAPITULO V – A PROBLEMÁTICA DA EXECUÇÃO POR MEIO DE ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS (ONGS)

Dentre as características específicas da Política de Atenção à Saúde para os Povos Indígenas, destaca-se a estratégia de estabelecer convênios com organizações não-governamentais, que passam a ser responsáveis pela execução das ações de saúde e gerência da rede de atenção, o que é pouco freqüente no âmbito do SUS. Há controvérsias quanto a esta opção.

No SUS, a execução dos serviços de saúde por terceiros seria formalmente complementar à rede pública. Nos DSEIs, a efetivação de parcerias com organizações não governamentais transcende a execução de serviços. As Ongs, no caso dos DSEIs, assumem responsabilidades que no SUS seriam do gestor municipal, como aspectos relativos à constituição e articulação da rede, ações de promoção e prevenção e de capacitação.

As organizações conveniadas pelos DSEIs, no campo da assistência, além da prestação de ações curativas individuais, realizam atividades de prevenção tais como imunização, implementação de programas e acompanhamento de grupo de risco. No campo da gerência, implantam e constroem unidades de saúde, contratam todo o pessoal, adquirem insumos e equipamentos e estabelecem referência com outras unidades de saúde. Alimentam, ainda, um banco nacional de informações e realizam atividades de capacitação, como treinamento dos agentes de saúde indígena. Ou seja, responsabilizam-se pela gestão dos serviços na sua área de abrangência.

É interessante observar os resultados dessas interações e analisar vantagens e desvantagens dessa forma de prestação de serviço público, uma vez que experiências similares de contratação de organizações não-governamentais de diversos tipos (cooperativas, associações comunitárias) vêm se difundindo em alguns programas do SUS. Como também de saber a opinião dos atores-chave e dos conselheiros de saúde distrital e local do DSEI Cuiabá, sobre a execução das ações de saúde por meio das Ongs e de traçar um breve panorama da situação da celebração de convênios entre a Funasa e as instituições parceiras, para execução das ações de saúde nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) no Brasil.

1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O Desai/Funasa, como mencionado, para a implantação dos DSEIs optou por contratar terceiros, podendo ser órgãos governamentais ou não-governamentais. No DSEI

Cuiabá foram contratadas duas organizações não-governamentais (Ongs), uma delas indigenista.

Essa estratégia de implementação por meio de parcerias com o setor privado para execução de ações de responsabilidade governamental pode ser inserida nas recentes propostas de reforma do Estado, com pretensão à redução de sua atuação e relacionada ao debate em décadas recentes que buscou diferenciar entre estatal e público, enfatizando que certos serviços poderiam ser públicos, ou ter fins públicos, sem necessariamente serem propriedade estatal. O surgimento da terminologia de Ongs acompanha estas experiências e insere-se no debate da constituição de um terceiro setor.

Segundo Fernandes (2002), um terceiro setor, nem privado nem estatal, constituiu-se a partir de atividades associativas que ganharam impulso na América Latina nos anos 1970, passando a ficar mais forte nos anos 1980 e observa-se ainda o aceleração desse fenômeno nos dias atuais. Os primeiros movimentos reuniram grupos populacionais em torno de temas específicos como de “mulheres indígenas, de minorias étnicas, de ecologia e de consumidores” (Fernandes, 2002:16). No decorrer dos anos, esses movimentos levantaram várias bandeiras relativas às mais variadas necessidades sociais, surgindo, assim, novas associações civis, denominadas hoje de Organizações Não-Governamentais (Ongs).

Salamon (1993, *apud* Fernandes, 2002:19) afirmou que “*embora a terminologia utilizada e os propósitos específicos a serem perseguidos variem de lugar para lugar, a realidade social subjacente é bem similar: uma virtual revolução associativa está em curso no mundo, a qual faz emergir um expressivo ‘terceiros setor’ global, que é composto de organizações estruturadas; localizadas fora do aparato formal do Estado; que não são destinadas a distribuir lucros aferidos com suas atividades entre os seus diretores ou entre conjunto de acionistas; autogovernadas; e envolve indivíduo num significado voluntário*”.

Fernandes (2002:19), analisando a exposição de Salamon sobre o terceiro setor, considera que ela “*é portadora de uma ambiciosa mensagem que afirma o surgimento de um terceiro personagem no mundo*” além do Estado e do mercado. E que este terceiro setor, ou seja, as associações civis impactarão as relações hegemônicas entre o Estado e o mercado. Para este autor as características principais do terceiro setor são autonomia organizacional e o voluntariado.

A idéia da participação de terceiros, para Fernandes (2002:21) pode resultar em quatro combinações entre o “público” e o “privado”: quando os agentes são privados e tem fins privados o resultado é o setor do mercado; quando os agentes são públicos e os fins públicos o resultado é o setor do Estado; quando os agentes são privados e os fins são públicos a resultante é o terceiros setor; e quando os agentes são públicos e os fins privados então a resultante do processo é a corrupção.

O conceito de terceiro setor segundo Fernandes (2002:21) está referido somente à terceira relação. Então, quando existe “um conjunto de organizações e iniciativas privadas que visam à produção de bens e serviços públicos”, ou seja, de serviços que “não geram lucros, mas que respondem a necessidades coletivas”, constitui-se um terceiro setor.

Magalhães (2001:37-38), reforça esta concepção: “*De um modo geral, o terceiro setor é todo conjunto de iniciativas civis com um fim público, ou seja, destinadas a um fim social e não privado*” É neste universo do terceiro setor que estão as Organizações Não-Governamentais (Ongs).

Coelho (*apud* Claro, 2002:19), considera que a relação do Estado com o terceiro setor pode ser importante para implementar políticas sociais, “*principalmente em áreas que sua atuação é mais ineficaz ou onerosa*”. Mas alerta que essa parceria deve estar fundamentada em uma política social expressa formalmente, com metas explícitas a serem alcançadas e que possam ser monitoradas.

Claro (2002:64-65) realizou estudo sobre a Gestão Comunitária no Parque de Vigário Geral no Rio de Janeiro/RJ, “área de baixo poder aquisitivo e alto grau de violência”. Nessa experiência de gestão comunitária por meio de parceria entre a sociedade civil e o poder público na área da saúde com participação de membros da comunidade e trabalhadores do posto de saúde, constatou diversos problemas nessa forma de gestão local e experimental. No seu estudo verificou que a gestão comunitária sofreu vários problemas na sua administração, em parte fomentados por fatores externos (como o tráfico de drogas) que provocavam a mudança constante de dirigentes com baixa continuidade gerencial. Observou ainda que a experiência não proporcionou uma maior consciência cidadã, mas fomentou o clientelismo, ao contrário do enfatizado por alguns autores quanto à potencialidade dessas experiências de incremento de democratização.

Claro (2002:69) sinaliza que “*a gestão comunitária é parte da ‘explosão’ de iniciativas nos campos referentes ao terceiro setor, que asseguram maior peso para a*

sociedade civil na prestação dos serviços sociais e requerem a criação de uma cultura de co-responsabilidade política e social envolvendo o Estado e a sociedade civil”.

Outro problema, apontado para atuação do terceiro setor está centrado na sua incapacidade de executar políticas sociais que atinjam a totalidade da população. Para o autor “*o terceiro setor jamais será expressivo o suficiente para abarcar todas as questões sociais e atender plenamente às demandas da população*” (Claro, 2002:19).

Alguns autores trabalharam a questão da participação das Ongs na implementação dos DSEIs, em geral com avaliação crítica dessas parcerias, seja por considerarem como uma retração do Estado em suas responsabilidades seja por agregarem dificuldades para a atuação das associações indígenas que de militantes por direitos de cidadania passam a assumir a prestação dos serviços que reivindicavam para garantia daqueles direitos (Garnelo & Sampaio, 2001; Garnelo, 2002; Magalhães, 2001; Pereira, 2002).

Garnelo & Sampaio (2001:7) e Garnelo (2002) trazem a discussão da terceirização no processo de implantação dos DSEIs, apontando que tal estratégia não encontra correspondência em outra área do SUS, nas quais a experiência de terceirização em geral se restringe à contratação de serviços em áreas específicas como atividades-meio, recursos complementares de diagnóstico e prestação de alguns serviços especializados. As autoras observam que apesar de a rede privada ocupar um lugar privilegiado na destinação de recursos do SUS, sua atuação não implica a organização da rede e responsabilidade completa, nem a recusa da execução direta de serviços de saúde por parte do poder público, como vem ocorrendo na saúde indígena. Essa forma de terceirização contraria o princípio legal que afirma ser de responsabilidade federal a gestão do subsistema de saúde indígena.

As autoras, por outro lado, também discutem as conseqüências dessa nova forma de atuação para as organizações indígenas conveniadas. A atuação na execução das ações de saúde, por meio da parceria com o Ministério da Saúde, fomenta o reconhecimento das organizações indígenas como protagonistas políticos, trazendo-as para o centro de uma cena política na qual até então ocupavam lugar subordinado. Essa nova posição fez com que os dirigentes dessas organizações assumissem essa arriscada proposta de terceirização. Para as organizações indígenas, essa parceria significaria superposição de papéis: de uma organização militante em luta pelos direitos dos índios e de uma organização prestadora de serviços, cujo acesso à organização militante procurava garantir (Garnelo & Sampaio, 2001:8).

Magalhães (2000:42-54) ao estudar a implantação do DSEI trava discussão mais geral sobre a relação entre o Estado e o terceiro setor no Brasil e enfatiza “que no contexto brasileiro vem se instalando um processo de redução do Estado, com repasse progressivo de suas funções públicas para entidades civis, como Organizações Sociais e as atuais Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), que passam a se pautar pelo atendimento a interesses do Estado ao serem encarregadas da execução de políticas públicas”. Segundo o autor esse processo tanto pode incrementar a democratização da sociedade civil e a capacidade de intervir nas políticas públicas por grupos civis organizados que buscam a redução das desigualdades sociais, como ainda pode favorecer a captação de recursos financeiros para fortalecer gerencialmente e administrativamente as entidades civis “*podendo resultar numa maior capacidade de intervenção no cenário social*”. Contudo o autor alerta que quando o Estado repassa a responsabilidade da execução, afasta de si “*a cobrança dos destinatários do serviço a ser prestado e por sua vez a entidade civil que capta os recursos passa a sofrer uma dupla pressão: dos usuários e a do financiador*”. O autor também argumenta que no caso das organizações indígenas, terceiras na prestação de serviços nos DSEI, passa a ocorrer uma superposição de papéis, como organização militante pelos direitos sociais e como organização prestadora de serviços.

Pereira (2002:369) considera também que essa terceirização é um dos meios pelos quais “*o Estado brasileiro vem intervindo como um fator essencial na definição de rumos e estratégias da organização política do movimento indígena, seja para se opor como se deu nos seus primórdios, seja para propor parcerias na execução de políticas públicas, tal como ocorreu com a demarcação das terras indígenas do Alto rio Negro e como se vem dando na implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs)*”. A implantação dos DSEIs por meio destas parcerias demonstra como o Estado está se retraindo de forma progressiva de suas responsabilidades, uma vez que “*a execução de ações de saúde nas aldeias – uma atribuição legal e intransferível do governo federal – vem se efetivando por meio de contratações pelo Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde, de entidades não-governamentais para desempenhar esta tarefa*” (Pereira, 2002:375).

De forma crítica, Pereira (2002) avalia que a transferência de poder do Estado para o terceiro setor poderá resultar numa desconstrução do aparelho estatal e no caso da saúde indígena “*uma impossibilidade de funcionamento adequado do sistema de saúde*”, uma vez

que a “*pulverização das ações e serviços tende a gerar descoordenação, insuficiência e ineficácia*”. Afirma ainda, que o modelo da terceirização não afasta a corrupção, necessitando de um “*acompanhamento técnico minucioso das ações das conveniadas, para as quais os órgãos públicos não têm atualmente um preparo adequado*” (Pereira, 2002:376).

Pereira (2002:377) analisando as características descritas por Magalhães (2001), sobre o Estado e a proposta da terceirização, levando em consideração as organizações indígenas que celebraram convênio com a Funasa para assumir as ações dos DSEIs; conclui que “*a vinculação das entidades à proposta de terceirização do Ministério da Saúde gera uma influência direta desta política de governo sobre as condições de vida da maior parte dos povos indígenas da Amazônia legal, área sobre a qual incidem as atenções e interesses da sociedade globalizada*”.

Como mencionado, o repasse progressivo de funções públicas para entidades civis faz parte dos recentes processos de reforma do Estado. A interpretação dos resultados deste processo, contudo, é controversa. Em síntese, alguns autores apontam possível aumento da democratização e da capacidade de intervenção nas políticas pela sociedade civil, bem como ampliação da base de prestação de serviço público (Junqueira, 1997). Para outros autores, esta modalidade de deslocamento do poder implica a redução da atuação do Estado. A transferência de gestão para os “usuários seria forma de legitimar a privatização” (Coraggio *apud* Junqueira, 1997:187; Jacobi, 2000:37). Este modelo de terceirização tampouco afastaria o risco de corrupção, sendo necessário o acompanhamento técnico adequado dos convênios para o qual o Estado não está bem preparado (Garnelo & Sampaio, 2001:8). Para Tendler (1998) ainda esta não seria a solução mais adequada para um bom governo.

Para Junqueira (1997:189), a modalidade de transferência de competência estatal para entidade da sociedade civil seria uma forma de devolução social. Trata-se de transferir a produção de determinados bens e serviços para organizações sem fins lucrativos, sendo que o Estado permaneceria como fiador, garantindo as condições da produção para realizar as atividades de interesse social e avaliaria e controlaria o desempenho dessas organizações. Contudo, elas seriam autônomas para se autogerenciar. Na devolução, o Estado não se eximiria de garantir os direitos sociais do cidadão, mas atribuiria à própria sociedade, sob seu controle e avaliação, o atendimento às demandas sociais (Junqueira, 1997).

Entendida como uma modalidade de descentralização, a parceria ou devolução social encerra as mesmas ambigüidades conceituais que a descentralização (Jacobi, 2000:37). Para o autor “o conceito de descentralização configura uma proposta de ação político administrativa que, dependendo do enfoque ideológico adotado, pode visar a objetivos diferentes e até opostos de reorganização institucional”. Na ótica conservadora (neoliberal), a descentralização significaria basicamente a reprivatização e a desregulamentação de alguns setores da economia, e na perspectiva de democratização do Estado seria um meio de revalorização dos poderes locais, da participação cotidiana dos cidadãos na gestão pública e da redistribuição e uso mais eficiente dos recursos públicos, incorporando na lógica da gestão os setores excluídos.

Tendler (1998,197:13-15) na sua pesquisa sobre bom governo em países em desenvolvimento faz uma crítica a *donor community*¹ internacional constituída por governos da América do Norte e da Europa Ocidental e por organizações não-governamentais que dão assistência financeira, dizendo que “*boa parte das suas recomendações se dirige a limitar ‘dano’ que o setor público pode causar aos países em desenvolvimento*” Dentre as recomendações está enquadrada a categoria da “redução do tamanho do governo por meio de demissão de funcionários ‘em excesso’, terceirizando, privatizando e descentralizando”. Esse tipo de pensamento não é só “neoliberal”. Pois tanto “os neoliberais quanto os seus árdios críticos gostam das Ongs, acham que o governo em seus países é prepotentemente poderoso e que muitas de suas funções seriam mais bem exercidas ou controladas por entidades privadas, inclusive por Ongs”. A autora afirma que apesar dessa como de outras explicações dadas para o mau desempenho dos governos possam ser corretas em muitos aspectos, proporcionaram o surgimento de recomendações equivocadas sobre como melhorar o governo.

Ao final do seu estudo, Tendler (1998:221), levando em consideração “a impressão cumulativa e as constatações”, afirma que embora “se procure um modo de caracterizar as Ongs como diferentes dos governos na prestação de serviços, o registro empírico não representa uma grande ajuda. Apesar da retórica no sentido contrário, essas constatações compõem um corpo de evidências significativas contra o argumento de que as Ongs tem uma vantagem no comportamento flexível e centrado no cliente, ou que elas tenham traços

¹ A tradução do termo usualmente utilizado em inglês para o português significa “o conjunto de agências ou instituições de financiamento que atuam na promoção do desenvolvimento e se refere tanto às instituições que financiam com empréstimos como as que fazem doações (Tendler, 1998:13)”.

desejáveis, que são as imagens espelhadas de traços indesejáveis do governo”. Ou seja, que o problema do governo pode ser resolvido dentro do próprio governo de forma eficiente e eficaz e *“passar a prestação de serviços para as Ongs pode não ser uma cura tão fácil para as doenças hoje consideradas inerentes ao setor público”*.

2. OPINIÃO DOS ATORES-CHAVE

Para conhecer a percepção dos atores-chave sobre o gerenciamento e execução da assistência à saúde no DSEI Cuiabá por meio de organizações não-governamentais foi perguntado aos entrevistados: a posição da organização que representam e atuam, sua opinião pessoal, e as vantagens e desvantagens percebida da implementação por meio de Ongs.

Na percepção dos atores-chave a posição das instituições que representam quanto à forma de gerenciamento e execução das ações de saúde por meio de Ongs no DSEI Cuiabá, é em geral favorável, contudo, conflitos foram explicitados. Dos 11 entrevistados, 9 responderam que suas instituições concordam com essa modalidade de gerenciamento, por entender que essa parceria estabelece um canal de comunicação entre o setor privado sem fins lucrativo e o Estado contribuindo para fomentar políticas públicas de caráter social de forma comprometida, de modo responsável e ágil, longe da burocracia estatal. Referem ainda que existem algumas experiências localizadas que não deram certo, mas que não invalidam o modelo como um todo em nível nacional. Em geral foram favoráveis à iniciativa que seria séria e criativa.

Todavia, dois dos atores-chave entrevistados informaram que as instituições que representam consideram que esta forma não contempla as necessidades da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. O representante do Cimi/MT e um conselheiro indígena do CONDISI Cuiabá informaram que suas entidades discordam dessa parceria. O Cimi/MT coerente com seu posicionamento no transcorrer do debate sobre a formulação dos DSEIs, por considerar que a responsabilidade total da implementação da referida política deveria ser do Ministério da Saúde/Funasa (Cimi/MT, 2002). Um conselheiro, representante de uma organização indígena entrevistado, afirmou que sua entidade é desfavorável pois a qualidade dos serviços prestados deixa a desejar com repercussão negativa sobre a saúde da população indígena. Considerou ainda a vigilância e o controle da atuação das Ongs prestadoras de serviço e por parte da Funasa insuficiente. “Não vê com bons olhos, não há um entendimento (...), os índios reclamam muito, nunca houve tantos óbitos antes. Não se

aceitam e nem procuram melhorar o clima entre si. Prestam serviço da pior qualidade. Mas continua fazendo, não há suspensão e nem fiscalização” (Entrevista n° 11, 2002).

Quanto à opinião pessoal, a maioria dos atores-chave refere que o gerenciamento e a execução por meio de Ongs das ações de saúde no DSEI Cuiabá é um modelo que foi adotado não só no referido distrito, como em todo país, por uma decisão política do Ministério da Saúde/Funasa de não contratar servidores por meio do Governo Federal para implantar e operacionalizar a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Sendo assim, fez opção por estabelecer parceria por meio de convênios com Ongs, municípios e outras instituições para viabilizar os distritos.

Em geral os entrevistados salientaram a agilidade administrativa como característica favorável da contratação das Ongs, mas sua posição pessoal foi mais crítica. Segundo o Coordenador Nacional da Política de Atenção à Saúde para os Povos Indígenas (2002) *“a parceria forte com Ongs é boa, uma vez que as Ongs não possuem uma legislação administrativa burocratizada, “como uma camisa de força”, o que agiliza e facilita a operacionalização e execução das ações de saúde nos DSEIs”*. No entanto, no DSEI Cuiabá apesar de reconhecerem que as Ongs podem desenvolver um bom trabalho, a maior parte dos entrevistados considerou *“essa forma de gerenciamento bastante difícil e conflituosa necessitando de acompanhamento sistemático pela Funasa por meio de supervisões eficientes, a fim de garantir a implementação da referida Política de Saúde Indígena”* (Entrevista n° 4, 2002). Por outro lado, lembram que *“apesar da responsabilidade de gestão e de implementação das ações de Saúde ser do Ministério da Saúde/Funasa, as parcerias com Ongs e municípios que já conhecem as especificidades das populações indígenas e respeitam as realidades locais de cada Estado, pode ser sem dúvida um fator facilitador e talvez a melhor forma de implementar uma política nacional tão específica”* (Entrevista n° 2, 2002). Na opinião, do representante de uma das Ongs prestadoras de serviço, no DSEI Cuiabá *“essa forma de gerenciamento das ações de saúde consegue resolver os problemas e levar o projeto de saúde adiante e que por ser ágeis as Ongs contratam pessoas e desenvolvem ações de saúde a contento”* (2002).

Do mesmo modo que para posição das organizações, um número menor dos atores-chave entrevistados viu com desconfiança o gerenciamento das ações de saúde por meio de Ongs (terceirização), na implementação do DSEI Cuiabá, *“uma vez que essa forma de gerenciamento não está bem definida na Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena”* (Entrevista n° 8, 2002). Um deles afirmou que *“as ações de saúde indígena deveriam ser executadas pelos municípios, uma vez que o DSEI faz parte do SUS, respeitando, contudo, as especificidades culturais das populações indígenas”* (Entrevista n° 3, 2002). As mais importantes críticas foram expressas por

representantes de organizações indigenista e indígena. Considerou que a terceirização dos serviços na implementação, “retira dos DSEIs e dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena a autonomia administrativa e financeira. Consolida na Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena a terceirização, desvinculando da União a sua responsabilidade constitucional. A execução da saúde indígena é de responsabilidade da União/MS. E que essa política de terceirização está ocorrendo também em outros setores, refletindo a política neoliberal do governo Fernando Henrique Cardoso” (Entrevista n.º 9, 2002). O representante indígena entrevistado foi contundente no seu repúdio: “Sinceramente péssimo, horrível, não deveria ter terceirização, a Funasa/DSEI Cuiabá deveriam assumir a saúde do índio segundo as leis e diretrizes da política nacional, a questão do índio é federal, não aceitamos as Ongs” (Entrevista n.º 4, 2003).

Quanto às vantagens do gerenciamento das ações de saúde por Ongs, a maioria dos atores-chave salientou a agilidade na operacionalização das ações de saúde e a facilidade nos processos de aquisição e contratação de serviços, bem como na presteza na substituição de profissionais de saúde caso estes não se identifiquem com o trabalho em comunidades indígenas. Na opinião dos entrevistados as Ongs possuem maior mobilidade para desenvolver as ações de saúde por não ter uma estrutura rígida e burocrática da administração pública.

Quanto às desvantagens citaram o fato de as Ongs estarem assumindo a responsabilidade que é do Ministério da Saúde e o despreparo de algumas organizações para assumir o trabalho de saúde indígena de forma específica e diferenciada. Por outro lado, segundo um dos entrevistados, “os representantes das Ongs conveniadas criticam amarras, falta de autonomia e dependência da burocracia do Estado, pois os recursos financeiros são negociados e repassados por instituições estatais” (Entrevista n.º 8, 2002).

Dentre os entraves à implementação da política relacionados ao gerenciamento por Ongs, os entrevistados pontuaram ainda : a existência de uma certa dificuldade na troca de informação entre as instituições conveniadas; o fato de a terceirização representar um sistema paralelo desrespeitando diretrizes do SUS; a confusão que se instala na clientela indígena no entendimento de quem de fato é o responsável pela atenção à saúde indígena; as Ongs se apresentando como as responsáveis pela atenção competindo com a Funasa, o que é demonstrado pela necessidade das Ongs em querer divulgar sua “logomarca”; e o fato do MS/Funasa e dos Conselhos Indígenas de Saúde não realizarem supervisões sistemáticas e eficientes, ficando na dependência das conveniadas, aumentando consideravelmente a vulnerabilidade dos Conselhos Locais e Distritais na tomada de decisões, e na formulação do plano distrital de saúde.

Para o representante indígena não existe nenhuma vantagem em estabelecer parcerias com Ongs para implementar a política de saúde indígena, que esta forma que só existe “desvantagens para a saúde do índio. A saúde do índio parou no tempo e no espaço. (...). As Ongs vão acabar com os índios se ninguém tomar providências” (Entrevista n.º 11 2002).

Em síntese, a posição dos atores-chave entrevistados não foi unânime. Parte dos atores-chave entrevistados, em especial institucionais no nível federal, reconhece que a execução das ações de saúde para as populações indígenas brasileira por meio de Ongs foi uma decisão federal para responder a um problema do Estado em ter que dar resposta ágil às demandas de saúde para uma população de uma diversidade política, social, e cultural de magnitude, apesar de serem minoria no país. Argumentaram que o Estado por ser estruturalmente muito burocratizado e lento nas suas decisões não consegue responder a estas demandas de forma ágil e eficiente. Nesse sentido, apontam como principal vantagem a mobilidade e agilidade das Ongs em contratar pessoal para atuar em área indígena e em adquirir insumos para operacionalizar as ações de saúde nas aldeias. Um número menor de atores (em especial os mais vinculados à causa indígena) criticou a criação de um subsistema paralelo ao SUS e a terceirização de uma política pública, considerando que por decisão constitucional a operacionalização da política nacional de saúde indígena é dever do Estado. Como desvantagens citaram: possível desresponsabilização governamental o desconhecimento de algumas Ongs sobre a população indígena, dificuldades no fluxo de informações entre conveniadas, vigilância insuficiente sobre a atuação das Ongs por parte da Funasa; perda de transparência para os indígenas quanto ao órgão responsável pela garantia de sua atenção à saúde.

3. OPINIÃO DOS CONSELHEIROS DISTRITAIS DE SAÚDE INDÍGENA DO CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE DE CUIABÁ (CONDISI CUIABÁ)

Por meio da análise de atas do CONDISI Cuiabá foi possível conhecer a opinião dos conselheiros quanto à problemática da execução das ações de saúde no DSEI Cuiabá por meio de Ongs². Nas atas referentes às primeiras reuniões do CONDISI, precisamente no ano de 2000, essa questão não havia sido discutida, pois os assuntos tratados eram predominantemente referentes às dificuldades de implantação do novo modelo de atenção. Somente a partir do ano de 2001, o tema foi tratado. Percebe-se por meio da fala de alguns conselheiros a insatisfação com a execução das ações de saúde por umas das Ongs

² Foram analisadas 14 atas de reuniões (ordinárias e extraordinárias) do período de junho de 2000 a setembro de 2002.

prestadoras de serviço de saúde no DSEI Cuiabá. Durante uma reunião no Pólo Base de Rondonópolis, com lideranças indígenas, representantes da Funasa e da Ong conveniada (Instituto Trópicos), foi registrada em ata a fala de um conselheiro indígena do CONDISI Cuiabá, dizendo que as ações de saúde deveriam ser assumidas diretamente pela Funasa:

“Para as lideranças a saúde do índio deveria ficar com a Funasa sem intervenção das Ongs” (ata CONDISI Cuiabá, 14/01/2001).

Em 2002, registrou-se em ata o debate entre conselheiros indígenas e não-indígenas acerca da execução das ações de saúde por meio de Ong, focalizando, porém dessa vez, se as ações de saúde deveriam ser assumidas por meio de Ong indígena ou não-indígena. O debate não foi conclusivo nem consensual. Alguns conselheiros se manifestaram a favor de que as ações de saúde deveriam continuar sob a gerência de Ong não-indígena uma vez que os índios não teriam condições de assumir tal responsabilidade. Um dos conselheiros indígenas salientou que as ações de saúde deveriam ser assumidas diretamente pela Funasa, outros conselheiros argumentaram ser momento de os índios se organizarem para assumir as ações de saúde, inclusive uma das etnias afirmou estar se preparando para assumir a gerência das ações de saúde para o seu povo.

Na primeira reunião do CONDISI Cuiabá em 2003, os conselheiros indígenas Paresi trouxeram para a plenária a decisão de que o Instituto Trópicos não mais cuidaria da saúde do Povo Paresi. Nas suas palavras:

“O povo Paresi já vem sofrendo na mão da Trópicos por mais de três anos, por isso tomou a decisão de melhorar a qualidade da saúde desta comunidade e pede ajuda de todos brancos e índios”(ata CONDISI Cuiabá, 27/01/2003).

Ainda nessa reunião foi dado o referendo ao povo Paresi para elaborar a sua proposta para assumir o gerenciamento das ações de saúde para seu povo. Ocorreu também uma discussão sobre a execução dos serviços de saúde pelas Ongs conveniadas e um dos conselheiros indígenas elogiou o trabalho que a Opan vem realizando para os povos Irantxe, Myky e Enawenê-Nawê.

Verifica-se, portanto, que entre os Conselheiros de Saúde Indígena do CONDISI Cuiabá, não existe uma opinião forte contra a execução das ações de saúde por Ongs, o que existe é um grande desejo de que essas ações sejam executadas por Ongs indígenas, em que os próprios índios possam gerenciar essas ações.

Durante a realização do trabalho de campo, foi possível verificar mais de perto a opinião de alguns Conselheiros do CONDISI Cuiabá e de alguns Conselheiros Locais das aldeias visitadas e algumas vizinhas, constando o desejo das lideranças e da comunidade para que a execução das ações de saúde seja realizada pelos próprios índios. Inclusive, foi percebida a movimentação de alguns povos (Paresi e Bakairi), no sentido de organizarem-se para realizar esta aspiração, que é sentida pelos índios conselheiros de saúde distrital ou local e pelas lideranças como um grande desafio, na busca da autonomia desses povos.

4. A FUNASA E AS INSTITUIÇÕES PARCEIRAS NO ESTABELECIMENTO DE CONVÊNIOS PARA EXECUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

Para melhor compreensão das parcerias estabelecidas pela Funasa no que concerne à execução da política de saúde indígena, o Quadro 37 mostra a diversidade da natureza das instituições com as quais os DSEIs estabeleceram convênios para a prestação de serviços no país. O Desai/Funasa estabeleceu convênios com SMS, SES, organizações não-governamentais indígenas, organizações não-governamentais indigenistas, organizações religiosas católicas e adventistas, universidades, exército, além de organizações não-governamentais especialmente criadas para este fim.

QUADRO 37. Instituições parceiras conveniadas, Brasil, abril de 2000

Nº	DSEI	Instituição Parceira	Outra
1	Alagoas e Sergipe	SMSs	
2	Amapá e Norte do Pará	SES	ONG
3	Altamira	SMS	
4	Alto Rio Juruá	ONG	
5	Alto Rio Purús	ONG	
6	Alto Rio Negro	ONGs	SMS, ONG e Exército Brasileiro
7	Alto Rio Solimões	ONG	SMS e SES
8	Araguaia	ONGs	
9	Bahia	SMSs	
10	Ceará	SMSs	SES
11	Minas Gerais e Espírito Santo	SMSs	
12	Interior Sul	SMSs	ONG
13	Vale do Javari	ONG	SMS e SES
14	Kaiapó-PA	SMS	
15	Kaiapó-MT	SMS	
16	Leste de Roraima	ONG	
17	Litoral Sul	ONG	
18	Manáus	ONG	
19	Guamá - Tocantins	SMSs	
20	Maranhão	SMSs	
21	Mato Grosso do Sul	SMSs	SES e ONG
22	Médio Rio Purús	ONG	SMS e SES
23	Parintins	ONG	SMS
24	Pernambuco	SMSs	SES
25	Porto Velho	ONG	
26	Potiguara	SMSs	SES
27	Cuiabá	ONGs	
28	Rio Tapajós	SMS	
29	Médio Rio Solimões e Afluentes	ONG	
30	Tocantins	SMSs	SES e Fundação*
31	Vilhena	ONG	
32	Xavante	ONG	
33	Parque Indígena do Xingu	UNIVERSIDADE	
34	Yanomami	ONGs	

Elaboração própria

Fonte: Fundação Nacional de Saúde (FUNASA): Abril, 2000



DSEI - Estudo de Caso

* Fundação de Assistência no Sudeste Amazônico

Observa-se (Tabela 11), que em 2000, para 12 DSEIs os convênios haviam sido estabelecidos apenas com Ongs, nove com SMS, e com outros 12, com diversas instituições parceiras de naturezas distintas. O DSEI do Parque Indígena do Xingu, por sua vez estabeleceu convênio apenas com a universidade (Unifesp/Escola Paulista de Medicina).

TABELA 11 Distritos Sanitários Especiais Indígenas por tipo de parceria para a prestação de serviço, Brasil, abril de 2000

Instituição parceira	Nº de DSEI
ONG	12
Diversas instituições parceiras	12
SMS	09
Universidade	01
TOTAL	34

Elaboração própria.

Fonte: Fundação Nacional de Saúde, abril de 2000.

Entre os distritos que fizeram convênios com diversas instituições, estas envolvem em sua maioria parcerias partilhadas por Secretarias Municipais ou Estaduais e Ong. Deste modo, em cerca de dois terços dos DSEIs (20) estão presentes Ongs parceiras, isolada ou conjuntamente com outras instituições (Tabela 12).

TABELA 12. Número de DSEIs que estabeleceram convênios com mais de um tipo de instituição, Brasil, abril de 2000

Instituições parceiras	Nº de DSEI
SES e SMS	03
SES e ONG	01
SMS e ONG	02
SMS, SES e ONG	04
SMS, SES e Fundação de Assistência da Amazônia	01
ONG, SMS e Exército Brasileiro	01
TOTAL	12

Elaboração própria

Fonte: Fundação Nacional de Saúde, abril de 2000.

Na Tabela 13, observa-se que foram estabelecidas parcerias com organizações governamentais de diversos tipos. Do total de organizações não governamentais conveniadas com os DSEIs: 48,4% são associações indígenas; 32,3% indigenista e gerais; e 19,3% de natureza religiosa.

Organizações não governamentais indígenas são associações de representantes dos povos indígenas organizadas em torno a reivindicações comunitárias de luta pela demarcação de territórios e de direitos civis e sociais. As organizações indigenistas, por sua vez, são associações da sociedade civil, em geral compostas por militantes não-índios, com atuação na ampliação dos direitos dos índios na regularização das terras indígenas e que também tradicionalmente realizam atividades das áreas de educação e saúde dos índios, bem como projeto de desenvolvimento econômico.

TABELA 13. Tipos de organizações não-governamentais conveniadas para prestação de serviços aos DSEIs, Brasil, abril de 2000

ONG	N.º	%
Indígena	15	48,4
Indigenista e gerais	10	32,3
Religiosa-Católica	5	16,1
Religiosa-Adventista	1	3,2
TOTAL	31	100

Elaboração própria.

Fonte: Fundação Nacional de Saúde, abril, 2000.

Entre as organizações não-governamentais indígenas e indigenistas apresentadas na Tabela 13, algumas delas foram especialmente criadas com a finalidade de assumir a prestação de saúde em área indígena.

No decorrer do processo de implementação dos DSEIs em todo o país observaram-se mudanças nas parcerias estabelecidas com tendência ao estabelecimento de convênios com Ongs, em especial com Ongs indígenas. Nos anos de 2001 e 2002 (Tabela 14), em comparação ao ano 2000 (Tabela 13) houve um aumento do número total de organizações não-governamentais conveniadas com a Funasa para prestação de serviço de saúde nos DSEIs no país.

Na próxima tabela observa-se que no ano de 2001, das 43 organizações conveniadas com a Funasa, a maior parte era: Ongs indigenistas e não-indigenistas (37,2%) e as prefeituras municipais (30,2%), ficando as Ongs indígenas em terceiro lugar com 27,9%. No entanto, no ano de 2002 esse quadro sofreu uma grande modificação, quando dos 42 convênios celebrados 42,9% foram com Ongs indígenas e em igual proporção (42,9%), com Ongs indigenistas e não-indigenistas. Por sua vez, os convênios com as prefeituras municipais diminuíram em mais de 50%, correspondendo em 2002 a apenas 11,9% destas parcerias.

TABELA 14. Tipos de organizações conveniadas com a Funasa para prestação de serviços aos DSEIs, Brasil, 2001 e 2002

Organizações Conveniadas com a Funasa	2001		2002	
	N.º	%	N.º	%
ONG Indígena	12	27,9	18	42,9
ONG Indigenista e não indigenista	16	37,2	18	42,9
Prefeitura Municipal	13	30,2	5	11,9
Outros	2	4,7	1	2,3
TOTAL	43	100	42	100

Elaboração própria.

Fonte: Funasa/DESAI/CGPAS, 2003.

Esses dados indicam um aumento da participação de organizações dos próprios usuários do Subsistema de Saúde Indígena na gerência e execução das ações de saúde nos 34 DSEIs do país.

CAPÍTULO VI – AVALIAÇÃO DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DE CUIABÁ POR ATORES-CHAVE E USUÁRIOS

1. FATORES FACILITADORES E LIMITANTES DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO SEGUNDO ATORES-CHAVE

Um importante objetivo dos estudos de implementação, segundo Perez (1999), é a identificação e análise dos fatores facilitadores e limitantes do processo de execução de determinada política. Nesta seção, a partir da análise das entrevistas realizadas são apresentados fatores facilitadores e limitantes da implementação do DSEI Cuiabá segundo a percepção de atores-chave envolvidos no processo.

1.1 Fatores facilitadores

Os atores-chave entrevistados apontaram como fatores facilitadores da implementação do DSEI Cuiabá alguns atributos da própria política como o fato do DSEI Cuiabá fazer parte de uma política de saúde indígena instituída, que possui um modelo de assistência preconizado nacionalmente, mas que respeita as realidades locais, as diversidades culturais dos povos indígenas e a medicina tradicional. Sinalizaram também como fator positivo e facilitador, os mecanismos instituídos de controle social com a participação dos índios nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Distrital de Saúde Indígena de Cuiabá (CONDISI Cuiabá).

Apontam ainda como fatores positivos e facilitadores: a ampliação ao acesso; o fato do modelo de atenção à saúde iniciar-se na aldeia de forma hierarquizada; a majoração do montante de recursos financeiros destinados à implementação do DSEI Cuiabá e a transparência da Funasa no repasse dos recursos para as instituições conveniadas; a autonomia das conveniadas na gestão dos recursos repassados pela Funasa; o apoio da Funasa/Coordenação Regional de Mato Grosso; o empenho das pessoas para a implementação da Política de Saúde Indígena; e o fato de proporcionar a articulação intra e intersetorial.

Abaixo, são listadas as opiniões dos atores-chave entrevistados avaliando o DSEI Cuiabá quanto aos seus aspectos positivos e fatores facilitadores do processo de implementação:

“Um esquema de assistência à saúde para as populações indígenas em todo país” (Entrevista nº 1, 2002).

“O processo de participação dos índios, mesmo que ainda incipiente e que não se observe um ganho real qualitativo, quantitativamente é extraordinário, uma vez que os índios estão decidindo sobre os recursos e outras questões nos conselhos e na elaboração dos planos distritais de saúde” (Entrevista nº 1, 2002).

“A forma de operação limitada no âmbito do Ministério da Saúde e da Funasa que por uma decisão política resolveu implantar e operar a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena sem a contratação de servidores pelo Governo Federal, o que exigiu novas estratégias, como estabelecer parcerias com Ongs e municípios. A evolução levou a Funasa a ter parcerias fortes com Ongs, o que era bom no momento, devido as Ongs não estarem amarradas à camisa de força da legislação administrativa, o que proporcionava que elas atuassem com mais facilidade, agilidade e às vezes até com um desempenho melhor do que o da administração pública em si” (Entrevista nº 1, 2002).

“Transparência na atuação da Funasa/Desai com relação aos recursos para as comunidades indígenas” (Entrevista nº 1, 2002).

“O avanço no valor do financiamento, uma vez que a Funasa e a Funai no ano de 1998, somaram um montante inferior ao de 20 milhões de reais e a Funasa fechou o ano de 2002 com um montante de 200 milhões de reais” (Entrevista nº 1, 2002).

“A percepção dos indígenas de que o distrito é bom para eles e que eles têm que cuidar do dinheiro destinado à atenção à sua saúde. A discussão com os indígenas no Conselho Distrital de Saúde é um fator facilitador para se tomar decisões” (Entrevista nº 3, 2002).

“O apoio político e técnico que a Coordenação de MT vem dando ao DSEI Cuiabá, sentando com as Ongs conveniadas e com o conselho” (Entrevista nº 3, 2002).

“A decisão política, a definição de uma política nacional de atenção à saúde indígena (...) os recursos financeiros disponibilizados (...)” (Entrevista nº 4, 2002).

“O fato de o atendimento à saúde do índio ter ido para próximo de si” (Entrevista nº 5, 2002).

“A autonomia que as conveniadas tiveram para estruturar e organizar a assistência à saúde nas aldeias” (Entrevista nº 6, 2002).

“Ampliação da cobertura e do acesso à saúde para as populações indígenas do DSEI Cuiabá” (Entrevista nº 2, 2002).

“O empenho das pessoas envolvidas que estiveram e estão no processo de implementação dos DSEIs” (Entrevista nº 7, 2002).

“O respeito à diversidade cultural, evitando a formação de distritos sem o caráter ou qualidade de um grupo étnico, no que se refere a sua distinção e sua identidade sociocultural. O respeito à autonomia e gestão das comunidades indígenas” (Entrevista nº 8, 2002).

“Uma ampla articulação em nível intra e intersetorial, cabendo ao órgão executor dessa política a responsabilidade pela promoção e facilitação deste processo. Diálogo, discussões, articulação política no sentido de viabilizar a implantação e os propósitos para a concretização da atenção à saúde” (Entrevista nº 11, 2002).

1.2 Fatores limitantes

Avaliando o DSEI Cuiabá os atores-chave apontaram alguns fatores limitantes do seu processo de implementação, que foram classificados e listados como de: natureza política, gerencial, cultural, geográfica ou relacionados à gestão de pessoas, organização dos serviços de saúde e financiamento. Esta tipologia busca sistematizar os fatores limitantes apontados, contudo, as categorias não são excludentes. Assim, em sua maioria, poderiam ser classificados como gerenciais ou políticos, além disso, por vezes um fator citado pode ser classificado em mais de um âmbito. Optou-se por agrupar as falas apenas na classe com maior relação.

No geral, os entrevistados apontaram como fatores limitantes da implementação do DSEI Cuiabá, a decisão do Ministério da Saúde/Funasa de contratar Ongs para executar as ações de saúde por meio de convênios que têm um caráter de terminalidade por período de exercício; divergências políticas sobre a responsabilização das ações de saúde em área indígena; a participação incipiente dos índios no processo decisório de implementação do DSEI Cuiabá; a dificuldade existente entre as instituições conveniadas com a Funasa em manter uma parceria efetiva; a desarticulação entre a rede SUS e o DSEI Cuiabá; a falta de clareza da linha de comando no DSEI; a dificuldade da Coordenação Regional de Mato Grosso em acompanhar os convênios, uma vez que são celebrados diretamente pelo Departamento de Saúde Indígena da Funasa em Brasília; o desconhecimento de servidores da Funasa quanto ao seu papel no Subsistema de Saúde Indígena; ausência de articulação do DSEI Cuiabá com o sistema de referência municipal e regional; demora no repasse de recursos financeiros do DESAI para as Ongs conveniadas; insuficiência da política de incentivo financeiro para hospitais conveniados na rede SUS; carência de profissionais de saúde para compor as equipes multidisciplinares do DSEI Cuiabá, de forma quantitativa e qualitativa (principalmente com experiência em trabalho com as comunidades indígenas); conflitos constantes entre índios e os profissionais de saúde; e a grande extensão territorial entre as terras e aldeias indígenas.

Fatores políticos

“Divergências políticas sobre a mudança de responsabilidade da atenção à saúde indígena e as manifestações contrárias à nova política de governo por organizações indígenas e não indígenas” (Entrevista n^o 1, 2002).

“Falta do indigenismo na Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena” (Entrevista n^o 5, 2002).

“O modelo de controle social proposto pela Política Nacional de Atenção à saúde Indígena seria muito da sociedade envolvente, “coisa de branco”, não fomentando um processo de avaliação que atenda a realidade dos índios” (Entrevista n.º 6, 2002).

“Dificuldade em se conseguir garantir a real representatividade dos índios, devido ao desconhecimento de algumas instituições parceiras, que estão envolvidas com a questão da saúde no DSEI Cuiabá e dos profissionais de saúde contratados pelas conveniadas, o que dificulta promover formas que favoreçam a verdadeira representatividade das comunidades indígenas” (Entrevista n.º 5, 2002).

“A dificuldade existente entre as instituições envolvidas com a causa indígena em manter uma relação de parceria” (Entrevista n.º 5, 2002).

“Desconfiança da administração pública, quanto à celebração de convênios entre Funasa e as Ongs, para os repasses de recursos financeiros a fim de que as mesmas executem as ações de saúde indígena” (Entrevista n.º 6, 2002).

“Abordagem simplista da Funai sobre a proposta de parceria entre governo e terceiro setor para os fins dos DSEIs, reduzindo a questão à gramática da terceirização” (Entrevista n.º 6, 2002).

“O fato de a decisão da Funasa em assumir a saúde indígena não ter ganhado capilaridade alguma entre suas instâncias decisórias e operacionais, evidenciando-se baixa percepção das novas demandas e das especificidades da temática nas suas bases” (Entrevista n.º 6, 2002).

Não participação de maneira efetiva das comunidades indígenas (Entrevistas n.º 5 e 6, 2002).

“A visão distorcida dos municípios sobre o atendimento à saúde dos índios, achando que a responsabilidade mesmo dos índios que fazem parte da população do seu território, seria somente da Funasa ou das conveniadas que estavam recebendo muito dinheiro para prestar assistência à saúde da população indígena” (Entrevista n.º 6, 2002).

“O SUS desconhece o processo dos DSEIs, que na prática avançou mais que o próprio SUS, porém isso dificulta a relação de ambos, no momento da operacionalização dos DSEIs” (Entrevista n.º 7, 2002).

“Algumas leis, diretrizes, pessoas que não são simpatizantes com a causa dos povos indígenas (Entrevista n.º 11, 2002).

“A Funai e alguns profissionais, Ongs dificultando o processo, porque todos querem assumir a causa da saúde indígena” (Entrevista n.º 11, 2002).

Fatores gerenciais

“Limitações ligadas a atuação de Ongs, principalmente de organizações indígenas com as conveniadas, que às vezes não dão certo e a Funasa vê-se na situação de ter que encerrar o convênio, o que provoca uma descontinuidade na execução das ações de saúde e cria conflitos com a comunidade indígena assistida por determinada Ong. E que para não criar mais problemas tem que ser resolvido imediatamente” (Entrevista n.º 1, 2002).

“A falta de clareza na linha de comando dos distritos; o fato de o distrito não ser unidade orçamentária e executora; a dificuldade que a Coordenação da Funasa/Core-MT, tem em acompanhar os convênios com as Ongs” (Entrevista n° 3, 2002).

“Desarticulação entre os sistemas de informação em saúde oficiais do SUS e as rotinas preconizadas pela saúde indígena, uma vez que não há canais que permitam integrar as informações sobre os índios geradas nos sistemas municipais e aquelas produzidas pela rotina do serviço nas aldeias” (Entrevista n° 6, 2002).

“A não percepção dos servidores da Funasa do papel dela nesse Subsistema, que leva à relutância em aceitar o trabalho com as comunidades indígenas” (Entrevista n° 3, 2002).

“Falta de pessoal qualificado em saúde na Funai, causada pelo esvaziamento no momento de transferência do pessoal da Funai para a Funasa dificultando o envolvimento da Funai no momento da implementação da PNASI” (Entrevista n° 5, 2002).

“O fato de o modelo do planejamento das ações ser baseado em um conceito da medicina ocidental, longe da realidade do índio” (Entrevista n° 5, 2002).

“Desarticulação nas tomadas de decisões entre a Funasa em nível central (Desai) e em nível regional” (Entrevista n° 6, 2002).

“Deficiência no fluxograma institucional dos DSEIs, levando a falta de clareza do papel do chefe do DSEI” (Entrevista n° 6, 2002).

“Demora nas negociações dos recursos e nos seus repasses, como também corte no plano elaborado” (Entrevista n° 8, 2002).

“Insuficiente cooperação da SES/MT, no sentido de continuar cedendo seu pessoal já qualificado para trabalhar em área indígena, para continuar esse trabalho com o DSEI Cuiabá/Pólo Tangará da Serra” (Entrevista n° 8, 2002).

Fatores relacionados à organização dos serviços de saúde

“A falta de estrutura da Funasa para lidar com situações de urgência e emergência, as dificuldades de conseguir vagas na rede do SUS” (Entrevista n° 4, 2002).

“Ausência de instituição articuladora das pontes com os sistemas municipais e regionais de saúde, tarefa que deveria ser levada adiante pelas chefias dos distritos” (Entrevista n° 6, 2002).

“A insuficiente compreensão dos índios sobre o novo modelo assistencial proposto, o que fomentou um choque grande com algumas práticas anteriormente já estabelecidas e que priorizava a rede privada de atendimento, criando nas comunidades uma rejeição ao atendimento pelo SUS” (Entrevista n° 6, 2002).

“Dificuldade quanto ao acesso à rede de saúde do SUS nos municípios, seja pela falta de estrutura, ou pela própria rejeição dos municípios em atender os índios, fato esse fomentado pelo desconhecimento total dos municípios da PNASI” (Entrevista n° 6, 2002).

A falta de estrutura das Casas de Saúde do Índio (CASAIs) para receber os doentes referenciados da aldeia (Entrevistas n° 6 e 7, 2002).

“A retirada dos índios da aldeia, pois os lugares, ou seja, as CASAIs responsáveis pela recepção, nem sempre têm a competência e a capacidade de dar conta dos problemas e a contra-referência fica prejudicada” (Entrevista n.º 7, 2002).

“Dificuldade de encontrar pessoas qualificadas para assumir determinados cargos no DSEI” (Entrevista n.º 7, 2002).

Fatores relacionados ao financiamento

Demora no repasse de recursos financeiros da Funasa para a conveniada (Entrevistas n.º 6 e 8, 2002).

“Insuficiência da política dos incentivos financeiros aos hospitais conveniados e ao SUS para garantir porta aberta desses serviços para as comunidades indígenas no DSEI Cuiabá” (Entrevista n.º 6, 2002).

“Os recursos planejados não são atendidos a contento pelo órgão gestor, sofrendo corte sem a participação e consentimento do CONDISI” (Entrevista n.º 6, 2002).

Fatores relacionados à gestão de pessoas

“A falta de massa crítica com capacidade técnica de organização de serviço de saúde de vigilância de saúde e capacitação de recursos humanos. Pois, existe deficiência técnica muito grande do ponto de vista de pessoas que tenham uma experiência técnica de trabalho com população indígena e que tenham uma certa experiência acumulada para tocar este processo. Existem também, profissionais com capacidade técnica, mas que não têm a capacidade crítica e o conhecimento sobre os índios. A grande maioria dos profissionais de saúde (80% ou 90% dos profissionais de saúde) que trabalham hoje no atendimento aos índios começou a trabalhar sem nunca ter visto, sem nunca ter conversado com um índio, então isso é uma coisa crítica. Falta também a capacidade técnica gerencial, mesmo a Funasa e instituições parceiras não conseguem captar pessoas com uma grande experiência acumulada. As pessoas que estão trabalhando em área indígena são pessoas relativamente jovens, que têm todo um entusiasmo, toda boa vontade, mas não têm a qualificação necessária para atender a uma população tão específica” (Entrevista n.º 1, 2002).

Insuficiência de equipes para cobrir a extensão da área territorial do DSEI Cuiabá, dificultando a cobertura nas aldeias (Entrevistas n.º 1, 6 e 7, 2002).

A instabilidade do pessoal contratado, causada pelo modelo de gestão das parcerias por meio de convênios anuais, dotados de uma instabilidade latente, que dificulta o engajamento pleno (Entrevistas n.º 1 e 6, 2002).

A falta de profissionais qualificados para trabalhar na atenção primária e principalmente com populações indígenas (Entrevistas n.º 1, 3, 5, 6, 7 e 8, 2002).

Falta de profissionais da saúde e principalmente a dificuldade de contratá-los para trabalhar nas aldeias (principalmente o profissional médico) (Entrevistas n.º 1, 6 e 7, 2002).

“Desqualificação dos profissionais de saúde que hoje atuam no DSEI, que por sua vez, não tem a objetivação para a saúde indígena” (Entrevista n.º 8, 2002).

Fatores culturais

Os constantes conflitos existentes nas comunidades indígenas do DSEI Cuiabá, entre os índios e os profissionais de saúde (Entrevistas nº 5 e 6, 2002).

Fatores geográficos

“A grande extensão territorial entre as terras indígenas e mesmo entre as aldeias de uma mesma terra indígena, que dificulta realizar uma boa cobertura e possibilitar o acesso às ações de saúde nas aldeias e nos municípios de referência, fazendo com que algumas etnias com aldeias mais próximas às cidades consigam ter mais acesso aos serviços de saúde, do que aquelas que ficam mais distantes” (Entrevista nº 6, 2002).

2. PERCEPÇÃO DO IMPACTO SEGUNDO ATORES-CHAVE

A avaliação do impacto de determinada política permite examinar sua efetividade, ou seja, no caso da saúde o alcance de resultados na melhoria de saúde da população do grupo alvo. Starfield (2002:516-517), afirma quanto à avaliação do impacto da Atenção Primária que pode-se utilizar alguns indicadores para avaliar tendências no estado de saúde e relacionar à mudanças nestas medidas ou tendências no decorrer do tempo, com mudanças específicas na organização ou prestação dos sistemas de saúde. Estes indicadores se *“aplicados em períodos sucessivos de tempo, fornecem uma forma de avaliar a extensão na qual os serviços de saúde estão atendendo às necessidades selecionadas importantes da população”*.

Foje ao escopo do presente estudo uma avaliação de impacto. Contudo, como forma de aproximação uma lista com uma série de assertivas relativas a indicadores de produtos e de resultados de saúde referentes a possíveis impactos da implementação do DSEI foi apresentada aos entrevistados para saber a percepção dos atores-chave quanto aos possíveis resultados da implementação do DSEI.

A lista sobre possíveis impactos da implantação do DSEI Cuiabá foi apresentada a nove dos entrevistados, para que indicassem, na sua opinião, a intensidade do impacto classificado em: sem impacto, baixo impacto, médio impacto, alto impacto e não sabe (quadro 38). Porém, apenas três dos entrevistados responderam às questões. Os outros, em parte, alegaram estar afastados da implementação do DSEI Cuiabá e alguns consideraram impossível avaliar por não ter acesso às informações necessárias para poder responder às questões. É importante relatar que os atores-chave que não responderam a estas questões e que não estão diretamente envolvidos com a execução das ações de saúde no DSEI Cuiabá, queixaram-se da dificuldade de opinar sobre o impacto das ações do DSEI Cuiabá nas

áreas indígenas, devido à dificuldade de acompanhamento das ações desenvolvidas, uma vez que não há repasse dos dados de saúde por parte da Funasa e das Ongs conveniadas para as instituições e para os conselheiros. A ausência de informação dos atores envolvidos é obstáculo para efetivo controle social, o que mostra a necessidade de divulgação de tais informações regularmente para que o Conselho Distrital de Saúde Indígena e as entidades envolvidas tenham condições de avaliar o trabalho desenvolvido e contribuir com o processo de reformulação da Política de Saúde Indígena.

Embora o número de respondentes tenha sido pequeno, optou-se por apresentar a percepção do impacto dos três respondentes por tratar-se daqueles mais diretamente envolvidos com a execução das ações de saúde no Distrito, agregando informações qualitativas adicionais. Logo após o Quadro 38, estão agrupadas por pergunta as respostas dos atores-chave que responderam às questões sobre a avaliação do impacto do DSEI de alguns indicadores de produção de serviços de saúde e do estado de saúde da população.

QUADRO 38. Percepção dos atores-chave quanto ao impacto do DSEI

Indicadores	Sem Impacto	Baixo Impacto	Médio Impacto	Alto Impacto	Não Sabe
Ampliação do acesso da população indígena à atenção à saúde		*	*	**	
Melhoria da qualidade da atenção prestada			**	*	
Redução da mortalidade infantil		***			
Aumento da cobertura vacinal			**		*
Redução da mortalidade materna			*	*	*
Aumento do número de consultas médicas por habitante				***	
Aumento do número de consulta de enfermagem por habitante			*	**	
Aumento do número de atendimento odontológico por habitante	*			**	
Aumento do número de atendimentos por pessoal de nível médio			*	*	*
Aumento da cobertura de pré-natal			**		*
Aumento do número de pacientes referenciados e efetivamente atendidos		*	*		*
Redução do número de internações hospitalares		**	*		

Elaboração própria.

Questões respondidas pelos atores chaves

1. *Ampliação do acesso às populações indígenas à atenção a saúde:* Houve variação nas respostas dos atores-chave classificando o impacto médio e alto. Um deles justificou sua resposta dizendo que “o DSEI começou suas ações de forma lenta, mas que hoje é possível observar a ampliação de acesso, se esse acesso está

ordenado ou não é outra coisa". Outro ator-chave justificou sua resposta dizendo que *"houve ampliação evidente do acesso ao serviço de saúde; isso não dá para questionar. No início do distrito era bastante complicado. Só que a ampliação do acesso depende de um cotidiano de serviços mais bem estruturado, depende da continuidade de profissionais em campo, profissionais com boa formação. Depende ainda dos vários níveis de atenção, depende da qualidade do SUS como sistema de saúde. O nosso distrito é uma parte do SUS, permeado pelas deficiências que o SUS ainda apresenta, especificamente aqui em Mato Grosso"*.

2. *Melhoria da qualidade da atenção prestada*: As opiniões dos atores-chave foram positivas apontando médio impacto. Um deles se reportou à ampliação do acesso na atenção primária dizendo que ela tinha tido um alto impacto em termos quantitativos, mas em termos da melhoria da qualidade da atenção prestada o impacto tinha variado entre baixo a médio.
3. *Redução da mortalidade infantil*: Os atores-chave classificaram de baixo impacto a redução da mortalidade infantil. Um dos atores-chave explicou que a mortalidade infantil, em termos epidemiológicos, é um dos principais problemas de saúde do DSEI Cuiabá no momento. *"Em geral o impacto é baixo, aí entra a diversidade também. Na área onde a gente atua existem vários povos. Há uma diversidade muito grande, há povos que nós já começamos atuar com uma mortalidade infantil baixa; estes mantiveram esse patamar. Os Bakairi são exemplo disso, no primeiro ano de trabalho nosso, a mortalidade infantil foi alta, reduziu bastante, pelo menos em 2001. Houve uma redução importante entre os Bororo também, uma certa estabilidade referente aos Bakairi. Parece que entre os Nambikwara houve um incremento de uma hora pro outra, agora eu não sei como era antes para poder comparar essas variações. Por que nos Bakairi e nos Bororo não houve variações, manteve-se um padrão de mortalidade baixo, baixo se comparados com os níveis nacionais de mortalidade infantil,(...). Mesmo assim, houve uma redução, importante mesmo entre quatro óbitos infantis para nenhum em 2001. Isso é impacto do trabalho? Pode ser e pode não ser, é difícil nesse intervalo de tempo, dois anos é pouco tempo para falar sobre isso, sobre impacto nos indicadores. Se eu considerar a consistência dos indicadores mesmo, porque a população é pequena e são intervalos de tempo pequeno de trabalho, sem falar que são vários os fatores que interferem sobre a mortalidade infantil. Mas nos Paresi a*

mortalidade de 2001 foi duas vezes maior que a mortalidade de 2000 e não dá para saber se está piorando mesmo ou se isso é um fenômeno aleatório. O que mais me preocupa, são os Paresi e os Nambikwara. Foram dois óbitos infantis em 2000, quatro óbitos em 2001, só que dois desses óbitos infantis era má formação congênita, e por mais que houvesse melhora na qualidade de vida dessas crianças elas estavam muito mais suscetíveis ao risco de adoecer e morrer no primeiro ano de vida, mas querendo ou não houve um aumento”.

4. *Aumento da cobertura vacinal:* Dois atores-chave responderam que teve apenas um médio impacto. Inclusive um dos atores-chave referiu que observando esses anos de atuação das Ongs, não entendia porque elas não intensificavam como ação rotineira a imunização nas aldeias do DSEI Cuiabá.
5. *A redução da mortalidade materna:* Os atores-chave classificaram o impacto sobre a redução da mortalidade materna entre média e alta. Para um dos entrevistados considerando os anos de 2000 e 2001, houve uma redução alta. Informou terem acontecido quatro óbitos no ano de 2000 e nenhum óbito em 2001.
6. *Aumento do número de consultas médicas por habitante:* os respondentes referiram que houve um alto impacto.
7. *Aumento do número de consultas de enfermagem por habitante:* os entrevistados classificaram o impacto como alto e médio. Um dos atores-chave que classificou como médio impacto justificou sua resposta dizendo que: *“ainda está falho o desempenho do enfermeiro, porque esse profissional não está sendo aproveitado como se deveria. Não está sendo explorado seu potencial como uma pessoa que possa executar as consultas, como um profissional digno. Eu acho que quando a Ong aprender a ter uma visão menos médica e mais administrativa e conhecer legalmente as habilidades e competências do enfermeiro, ela vai perceber que o enfermeiro pode fazer muito mais coisa do que está fazendo e aí será mais bem aproveitado, e aí vamos ter um alto impacto”.*
8. *Aumento do número de atendimento odontológico por habitante:* As opiniões se dividiram. Dois dos atores-chave responderam que houve um alto impacto no aumento do número de atendimento odontológico. Um dos atores-chave respondeu que não houve impacto, mas também não justificou sua resposta.

9. *Aumento da cobertura de pré-natal*: Dois atores-chave responderam que o impacto foi médio, sendo que um destes respondeu que impacto foi de baixo a médio. E explicou o seguinte: *“é na cobertura de pré-natal que começa o problema. O pré-natal é na minha avaliação uma atividade que tem que ser priorizada. Nós começamos com a cobertura baixa e terminamos na mesma situação. O ano 2000 foi um ano de cobertura baixa (...). A média do distrito para a concentração de consultas por gestante em 2000 foi de três. As consultas por gestante em 2001 caíram para duas. Então houve uma queda na cobertura. Se eu comparar internamente as áreas, entre as três equipes, exatamente na equipe de Tangará a cobertura é menor, devido a todo esse problema dos grandes intervalos das visitas; o número de profissionais é insuficiente para as características daquela área”*.
10. *Aumento do número de pacientes referenciados e efetivamente atendidos: médio impacto*. A classificação dos atores-chave variou entre baixo e médio impacto. Um dos entrevistados classificou o impacto como baixo, porque no momento em que foi iniciado o trabalho, ocorreu aumento da demanda por serviços de referência, fomentada pela introdução das ações na área indígena, mas esta demanda teria sido pouco contemplada e resolvida.
11. *Redução do número de internações hospitalares*: Os atores-chave responderam que houve baixo a médio impacto, *“uma vez que a demanda por internações hospitalares ainda é grande, talvez ocasionada pelos problemas surgidos na aldeia e que não estão sendo resolvidos pelos enfermeiros e pelos médicos, ou seja pela equipe de saúde”*.

3. PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS

Durante o percurso de elaboração da dissertação – seja realizando entrevistas, participando de reuniões sobre questões pertinentes à implementação do DSEI Cuiabá, como no caso de duas reuniões do Conselho Distrital de Saúde Indígena de Cuiabá (uma em 2002 e outra em 2003), e ainda, durante a realização das visitas às aldeias das etnias Paresi, Enawenê-Nawê, Bakairi e Bororo, escolhidas para o trabalho de campo – foi possível por meio de observação participante conhecer a opinião dos usuários sobre a avaliação da implementação do DSEI Cuiabá desde seu momento de implantação (1999) até o ano de 2002.

Em geral foi possível verificar uma acentuada dicotomia quanto à opinião dos usuários, uma vez que as ações de saúde no DSEI Cuiabá são implementadas por duas diferentes Ongs (Opan e Instituto Trópicos), cada uma responsável por certo número de etnias conforme detalhamento no Capítulo III.

Observou-se um grande número de usuários e lideranças indígenas que referiu estar insatisfeito com o serviço de saúde executado pelo DSEI Cuiabá, pois já haviam decorrido três anos desde que a responsabilidade pela atenção à saúde tinha passado da Funai para a Funasa e a situação de precariedade da assistência à saúde nas aldeias continuava. As queixas se referiam desde a deficiência do suprimento de medicamentos e insumos no postos de saúde das aldeias, ausência de profissionais de nível superior (principalmente de médico) nas aldeias, dificuldade de acesso ao sistema de referência seja da rede SUS ou privada, insuficiência das medidas de saneamento básico e até a necessidade de construção de pista de pouso em aldeias de difícil acesso.

As reclamações partiram mais dos índios que viviam em aldeias onde o Instituto Trópicos era responsável pela execução das ações de saúde. Inclusive observou-se que duas das sete etnias sob a responsabilidade do Instituto Trópicos estavam se organizando para assumir a gerência das ações de saúde nas suas terras indígenas, por não mais querer que a referida Ong continuasse responsável pela execução das ações de saúde nas suas terras.

- **A aldeia Kotitiko, etnia Paresi**

Na visita ao Pólo base de Tangará da Serra (Aldeia Kotitiko), foi observada importante insatisfação das lideranças Paresi com a situação de saúde do seu povo e com o desempenho do Instituto Trópicos e que já estavam se organizando para encaminhar por meio dos seus representantes no CONDISI Cuiabá, proposta para assumir as ações de saúde nas suas terras indígenas³.

- **Aldeia Matokodakwa, etnia Enawenê-Nawê**

Quando da minha visita à aldeia dos Enawenê-Nawê participei de uma reunião com representantes dos dez clãs da aldeia podendo se observar satisfação das lideranças com a implementação do DSEI. Perguntado sobre a situação de saúde na aldeia desde que fora

³ Como mencionado no capítulo I, nesta aldeia não foi autorizada a realização de entrevistas com usuários na primeira visita.

implantado o DSEI Cuiabá sob a responsabilidade da Funasa as lideranças informaram ter sido *“importante a implantação do DSEI, pois era muito difícil quando a Opan trabalhava sozinha”*. Estavam *“contentes com o trabalho desenvolvido”* e *“sempre participavam das decisões na saúde através dos Conselhos de Saúde Local e Distrital”*. Mostraram-se satisfeitos com o trabalho que a Funasa estava fazendo naquele momento pesquisando as diarreias, mas que gostariam *“que a equipe da Funasa se relacionasse mais com a comunidade”*.

Acompanhado as visitas domiciliares foi possível observar bom relacionamento entre usuários e equipes de saúde, observou-se confiança dos usuários na equipe de saúde (enfermeiro e auxiliar de enfermagem), boa receptividade quando solicitado apoio e aceitando medicação, indicativos do estabelecimento de vínculos de equipe/famílias.

Os vínculos observados podem ser relacionados com a análise de Weiss (2003:195). A autora considera *“o modelo de intervenção da Opan nesta aldeia como diferenciado com emprego ponderado de recursos da medicina moderna e uma formação ‘indigenista’ dos profissionais da equipe de saúde, reconhecendo-se a complementaridade da medicina tradicional e moderna”*.

- **Aldeia Pakuera, etnia Bakairi**

Durante o trabalho de campo na aldeia Pakuera da etnia Bakairi em fevereiro de 2003, foi realizada uma reunião com a comunidade e visitadas doze famílias que expressaram sua opinião sobre a execução das ações de saúde no DSEI Cuiabá desde sua implantação até o ano de 2002. Essas opiniões foram listadas enquanto aspectos positivos e problemas, conforme mostrado no Quadro 39.

Aspectos positivos

As famílias manifestaram muita satisfação com o sistema de abastecimento de água implantado por meio de perfuração de poço artesiano e colocação de água encanada e construção de banheiros, informando que facilitou a vida da comunidade e teve repercussões positivas sobre a situação de saúde.

Nas palavras dos usuários:

“A água que a Funasa colocou nas casas foi um sonho” (moradora da aldeia).

“A construção do poço artesiano pela Funasa foi um grande ganho para a comunidade, fazendo com que diminuísse a diarreia nas crianças” (liderança indígena).

Outras famílias referiram ausência de melhorias sanitárias em seus domicílios e reivindicaram a construção do módulo sanitário nas suas casas.

Outro aspecto positivo apontado foi a realização rotineira de imunização nas aldeias, apesar de atrasos recentes.

Pontos positivos são: *“a água nas casas e a vacina na aldeia”* na opinião de um dos moradores. Contudo outro entrevistado ressaltou atrasos. *“Trabalho bom era o da vacina que agora anda atrasada”*(liderança indígena).

O trabalho dos auxiliares de enfermagem indígena na aldeia também foi apontado como aspecto positivo da implementação do DSEI.

“A auxiliar de enfermagem atende bem a comunidade” (moradora da aldeia).

Problemas

As famílias visitadas relataram diversos problemas na execução da assistência à saúde na aldeia.

Destacaram baixa frequência das visitas e curto tempo de permanência da equipe (médico, enfermeiro e dentista) na aldeia, bem como à alta rotatividade dos profissionais integrantes da equipe de saúde, o que dificulta o estabelecimento de vínculos entre a equipe e usuários.

Nas palavras dos entrevistados:

“Já passaram pela aldeia 10 médicos...”. “Isso não cria uma relação de confiança entre eles (a equipe) e a comunidade” (conselheiro local de saúde indígena).

“A equipe de saúde vem, fica um dia e vai embora e demora a retornar” (moradora da aldeia).

“Já faz tempo que o médico não vem na aldeia e a comunidade está sem atendimento” (morador da aldeia).

Relataram também a dificuldade para realização da referência, encaminhamento para especialista e para realização de exames, além da falta de retorno dos resultados.

Disseram que quando o atendimento era realizado pela Funai, o técnico de laboratório integrava a equipe volante e realizava alguns exames no posto de saúde da aldeia, informando resultados na visita.

Esta percepção pode ser atribuída pelo depoimento de um dos moradores:

“O médico quando vem na aldeia, consulta o doente e promete que ele vai fazer exame para se tratar, mas isso não acontece e o doente fica decepcionado e triste” (profissional de saúde indígena).

A falta de confiança no trabalho do Instituto Trópicos foi expressa por diversos moradores.

“Sempre o que se promete não se cumpre” (morador da aldeia).

“O médico quando vem na aldeia, consulta o doente e promete que ele vai fazer exame para se tratar, mas isso não acontece e o doente fica decepcionado e triste” (morador da aldeia).

O insuficiente suprimento de medicamentos também foi reiterado:

“No posto de saúde falta remédio, inclusive para dor”. “A Funai era mãe e pai do nosso povo”. “Na farmácia na época da Funai tinha até Gelol e Bangüê” (morador da aldeia).

“A Trópicos cometeu injustiça, mentiu dizendo que ia montar uma farmácia boa na aldeia, no entanto no PS faltou remédio, inclusive para dor” (morador da aldeia).

A necessidade de maior respeito às práticas de cura da medicina tradicional foi também apontada por alguns dos moradores:

“Nosso povo tem uma tradição de ser atendido pelo Pajé, que tem que ser respeitada” (profissional de saúde indígena).

Outras insuficiências quanto à baixa frequência de realização de exames de prevenção do câncer de colo uterino, e a não conclusão do tratamento odontológico devido à descontinuidade das visitas da equipe à aldeia foram também apontadas.

QUADRO 39. Depoimentos de famílias da aldeia Pakuera sobre as ações de saúde no DSEI Cuiabá, etnia Bakairi, 2003

Nº da Casa Visitada	DEPOIMENTOS	
	POSITIVOS	PROBLEMAS
1.	“A água que a FUNASA colocou nas casas foi um sonho”..	Reclamação da troca de médicos e dentistas, “passaram pela aldeia 10 médicos desde que a Trópicos assumiu a saúde”.
2.	“Pontos positivos: a água nas casas e a vacina na aldeia”.	Não consegue ser encaminhada para especialista para consulta. “Falta encaminhamento para fazer exames laboratoriais e quando fazem não informam os resultados”. “Nunca fiz preventivo” (prevenção do câncer de colo uterino).
3.	“Estamos satisfeitos com a assistência à saúde que vem sendo realizada pela Trópicos, mas precisa melhorar mais”. “Outra coisa importante foi a água que a Funasa colocou na aldeia que é de boa qualidade e por ter na casa, não precisa mais pegar no rio”.	Referiu a necessidade de construir módulo sanitário para sua casa e para as demais que estão necessitando. Referiu existir precariedade na distribuição de medicamentos pelo Instituto Trópicos. “A equipe de saúde vem, fica um dia vai embora e demora a retornar”. “Outra coisa importante é a alta rotatividade dos profissionais de saúde, que não cria uma relação de confiança entre eles e a comunidade”.
4.	“Estamos satisfeitos com atendimento”. “A auxiliar de enfermagem atende bem a comunidade”.	
5.		Relataram que a Trópicos fez convênio com o oftalmologista “que fazia consultas de vista”, contudo “já faz quase um ano que não existe mais esse serviço”. Que existem problemas com o sistema de referência. “As consultas são marcadas e depois adiadas e ninguém explica o adiamento”. “Falta remédio no PS para dor e infecção”.
6.	“Estamos satisfeitos com o serviço de saúde”. “A construção de poço artesiano pela Funasa foi um grande ganho para a comunidade, fazendo com que diminuísse a diarreia nas crianças”.	Questionaram a freqüente troca de médico. “O médico quando vem na aldeia, consulta o doente e promete que ele vai fazer exame para se tratar, mas isso não acontece e o doente fica decepcionado e triste”. “Sempre o que se promete não se cumpre”.
7.	“O sistema de água e os módulos sanitários que a Funasa. A colocou na aldeia levaram à melhora de doenças, como as diarreias. Agora o importante é fazer a manutenção do sistema”.	Relatou que não está satisfeito com o trabalho da Trópicos. “A Trópicos cometeu injustiça, mentiu dizendo que ia montar uma farmácia boa na aldeia, no entanto no PS falta remédio, inclusive para dor”. “A Funai era mãe e pai do nosso povo”, que “na farmácia na época da Funai tinha até Gelol e Bangüê”. “Não são feitos exames laboratoriais (sangue, fezes, escarro) na aldeia desde que a Trópicos assumiu”. Reclamou da alta rotatividade que impede a continuidade das ações.

		<p>“Já faz tempo que o médico não vem na aldeia e a comunidade está sem atendimento”.</p> <p>“Nosso povo tem uma tradição de ser atendido pelo Pajé, que tem que ser respeitada”.</p> <p>O dono da casa deseja que a Funasa assuma direto a saúde e não a Trópicos, pois a Funasa não é uma Ong, mas sim é do governo</p>
8.	“Trabalho bom era o da vacina, que agora anda atrasada”.	<p>Referem que o trabalho do Instituto Trópicos no início foi um pouco melhor. Que a equipe de saúde não faz prevenção; “coletaram material do preventivo do câncer de útero e não trouxeram o resultado”.</p> <p>“O dentista vem fazer tratamento, mas só faz curativo, que dura 2 a 5 dias, e depois cai causando dor”.</p>
9.	“Estamos satisfeitos com o trabalho da Trópicos”.	<p>“Falta um trabalho de prevenção do câncer de útero”. “Fiz uma vez, mas nunca trouxeram o resultado”.</p> <p>Falou que na sua casa não tem banheiro, e que sua família não foi beneficiada com o módulo sanitário, mas que já tem água encanada.</p>
10.		<p>Reclamou da falta de remédio no PS principalmente de remédio para dor e da falta de encaminhamento dos pacientes que precisam ser atendidos por especialistas e para fazer exames na cidade. “Tenho pedra na vesícula, mas nunca fui encaminhada para um especialista”.</p>
11.		<p>“Precisa melhorar o atendimento à saúde na aldeia”. “A equipe de saúde precisa vir atender a comunidade na aldeia”. “Falta remédio na farmácia do PS”. “A equipe tem que fazer o tratamento dos doentes e não só consultar e não dar continuidade no tratamento”.</p> <p>“Na época da enfermeira da Funai, ela fazia o exame e depois o tratamento ginecológico. Mas agora se faz a consulta e não se faz o tratamento”. “Eles só mentem para nós”.</p>
12.	“Estamos um pouco satisfeitos com o atendimento à saúde”.	<p>Lamenta não ter médico e dentista fixo.</p> <p>“O trabalho seria melhor se a Funasa assumisse todo o trabalho de saúde na aldeia”.</p> <p>Informaram que tem uma senhora na aldeia com tumor abdominal que até hoje não foi encaminhada para o especialista.</p> <p>Opinou que os gerentes do convênio e da Funasa não consultam a comunidade para tomar decisões de interesse da comunidade.</p>

Elaboração própria

- **Aldeia Merure, etnia Bororo**

Na aldeia Merure visitada em 2003, foi desenvolvida uma metodologia semelhante à realizada na aldeia Pakuera. Foram visitadas cinco casas conversando-se com diversas famílias acerca da avaliação da implementação do DSEI Cuiabá e da avaliação da implementação do DSEI Cuiabá no período de 1999 a 2002. Todas as famílias apontaram

problemas do DSEI Cuiabá, algumas famílias indicaram também pontos positivos e negativos (Quadro 40).

Entre os usuários que apontaram pontos positivos da assistência prestada na aldeia, a realização do atendimento odontológico na aldeia foi aspecto reiterado. Os entrevistados expressaram muita satisfação com o trabalho da dentista. “Lá fora (cidade) quando tem um dente doendo ele arranca. Com a Funasa melhorou. O índio vai lá (PS) diz que quer arrancar dente e o dentista diz que não, que dá para obturar” (morador da aldeia).

A existência de uma equipe de saúde que inclui médico e dentista foi também considerada positiva, contudo a baixa frequência das visitas na aldeia (ocorreram redução nos últimos meses) foi assinalada como problema, reivindicando-se rotineiras visitas no mínimo quinzenais.

A realização de ações de saneamento básico foi outro aspecto positivo referido, contudo as famílias informaram que os primeiros módulos sanitários construídos haviam sido maiores e que não ocorreu participação da comunidade na definição da localização e planta dos módulos. “O que é ruim é que não foi conversado com a comunidade como ela queria os banheiros. O meu, eu exigi que fosse construído perto de casa (...). Então fizeram como eu queria”. “Acho que os banheiros deveriam ser construídos perto das casas, porque quando chove molha tudo” relataram moradores.

Os usuários contatados durante as visitas apontaram principalmente problemas quanto à assistência prestada no DSEI. Um dos problemas salientados foi o compartilhamento da CASAI, por etnias rivais (Bororo e Xavante). O depoimento de uma das famílias expressa bem esta situação:

“O gerente da Ong, o chefe do DSEI Cuiabá e o chefe da CASAI de Cuiabá vieram aqui e disseram que a situação na CASAI de Barra do Garças ia mudar, que ia ter um quarto só pra gente. Mas isso ficou só uma semana, depois Xavante dormiu no nosso quarto”. “Tem vez que a gente come um pão seco. Se encontrar toma chá. Os Xavante comem tudo”.

Foi também reivindicado melhor atendimento na CASAI de Barra do Garças:

“A CASAI de Barra do Garças é muito suja. A gente não consegue ficar lá dentro. Só tem colchão velho”. (...) “A higiene na CASAI é muito precária, os pacientes vão lá e não querem ficar, vem tudo embora”.

A falta de habilidade de profissionais de apoio logístico (motorista) no trato com os indígenas, o pouco cuidado com a limpeza das unidades de saúde (CASAI e PS) e o insuficiente suprimento de medicamentos na aldeia foram outros problemas mencionados.

A indefinição dos papéis dos gestores e a falta de transparência quanto às atribuições da Funasa e da Ongs conveniadas, também foram informadas pelos usuários. “Quando era a Funai era só com ela. Com a Trópicos ela diz que é a Funasa, isso gera uma polêmica”. “Acho que está ruim a saúde mas não é culpa deles, pois eles também são mandados”, indicam os moradores.

Reivindicaram ainda a presença de médico e enfermeiro na aldeia, bem como a contratação de indígena como auxiliares de enfermagem.

QUADRO 40. Depoimentos de famílias da aldeia Merure, etnia Bororo, sobre as ações de saúde no DSEI Cuiabá, 2003

Nº. de ordem das casas visitadas	DEPOIMENTOS	
	POSITIVOS	PROBLEMAS
1.	<p>Atendimento odontológico:</p> <p>“Essa dentista que veio agora foi muito boa. Ela trata da gente muito bem. O outro dentista colocava a massinha e caia logo, com ela não”.</p>	<p>“A saúde era melhor na época em que os padres tomavam conta”.</p> <p>“Quando vou lá (PS) nunca tem remédio”. “O médico demora demais para vir. Acho que deveria vir de 15 em 15 dias”.</p> <p>“Já na Barra (cidade onde fica a CASAI, que atende os Xavante e os Bororo), nosso quarto é muito sujo. Acho que deveria ter mais zelo. Nós viemos embora com nosso filho que foi tratar lá, (...). O médico falou que era pra ele ficar, mas eu e meu marido não quisemos, lá não dá para ficar. Prefiro ficar na minha casa”.</p> <p>“O gerente da Ong, o chefe do DSEI Cuiabá e o chefe da CASAI de Cuiabá vieram aqui e disseram que a situação na CASAI de Barra do Garças ia mudar, que ia ter um quarto só pra gente. Mas isso ficou só uma semana, depois Xavante dormiu no nosso quarto”.</p> <p>Quanto ao posto de saúde da aldeia:</p> <p>“Acho que teria que ter uma pessoa para limpar ali. É muito sujeira, antigamente, quando os Salesianos tomavam conta ali tinha até jardim, dava gosto de ver”.</p> <p>“Lá não tem remédio, nem gosto de ir lá”.</p> <p>Com relação ao motorista para dar assistência na aldeia:</p> <p>“O motorista também tem que ter paciência com os pacientes. Ontem (quando foi para Barra do Garças levar o filho), a criança queria vomitar e o motorista disse que se parasse ia chegar atrasado”.</p>

2.	<p>“Eu sempre trabalhei na Missão e ela era encarregada da saúde. Quando a Funasa entrou melhorou muito, veio dentista qualificado”. “Lá fora (cidade) quando tem um dente doendo ele arranca. Com a Funasa melhorou. O índio vai lá (PS) diz que quer arrancar dente e o dentista diz que não, que dá para obturar”</p> <p>“As enfermeiras que vem para cá, elas são muito atenciosas”.</p> <p>“Outra coisa que gostei muito foi dos banheiros. Veio através da Funasa, é pequeno, mas melhorou muito, os primeiros banheiros construídos foram maiores”.</p>	<p>“Um problema é com relação ao número de viatura, acho que é insuficiente, precisa de mais uma. A sorte é que a Missão ajuda quando precisa atender rápido”.</p> <p>Informaram que suas crianças precisam de avaliação médica e odontológica. “O médico nunca mais veio e quando a dentista veio não teve tempo de leva as crianças até o posto”.</p>
3.	<p>“No meu modo de ver melhorou bastante. Não do tanto que eu queria mas já deu um grande passo”.</p> <p>“A existência da equipe de saúde (médico, enfermeiro e dentista), principalmente o médico e o dentista”.</p> <p>“Outra coisa que melhorou muito foi a compra de Toyota, que a gente não tinha na aldeia”.</p> <p>“Outra coisa que vai melhorar é com esses banheiros”.</p>	<p>“O que é ruim é que não foi conversado com a comunidade como ela queria os banheiros. O meu, eu exigi que fosse construído perto de casa, se não eu não queria. Então fizeram como eu queria”.</p> <p>“Acho que os banheiros deveriam ser construídos perto das casas, porque quando chove molha tudo”.</p> <p>Com relação ao atendimento à saúde falou o seguinte:</p> <p>“Outra coisa é o material de limpeza que nunca tem”.</p> <p>“Outra coisa é que a equipe fica só consultando, nada de educação em saúde”.</p> <p>“Também falta muito remédio. A gente pede e nunca vem”.</p> <p>“Aqui tem uma professora contratada pela Funai, mas os padres não a quiseram lá na Missão. Eles colocam só quem eles querem para ser professor. Então os padres a colocaram lá no posto de saúde para fazer limpeza. Mas a gente não tem como cobrar nada dela lá. Aquela casa onde fica o PS é da missão, eles (os padres) hospedam lá quem eles querem. No local existem uma equipe (mais de 15 homens) de pedreiros hospedados lá”.</p> <p>Sobre a CASAI em Barra do Garças:</p> <p>“A higiene na CASAI é muito precária, os pacientes vão lá e não querem ficar, vem tudo embora”.</p> <p>“Como a CASAI fica no DSEI Xavante, eles falam que os Bororo não devem reclamar de nada, porque a CASAI é deles”.</p>

4.	“Com relação à saúde melhorou bastante, mas acho que dá pra melhorar mais”.	<p>“Eu não gostei nada de ter colocado um auxiliar de enfermagem branco para trabalhar aqui. Os bororo escolheram um auxiliar branco, nós estudamos, fizemos curso de Auxiliar de Enfermagem e contrataram branco ganhando mais do que a gente. A Trópicos não reconhece a gente”.</p> <p>“As enfermeiras (auxiliares de enfermagem) dizem que não tem remédios, a gente fica sentido. Elas dizem que pedem remédio mas não vem”.</p> <p>“A gente não necessita de auxiliar de enfermagem branco, já temos duas aqui. Agente precisa de uma enfermeira padrão, com nível de conhecimento a mais”.</p>
5.		<p>“Desde que a saúde passou para a Trópicos teve muita doença. Acho que deu uma caída, não estou falando mal”.</p> <p>“Quando era a Funai era só com ela. Com o Trópicos ela diz que é a Funasa, isso gera uma polêmica”.</p> <p>“Com relação ao remédio, tem vez que falta. Os auxiliares de enfermagem ficam massacrados e perdem a paciência com a comunidade”.</p> <p>“Para melhorar o atendimento é preciso ter médico na comunidade”. “Acho que não tem muita saúde pra gente. Acho que deveria tirar a Trópicos”. “Acho que ta ruim a saúde mas não é culpa deles, pois eles também são mandados”.</p> <p>“A CASAI de Barra do Garças é muito suja. A gente não consegue ficar lá dentro. Só tem colchão velho”. “Os Xavante são muitos, nós só somos uns cinco, porque não é todo mundo que quer ficar lá dentro. Acho que a gente devia comer separado. A gente queria que fizesse alguma coisa em Barra do Garças para nós”. “Tem vez que a gente come um pão seco. Se encontrar toma chá. Os Xavante comem tudo”.</p> <p>“Ficamos meio contrariados com os enfermeiros novos. Eles têm família, crianças e ficam sem receber o salário. Por isso não estão trabalhando direito, falam que só vão trabalhar direito quando receber”.</p>

Elaboração própria.

Enfim, observa-se que apesar do reconhecimento das comunidades indígenas do DSEI Cuiabá de avanços quanto à assistência à saúde após a implantação do DSEI, os usuários apontam diversos problemas e indicam a necessidade de realizar também muitos ajustes para melhorar a sua atenção à saúde. Queixam-se principalmente da forma de gerenciamento do DSEI que não leva em consideração as reais necessidades da comunidade, da forma esporádica como o serviço na aldeia é executado pelas equipes multidisciplinares com alta rotatividade de profissionais de saúde, principalmente médico, sem possibilidade de criar um vínculo com a comunidade e muitas das vezes desrespeitando sua cultura e formas tradicionais de cura. Reclamam da falta de medicamentos e de outros insumos na aldeia dificultando o trabalho do auxiliar de enfermagem e do Agente Indígena de Saúde. Queixam-se ainda da forma como a

assistência à saúde é feita na aldeia, de forma individualizada e curativa, deixando muito a desejar a qualidade das visitas domiciliares e as ações de educação em saúde. Todavia, foram unânimes ao afirmar que as ações de saneamento básico vêm beneficiando as comunidades.

Por fim, verificou-se que algumas comunidades indígenas estão em busca da sua autonomia também no campo da saúde, uma vez que duas etnias (Paresi e Bakairi) estão pleiteando assumir a gerência das ações de saúde do seu povo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trajeto percorrido para a realização do estudo do processo de implementação do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá (DSEI Cuiabá), proporcionou-me em primeiro lugar realizar uma revisão bibliográfica e documental acerca das discussões nos fóruns e conferências de saúde sobre os processos de formulação e implementação das políticas de saúde para as populações indígenas no Brasil, identificando os dispositivos legais que permitiram que a responsabilidade pela atenção à saúde para os povos indígenas fosse transferida do Ministério da Justiça/Funai para o Ministério da Saúde/ Funasa, e que fosse criado um Subsistema de Saúde Indígena com uma política de saúde específica para essa clientela do SUS.

Também contribuiu para conhecer e iniciar o manuseio das ferramentas necessárias ao estudo de caso de uma das etapas do *policy making*, que é a implementação e que confesso ter sido bastante difícil uma vez que neófito no assunto necessitei apoiar-me insistentemente nas orientações da minha orientadora para a construção desta dissertação.

Oportunizou ainda, familiarizar-me um pouco mais sobre os povos indígenas do DSEI Cuiabá, a partir de leituras sobre as etnias envolvidas e me fez perceber o quanto se faz importante conhecer a respeito da cosmovisão desses povos tão diferentes entre si na sua forma de organização social, política e cultural, e que possuem conceitos próprios acerca do processo saúde-doença, que na grande maioria das vezes diferem completamente dos conceitos do não-índio. Também possibilitou reconhecer o quanto é complexo e passivo de erro propor qualquer política de saúde para os povos indígenas sem levar em consideração as diferenças entre esses povos e entre eles e a sociedade envolvente, levando a concluir o quanto é necessário para gerentes e profissionais de saúde um aprofundamento nestas questões por meio de leituras e quando possível conhecendo no local as diversas realidades.

Visitadas as aldeias no trabalho de campo possibilitou uma observação distinta; diferente do olhar do técnico responsável pela execução. Pude observar o quanto é complexa a cosmologia de cada etnia e as diferenças na forma de tratamento das questões sociais e políticas, o que me fez refletir sobre a baixa capacidade de propor ações para os povos indígenas, sem conhecer sua cosmovisão, principalmente no que se refere às questões saúde. Verifiquei que a análise documental nem sempre reflete a realidade da situação de saúde e da prestação de serviços nas aldeias e que o modelo de saúde proposto

pela Política Nacional de Atenção à Saúde para os Povos Indígenas ainda está muito longe de ser uma realidade para muitos índios das aldeias visitadas. Portanto, faz-se necessário que as instituições envolvidas na implementação da política de saúde indígena e particularmente no DSEI Cuiabá, oportunizem o aprofundamento do saber étnico e sócio-político-cultural dos povos que se habilitam a trabalhar, dando o mesmo valor do conferido aos conhecimentos acerca das questões técnicas da área de saúde, nos treinamentos que oferecem a seus técnicos em busca de um bom desempenho.

Quanto ao Subsistema de Saúde Indígena e a Política Nacional de Atenção à Saúde para os Povos Indígenas, concluí que quanto à formulação do texto legal, ambos contemplam as necessidades dos povos indígenas do Brasil, no que diz respeito à questão específica da saúde. O modelo de atenção proposto por meio de distritos sanitários com base nos princípios da integralidade, da hierarquização e da descentralização, permite potencialmente que o atendimento a saúde possa iniciar na aldeia, com atividades de promoção, prevenção e de recuperação, chegando ao sistema de referência do SUS ou privado quando se fizer necessário. Porém, o panorama que construí na dissertação, mostra que na prática, a implementação desse modelo apesar de ter seus fatores facilitadores (como ter um modelo de atenção à saúde, hierarquizado, ter um financiamento próprio por meio do Ministério da Saúde, contar com a participação dos índios na implementação da política de saúde por meio dos Conselhos Distritais e Locais de Saúde Indígena e com a participação de outras instituições parceiras na execução das ações de saúde) enfrenta ainda dificuldades.

No DSEI Cuiabá a discussão da formulação de uma política de saúde diferenciada com o modelo de atenção baseado em distrito sanitário, já havia começado antes da iniciativa da Funasa em 1999. No momento da implantação dos DSEI Cuiabá, por meio de entrevistas com atores-chave foi possível constatar que ocorreram manifestações contrárias a sua criação. Algumas entidades posicionaram-se contrariamente quanto à mudança de responsabilidade da Funai para a Funasa, outras concordavam com a mudança, mas discordavam da forma de divisão dos DSEIs ou ainda com o modelo de assistência a ser executado e com a terceirização resultante da transferência da responsabilidade de gerenciamento da atenção a organizações não-governamentais.

Para implementar as ações de saúde no DSEI Cuiabá, a Funasa celebrou convênio com duas Ongs, a Opan e o Instituto Trópicos, cada uma das Ongs responsabilizou-se pelo atendimento de determinadas etnias. A Opan se responsabilizou pelo atendimento aos

Irantxe, Myky e Enawenê-Nawê; o Instituto Trópicos inicialmente pelas etnias Bororo, Bakairi, Paresi, Umutina e Nambikwara, assumindo depois a responsabilidade pelas etnias Terena e Guató.

O DSEI Cuiabá dentre os quatro DSEIs sob a responsabilidade da Funasa/Core-MT é um dos mais complexos em razão de sua diversidade étnica e cultural, grande extensão territorial e precariedade das vias de acesso. Em 2002 cobria um total de 4.583 pessoas, habitantes de um amplo território que vai do leste ao oeste e do norte ao sul do estado de Mato Grosso.

O DSEI Cuiabá é constituído por quatro Pólos base, sendo três oficiais, previamente programados, (Pólos base de Cuiabá, Tangará da Serra e Rondonópolis) e um criado pela necessidade da organização do serviço (Pólo base de Brasnorte). Reúne dez etnias (Bororo, Bakairi, Paresi, Nambikwara, Guató, Umutina, Terena, Irantxe, Enawenê-Nawê e Myky), distribuídas em 71 aldeias, 827 residências e 944 famílias. No Pólo base de Rondonópolis foram agrupadas etnias com relações sociais conflituosas como é o caso do Bororo e os Terena ocasionando o compartilhamento de uma mesma CASAI por etnias rivais.

Quanto à rede de serviços de atenção básica do DSEI Cuiabá, observou-se que das 71 aldeias existentes apenas 32 aldeias, ou seja, menos de 50% possuem posto de saúde todos de tipo I em geral sob a responsabilidade de uma auxiliar de enfermagem ou AIS, lembrando, contudo que algumas aldeias são muito pequenas, ou seja existe apenas um posto de saúde para cada duas aldeias. Deste modo, apenas 75,5% da população do distrito têm acesso a posto de saúde na sua aldeia. Observou-se que o único Pólo base que possui PS em todas suas aldeias é o de Brasnorte.

Um dos elementos principais para a implementação dos DSEIs são as equipes de saúde multidisciplinares compostas por enfermeiros, médicos, dentistas, auxiliares de enfermagem, agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento. No DSEI Cuiabá estavam atuando 4 equipes de saúde, observando-se dificuldades de permanência do profissional médico na equipe. A equipe operada pela Opan contratou médico somente em 2002, anteriormente contava com apoio de médico de outra equipe. As equipes atuantes nas áreas do DSEI Cuiabá não contavam com outros profissionais. Contudo, na gerência de uma das Ongs observou-se a presença de antropólogo e na outra de educador. Em geral no posto de saúde da aldeia atua um AIS e por vezes um auxiliar de enfermagem em conjunto com o AIS. O AIS reside na aldeia. Em geral a rotina de trabalho dos enfermeiros, médicos

e dentistas contempla períodos que variam de 15 a 40 dias ou mais, em área indígena, percorrendo as aldeias de um determinado pólo-base intercalados por períodos na cidade. Na prática, entre os profissionais de saúde não-índios, apenas o auxiliar de enfermagem tem atuação permanente na aldeia, também por um período que varia entre 15 a 40 dias, onde desenvolve suas atividades com ou sem a parceria do AIS, uma vez que nem todas as aldeias são contempladas com o AIS.

O período de trabalho da equipe multidisciplinar nas aldeias é intercalado com folga de cerca de 15 dias. Nesse período de folga, geralmente, os profissionais têm que dedicar algum tempo para elaboração de relatórios técnicos; a serem entregues às organizações responsáveis pela execução das ações de saúde no DSEI Cuiabá.

Os médicos, enfermeiros e dentistas da equipe visitam as aldeias permanecendo em cada aldeia curtos períodos de tempo (1 a 2 dias). Foi observada irregularidade na frequência das visitas as diversas etnias/aldeia. Segundo informações dos usuários algumas aldeias permaneciam sem visita de profissionais de nível superior por período superior a 30 dias. A meta prevista para a área do Instituto Trópicos fora de uma visita mensal pela equipe a cada aldeia, o que raramente ocorria.

Observou-se também, a ausência do profissional médico na equipe da Opan até o ano de 2001 e o número insuficiente de equipes multidisciplinares em relação à área territorial de cobertura do Instituto Trópicos, por ser extensa e, as equipes não conseguirem ficar longo período em área.

No DSEI Cuiabá existem três Casas de Saúde do Índio (CASAIs), sendo uma localizada no Pólo-base de Cuiabá, outra no Pólo-base de Rondonópolis e a outra no Pólo-base de Tangará da Serra. Das três CASAIs, segundo depoimento dos usuários apenas a CASAI de Cuiabá está mais bem estruturada e desempenhando a contento o seu papel.

A atenção de média complexidade (ambulatorial e hospitalar) no DSEI Cuiabá é prestada predominantemente por serviços do SUS. Nem todos os municípios possuem hospitais de referência. Apenas no Pólo-base de Cuiabá, todos os seus municípios possuem hospital de referência.

Com relação à problemática da execução dos serviços públicos por meio de Ongs, a partir da revisão bibliográfica realizada é possível afirmar que essa estratégia de implementação por meio de parcerias com o setor privado para execução de ações de responsabilidade governamental pode ser inserida nas recentes propostas de reforma do

Estado, e relacionada ao debate em décadas recentes que buscou diferenciar entre estatal e público enfatizando que certos serviços poderiam ter fins públicos, sem necessariamente serem propriedade estatal.

A posição dos atores-chave quanto a estas parcerias não foi unânime. Os atores-chave entrevistados apontaram como principal vantagem da execução das ações de saúde para as populações indígenas brasileiras por meio de Ongs a agilidade administrativa das Ongs em contratar pessoal para atuar em área indígena e em adquirir insumos para operacionalizar as ações de saúde nas aldeias. Um número menor de atores (em especial os mais vinculados à causa indígena) criticou a criação de um subsistema paralelo ao SUS e a terceirização de uma política pública, considerando que por decisão constitucional a operacionalização da política nacional de saúde indígena é dever do Estado. Como desvantagens citaram: possível desresponsabilização governamental o desconhecimento de algumas Ongs sobre a população indígena, dificuldades no fluxo de informações entre conveniadas, vigilância insuficiente sobre a atuação das Ongs por parte da Funasa; perda de transparência para os indígenas quanto ao órgão responsável pela garantia de sua atenção à saúde.

A opção de terceirização é também denunciada como forma de desresponsabilização progressiva por parte do Estado quanto à execução de ações de saúde nas aldeias considerada como atribuição legal e intransferível do governo federal (Magalhães, 2001; Pereira, 2002).

No caso de organizações indígenas alguns autores (Garnelo, 2001; Magalhães, 2001; Pereira, 2002) apontam que esta opção repercute sobre os rumos da organização política do movimento indígena que de ator político passa a executor do serviço correspondente ao direito social que reivindicava. De início, observaram-se maiores resistências por parte das organizações indígenas, contudo atualmente um maior número de parcerias vêm sendo estabelecidas para a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

A opinião dos Conselheiros de Saúde Indígena do CONDISI Cuiabá em relação à execução das ações de saúde por meio de Ongs foi menos crítica. A análise das atas do CONDISI permite apontar que não existe uma opinião forte contra a execução das ações de saúde por Ongs. Constatou-se a aspiração de que essas ações sejam executadas por Ongs indígenas.

Verificou-se a movimentação de dois povos (Paresi e Bakairi), no sentido de se organizarem para assumir a gerência da assistência à saúde de seus povos, por meio de suas próprias associações já existentes.

Um importante propósito dos estudos de implementação é conhecer e analisar os fatores facilitadores e limitantes do processo de execução de determinada política. Os atores-chave entrevistados apontaram como fatores facilitadores da implementação do DSEI Cuiabá alguns atributos da própria política como o fato do DSEI Cuiabá fazer parte de uma política nacional de saúde indígena com modelo de assistência preconizado nacionalmente, mas que respeita as realidades locais e as diversidades culturais dos povos indígenas. Sinalizaram também como fator positivo e facilitador, os mecanismos instituídos de controle social com a participação dos índios nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Distrital de Saúde Indígena de Cuiabá, embora alertem para os limites de sua atuação.

Apontam ainda como fatores facilitadores a ampliação do acesso; a majoração do montante de recursos financeiros destinados à implementação do DSEI Cuiabá; a autonomia das conveniadas na gestão dos recursos repassados pela Funasa; o apoio da Funasa/Coordenação Regional de Mato Grosso; e o empenho das pessoas para a implementação da Política de Saúde.

Em relação aos fatores limitantes os atores-chave apontaram diversos obstáculos ao processo de implementação do DSEI Cuiabá, que foram classificados como de natureza política, gerencial, cultural, geográfica, ou relacionados à gestão de pessoas, à organização dos serviços de saúde, e ao financiamento.

No geral os entrevistados apontaram como fatores limitantes da implementação do DSEI Cuiabá, de natureza política: a decisão do Ministério da Saúde/Funasa de contratar terceiros (Ongs para executar as ações de saúde); divergências políticas sobre a responsabilização das ações de saúde em área indígena; a participação incipiente dos indígenas no processo decisório de implementação do DSEI Cuiabá.

Entre os fatores de natureza gerencial destacam-se as dificuldades existentes entre as instituições conveniadas com a Funasa em manter uma parceria efetiva; o estabelecimento de convênios por prazos curtos interferindo na sustentabilidade; a desarticulação entre a rede SUS e o DSEI Cuiabá; a falta de clareza da linha de comando no DSEI com baixa transparência das atribuições; a dificuldade da coordenação regional da

Funasa em acompanhar os convênios, uma vez que é celebrada diretamente pelo Departamento de Saúde Indígena (Desai) da Funasa em Brasília; o desconhecimento de servidores da Funasa quanto ao seu papel no Subsistema de Saúde Indígena.

Quanto aos fatores limitantes relacionados à organização dos serviços de saúde também se verificou: a insuficiente coordenação entre as ações da gerência do DSEI Cuiabá com o sistema de referência municipal e regional; a desarticulação entre as ações entre a gerência do DSEI/Funasa e as ações das conveniadas; a dificuldade de operacionalizar o sistema de informação (SIASI) até o segundo semestre de 2002; dificuldade no encaminhamento para referência; a falta de estrutura e até ausência de postos de saúde em algumas aldeias; a falta de medicamentos e insumo básicos para a atenção à saúde nas aldeias; rotinas de trabalho de saúde, por parte de alguns profissionais de saúde, ainda centradas no modelo curativo e hospitalocêntrico; problema do sistema de informação, uma vez que o sistema era implantado na gerência do DSEI Cuiabá/Funasa sendo alimentado pelas informações encaminhadas pelas Ongs conveniadas, que nem sempre enviavam as informações com frequência e por meio de instrumentos padronizados de coleta de dados.

Entre fatores de caráter financeiro foi relatada a demora no repasse de recursos financeiros do Desai para as Ongs conveniadas e a insuficiência da política de incentivo financeiro para hospitais conveniados na rede SUS.

Os principais obstáculos mencionados quanto a gestão de pessoal foram: carência de profissionais de saúde para compor as equipes multidisciplinares do DSEI Cuiabá de forma quantitativa e qualitativa (principalmente com experiência com trabalho junto às comunidades indígenas); a alta rotatividade dos profissionais de saúde e a dificuldade de contratação de novos profissionais, principalmente o profissional médico; precariedade de vínculos empregatícios com contratação por meio de cooperativa; conflitos entre indígenas e os profissionais de saúde.

A falta de conhecimento por parte dos profissionais das especificidades culturais, ou seja, da etnicidade das populações com as quais trabalham, e a responsabilidade pelo atendimento de várias etnias por parte de uma mesma prestadora e, por vezes de uma mesma equipe, foram limitantes de natureza cultural. Além de um aspecto geográfico: a grande extensão territorial entre as terras e aldeias indígenas.

A avaliação dos usuários do DSEI Cuiabá, não foi unânime verificando-se uma dicotomia, uma vez que as ações de saúde no DSEI Cuiabá são implementadas por duas Ongs. As opiniões se dividiram sendo que as etnias cobertas pela Ong indigenista estavam mais satisfeitas.

Foi observada maior insatisfação nas aldeias onde o Instituto Trópicos era responsável pela execução das ações de saúde, sendo que duas das sete etnias sob a responsabilidade do Instituto Trópicos estavam se organizando para assumir a gerência das ações de saúde para suas populações.

Apesar do reconhecimento das comunidades indígenas do DSEI Cuiabá de vários avanços quanto à assistência à saúde após a implantação do DSEI, os usuários e representantes indígenas nas aldeias visitadas indicaram a necessidade de muitos ajustes para melhorar a sua atenção à saúde. Reivindicam melhor gerenciamento do DSEI que considere as reais necessidades da comunidade, a execução rotineira de serviços na aldeia pelas equipes multidisciplinares e não de forma esporádica como vem ocorrendo com alta rotatividade de profissionais de saúde, principalmente médico, sem possibilidade de criar um vínculo com a comunidade e muitas das vezes desrespeitando sua cultura e formas tradicionais de cura. Exigem melhor suprimento de medicamentos na aldeia para facilitar o trabalho do auxiliar de enfermagem e do Agente Indígena de Saúde únicos profissionais permanentes na aldeia. Propõem maior qualidade das visitas domiciliares e prioridade para ações de educação em saúde. Foram unânimes em reconhecer o benefício das ações de saneamento básico realizadas após implantação do DSEI para as comunidades, reivindicando sua conclusão.

Observou-se ainda que as diferentes características das Ongs prestadoras quanto à sua tradição de atuação junto a populações indígenas e experiência no campo da atenção à saúde repercutem sobre a qualidade das ações prestadas, consideradas a partir da perspectiva dos usuários. Conhecimento e respeito à cultura dos povos indígenas impactam positivamente produzindo maior satisfação com a atenção recebida, maior envolvimento da comunidade e prestação de serviços mais adequados às necessidades e expectativas das diferentes etnias.

Considero que a execução das ações de saúde deveriam ser implementadas diretamente pelo órgão gestor, porém assim como Claro (2002) aponta que o terceiro setor não pode dar conta sozinho para atender as demandas da população, considero também,

que a Funasa sozinha não conseguirá efetivamente implementar os DSEIs, necessitando de estabelecer parcerias com instituições envolvidas com a problemática indígena.

Concluo este trabalho reafirmando o quanto é complexo e difícil implementar uma política de saúde para povos indígenas que embora sejam pequenos em termos numéricos são gigantes em diversidades sociais, políticas e culturais. Estudar o caso do DSEI Cuiabá com base em análise da implementação abre o leque de oportunidades para realizar outros estudos nos demais DSEIs implantados no país, e aponta a necessidade de acompanhar a implementação do DSEI Cuiabá por mais tempo. Reforça ainda a necessidade premente de monitoramento contínuo dos DSEIs por parte das coordenações regionais da Funasa com a finalidade de subsidiar ajustes na Política Nacional de Atenção à Saúde para os Povos Indígenas, contribuindo assim para proporcionar uma melhor qualidade de vida para essa população por quem aprendi a ter o mais sincero respeito.

Finalizando aponto algumas sugestões para ajudar a fomentar de forma efetiva o DSEI Cuiabá, especificamente, e em parte, os demais DSEIs no país.

- No momento de assinatura dos convênios devem ser consideradas pelo órgão gestor (Funasa) as características das Ongs. Firmado o convênio devem ser oportunizadas às organizações conveniadas, informações sobre os povos indígenas aos quais deverão prestar assistência à saúde, com relação a sua organização social, política e cultural, e principalmente no que diz respeito à sua concepção do processo saúde e doença. A compreensão das organizações conveniadas e dos profissionais que executam as ações de saúde sobre as especificidades culturais dos povos indígenas é fundamental para que os DSEIs sejam implementados de acordo com o dispositivo legal que afirma ser “obrigatório levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional” (Funasa, 2002d:28).
- Para efetivação do controle social, ainda incipiente, é necessária qualificação dos conselheiros por meio de metodologia participativa, construtivista e problematizadora, que possibilite aos indígenas, participação como verdadeiros atores implementadores dos distritos sanitários.

- A alta rotatividade dos profissionais de saúde em área indígena causa descontinuidade nas ações de saúde, com enfraquecimento da relação interpessoal e de vínculos entre a comunidade da aldeia e a equipe de saúde. Faz-se urgente, a definição no nível federal de uma política de recursos humanos para o Subsistema de Saúde Indígena.
- Constatou-se insuficiente monitoramento da execução dos convênios e da atenção prestada nas aldeias pelo órgão gestor regional devido à insuficiência de recursos, em especial humanos, e de rotinas para a realização deste tipo de atividade, e dificuldades de operacionalização do sistema de informação. A supressão destas deficiências exige uma reestruturação da gerência do DSEI e a qualificação dos profissionais, além de mecanismos de apoio técnico para supervisão rotineira do gestor federal sobre suas unidades desconcentradas.
- A presença pouco freqüente e descontínua da equipe multidisciplinar na aldeia com prestação cotidiana centrada no AIS, ainda em processo de formação, resulta em um modelo assistencial dicotômico com base, por um lado na atenção básica pouco qualificada prestada somente por AIS não formado e por outro em transferência de doentes mais graves para serviços de referência. É necessário estabelecer rotinas para presença periódica da equipe multidisciplinar na aldeia, aprofundar a qualificação dos profissionais e fomentar o trabalho em equipe articulando não apenas as ações dos diversos profissionais mas também as atividades de promoção e recuperação da saúde. A atuação rotineira da equipe na aldeia exige implantar efetivamente o Pólo-base como unidade de saúde sede e ponto de apoio da equipe dentro dos limites das terras indígenas.
- Foram observadas dificuldades e morosidade na implantação do sistema de informação. Embora tenha ocorrido melhora das informações demográficas e epidemiológicas, a alimentação de dados não é regular e há problemas na organização de fluxos de informações, não permitindo adequado monitoramento pela gerência regional. Para que o sistema de informação (SIASI) seja efetivo, é necessário fomentar capacitação integrada das equipes multidisciplinares e dos demais profissionais envolvidos com a alimentação de dados do sistema. Urge também, subsidiar os Pólos-base com a infraestrutura adequada para a instalação dos instrumentos necessários para o funcionamento do SIASI a fim de proporcionar a efetivação do fluxo de informação para elaboração de relatórios fidedignos da situação de saúde e a assistência e monitoramento pela gerência dos DSEIs.

➤ Para além do respeito às práticas tradicionais, é necessário uma maior discussão e estudo sobre possibilidades de articular as práticas de cura de sistemas tradicionais de saúde indígena com a medicina moderna. A definição dos campos de intervenção da medicina tradicional e da alopatia é uma questão que permanece em aberto. Qual o momento apropriado da intervenção pelo profissional da equipe de saúde é pergunta que somente poderá ser respondida com intenso debate e participação das comunidades indígenas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, S., 1987. Os Nambikwara. In: *Índios em Mato Grosso* (Operação Anchieta - OPAN & Conselho Indigenista Missionário - CIMI, org.), pp.95-100, Cuiabá: Gráfica Cuiabá.

AMARANTE, E., 1987. Os Myky. In: *Índios em Mato Grosso* (Operação Anchieta - OPAN & Conselho Indigenista Missionário - CIMI, org.), pp. 89-91, Cuiabá: Gráfica Cuiabá.

ATHIAS, R. & MACHADO M. (2001) A saúde indígena o processo de implantação dos distritos sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cadernos de Saúde Pública*, 17:425-431.

BRASIL, 1988. Constituição (1988). *Constituição [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal.

BRASIL, 1994. Decreto nº. 1.141, de 19 de maio de 1994. Dispõe sobre as ações de proteção ambiental, saúde e apoio às atividades produtivas para as comunidades indígenas. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 de maio de 1994. Seção 1, fls. 7443/7414.

BRASIL, 2001. Portaria nº. 479, de 13 de agosto de 2001. *Estabelece as diretrizes para elaboração de projetos de estabelecimento de água, melhorias sanitárias e esgotamento sanitário, em área indígena*. Brasília, DF.

CIMI/Conselho Indigenista Missionário, 1999. Saúde dos Povos Indígenas: Direito a uma atenção diferenciada. *Cadernos do Cimi*, 3, p. 46.

CIMI/Conselho Indigenista Missionário, 2000. *Povos Indígenas de Mato Grosso*. Cuiabá:CNBB, CIMI/MT.

CIMI/Conselho Indigenista Missionário, 2001. *Saúde indígena: documento final do Encontro Nacional de Saúde do Cimi*, 20 de novembro, <http://.cimi.org.br/saude.htm>

CLARO, I. B., 2002. *Gestão Comunitária: Estudo de uma nova articulação Estado/sociedade civil no Parque Proletário de Vigário Geral*.. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

COSTA, R.M.R. & ROBERTO, M.F., 1987. Os Paresi, *In: Índios em Mato Grosso* (Operação Anchieta - OPAN & Conselho Indigenista Missionário - CIMI, org.), pp.63-71, Cuiabá: Gráfica Cuiabá.

DIEHL at al, 2003. Financiamento e Atenção à Saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul. *In: Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil* (C. E. A. Coimbra Jr., R. V. Santos e A. L. Escobar, org.), pp. 217-234, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/ABRASCO.

FERNANDES, R. C., 2002. O Terceiro Setor na América Latina. *In: Privado porém público: o terceiro setor na América Latina*. pp. 15-29. 3ª. edição. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará.

FERREIRA, T. M. (2000) *Saúde indígena*, Cuiabá, 12 p. (mimeo)

FOLHA DE SÃO PAULO, 2001. O extermínio: mais de 15 tribos correm risco de extinção no Brasil. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, maio 27; e. 5.

FUNAI/Fundação Nacional do Índio, 2001. Os Índios [online]. Disponível na internet via <http://www.funai.gov.br/indios/conteudo.htm> [arquivo capturado em 19 de novembro de 2001].

FUNASA/Fundação Nacional de Saúde, 1999. *Portaria No. 852, de 30 de setembro de 1999*. Brasília/DF: Ministério da Saúde:Fundação Nacional de Saúde.

FUNASA/Fundação Nacional de Saúde. *Informe de Saúde Indígena*. 2000 [online] Disponível na internet via <http://www.funasa.gov.br>. [arquivo capturado em setembro de 2001].

FUNASA/Fundação Nacional de Saúde, 2000a. *Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas*: Aprovada em caráter preliminar no Conselho Nacional de Saúde/MS. (Saúde Indígena). Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 40p.

FUNASA/Fundação Nacional de Saúde, 2001.*Distritos Sanitários Especiais Indígenas* [online]. Disponível via <http://www.funasa.gov.br> [acesso em setembro de 2001].

FUNASA/Fundação Nacional de Saúde, 2002. *Diretrizes para projetos físicos do estabelecimento de saúde, água, esgotamento sanitário e melhorias sanitárias em área indígena* - 1ª. Edição. Brasília. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. 44p.

FUNASA/Fundação Nacional de Saúde, 2002a. *Plano Distrital: Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá – Instituto Trópicos*. Cuiabá/MT: Funasa/Instituto Trópicos.

FUNASA/Fundação Nacional de Saúde, 2002b. *Plano Distrital: Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá – Opan*. Cuiabá/MT: Funasa/Opan.

FUNASA/Fundação Nacional de Saúde, 2002c. *Plano Distrital: Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá – Opan*. Cuiabá/MT, p.10

FUNASA/Fundação Nacional de Saúde, 2002d. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – 2ª edição*. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 40p.

FUNASA/ Fundação Nacional de Saúde, 2002e. *Manual de Operações: Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena: SIASI-Local – Versão 1.0* Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde/Departamento de Saúde Indígena.

FUNASA/Fundação Nacional de Saúde, 2002f. *Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena: SIASI-Local – Versão 1.0 – Documento base*. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde/Departamento de Saúde Indígena.

FUNASA/Fundação Nacional de Saúde, 2003. *Convênios*. [online]. Disponível na internet via <http://www.funasa.gov.br> [arquivo capturado em 31 de maio de 2003].

FUNASA/Fundação Nacional de Saúde. 2003a. *Convênios e Emendas Celebrados*. {online}. Disponível na internet via <http://www.funasa.gov.br> [arquivo capturado em 31 de maio de 2003]

FUNASA/Fundação Nacional de Saúde, 2003b. *Relatório de Gestão do Departamento de saúde Indígena: 1999 – 2002*. Brasília: Funasa.

FUNASA/Fundação Nacional de Saúde/Coordenação Regional de Mato Grosso/Divisão de Engenharia de Saúde Pública, 2002. *Relatórios da DIESP - Ano 2001*, Cuiabá/MT: Funasa/Core-MT/Diesp.

FUNASA/Fundação Nacional de Saúde/Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá, 2002. *Oficina de Reorganização*.Cuiabá/MT.

FUNASA/Fundação Nacional de Saúde/Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá, 2003. *Algumas Informações sobre o DSEI Cuiabá – Parte I*. Elaborado por Janil Alonso Ribeiro.Cuiabá/MT: Funasa/DSEI Cuiabá.

FUNASA/INSTITUTO TRÓPICOS, 1999. *Convênio N^o 349/1999 que entre si celebram a Fundação Nacional de Saúde e o Instituto de Apoio ao Meio Ambiente – Trópicos/MT, para execução das ações de assistência à saúde da população Indígena*. Cuiabá: Funasa/Instituto Trópicos.

FUNASA/INSTITUTO TRÓPICOS, 2001. *Convênio N^o 036/2001 que entre si celebram a Fundação Nacional de Saúde e o Instituto de Apoio ao Meio Ambiente – Trópicos/MT, para execução das ações de assistência à saúde da população Indígena*. Cuiabá: Funasa/Instituto Trópicos.

FUNASA/INSTITUTO TRÓPICOS, 2002. *Convênio N^o 087/2002 que entre si celebram a Fundação Nacional de Saúde e o Instituto de Apoio ao Meio Ambiente – Trópicos/MT, para execução das ações de assistência à saúde da população Indígena*. Cuiabá: Funasa/Instituto Trópicos.

FUNASA/OPAN, 1999. *Convênio N^o 1.402/1999 que entre si celebram a Fundação Nacional de Saúde e a Operação Amazônia Nativa – Opan/MT, para execução das ações de assistência à saúde da população Indígena*. Cuiabá: Funasa/Opan.

FUNASA/OPAN, 2001. *Convênio N^o 018/2001 que entre si celebram a Fundação Nacional de Saúde e a Operação Amazônia Nativa – Opan/MT, para execução das ações de assistência à saúde da população Indígena*. Cuiabá: Funasa/Opan.

FUNASA/OPAN, 2002. *Convênio N^o 088/2002 que entre si celebram a Fundação Nacional de Saúde e a Operação Amazônia Nativa – Opan/MT, para execução das ações de assistência à saúde da população Indígena*. Cuiabá: Funasa/Opan.

GARNELO, L., 2001. Organizações indígenas e a distritalização sanitária: os riscos de fazer ver e fazer crer nas políticas de saúde. trabalho apresentado na 23^a reunião da ABA. Gramado.

GARNELO, L. & SAMPAIO, S. 2001. *Bases socioculturais do controle social em saúde indígena. Problemas e questões na região Norte do Brasil*. Manaus, 16 p. (mimeo).

GARNELO, L. & BRANDÃO L. C., 2003. Avaliação do processo de distritalização sanitária indígena no estado do Amazonas. In: *Epidemiologia e Saúde Indígena no Brasil* (Carlos E.A. Coimbra Jr, Ana Lucia Escobar & Ricardo Ventura Santos, orgs.), pp 235-257, Rio de Janeiro: Abrasco e Porto Velho: Editora da Universidade de Rondônia, 2003 (no prelo).

IBGE/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2003. *Censo 2002*. Disponível via internet: <http://www1.ibge.gov.br/home/estatisticas/população/censo2000/universo.php> [Capturado em 24 de junho de 2004].

ICV/Instituto Centro de Vida, 2002. Índios no Mato Grosso. Disponível via internet: <http://www.icv.org.br/mtpovos.htm> [arquivo capturado em outubro de 2002].

ICV/Instituto Centro de Vida, 2003. *Fórum Mato-grossense de Meio Ambiente e Desenvolvimento/Formad*. [online]. Disponível na internet via <http://www.icv.org.br/fomad.htm> . [arquivo capturado em 30 de maio de 2003].

INSTITUTO TRÓPICOS, 1999. *Relatório do Curso de Capacitação da Equipe de Saúde – DSEI Cuiabá/Instituto Trópicos*. Documento organizado por Lúdio Frank Mendes Cabral e Solange Alves. Chapada dos Guimarães/MT.

INSTITUTO TRÓPICOS, 2000. *Relatório do Treinamento Introdutório dos Agentes Indígenas de Saúde – DSEI Cuiabá/MT*. Documento organizado por Arlindo G. de Oliveira Leite e Solange Alves. Chapada dos Guimarães/MT.

INSTITUTO TRÓPICOS, 2001. *Relatório Técnico da Atenção Primária à Saúde dos Índios da Área de Abrangência do convênio 349/1999, no ano de 2000* (Versão 1). Documento organizado por Lúdio Frank Mendes Cabral. Cuiabá/MT.

INSTITUTO TRÓPICOS, 2002. *Relatório de Avaliação: Saúde Indígena. Um balanço de 03 anos de desafios no DSEI Cuiabá*, Cuiabá/MT.

INSTITUTO TRÓPICOS, 2002a. Primeira Página: Boletim informativo do Instituto Trópicos – Instituto de Apoio ao Desenvolvimento Humano e Meio Ambiente, 1:3-4. Cuiabá/MT.

ISA/Instituto Sócio-Ambiental, 2000. *Os Irantxe* [online]. Disponível via <http://www.socioambiental.org> [arquivo capturado].

ISA/Instituto Sócio-Ambiental, 2001. *Os Índios do Brasil* In: Povos Indígenas [online]. Disponível via <http://www.socioambiental.org> [arquivo capturado em setembro].

ISA/Instituto Sócio-Ambiental, 2002. *Os Bakairi* [online]. Disponível via <http://www.socioambiental.org> [arquivo capturado em 23 de novembro de 2002].

ISA/Instituto Sócio-Ambiental, 2002a. *Os Bororo* [online]. Disponível via <http://www.socioambiental.org> [arquivo capturado em 3 de novembro de 2002].

ISA/Instituto Sócio-Ambiental, 2002b. *Os Enawenê Nawê* [online]. Disponível via <http://www.socioambiental.org> [arquivo capturado em 22 de outubro de 2002].

JACOBI, P. R., 2000. Descentralização: reflexões em torno de um tema complexo e contraditório, In: *Políticas sociais e ampliação da cidadania*. Rio de Janeiro, FGV, p. 35-70.

JESUS, A. J. de, 1987. Os Umutina, In: *Índios em Mato Grosso* (Operação Anchieta - OPAN & Conselho Indigenista Missionário - CIMI, org.), pp.72-76, Cuiabá: Gráfica Cuiabá.

JUNQUEIRA, L. P. A. (1997). Descentralização e as reformas do aparelho estatal em saúde. In: *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo. Hucitec-Abrasco, p. 173-204.

LABRA, E. M., 1999. Análise de políticas, modos de *policy-making* e intermediação de interesses: uma revisão. *Phiysis: Revista de Saúde Coletiva*, 9, (2), p. 131-166.

LAURENTI at al, 1987. Proporções, coeficientes e índices mais usados em São Pública. In: *Estatísticas de Saúde*, pp. 101-132, São Paulo: Editora: EPU

LIMA, A. C. de S., 1995. *Um grande cerco de paz: poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil*. Petrópolis,RJ: Editora Vozes.

MAGALHÃES, E. D., 2001. *O Estado e a Saúde Indígena: a experiência do Distrito Sanitário Yanomami*. Dissertação de Mestrado, Brasília: Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília.

MENDES, E.V., 1994. O processo social de Distritalização da Saúde. In: *Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. pp. 94-.... 2ª. edição. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO

MENY, I. THOENIG, J.(1992) *Las políticas públicas*, Madri, Ariel Ciência Política, p. 159-193.

MS/Ministério da Saúde, 1986. *Relatório final da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas*, Brasília/DF. MS/Funasa.

MS/Ministério da Saúde, 1993. *Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Para Os Povos Indígena*. Luziânia/GO. MS/Funasa.

MS/Ministério da Saúde, 2001. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Indígena*, Luziânia/GO. MS/Funasa.

MS/Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, 2001. *Programa de Saúde Indígena: etnodesenvolvimento das sociedades indígenas*. Brasília/DF:MS, 52p.

MS/Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, 2001. *Portaria Nº. 723/GM em 10 de maio de 2001*. [on line]. <http://w3.saúde.gov.br/mweb/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-723.htm>, capturado em 24/06/2001.

MS/Ministério da Saúde et al., 2002. *Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº. 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. 2ª edição revista e atualizada* – Brasília: MS/SAS.

OLIVEIRA, J. E. de, 2002. *Breve História do Povo Guató*. [online]. Disponível via http://www.riovivos.org.br/povos_indigenas.htm [arquivo capturado em 3 de novembro de 2002].

OLIVEIRA, J. P., 1995. Muitas terras, pouco índio? Uma introdução (crítica) ao indigenismo e a atualização do preconceito, In: *A temática indígena na escola: novos subsídios para professores de 1º e 2º graus*. Brasília: MEC/Mari/Unesco, p. 61-81.

OLIVEIRA, J. P., 1997. Pardos mestiços ou caboclos: os índios nos censos nacionais no Brasil (1872-1980). *Revista Horizontes Antropológicos*, a. 3, 6, p. 60-83.

OPAN & FUNASA DSEI CUIABÁ, 2002. *Análise Epidemiológica das Condições de Saúde da Populações Indígenas Myky, Irantxe e Enawenê-Nawê entre 2000 e 2002*. Elaborado por Osmara A. Grecco Nogueira. Cuiabá/MT.

OPAN. 2002. *Quem somos? – Organização – Curso de formação – Curso de Formação – Contribuintes* [online]. Disponível na internet via <http://www.opan.org.br>. [arquivo capturado em 12 de novembro de 2002].

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

PEREZ J. R. R., 1999. Avaliação do processo de implementação: algumas questões metodológicas, in: *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate* (E. M. RICO, Org.), 2 ed., São Paulo, Editora Cortez, p. 65-73.

PNUD/Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD - PROJETO BRA/94/006, 1998. *Relatório Final. Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI*, Cuiabá/MT.

PORTARIA CONJUNTA SE/SAS nº 12 de junho de 2000. Disponível via <http://www.saude.gov.br/mweb/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-012CJ.htm> [arquivo capturado em 30 de junho de 2000].

RIPSA/Rede Internacional de Informações para a Saúde, 2001. *IDB 2001 – Brasil: Indicadores e Dados Básicos para a Saúde*. Ministério da Saúde/Secretaria Técnica da RIPSA.

ROUQUAYROL, M.Z., 1994. A Medida da Saúde Coletiva. In: *Epidemiologia & Saúde* ((M. Z. Rouquayrol & L. R. S. Kerr-Pontes.), pp:23-48. Rio de Janeiro:MEDSI.

SEDUC/MT – Secretaria de Estado de Educação de Mato Grosso, 2002. *Proposta Pedagógica de Escolarização para Agentes Indígenas de Saúde (Texto preliminar). Ensino Fundamental – Aceleração*. Escola Estadual Antonio Casagrande/SEDUC-MT. Cuiabá/MT.

SANTOS, R. V. & COIMBRA Jr., C. E. A., 2003. Cenários e Tendências da Saúde e da Epidemiologia dos Povos Indígenas no Brasil. In: *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil* (C. E. A. Coimbra Jr., R. V. Santos & A. L. Escobar., org.), pp. 13-36, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/ABRASCO.

SOUZA, S. M. et al.,1994. Saúde e doença em grupos indígenas pré-históricos do Brasil: Paleopatologia e Paleoparasitologia. In: *Saúde e povos indígenas* (SANTOS, R. V. & COIMBRA JR., C. E. A., orgs). Rio de Janeiro, Fiocruz.

STARFIELD, B. 2002. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, p. 515-516.

TENDLER, J., 1998. *Bom governo nos Trópicos – Uma visão crítica*. Rio de Janeiro: Editora: Revan, Brasília, DF: ENAP.

TRIVIÑOS, A. N. S., 1994. Pesquisa qualitativa. In: *Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. 4ª. Edição, pp.133-136, São Paulo: Editora Atlas.

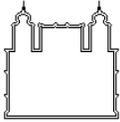
VAUGHAN, J.P. & MORROW, R. H., 1992. Administração do Distrito Sanitário. In: *Epidemiologia para Municípios: Manual para Gerenciamento dos Distritos Sanitários* (J.P. Vaughan, & , R. H .Morrow), pp.1-9, São Paulo: Editora HUCITEC.

VIANA, A. L., 1996. Abordagens metodológicas em políticas públicas. In: *Revista de Administração Pública*, 24 (4), p. 5-43.

WEISS, M. C. V., 1998. *Contato interétnico, perfil de saúde e doença e modelos de intervenção mínima: o caso dos Enawenê-Nawê em Mato Grosso*. Tese de doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

WEISS, M. C. V., 2003. Contato interétnico, perfil saúde-doença e modelos de intervenção em saúde indígena: o caso Enawenê-Nawê. In: *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil* (C. E. A. Coimbra Jr., R. V. Santos & A. L. Escobar., org.), pp. 187-196, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/ABRASCO.

WEISS, M. C. V., 2003. DSEI, Autonomia e Autodeterminação dos Povos Indígenas. Cuiabá., UFMT/ISC, 5p (mimeo).



ANEXO 1

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA
SUBÁREA POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sr. (a) _____

Você está sendo convidado a participar da pesquisa sobre *o estudo da implementação do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá – MT, no período de 1999-2002*, uma dissertação de mestrado da Subárea Políticas Públicas e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz. Você foi selecionado por ter participado do processo de implementação do DSEI em estudo. Sua participação não é obrigatória, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O objetivo deste estudo é analisar o processo de implementação do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá (DSEI Cuiabá), no período 1999-2002. Em especial pretende: a) estudar a organização, a oferta de serviços de saúde e a produção assistencial no Distrito Sanitário Especial Indígena no DSEI Cuiabá; b) examinar as parcerias institucionais para prestação de serviços no DSEI Cuiabá; c) analisar a participação de atores-chaves no processo de implementação do DSEI Cuiabá, identificando resistências e adesões; d) identificar os principais obstáculos para a efetivação do DSEI Cuiabá.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em fornecer informações por meio de entrevistas a respeito do processo de criação do DSEI Cuiabá, a participação de representantes institucionais, as etapas da implantação, a especificidade da organização dos serviços, as dificuldades de funcionamento, vantagens e desvantagens das parcerias com ONGs para a execução, e os fatores facilitadores e limitantes do processo de implementação dos DSEI.

A sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum benefício individual e também qualquer prejuízo.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Você vai receber uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar

Sujeito da pesquisa

Maiores informações:

Irânia Maria da Silva Ferreira Marques – aluna do Curso de Mestrado em Saúde Pública – Turma: 2001, da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) – Fiocruz – Subárea Políticas Públicas e Saúde. – Enfermeira Sanitarista da Fundação Nacional de Saúde de Mato Grosso.

Endereço eletrônico: iraniamarques@aol.com e imarques@ensp.fiocruz.br

Endereço residencial: Rua Professora Tereza Lobo, 92, apto. 104 – Senhor do Passo – Cuiabá/MT. CEP: 78.048-700 Fone: (65) 642-5564

ANEXO II

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
Mestrado em Saúde Pública/Subárea Políticas Públicas e Saúde**

**ESTUDO SOBRE O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL
INDÍGENA DE CUIABÁ (MT)**

ROTEIRO PRELIMINAR PARA ENTREVISTA COM ATORES-CHAVES¹

I. Identificação do Entrevistado:

1. Nome: _____
2. Endereço: _____
3. Cidade: _____ CEP: _____
4. Tel.: _____ Fax: _____ E-mail: _____
5. Sexo: () M () F
6. Idade: _____
7. Profissão: _____
8. Grau de escolaridade: _____
9. Cargo que ocupa: _____
10. Tempo que ocupa este cargo: _____
11. Função exercida anteriormente: _____

II. Política de Saúde Indígena/Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs):**Etapas de criação:**

1. Qual foi a participação da instituição que você representa na implementação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) em Mato Grosso?
2. Você pessoalmente participou da implantação dos DSEIs de Mato Grosso? Como foi esse processo?

¹ A entrevista será gravada em fitas, transcritas pela mestranda e mantidas sob a guarda da pesquisadora.

3. Quem apoiou a iniciativa de criar os DSEIs? Qual foi o tipo de apoio dado?
4. Houve alguma manifestação contrária ou resistência à criação dos DSEIs no Mato Grosso? De quem? Por qual motivo?
5. A população indígena participou de algum modo no primeiro momento da criação dos DSEIs em Mato Grosso? Como? Foram realizadas reuniões com representantes indígenas e com a população das aldeias?
6. Como foram delimitadas as áreas para criação dos DSEIs em Mato Grosso? Quais os instrumentos utilizados nesta identificação?
7. A sua instituição participou do processo de criação do DSEI Cuiabá? Como ?
8. Indique o grau de apoio ou participação na implantação do DSEI de Cuiabá dos seguintes atores no momento de criação e no momento atual (atenção *especificar os atores*). Justifique sua resposta.

No momento da criação do DSEI Cuiabá:

Atores	Não se manifestou /Não participou	Manifestou-se contra	Manifestou apoio	Apoiou muito	Não sabe
FUNASA/PRE/DESAI					
FUNASA/CRMT					
FUNAI/Departamento de Saúde Indígena/DF.					
FUNAI/ADR de Cuiabá					
SES/MT					
Conselho Estadual de Saúde de MT.					
CEPSI/MT. (Comissão Especial Permanente de Saúde Indígena de MT.)					
CIMI/MT					
Associações indígenas (especificar)					
UFMT					
Secretarias Municipais de Saúde (especificar)					
PRODEAGRO/MT					
Grupos religiosos (especificar)					
ONGs (especificar)					
Outros (especificar)					

1. No momento atual:

Atores	Não se manifestou /Não participou	Manifestou-se contra	Manifestou apoio	Apoiou muito	Não sabe
FUNASA/PRE/DESAI					
FUNASA/CRMT					
FUNAI/Departamento de Saúde Indígena/DF					
FUNAI/ADR de Cuiabá					
SES/MT					
Conselho Estadual de Saúde de MT					
CEPSI/MT. (Comissão Especial Permanente de Saúde Indígena de MT.)					
CIMI/MT					
Associações indígenas (especifique)					
UFMT					
Secretarias Municipais de Saúde (especificar)					
PRODEAGRO/MT					
Grupos religiosos (especificar)					
ONGs (especificar)					
Outros (especificar)					

III. Etapa de Implementação:

1. Após decidir-se pela criação dos DSEIs, quais foram os trâmites em Mato Grosso para a sua concretização? Foi discutido pelo Conselho Estadual de Saúde de MT.? Foi discutido pelos conselhos de saúde indígena existentes? Foi discutido com as comunidades indígenas?
2. Foi promovida alguma forma de divulgação dos DSEI em Mato Grosso e em especial do DSEI Cuiabá? Para quem foi divulgado? Foi elaborado material para divulgação? Quais os veículos utilizados (folhetos, rádio, tevê, jornal, CMS). Qual o período?
3. Foi formada uma equipe de gerenciamento? Quem compôs esta equipe? Esses profissionais tinham alguma experiência em gestão do SUS?
4. A equipe multidisciplinar de saúde indígena passou por algum treinamento antes de iniciar o trabalho em área indígena? Qual a instituição responsável pelo treinamento? Quais os temas abordados?
5. Se você fosse caracterizar etapas do desenvolvimento do DSEI Cuiabá até o momento, quais seriam aquelas pelas quais passou o distritos até agora? (Houve momentos de maior avanço e outros de paralisia?) Quais? Por quê?

IV. Fatores facilitadores e dificultadores:

1. Que fatores você apontaria como facilitadores e dificultadores para a implementação da Política Nacional de Saúde Indígena em Mato Grosso e no DSEI de Cuiabá?
2. Qual a grande vantagem do DSEI Cuiabá? Qual o aspecto mais positivo da criação do distrito? Qual o resultado mais positivo? Quais as inovações que podem ser atribuídas à criação e desenvolvimento do DSEI Cuiabá?
3. Quais problemas você identifica para a implementação do DSEI Cuiabá no momento? Qual a grande dificuldade para a efetivação das ações do DSEI Cuiabá?

V. Execução por meio de ONGs:

1. Como sua instituição percebe a forma de gerenciamento e execução das ações de saúde através das ONGs no DSEI Cuiabá? (Há concordância ou ressalvas?) Por quê?
2. Qual a sua opinião sobre a modalidade de gerenciamento e execução das ações de saúde através das ONGs? Explique.
3. Quais são as vantagens e desvantagens da execução das ações de saúde por meio das ONGs?

VI. Política Institucional:

1. Qual a política que a sua instituição vem implementando para atender à saúde das populações indígenas? Existe alguma estrutura nela que seja responsável pelo atendimento a essa população? Como ela participa da execução de ações de saúde para a população indígena? Quais?
2. Qual a proposta da sua instituição para implementar a Política Nacional de Atenção à Saúde para os Povos Indígenas em Mato Grosso e no DSEI Cuiabá?
3. O que sua instituição está fazendo para contribuir com o DSEI Cuiabá no enfrentamento dos seus problemas?
4. Você identifica algum tipo de apoio técnico gerencial que poderia contribuir para o desenvolvimento do DSEI Cuiabá?
5. Qual a sua leitura sobre a atual Política Nacional de Atenção à Saúde para os Povos Indígenas?

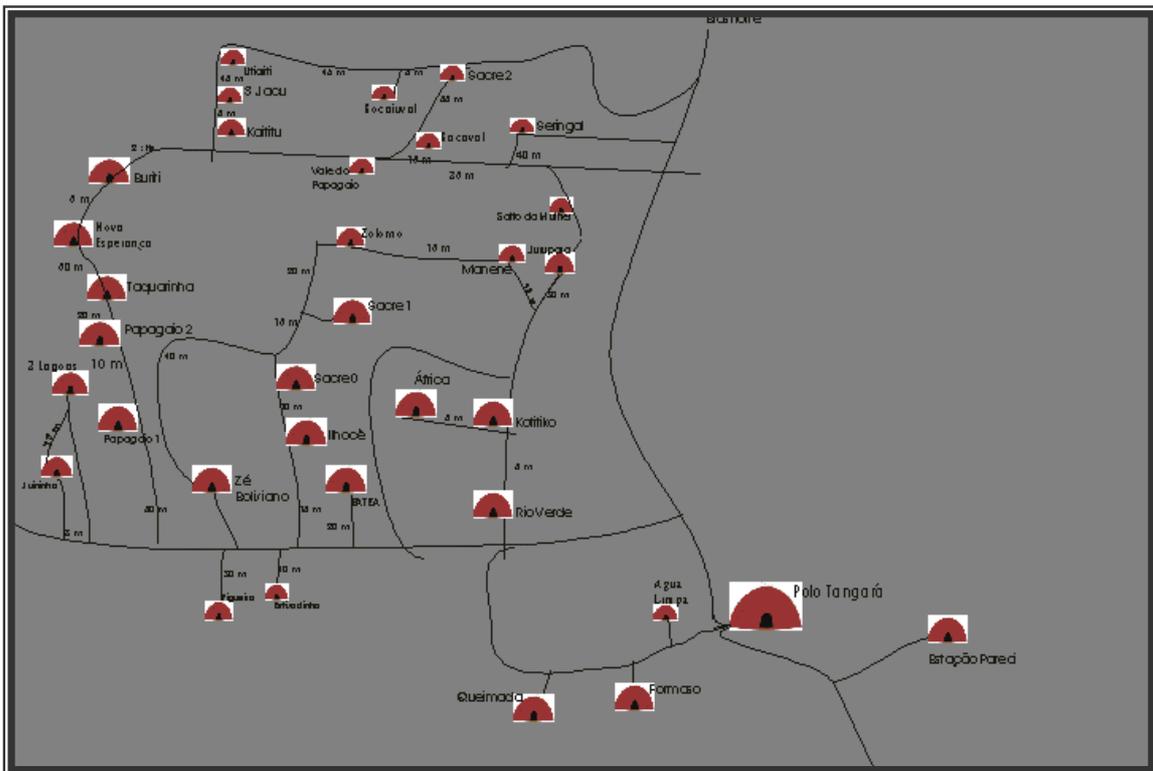
VII. Impacto do DSEI nas ações de saúde:

1. Qual a sua opinião quanto ao impacto do DSEI nas seguintes ações para a população indígena?

Ações	Sem impacto	Baixo impacto	Médio impacto	Alto impacto	Não sabe
a) Ampliação do acesso da população indígena à atenção à saúde					
b) Melhoria da qualidade da atenção prestada					
c) Redução da mortalidade infantil					
d) Aumento da cobertura vacinal					
e) Redução da mortalidade materna					
f) Aumento do número de consultas médicas por habitante					
g) Aumento do número de consulta de enfermagem por habitante					
h) Aumento do número de atendimento odontológico por habitante					
i) Aumento do número de atendimentos por pessoal de nível médio					
j) Aumento da cobertura de pré-natal					
k) Aumento do número de pacientes referenciados e efetivamente atendidos					
l) Redução do número de internações hospitalares					

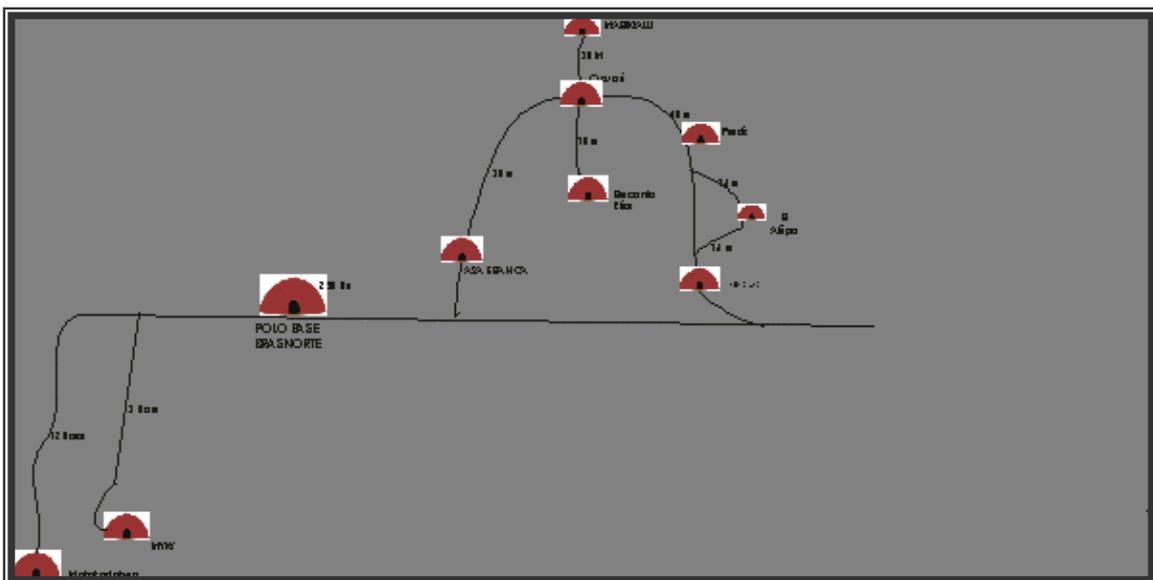
ANEXO III

Aldeias do Pólo-base de Tangará da Serra



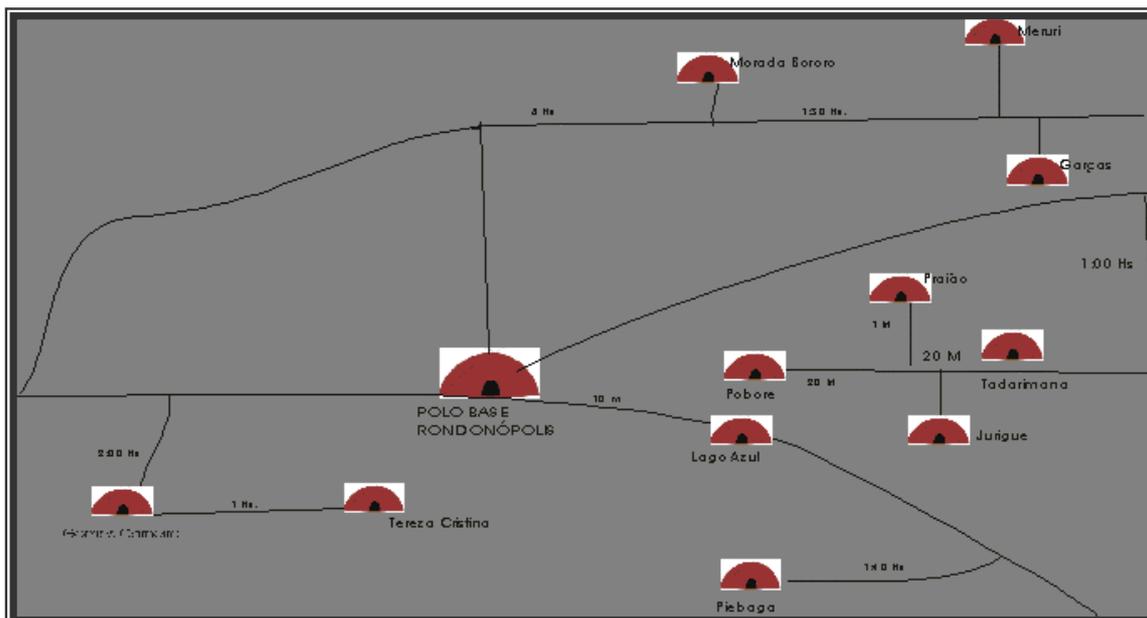
Fonte: Funasa/Core-MT.

Aldeias do Pólo-base de Brasnorte



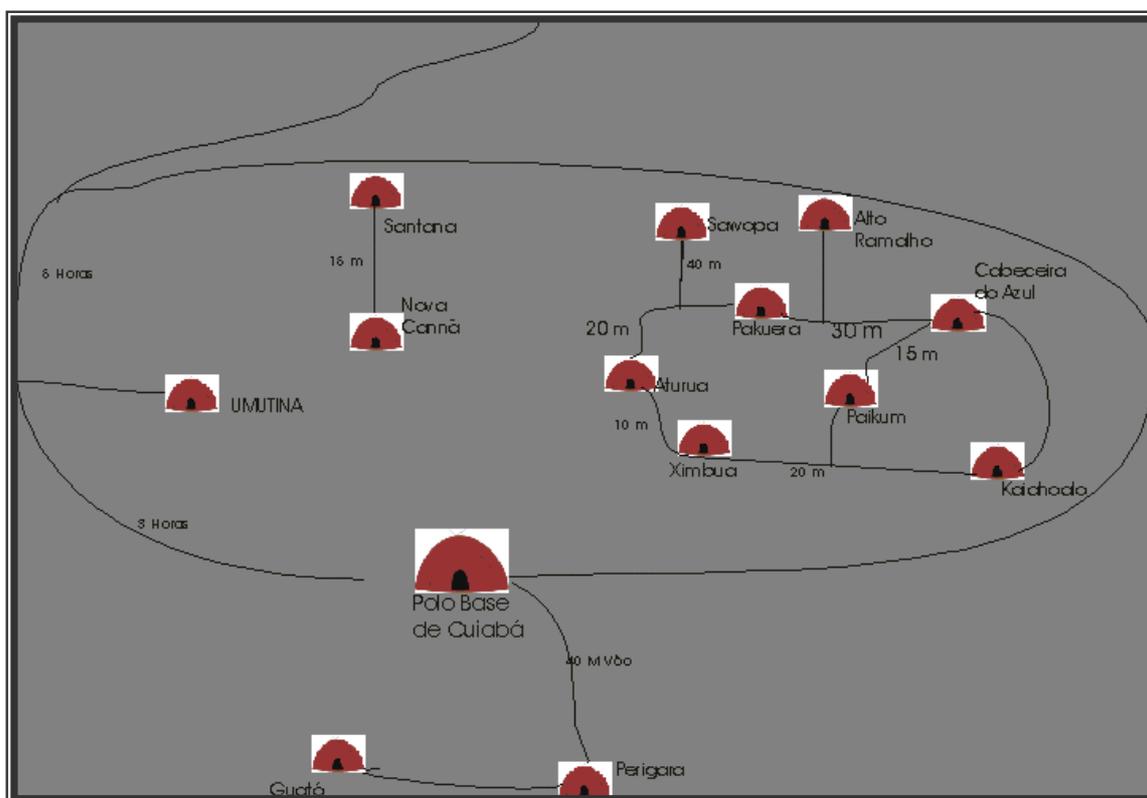
Fonte: Funasa/Core-MT.

Aldeias do Pólo-base de Rondonópolis



Fonte: Funasa/Core-MT.

Aldeias e etnias do Pólo-base de Paranatinga



Fonte: Funasa/Core-MT.