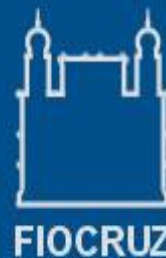




**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES -**  
**MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**



**TATIANE FERNANDES PORTAL DE LIMA**

---

**POLÍTICA DE INFORMAÇÃO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO À  
SAÚDE INDÍGENA: UMA ANÁLISE A PARTIR DA PERSPECTIVA DA  
VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

---

**RECIFE**

**2009**

**TATIANE FERNANDES PORTAL DE LIMA**

**POLÍTICA DE INFORMAÇÃO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO À SAÚDE  
INDÍGENA: UMA ANÁLISE A PARTIR DA PERSPECTIVA DA VIGILÂNCIA  
EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

**ORIENTADOR:**

Prof. Dr. André Monteiro Costa

**CO-ORIENTADORA:**

Profa. Dra. Maria Alice Fernandes Branco

**RECIFE**

**2009**

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

L732p Lima, Tatiane Fernandes Portal de.

Política de informação no contexto da atenção à saúde indígena: uma análise a partir da perspectiva da vigilância em saúde/ Tatiane Fernandes Portal de Lima. — Recife: T. F. P. Lima, 2009.

230 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: André Monteiro Costa, Co-orientadora: Maria Alice Fernandes Branco.

1. Sistemas de Informação. 2. Política de Saúde. 3. Saúde Indígena. 4. Vigilância da População. I. Costa, André Monteiro. II. Branco, Maria Alice Fernandes. III. Título.

CDU 614

---

*Para os povos indígenas do Nordeste. Os primeiros brasileiros. Povo sofrido, batalhador, guerreiro.*

*Para os índios do presente, todas as etnias do Brasil, com suas diversidades e manifestações culturais.*

*A estes brasileiros, diante das iniquidades sociais que vivenciam, dedico este trabalho, como parte da minha militância social por um País mais justo e mais equânime.*



TATIANE FERNANDES PORTAL DE LIMA

**POLÍTICA DE INFORMAÇÃO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO À SAÚDE  
INDÍGENA: UMA ANÁLISE A PARTIR DA PERSPECTIVA DA VIGILÂNCIA  
EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. André Monteiro Costa  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

---

Prof. Dr. Lindemberg Medeiros de Araújo  
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Idê Gomes Gurgel  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, por demonstrar o Seu grande amor dia a dia, por me ensinar que todos os meus atos devem ser feitos com amor, e por me dirigir os passos. É Ele quem me mostra a cada dia que tudo contribui para o bem. Durante estes anos do Mestrado foi Ele quem me mostrou o quanto era fácil sorrir...

Aos meus pais amados, exemplos de força e amor, José Maria e Lúcia Helena, que me ensinaram que por meio de todo bom trabalho há proveito, enchendo-me de amor e esperança frente às vicissitudes desta vida, sempre fazendo da “queda um passo de dança”. Queridos pais, como vocês são especiais e amados! Agradeço pelo apoio, por acreditarem, pelos cafés da manhã, por fazer tantas vezes além... Amo vocês.

A Cris, por sempre mostrar as inúmeras cores da vida. Por viver comigo suas composições. Viver para além do trabalho, para além dos estudos e conquistas. Por reforçar, a cada manhã, que a vida é feita de amor, de família, de primos, de tios, de almoços nos domingos, de piadas, de músicas e de amigos.

A Lú e Joel, pelo exemplo de força, garra e determinação frente aos obstáculos e limites que a vida impõe. Os frutos deste casal sempre me encheram de ânimo e esperança.

Aos meus tios Marcos, Lucir e Lenir, pelo amor, carinho e cuidado, sempre me ajudando e me encorajando. A vovó Zezé, agradeço as suas orações e preces. Com ela aprendo, a cada dia, a ter fé e a sorrir sempre.

A todos os meus familiares e, em especial, aos meus primos Érika e Marcus Vinícius, lindos, amo vocês, apesar da distância de hoje, contem sempre com a minha torcida, pois a torcida de vocês me encorajou a vencer mais esta etapa.

Aos meus amigos do Nesc: Dra. Glaciene Mary, com sabedoria, simplicidade e conhecimento, ela me ensinou e ensina muito; Ludmila, Ederline, Amanda, Vanessa Lima, Claudinha, Catarina, Angélica, Nalvinha, Nilda e Joselice, grandes pessoas que encontrei,

agradeço-lhes por aprender tanto com as preciosas diferenças, que sempre se somavam com respeito e amor.

Aos professores e pesquisadores Carlos Pontes, Idê Gurgel, Kátia Medeiros, Abel Menezes, Eduarda Cesse, Rejane e Rafael Moreira, com quem aprendi tanto, no ser e no fazer. A todos os demais professores do Nesc e aos alunos do Mestrado e Doutorado acadêmico, cresci muito com nossas discussões científicas.

Ao Professor Edson Silva, da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), por nos transmitir o seu amor pelos povos indígenas no Nordeste e seu compromisso ético. Sem dúvida, este professor é um exemplo de que a Ciência deve ser comprometida e estar sempre em busca de uma sociedade mais justa e equitativa.

Ao meu orientador André Monteiro, que tem acompanhado meu caminhar e partilhado comigo vários desafios e conquistas desde a Residência, por me dar a liberdade suficiente para crescer e aprender sempre. Apesar de todos os meus defeitos e de seus defeitos, sempre guardarei na lembrança os nossos proveitosos, e às vezes breves momentos de discussões e teimosias científicas, sua paciência e ausência de paciência para responder os meus inúmeros porquês.

À orientadora e querida Alice Branco, que com determinação, objetividade e paciência tem me auxiliado neste mergulho ao universo da Informação e suas inter-relações neste verdadeiro “caleidoscópio”. Se olharmos para trás, encontraremos explicações para o presente, e deste modo avançaremos de forma inteligente rumo ao futuro. Sem dúvida, suas análises da política nacional de informação em saúde são preciosas, e foram fundamentais para minhas reflexões.

Aos técnicos da Funasa em Brasília, no Rio de Janeiro e no Dsei de Pernambuco, César Guimarães, Carlos Coloma, Pedro Alves Filho, Américo, Izabel do Pólo - base Xukuru; ao Secretário de Saúde do Município de Pesqueira e aos técnicos e diretores que compõem a Secretaria de Saúde e tantos outros que me apoiaram, disponibilizando alguns documentos, sempre com dedicação e profissionalismo. Agradeço, por acreditar que os frutos desta pesquisa podem ser úteis. Sou grata pelo desprendimento e pela gentileza, palavras pouco faladas em produções científicas desta natureza, mas que, sem dúvida,

compõem os ingredientes de êxito de uma pesquisa de campo. Aliás, sou grata aos queridos mestres Carlos Pontes, André Monteiro e Abel Menezes, por compartilharem os ensinamentos do Profeta Gentileza; sempre busco trazer à minha memória que “gentileza gera gentileza”.

Às amigas Vanessa Lima e Silva e Wanessa Tenório, Raquelzinha Acioli e Maria Luiza Timóteo, companheiras na Fonoaudiologia, militantes da saúde da comunicação humana e da saúde coletiva, pelo exemplo de mulheres (em seus múltiplos e sobrepostos papéis de mãe, filha, irmã, enamoradas, noiva, amiga etc.), pesquisadoras, guerreiras e de amantes da vida, que sempre fazem tudo tão bem feito, com precisão, cuidado, respaldo, amor e respeito. Vocês, sem dúvida, são exemplos para mim. Queridas amigas do Mestrado Amandinha Cabrale Claudinha Patriota, todas essas palavras são para vocês também.

Também agradeço aos estudantes e aos docentes do Curso de Fonoaudiologia da UFPE, que me acolheram de uma forma especial. Eu pude aprender e aprendo tanto em cada aula, em cada conversa ou nas dúvidas destes iluminados graduandos. Nada de alunos (sem luz), mas, sim, graduandos e “pesquisadores iniciantes” que, com curiosidade, humor e coleguismo sempre me desafiaram para que eu me apropriasse das ferramentas da pesquisa e do campo da Saúde Coletiva.

E, especialmente, a Júnior, pelo seu verdadeiro amor. Homem com tantas qualidades: atencioso, carinhoso, amoroso, cuidadoso, determinação, competência, profissionalismo, sabedoria, mansidão e garra. Ele me encoraja, a cada dia, a alcançar meus (nossos) sonhos e planos. Eu o amo e (re)aprendo com ele o significado do verbo (de ação) amar.

*“Nesta mata tem ciência  
Eu vou mandar chamar  
Eu vou, eu vou, eu vou mandar chamar  
[...]  
Nossas matas têm ciência  
Nossas matas têm  
Nossas matas dá  
O caboclo pega pra guerrear”.*  
*(Música do povo Xukuru do Ororubá)*

---

LIMA, Tatiane Fernandes Portal. **Política de Informação no contexto da Atenção à Saúde indígena:** uma análise a partir da perspectiva da vigilância em saúde. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

---

## RESUMO

O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena e o Sistema de Informação de Saneamento em Área Indígena foram criados, respectivamente, em 1999 e 2002. Por se tratar de sistemas recentes, poucos foram os estudos feitos a partir dos seus dados. Considerando que esses sistemas vêm sendo objeto de inúmeras críticas e que é uma determinada Política de Informação em Saúde que direciona o processo de gerenciamento da informação, que por sua vez aponta a operacionalidade e o uso de um sistema de informação, este estudo analisou a Política Nacional de Informação no contexto da saúde indígena, a partir da perspectiva da vigilância em saúde. Foram utilizadas duas vias metodológicas. Na primeira, a partir de uma caracterização histórica, foi feita uma análise da Política de Informação em Saúde Indígena, como foi concebida, desenvolvida e implementada. Na segunda via metodológica, partindo das principais características de um sistema de informação em saúde dentro de um distrito sanitário e dos referenciais da reprodução social, foi feito um estudo de caso na etnia Xukuru do Ororubá, situada em Pesqueira-PE, nos anos de 2007 e 2008. As fontes dos dados primários foram a observação participante e entrevistas semiestruturadas; e os dados secundários foram provenientes do levantamento documental e dos sistemas de informação em saúde indígena. A caracterização histórica demonstrou que a política de informação no contexto da saúde indígena vem sendo implementada ao longo dos anos, centrada em um objeto de vigilância restrito, ou seja, abrangendo eminentemente as doenças transmissíveis. Os sistemas analisados revelam, ainda, fragmentação e paralelismo de informação, quando comparados com os demais sistemas do Sistema Único de Saúde, seguindo fluxos e comandos distintos. Através da análise da Política de Informação, foi possível evidenciar que a “distritalização diferenciada”, pensada pela atual Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, precisa desenvolver estratégias de modo a fortalecer a ação complementar dos Estados e Municípios. Por fim, percebe-se que a atual Política de Informação em Saúde Indígena não contempla a perspectiva da vigilância em saúde e atende parcialmente às especificidades etnicoculturais. Na atual forma em que vem sendo implementada, desconsiderando a participação popular e desrespeitando o comando único e a integralidade, demonstra não estar em consonância com a política preconizada para estes povos.

**Palavras-chaves:** Política de Saúde; Sistemas de Informação; Saúde Indígena; Vigilância da população.

---

LIMA, Tatiane Fernandes Portal. **Information National Policy in the context of indigenous health:** analysed from the perspective of public health surveillance. 2009. Dissertation (Master in Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

---

## ABSTRACT

The Information System of Care for Indigenous Health and the Information System of Sanitation in Indigenous Area were created respectively in 1999 and 2002. Since they are recent systems, few studies have been made from their data. Whereas these systems have been subjects of considerable criticism and that is a specific Policy on Health Information that drives the process of information management, which in turn points to the operation and use of an information system, this study analysed the Information National Policy in the context of indigenous health, from the perspective of public health surveillance. We used two methodological approaches. At first, from a historical characterization, an analysis was made of the Information Policy on Indigenous Health as well as how it was designed, developed and implemented. In the second approach, starting with the main features of a system of health information within a health district and the benchmarks of social reproduction, a case study of Xukuru Ororub ethnicity, located in Pesqueira-PE, was made in 2007 and 2008. The sources of the primary data were participant observation and semi-structured interviews, and secondary data were from the collection of documents and information systems in indigenous health. The historical characterization showed that the information policy in the context of indigenous health has been implemented over the years, focusing on an object of restricted surveillance, namely, involving highly communicable diseases. The analysed systems also reveal fragmentation and parallelism of information, when compared with other systems of the Unified Health System, following fluctuation and distinct controls. Through the analysis of the Information Policy, it became clear that "different district status," designed by the current National Policy on Health Care for Indigenous Peoples must develop strategies in order to strengthen the complementary action of the Government. Finally, it can be realized that the current policy in Indigenous Health Information does not include the perspective of public health surveillance and partially meets the specific ethnic-cultural issues. In the current form that has been implemented, ignoring popular participation, and breaking the unified command and completeness, it does not appear to be consistent with the policy advocated for these people.

**Keywords:** Health Policy; Information Systems; Indigenous Health; Population Surveillance.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 -</b>	Modelo ecológico para o gerenciamento da informação.	39
<b>Figura 2 -</b>	Conjunto de atividades ( <i>workflows</i> ) ao longo das fases de desenvolvimento de um sistema de informação.	46
<b>Figura 3</b>	Esquema para analisar as inter-relações das instâncias do SUS e do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.	63
<b>Figura 4 -</b>	Regiões geográficas do Estado de Pernambuco, Brasil.	64
<b>Figura 5 -</b>	Mapa geográfico do território indígena Xukuru segundo as sub-regiões climáticas.	65
<b>Figura 6 -</b>	Unidades de análise referentes ao espaço e à estrutura da organização das ações de saúde indígena.	66
<b>Figura 7 -</b>	Unidades de análise do estudo.	67
<b>Figura 8 -</b>	Fluxograma de dados e “informações” do Siasi e suas inter-relações com outros sistemas de informação.	110
<b>Figura 9 -</b>	Módulos do Siasi e suas inter-relações com outros sistemas de informação.	114
<b>Figura 10 -</b>	Estrutura organizacional da Funasa a partir de 2003.	123
<b>Figura 11 -</b>	. Diagrama da organização sociopolítica Xukuru, Pesqueira-PE (2008).	142
<b>Figura 12 -</b>	A contribuição dos idosos na transmissão da informação entre os indígenas Xukuru do Ororubá, durante a VII Assembleia do Povo Xukuru realizada entre os dias 17 e 20 de maio de 2007.	143
<b>Figura 13 -</b>	Estrutura organizacional da etnia Xukuru do Ororubá, apresentada durante a VIII Assembleia do Povo Xukuru, realizada entre os dias 17 e 20 de maio de 2007.	146



## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1 -</b>	Inter-relações entre o conceito de saúde, a perspectiva da vigilância e o enfoque dado à informação.	59
<b>Quadro 2 -</b>	Documentos disponibilizados e analisados pelo estudo.	70
<b>Quadro 3 -</b>	Etapas da análise documental da pesquisa.	75
<b>Quadro 4 -</b>	Condensação de significados com Unidades Naturais de Análise, seus temas centrais e a descrição essencial.	78
<b>Quadro 5 -</b>	Comparativo dos subitens apresentados no relatório final das I e II Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNSPI).	98
<b>Quadro 6 -</b>	Medidas legais publicadas entre 2006 e 2008 referentes à reorganização do modelo de atenção à saúde indígena.	127
<b>Quadro 7 -</b>	Impedimentos para a realização do Projeto de Futuro do Povo Xukuru do Ororubá. VII Assembleia do Povo Xukuru, 17 e 20 de maio de 2007, Aldeia Capim de Planta.	144
<b>Quadro 8 -</b>	Quadro comparativo entre o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena desenvolvido pela Fundação Nacional de Saúde e os demais sistemas de informação do Sistema Único de Saúde.	161
<b>Quadro 9 -</b>	Quadro sintético das principais limitações e potencialidades do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena/Fundação Nacional de Saúde.	163
<b>Quadro 10 -</b>	Quadro sintético das principais limitações e potencialidades do Sistema de Informação de Saneamento em Área Indígena/Fundação Nacional de Saúde.	164
<b>Quadro 11 -</b>	Comparativo das aldeias Xukuru segundo a região socioambiental a partir da observação participante e dos sistemas de informação em saúde indígena (Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena e Sistema de Informação de Saneamento em Área Indígena), etnia Xukuru do Ororubá, Pesqueira, PE, 2008.	167

## LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

Abrasco – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
ACS – Agente Comunitário de Saúde  
AER – Administração Executiva Regional  
AIS – Agente Indígena de Saúde  
Aisan – Agente Indígena de Saneamento  
BDA – Boletim Diário de Atendimento  
Cafi – Cadastro da Família Indígena  
Cartão SUS – Cartão Nacional de Saúde  
Casai – Casa de Saúde do Índio  
Casan – Acompanhamento de Obras de Saneamento e Edificações nas Áreas Indígenas  
CCLF – Centro de Cultura Luiz Freire  
Cendap – Centro de Desenvolvimento e Apoio aos Municípios e Comunidades  
Cenepi – Centro Nacional de Epidemiologia  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CF – Constituição Federal  
CI – Ciência da Informação  
CID-10 – Código de Classificação Internacional de Doenças (10ª versão)  
Cimi – Conselho Indigenista Missionário  
Cisi – Comissão Intersetorial de Saúde do Índio  
Cisxo – Conselho Indígena de Saúde Indígena Xukuru do Ororubá  
Cnes – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
CNPSI – Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio  
CNRS – Comissão Nacional da Reforma Sanitária  
CNS – Conferência Nacional de Saúde  
CNSPI – Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas  
COINF – Coordenação de Informática  
Comoa – Coordenação de Monitoramento das Ações de Saúde  
Condisi – Fórum dos Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena  
Conep – Comitê Nacional de Ética em Pesquisa  
Copixo – Conselho de Professores Indígenas Xukuru do Ororubá  
Core – Coordenação Regional

CPqAM – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães  
CSDH – *Commission on Social Determinants of Health*  
DAB – Departamento de Atenção Básica  
DADM – Departamento de Administração  
DANT – Doença e Agravado Não Transmissível  
Dataprev – Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social  
Datusus – Departamento de Informática do SUS  
DCNT – Doença crônica não-transmissível  
Decit – Departamento de Ciência e Tecnologia  
Desai – Departamento de Saúde Indígena  
Densp – Departamento de Engenharia de Saúde Pública  
Diesp – Divisão de Engenharia de Saúde Pública  
DIP – Doença Infecto-Parasitária  
DNC – Doença de Notificação Compulsória  
DNV – Declaração de Nascidos vivos  
DO – Declaração de Óbito  
DR – Delegacia Regional  
Dsei – Distrito Sanitário Especial Indígena  
Dsei-PE – Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco  
DSS – Determinante Social da Saúde  
EMSI – Equipe Multidisciplinar de Atenção à Saúde Indígena  
EMSIAL – Equipe Multidisciplinar de Atenção à Saúde Indígena da Amazônia Legal  
AER – Administração Executiva Regional  
ESF – Equipe de Saúde da Família  
EVS – Equipe Volante de Saúde  
FII – Ficha Individual de Investigação  
Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz  
FNS – Fundação Nacional de Saúde  
Fsesp – Fundação Serviço Especial de Saúde Pública  
Funai – Fundação Nacional do Índio  
Funasa – Fundação Nacional de Saúde  
GIS – Gestão da Informação em Saúde  
GT – Grupo Temático  
GTISP – Grupo de Trabalho de Informação em Saúde e Populações

GTT – Grupo de Trabalho Tripartite

CNPSI – Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio

IAB-PI – Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas

IAE-PI – Incentivo para a Atenção Especializada de Média e Alta Complexidade aos Povos Indígenas

GPC – Sistema de Gerenciamento de Prestação de Contas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

CNSPI – Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas

CNSI – Conferência Nacional de Saúde Indígena

Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MDDA – Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas

NOB – Norma Operacional Básica

Opas – Organização Pan-Americana da Saúde

PAB Variável – Componente Piso da Atenção Básica Variável

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

Pnaspi – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

PNIS – Política Nacional de Informação e Informática em Saúde

PNIS – Política Nacional de Informação em Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

RIO - 92 – Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e Desenvolvimento

Ripsa – Rede Interagencial de Informações para a Saúde

RNIS – Rede Nacional de Informações em Saúde

RSA – Região Socioambiental

RUP – Processo Unificado da IBM/Rational

SAA – Sistema de Abastecimento de Água

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SASI – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SB – Saúde Bucal

SCNES – Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SF – Saúde da Família

SI – Sistema de Informação

Siab – Sistema de Informação da Atenção Básica

Siasi – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

SIA-SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS  
SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS  
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade  
Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
Sinasc – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos  
SI-PNI – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações  
PNI – Programa Nacional de Imunização  
SIS – Sistema de Informação em Saúde  
SIS FAD – Sistema de Informação Relacionado ao Combate da Dengue  
Sisabi – Sistema de Informação de Saneamento em Área Indígena  
Siságua – Sistema de Vigilância de Controle da Qualidade da Água para Consumo Humano  
Siscon – Sistema de Prestação de Contas  
Sivam – Sistema de Vigilância da Amazônia  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SNT – Serviço Nacional de Tuberculose  
SNVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica  
SPI – Serviço de Proteção ao Índio  
SSMDs – Sinais e Sintomas Mal Definidos  
Sucam – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública  
SUS – Sistema Único de Saúde  
Susa – Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas  
SVS – Secretaria de Vigilância à Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TI – Território Indígena  
UAE – Unidade de Atendimento Especial  
UFPE – Universidade Federal de Pernambuco  
UFRPE – Universidade Federal Rural de Pernambuco  
UP – Processo Unificado  
Vigisus – Vigilância Epidemiológica do Sistema de Saúde

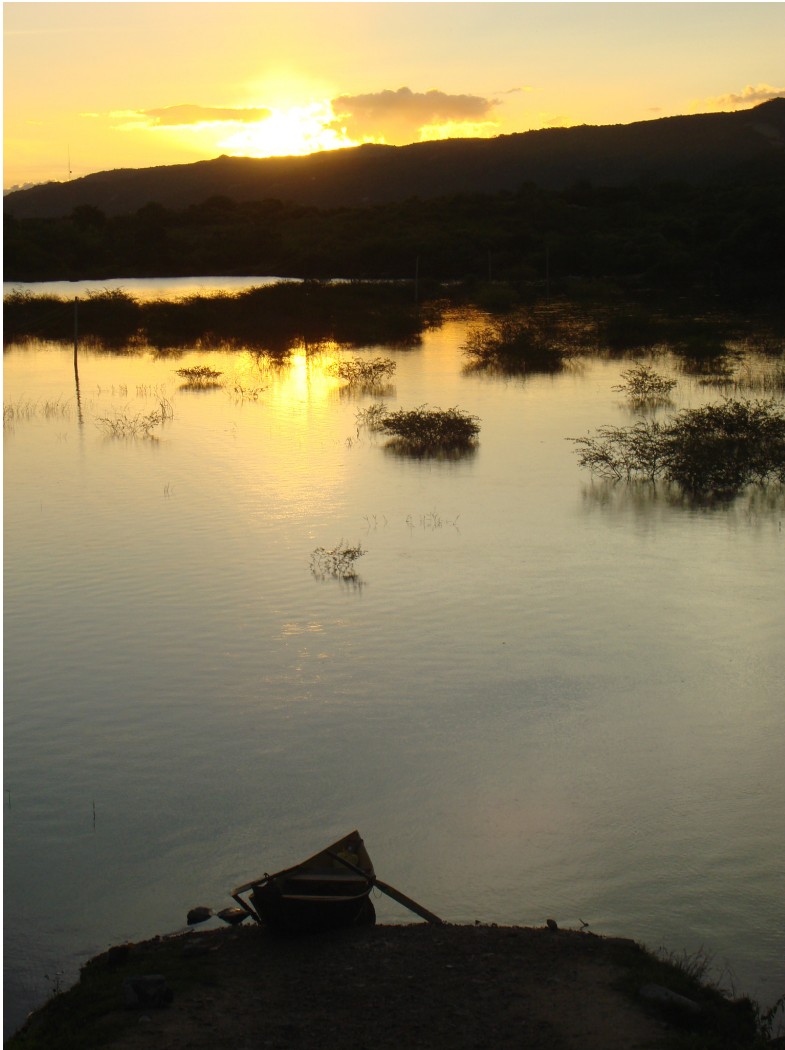
## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	22
<b>1.2 Construção do objeto</b>	24
<b>1.3 Perguntas condutoras do estudo</b>	30
<b>1.4 Hipóteses do estudo</b>	30
<b>1.5 Objetivos</b>	30
<i>1.5.1 Objetivo geral</i>	30
<i>1.5.2 Objetivos específicos</i>	31
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	33
<b>2.1 Política de Informação em Saúde</b>	33
<i>2.1.1 Conceitos e abordagens da Informação</i>	33
<i>2.1.2 Política de Informação e a construção da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde</i>	38
<i>2.1.3 Modelos para a análise de Política de Informação</i>	43
<i>2.1.4 Sistemas de Informação em saúde no contexto indígena</i>	45
<b>2.2 A informação e a Vigilância em Saúde</b>	50
<i>2.2.1 Da vigilância da doença para a vigilância da saúde</i>	50
<i>2.2.2 A Matriz de Reprodução Social como ferramenta para a vigilância em Saúde</i>	54
<i>2.2.3 Perspectivas da vigilância em saúde: por uma abordagem política da informação</i>	57
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO</b>	62
<b>3.1 Desenho do estudo</b>	62
<b>3.2 Área do estudo de caso</b>	64
<b>3.3 Unidades de análise</b>	66
<b>3.4 Sujeitos do estudo</b>	67
<b>3.5 Fontes de dados e instrumentos de coleta</b>	68
<i>3.5.1 Fontes de dados primários</i>	68
3.5.1.1 Observação participante	68

3.5.1.2 Entrevistas semiestruturadas	69
3.5.2 <i>Fontes de dados secundários</i>	70
3.5.2.1 Levantamento documental	70
3.5.2.2 Sistemas de informação em saúde	72
<b>3.6 Período do estudo</b>	72
<b>3.7 Categorias de análise</b>	73
<b>3.8 Análise dos dados</b>	74
3.8.1 <i>Análise documental</i>	75
3.8.2 <i>Análise descritiva</i>	76
3.8.3 <i>Estatística descritiva</i>	77
3.8.4 <i>Análise do discurso</i>	77
<b>3.9 Considerações éticas</b>	79
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	81
<b>4.1 Caracterização histórica da política de informação da atenção à saúde indígena</b>	81
4.1.1 <i>Da colonização à década de 1950: Antecedentes do anarquismo informacional e primeiros passos para a “iniquidade da informação”</i>	81
4.1.2 <i>As marcas da tecnocracia e da fragmentação da informação em saúde indígena nas décadas de 1960 e 1970</i>	86
4.1.3 <i>Organizando a informação em saúde indígena na década de 1980: As bases para a formulação do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena.</i>	92
4.1.4 <i>Década de 1990: A fase de formulação do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena.</i>	96
4.1.5 <i>Anos 2000: As fases de implementação e implantação do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena.</i>	108
4.1.6 <i>Breve análise institucional Funasa e suas repercussões na política informacional</i>	121
<b>4.2 A atual Política (ou Políticas?) de Informação em Saúde Indígena e as inter-relações do Ministério da Saúde e da Funasa</b>	125
<b>4.3 A Política de Informação da Atenção à Saúde Indígena a partir do contexto distrital, municipal e local: o estudo de caso na Etnia Xukuru do</b>	139

<b>Ororubá (Pesqueira-PE)</b>	
4.3.1 <i>O contexto da informação para a Etnia Xukuru do Ororubá</i>	139
4.3.2 <i>O uso da informação e inter-relações entre o Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco, a Secretaria Municipal de Saúde de Pesqueira e o Polo-base Xukuru do Ororubá</i>	149
4.3.3 <i>Caracterização do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena e Sistema de Informação de Saneamento em Área Indígena quanto à vigilância em saúde</i>	160
<b>4.4 (In)congruência da Política de Informação em Saúde Indígena com a Política de Atenção à Saúde desses povos</b>	173
<b>5 CONCLUSÕES</b>	182
<b>REFERÊNCIAS</b>	187
<b>APÊNDICES</b>	
Apêndice A – Referências dos documentos de acesso restrito analisados.	
Apêndice B – Roteiro das entrevistas semiestruturadas direcionadas para os sujeitos chave do estudo.	
Apêndice C – Síntese comparativa dos grandes sistemas de informações em saúde em relação ao Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena e Sistema de Informação de Saneamento em Área Indígena.	
<b>ANEXOS</b>	
Anexo A – Matriz de Reprodução Social da Etnia Xukuru do Ororubá (Pesqueira-PE), 2009.	
Anexo B – Modelo do Processo de Desenvolvimento de <i>Software</i> (PDS) do DATASUS/Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).	
Anexo C – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (para indígenas)	
Anexo D – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (para não-indígenas)	
Anexo E – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (para indígenas e não-indígenas)	
Anexo F – Modelo do relatório do Censo Sanitário do Sisabi	
Anexo G – Carta de anuência das instituições envolvidas	





---

## 1 INTRODUÇÃO

*“Onde está a sabedoria que perdemos no conhecimento,  
Onde está o conhecimento que perdemos na informação?”  
(ELIOT, 1947 apud McGARRY, 1999).*

## 1 INTRODUÇÃO

A sabedoria remete a uma compreensão e discernimento dos reais problemas humanos e a uma maneira harmônica e resolutive de enfrentar os fatos da vida. De acordo com essa frase, pressupõe-se que quem tem sabedoria tanto possui conhecimento quanto informação. Os termos conhecimento e informação são intercambiáveis e estão intimamente relacionados. Existem diferentes formas de conhecimento, que podem implicar conhecimento de causa, conhecimento do senso comum, conhecimento de uma dada realidade, conhecimento científico e conhecimento de um estado de espírito.

Qualquer que seja o enfoque, fica implícito que há uma realidade externa ao homem e essa é o que resolvemos chamar de informação. É a partir da decisão humana que a informação será empregada em vários tipos e formas de conhecimento (McGARRY, 1999).

Como ainda acrescenta o autor:

Se fôssemos apenas passivas máquinas bíceps de processar informações, talvez o problema fosse menor, ou mesmo nem existisse, [...] mas somos seres humanos obstinados e caprichosos que decidimos por conta própria qual a informação será utilizada ou rejeitada, e se sabedoria é conhecimento, ou conhecimento é informação (McGARRY, 1999, p. 2).

Esse comportamento humano não deve desanimar o processo de investigação científica no campo da informação em saúde, mas a torna mais interessante no sentido de tentar entender suas nuances.

O presente trabalho foi fruto dos projetos “Proposição de modelo de manejo ambiental integrado e participativo para lidar com impactos das mudanças ambientais sobre as condições socio sanitárias das áreas indígenas de Pernambuco”<sup>1</sup>, que a partir de um estudo de caso nas etnias Xukuru e Fulni-ô, em Pernambuco, buscou construir um diagnóstico sócio-ambiental dessas etnias; e do projeto “Avaliação da Política de Atenção à Saúde Indígena no Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei) de Pernambuco, na perspectiva de usuários, trabalhadores e gestores”<sup>2</sup>. Dentre seus objetivos específicos inclui-se uma avaliação dos limites e possibilidades do Siasi e Sisabi, quanto à promoção da atenção integral à saúde indígena no Dsei de Pernambuco.

Ao analisar os dados por meio desses sistemas e a partir de uma primeira aproximação do processo de gestão da informação ficaram evidentes alguns de seus limites e

---

<sup>1</sup> Aprovado no edital MCT/CNPq/ MS-SCTIE-Decit número 38/2005.

<sup>2</sup> Aprovado no edital MS/ Funasa – MS/ SCTIE/Decit – Opas, 2007.

potencialidades que necessitavam de uma melhor investigação, diante dos poucos trabalhos publicados relacionados à saúde indígena.

Considerando que é uma dada política de informação em saúde que direciona o processo de gerenciamento da informação e este, por sua vez, aponta a operacionalidade e o uso de um sistema de informação, este trabalho nasceu da necessidade de uma discussão mais aprofundada acerca da política de informação em saúde adotada no contexto da saúde indígena.

Dentre os numerosos fatores que contribuem para que ainda seja incipiente o número de estudos relacionados aos sistemas de informação em saúde indígena no Brasil, destacam-se a implantação recente do Siasi e do Sisabi e a restrição de acesso aos sistemas, que só se encontram disponíveis para uso interno da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e pessoas autorizadas. Ademais, observa-se, na literatura, a quase inexistência de estudos de saúde relacionados aos povos indígenas do Nordeste, principalmente de Pernambuco.

O presente estudo buscou conhecer os aspectos relacionados à saúde e à política de informação entre os povos indígenas do Brasil (com um estudo de caso em Pernambuco), contemplando aspectos macropolíticos da informação até a produção de dados no nível local, nas aldeias, polos-base e Dsei.

Dalle (1980 *apud* LOJKINE, 1995) afirma que é no nível local, onde os dados são produzidos, que se encontra a maior parte das informações mais ricas e significativas para os processos de mudanças.

Outro interesse para desenvolver esta pesquisa surgiu à medida que percebia a problemática da informação em saúde, no contexto local da etnia Xukuru e sua íntima relação com o ambiente e as redes sociais. Entendendo informação e ambiente em seu sentido amplo, logo requerendo uma abordagem complexa, buscou-se agregar a perspectiva de saúde enquanto reprodução social e o modelo de vigilância em saúde enquanto estratégia de reorganização do Sistema de Saúde no país.

Dessa forma, o presente estudo foi organizado na seguinte sequência:

- a) No tópico da construção do objeto são apresentadas as perguntas condutoras e as hipóteses do estudo;
- b) Na fundamentação teórica são definidos alguns conceitos e abordagens da informação, da política de informação e da vigilância em saúde;
- c) São apresentados os objetivos específicos e o percurso metodológico do estudo;

- d) Os resultados são divididos em três subtópicos. O primeiro descreve a caracterização histórica da política de informação em saúde indígena, perpassando pelos antecedentes históricos da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena (Pnaspi), desde a colonização do Brasil até a sua implementação em 2002. Os tempos históricos foram separados segundo as diferentes conjunturas do país. Em seguida, apresentam-se as recentes mudanças que vêm acontecendo no Ministério da Saúde em relação ao contexto atual da saúde indígena. A partir da perspectiva da vigilância em saúde, são descritos os resultados do estudo de caso na etnia Xukuru do Ororubá, analisando o Siasi e o Sisabi no contexto político distrital, municipal e local;
- e) Por fim, são destacadas algumas limitações e as potencialidades desses sistemas e caracterizado em que medida a política de informação em saúde indígena se encontra em consonância com a Pnaspi. Por último, são apresentadas as principais conclusões e recomendações do estudo.

## 1.2 Construção do objeto

Como parte do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, o qual formulou os principais fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), constituiu-se, nos anos 1980, o Movimento Sanitário Indigenista, cuja militância era focada nos direitos das populações indígenas, entre eles o direito à saúde (VERANI, 1999).

Essa dupla militância – sanitária e indigenista – como coloca Verani (1999), foi exitosa, haja vista que a nova Constituição Federal de 1988, nos artigos 231 e 232, reconhece e assegura as especificidades e organizações socioculturais dos índios, bem como os direitos sobre as terras que tradicionalmente ocupavam, sendo competência da União demarcá-las, protegê-las e “fazer respeitar todos os seus bens” (BRASIL, 1988a, p. 69). Ainda estabeleceu “a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena” (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002, p. 8).

Os artigos que tratam sobre a saúde a garantem como um

direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso

universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1888, art. 196).

A Constituição ainda garante que as ações e serviços públicos de saúde devem seguir as diretrizes da “descentralização, com direção única em cada esfera de governo; do “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” e da “participação da comunidade” (BRASIL, 1888, art. 198).

Tais aspectos representaram uma conquista, considerando que os povos indígenas, ao longo de sua história, foram pouco assistidos por políticas públicas que, quando presentes, para o campo da saúde, caracterizavam-se por práticas descontextualizadas, centralizadas e fragmentadas.

Assim, a formulação da Pnasp, em 2002, representa alguns dos efeitos, mesmo que tardios, do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira e redemocratização social do país. Desde o início da década de 1990, as Leis nº. 8.080/1990, 8.142/1990 e as Normas Operacionais Básicas (NOBs) de 1991, 1993 e 1996 já demonstravam, pouco a pouco, a materialidade dos princípios e diretrizes de descentralização, universalidade, integralidade e equidade do SUS para a população em geral (BRASIL, 1990a; 1990b; 1996).

O atraso na implantação dessa política se deu por conta de sua operacionalização somente ter início a partir da Lei nº. 9.836, de 23 de setembro de 1999 (Lei Arouca), com a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi), sob a responsabilidade da Funasa, órgão do Ministério da Saúde. Essa política encontra-se estruturada, segundo a divisão territorial, em Dseis, e propõe ser implementada de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 1999a). Segundo a Lei nº. 9.836/1999, o Sasi deverá funcionar em perfeita integração ao SUS e esse deverá promover a articulação do Subsistema Indígena com os demais órgãos responsáveis pela política indígena do país. A Lei diz ainda, que os Estados e Municípios “poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações” (BRASIL, 1999, artigo 19-E).

Por fim, esse subsistema deverá levar em consideração a realidade local, os aspectos culturais e um modelo de atenção com 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” (BRASIL, 1999, artigo 19-F). Como a base da atenção do Sasi eram os Dseis, foram criados em quase todas as unidades federativas do país, exceto no Rio Grande do Norte e Piauí (MARQUES, 2003).

O Dsei foi pensado para um espaço etnicocultural dinâmico, responsável pelo planejamento, coordenação e execução das ações integrais de saúde, em sua área de abrangência (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002; 2004). Compete ainda ao Dsei, o

acompanhamento e avaliação das ações de saúde desenvolvidas a partir de indicadores de saúde e de desempenho e é responsável pela alimentação dos sistemas de informação da saúde indígena e consolidação das informações epidemiológicas e de saúde (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2004). Sendo uma unidade organizacional do Sasi, representou uma forma de “distritalização diferenciada” (CONFALONIERI, 1989, p. 445). Segundo Mendes (1993), distritalização é uma forma de transferência de gestão com descentralização das decisões, a qual visa à mudança do modelo clínico médico para o “modelo da produção social de saúde”, a partir da mudança na forma de organização dos serviços de saúde e conteúdos de suas práticas em um processo participativo com a perspectiva da vigilância em saúde.

Atualmente, os Dseis, juntamente com a Divisão de Engenharia de Saúde Pública (Diesp), compõem uma estrutura técnico-administrativa própria e descentralizada nas Coordenações Regionais (Core) da Funasa, cujos objetivos dentro da atual Pnaspi são, respectivamente, promover a atenção integral à saúde e desenvolver as ações de saneamento ambiental e engenharia pública dos povos indígenas<sup>3</sup>. As Cores estão presentes em cada estado brasileiro, totalizando 26 e atendem aos 34 Dseis distribuídos pelo país.

No intuito de “solucionar os problemas de escassez de informações em saúde relacionadas aos povos indígenas” (FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE, 2002) foi criado, em 1999, o Siasi, cuja implantação foi iniciada nacionalmente no ano 2000 (SOUZA, 2005). Anteriormente ao funcionamento desse sistema, os indicadores de saúde indígena eram produzidos pela Funasa, Fundação Nacional do Índio (Funai), missões religiosas e órgãos não-governamentais. Eram disponibilizados parcialmente, sendo, portanto, pouco fidedignos (SANTOS; COIMBRA JR., 2003).

Segundo a Portaria nº 70/GM, de 20 de janeiro de 2004, no âmbito da Funasa, o saneamento e a vigilância ambiental são ações de responsabilidade do Dsei e da Diretoria de Engenharia e Saúde Pública (BRASIL, 2004). Assim, para tratar das informações relacionadas ao saneamento, a Funasa criou, em 2002, o Sisabi, sob a coordenação nacional do Departamento de Engenharia de Saúde Pública (Desnp), ligado à presidência dessa instituição (VIANA, 2005).

A Portaria nº. 254, de 31 de janeiro de 2002, institui a Pnaspi, que conforme refere em seu documento, integra a Política Nacional de Saúde e encontra-se em conformidade com

---

<sup>3</sup> A Funasa também presta apoio técnico e financeiro para o desenvolvimento de ações de saneamento junto às comunidades quilombolas, rurais, e de periferias urbanas e aos municípios com até 30 mil habitantes, respeitados alguns critérios epidemiológicos (BRASIL, 2002).

as Leis Orgânicas da Saúde e a Constituição Federal (BRASIL, 2002; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002). As diretrizes centrais dessa política são: a organização dos serviços de atenção à saúde na forma de Dsei, a preparação dos recursos humanos para atuar nos contextos interculturais, o monitoramento das ações de saúde indígena através do Siasi, a articulação dos sistemas tradicionais indígenas, a promoção do uso adequado e racional dos medicamentos, o respeito ético na realização de estudos e pesquisas envolvendo comunidades indígenas, o fortalecimento do controle social e a promoção de ambientes saudáveis e de proteção da saúde indígena (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002).

Mesmo com os avanços na política de saúde indígena, os direitos dessa população adquiridos até então, necessitam ainda de atenção e foco, tanto por parte das próprias etnias, quanto dos órgãos indigenistas e instituições governamentais de ensino e pesquisa, de modo que os princípios e diretrizes sejam de fato efetivados.

Ainda hoje, observam-se situações de conflitos pela demarcação e posse da terra, nas quais se expõem interesses econômicos de exploração dos recursos naturais e implantação de projetos de desenvolvimento (FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE, 2002).

As intervenções sanitárias estão sendo realizadas, algumas vezes, sem considerar a cultura e as especificidades indígenas. A estrutura administrativa da Funasa é confusa, fragmentada, apresentando um reduzido quadro de profissionais (PENA, 2004; VIANA, 2005).

Nas populações indígenas observa-se elevada morbidade por doenças infecto-parasitárias (DIPs), e a expressividade dessas doenças pode ser atribuída, entre outros condicionantes, à precariedade das condições sanitárias das aldeias, resultante de processos sociais e ambientais. É comum, também, a ausência de infraestrutura destinada à coleta dos dejetos e a inexistência de água potável nas aldeias (SANTOS; COIMBRA JR., 2003). Ademais, identifica-se, em trabalhos recentes, o crescimento da morbimortalidade por doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), como diabetes, neoplasias e doenças do aparelho circulatório, sendo decorrentes, dentre outros aspectos, de mudanças no estilo de vida, dieta alimentar, sedentarismo, ou exposição aos riscos ambientais, a saber, o uso extensivo de agrotóxicos (COSTA *et al.*, 2006; GONÇALVES, 2008; LIMA, 2007).

Os indicadores de saúde indígena no Brasil são díspares em relação à população não-indígena como um todo, isto é, os indicadores indígenas retratam piores quadros de saúde quando comparados com a população não-indígena, evidenciando iniquidades sociais em saúde (COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2007). Ademais, poucos são os estudos que utilizam os sistemas de informação em saúde indígena – Siasi e

Sisabi – para o conhecimento dos problemas de saúde e ambiente, porque esses sistemas, segundo alguns autores, são falhos para análises (SOUZA, 2005; SOUZA; SCATENA; SANTOS, 2007).

A operacionalização do Sisabi não se dá de maneira satisfatória, cumpre somente a etapa de coleta de dados a partir dos formulários, caracterizando-se apenas como um banco de dados e não como um sistema de informação (VIANA, 2005). Quanto ao Siasi, esse não se comunica com o Sisabi, e os dois não interagem com os grandes sistemas nacionais de informação em saúde. Seus dados são de difícil acesso e suas informações não vêm sendo utilizadas para o planejamento das ações de saúde (SOUZA, 2005; SOUZA; SCATENA; SANTOS, 2007).

A integração e compatibilização dos sistemas de informação em saúde de base nacional é uma necessidade. Tais propostas vêm sendo sugeridas há décadas, por meio de inúmeros documentos e relatórios desenvolvidos de forma participativa e democrática por gestores, sociedade e especialistas da informação. Essas discussões resultaram, em 2003, na formulação oficial da Política Nacional de Informação em Saúde (PNIS) ou, como apresentada em documentos mais recentes, a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS).

Segundo Farias e Vital (2007, p. 94), a formulação de uma política de informação representa o primeiro passo no intuito de garantir uma gestão da informação realmente eficaz, a qual apoiará a definição da modelagem e funcionamento dos sistemas de informações e deverá estar “de acordo com a estratégia geral da organização”.

A existência de uma política de informação em saúde indígena se dá a partir do entendimento de que “o que define a existência de uma política nacional de informação não é a sua formalização pelo Estado, mas sim a ação do Estado” (BRANCO, 2006, p. 10). Assim, a Funasa, dentro da atual Pnasp, vem desenvolvendo ações no campo da informação em saúde, com abrangência nacional, materializadas no modo como o Siasi e Sisabi foram concebidos, desenvolvidos e implantados e, vêm sendo operacionalizados.

Entende-se por sistema de informação um instrumento que envolve um conjunto de componentes (pessoas, equipamentos, procedimentos, documentações e comunicações), organizado de forma integrada, “que coleta, organiza, armazena, distribui, recupera e disponibiliza dados, os quais podem ser internos ou externos à organização, transformando-os em informações para usos diversos” (BRANCO, 2001a; GUIMARÃES; ÉVORA, 2004). O sistema de informação em saúde (SIS) é aquele voltado para



adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde e dos assuntos a ela ligados (BRANCO, 2001a, p. 165).

Segundo Mota e Carvalho (2003), o SIS integra a estrutura organizacional da instituição na qual se encontra inserido, contribuindo, desta maneira, para o alcance de suas finalidades técnico-operacionais em cada nível de gestão. Para a Organização Pan-americana da Saúde (Opas) (1998 *apud* MOTA; CARVALHO, 2003, p. 607), a estruturação de um SIS, de modo a atender às demandas da organização, da gestão e da atenção à saúde, deve contemplar, dentre outros aspectos, a “multidisciplinaridade na abordagem do conhecimento necessário à ação e à integração [dos SIS] aos processos de implantação de modelos de atenção à saúde centrados na promoção da qualidade de vida”.

Os SISs devem atender às especificidades étnico-culturais e estar relacionados à gestão local, além de subsidiar os processos de planejamento, tomada de decisões, incluindo a participação das equipes locais na definição das informações a serem produzidas, garantindo o compromisso dos profissionais da saúde com a confiabilidade dos dados, o direito à informação e a preservação da autonomia de cada pessoa assistida (BRANCO, 2006; FERREIRA, 2001).

Em relação aos povos indígenas do Brasil, a Pnasp apresenta, na diretriz referente ao “monitoramento das ações de saúde”, uma importante característica, ou talvez, fundamento essencial para os SISs voltados para esses povos. Aponta que as ações de saúde desenvolvidas no âmbito dos Dseis dar-se-ão por meio de um sistema de informação, organizado na “perspectiva do Sistema de Vigilância em Saúde” (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002, p. 16).

A perspectiva da vigilância em saúde busca ampliar as responsabilidades dos serviços de saúde, indo além do atendimento aos danos e o controle de certos riscos. Pretende-se, vigiar as condições de vida e os determinantes ambientais relacionados ao processo saúde-doença (MENDES, 1999).

Segundo Mendes (1999, p. 179), a vigilância em saúde, enquanto prática sanitária organiza inúmeros

[...] processos de trabalho relativos a situações de saúde a preservar riscos, danos e sequelas, incidentes sobre indivíduos, famílias, ambientes coletivos [...], grupos sociais e meio ambiente, normalmente dispersos em atividades setorializadas [...], para enfrentar problemas contínuos de saúde, num território determinado [...].

A prática sanitária proposta, sendo interdisciplinar, organiza-se de forma integrada com diferentes saberes e fazeres, que apresentam uma nova qualidade ao se articularem (MENDES, 1999).

### **1.3 Perguntas condutoras do estudo**

Considerando que os povos indígenas têm sua própria maneira de entender e se relacionar no mundo, que se manifesta nas suas diferentes formas de organização social, política, econômica e de relação com o meio ambiente e ocupação de seu território e frente a um leque de possíveis problemáticas de pesquisa, este estudo buscará responder as seguintes perguntas:

- a) Como a política de informação em saúde indígena contempla e subsidia a vigilância em saúde?
- b) Em que medida a atual política de informação em saúde indígena está em consonância com a Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas?

### **1.4 Hipóteses do estudo**

A política de informação em saúde indígena implementada não atende à complexidade da vigilância em saúde. Os SIS indígenas não têm contribuído com a integralidade e atendem parcialmente às especificidades étnico-culturais, são insuficientes, não abrangendo o contexto socioambiental. Dessa forma, a atual política de informação implementada não está em consonância com a Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

### **1.5 Objetivos**

#### *1.5.1 Objetivo geral*

Analisar a política de informação no contexto da atenção à saúde indígena no Brasil, a partir da perspectiva da vigilância em saúde.

### *1.5.2 Objetivos específicos*

- a) Caracterizar a política de informação da atenção à saúde indígena; em seus aspectos históricos e contextuais;
- b) Caracterizar o Siasi e o Sisabi, apontando seus limites e possibilidades para atender à complexidade da vigilância em saúde;
- c) Analisar a consonância da política de informação em saúde indígena com a política de atenção à saúde desses povos;



---

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

*“... um indivíduo participa da vida social em proporção ao volume e à qualidade das informações que possui, mas especialmente, em função de sua possibilidade de acesso às fontes de informação, de suas possibilidades de aproveitá-las e, sobretudo, de sua possibilidade de nelas intervir como produtor do saber.”*

*(MARILENA CHAUI, 1997)*

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 Política de informação em Saúde

Serão abordados, inicialmente, os conceitos de informação e de Política de informação, bem como as abordagens técnica e política da Ciência da Informação (CI), conforme proposto por Branco (2006). Em seguida, partindo do conceito de Política de Informação em Saúde, serão descritos os principais modelos de gestão adotados no Brasil. Por fim, serão apresentados os principais sistemas hoje operacionalizados pela Funasa, relacionados à saúde e ao ambiente: Siasi e o Sisabi.

#### 2.1.1 Conceitos e abordagens da Informação

A palavra informação é de origem latina e vem da raiz do termo *formatio*, que remete à ideia de moldar algo ou formar um molde (McGARRY, 1999). A expansão do conhecimento científico, a criação de inúmeros aparatos tecnológicos e o foco dado à produção e disseminação da informação compõem a chamada “Explosão da Informação”, tão evidente nos dias atuais. Também é denominada, por alguns autores, Era da Informação, Sociedade da Informação, Sociedade do Conhecimento, Revolução da Informação, dentre outros (FREIRE, 2006; GÓMEZ, 1995). Nesse contexto, o computador parece desempenhar um papel fundamental e a informação expande-se para além de um instrumento eminentemente técnico ou tecnológico, apresentando um caráter estratégico (BRANCO, 2006).

Dentro das organizações, a informação é considerada um elemento decisivo tal qual uma mão-de-obra, podendo influenciar no êxito de uma ação a ser implementada. A qualidade da informação pode ser influenciada pelo tipo de entendimento que se tenha acerca da informação e pela forma como é administrada (FREITAS; KLADIS, 1995)

O interesse pelo estudo da informação ocorreu principalmente em meados da década de 1960, associado à evolução das telecomunicações e da informática (GÓMEZ, 1999). O campo teórico responsável pelos estudos dos aspectos envolvidos com a produção, gestão,

disseminação e comunicação da informação é a Ciência da Informação (BRANCO, 2006). Esse campo também se debruça no estudo das informações produzidas, ou seja, a meta informação (GÓMEZ, 1999). Representa, para a autora, um campo de saber agregado eminentemente por questões práticas e não somente teorias. Segundo Gómez (1995, p. 77):

seu horizonte de problematização constitui-se mais próximo dos contextos de ação que das demarcações disciplinares tradicionais, as quais seguem o modelo paradigmático de um núcleo central reconhecido e expandido por aplicações, ou argumentações [...].

Essa nova ciência dedica-se ao objeto da informação, oscilando entre duas abordagens, conforme proposto por Branco (2006). Uma que ressalta os aspectos técnicos e tecnológicos da informação e outra que destaca os aspectos políticos, econômicos e sociais. Não quer dizer que um enfoque se encontra isolado em relação ao outro, mas sim que as características técnicas e tecnológicas serão predominantes em relação aos aspectos políticos, ou vice-versa (BRANCO, 2006).

A abordagem com ênfase nos aspectos técnicos e tecnológicos é aquela que privilegia “os processos de produção e recuperação da informação, considerando-os como fortemente vinculados ao desenvolvimento tecnológico no campo da informática” (BRANCO, 2006, p. 35). A informação, nesse sentido, é entendida “como fenômeno universal”, cuja finalidade principal é produzir conhecimento, não existindo se não estiver associada a quem a produziu (emissor da informação) ou a quem a recebeu (receptor da informação) (BRANCO, 2006, p. 35). A informação está associada a uma visão sistêmica ou de sistemas, que deverá gerar equilíbrio e homeostase. Nessa abordagem, o processo de geração da informação praticamente não considera as influências das variáveis econômicas, políticas e sociais (BRANCO, 2006).

Essa característica restritiva da informação reflete o objeto de estudo também restrito no campo da Ciência da Informação, na sua origem, conformado “mediante procedimentos simplificadores [e] segmentados” (GÓMEZ, 1995, p. 80). Segundo a autora:

A constituição de seu objeto oscilou entre a ênfase nos canais (otimização da transmissão da informação, entendida como sinal) e a ênfase na organização e processamento de estoques (otimização das funções de armazenamento, tratamento e recuperação da informação, internas a serviços ou sistemas de informação, e dirigidas aos registros de informação textual).

Dessa forma, para produzir informação adotam-se modelos lineares. Assim, informação torna-se sinônimo de empilhamento de dados, cuja seleção e escolha dependem de quem os produz. Esses são, por sua vez, armazenados em instrumentos informacionais com grande capacidade de armazenamento e processamento (BRANCO, 2006). Essa autora (p. 38) refere que a abordagem técnica e tecnológica da informação leva a acreditar que quanto mais

dados se tiver “sobre um fenômeno ou problema, mais facilmente se poderia entendê-lo ou encontrar soluções”.

Essa abordagem peca por um inadequado entendimento do que seja dado e do que seja informação. Enquanto que os dados são brutos e desprovidos de significado, a informação possui tais aspectos (DAVENPORT, 2002). Com o grande número de sistemas de informação criados principalmente na década de 1960, a qualidade da informação e a preocupação com o conteúdo dos dados foram substituídas pela quantidade e agilidade em adquirí-los (BRANCO, 2006). Segundo esse modelo, os dados – através de seu agrupamento, classificação, formatação e disponibilidade – viriam a se transformar em informação que, submetida a uma análise, comparação, validação e avaliação, transformar-se-ia em conhecimento que, por sua vez, após análise das vantagens e desvantagens das opções de ação, resultaria na escolha de uma dada ação (BRANCO, 2001b).

Percebe-se que, nessa abordagem, o sujeito individual é privilegiado, uma vez que é a sua capacidade cognitiva e de assimilação da informação que está em jogo. Assim, a este sujeito – usuário do sistema – só cabe o uso da informação produzida, uma vez que ele não tem conhecimento nem acesso ao computador (TAIT, 2000). Suas necessidades de informação serão definidas pelo técnico (especialista), o dito ‘dono do saber’, envolvido na produção da informação (BRANCO, 2006, p. 39).

Se, para Gómez (1995, p. 81) a informação tem a capacidade de retratar a realidade, mesmo que não totalmente, constituindo uma tentativa de fazer “presente um ausente”, o especialista teria então a responsabilidade de selecionar, a partir de sua perspectiva, as informações que melhor caracterizassem a realidade.

Tecendo algumas considerações a respeito da produção das informações em saúde no Brasil, esta se deu de maneira centralizada, justificada, dentre outros aspectos, pela tecnologia de informática disponível, principalmente na década de 1960, os *main-frames*, e pela forte orientação política durante o regime militar (BALDIJÃO, 1992). O processo de descentralização da informação em saúde no país, segundo Branco (1996), caracterizou-se por um forte predomínio da abordagem técnica e tecnológica da informação, herdada ao longo de sua história. A autora destaca, entre outros equívocos, a criação desenfreada de sistemas de informação, que aconteceu após o ingresso de novos profissionais ou por ocasião de mudanças na gestão. Os novos sistemas desconsideram o que foi produzido por seus antecessores, “ignorando o aproveitamento de qualquer componente dos sistemas então existentes” (BRANCO, 1996, p. 270). Outras questões se refere ao acesso restrito e difícil às

informações produzidas pelas instituições e à falta de integração dos sistemas dentro da própria organização, o que resulta, muitas vezes, em duplicidade de dados (BRANCO, 1996).

A autora (p. 40) conclui que a abordagem técnica e tecnológica agrega à gestão dos sistemas de informação o caráter “técnico-intensivo, no lugar de considerá-lo como humano-intensivo com suporte da tecnologia”. Para ilustrar uma das consequências dessa abordagem, Branco (2006, p. 40) refere que:

[...] a insatisfação prevalecia onde se esperava encontrar usuários contemplados. Os sistemas de informação construídos a partir da interpretação das necessidades, segundo a lógica tecnicista, pouco tempo depois de implantados, mostravam-se inadequados e insatisfatórios para atender às reais necessidades, sendo logo abandonados pelos potenciais usuários.

Aos poucos, principalmente entre as décadas de 1980 e 1990, sentiu-se a necessidade de contextualizar a informação, considerando questões antes esquecidas ou excluídas, a saber, vertentes econômicas, sociais e políticas (BRANCO, 2006). Destaca-se aí o enfoque político da informação, entendido como um instrumento útil no processo de tomada de decisão, relacionado à experiência sociopsicológica e intrinsecamente “dependente do contexto cultural, político e econômico; ou como necessidade social voltada para o exercício dos direitos humanos” (BRANCO, 2006, p. 43). Sendo assim, o direito à informação apoia os sujeitos sociais rumo às suas conquistas, enfatizando “a partilha da natureza dos fatos de interesse pessoal e público” (VARELA, 2007, p. 77). Há, neste momento, um deslocamento no enfoque da informação, que deixa de ter seu controle e acesso fortemente vinculado ao Estado, para ir em direção a uma nova “forma de geração e circulação da informação”, envolvendo outras instâncias sociais (GÓMEZ, 1995, p. 6).

Sendo mediada, por homens, de modo a atender a demandas também humanas, a informação está presente nas relações sociais. Os termos ‘emissor’, ‘receptor’, ‘produtor’ e ‘usuário’ da informação se dissipam em um contexto em que o processo de produção e circulação de informação significa garantir a interatividade entre os sujeitos, isto é, seus interlocutores. Dão lugar ao “operador relacionante”, conforme denominado por Gómez (1995, p. 4), o qual agora dialoga com os demais interlocutores locais. Assim, a abordagem eminentemente política destaca que os aspectos de atualidade, oportunidade e acessibilidade da informação devem ser considerados a partir de sua capacidade de fortalecer a “comunicação mutuamente enriquecedora, baseada na criatividade e na autonomia crítica dos interlocutores” (BRANCO, 2006, p. 47).

A informação, nesse modelo, é conceituada não mais em uma perspectiva de sistemas, mas, sim, de forma dialética, na qual, representando um “fenômeno social”, é “tomada como fator de mudança e não de homeostase” (BRANCO, 2006, p. 45). Assim,



considerando que os interlocutores estão inseridos em um contexto histórico, “a mesma informação pode gerar conhecimento para um sujeito e não para outro, ou para o mesmo sujeito num determinado momento e não em outro” (BRANCO, 2006, p. 44).

Também em relação ao significado e à relevância da informação, é possível perceber essa dialética. Seu significado pode estar atrelado ao conteúdo da informação ou à “carga informacional que a sua contextualização possibilita”, ou ainda àquilo que deixa de informar, isto é, o “não-dito”, com a finalidade de desinformar (BRANCO, 2006, p. 44). A abordagem política não considera somente o conteúdo da informação, não sendo esta inocente, mas, sim, se torna pertinente saber quem gerou o dado e qual a intencionalidade de sua produção (BRANCO, 2006; MARCH, 1988 *apud* BRANCO, 2006). Essa concepção ampliada de informação está em consonância com o atual conceito da CI, que, segundo Gómez (1995, p. 8), “teria como domínio para a construção de seu objeto o estudo das ações sociais de transferência de informação, olhados à luz da comunicação como horizonte antropológico de possibilidades”. Nesse universo, “o acesso à informação possibilita a instrumentalização de grupos sociais, acabando assim, por ampliar a capacidade de vocalização dos mesmos diante do processo de construção social da saúde” (ALVES-SOUZA; KOYASHIKI; ALMEIDA, 2007, p. 26).

Nesse sentido, a informação “é qualificada como um instrumento modificador da consciência do homem e de seu grupo” (BARRETO, 1994, p. 2). Entende-se a utilização do termo ‘abordagem política’, pois aqui a informação constitui uma condição ímpar para o pleno exercício da cidadania. Sua geração está relacionada à reflexão crítica dos sujeitos sociais, não como meros usuários, mas, sim, como interlocutores. O valor da informação é compartilhado pelos participantes, fazendo “sentido nos contextos da vida e de ação dos destinatários da comunicação (GÓMEZ, 1995, p. 8). Esses, à medida que direcionam suas ações neste sentido, contribuem para mudanças significativas nos sistemas de informação e favorecem a formulação de novas ideias, “ampliando o potencial informativo de informações antes isoladas” e descontextualizadas (BRANCO, 2006, p. 49).

Considerando que a “informação em saúde é um direito de todos e dever do Estado”, sendo um instrumento útil a serviço da sociedade e da justiça social (ABRASCO, 1993, p. 31), a adoção da abordagem ampliada da informação, aqui entendida como a abordagem política, “requer esforços contínuos e agentes vocacionados para tal, legitimados institucionalmente” (MORAES; GOMÉZ, 2007, p. 562). Daí a relevância da formulação e implementação de uma política específica para o campo da informação e, neste caso, da saúde.

### 2.1.2 Política de Informação e a construção da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde

Ao conceituar o termo política, torna-se necessário diferenciar três dimensões em torno de seu significado. No campo da Ciência Política vêm sendo usualmente utilizados os seguintes termos em inglês: *'polity'*, para denominar as instituições, *'politics'*, relacionado aos processos políticos, normalmente com caráter mais conflituoso, e, por fim *'policy'*, que diz respeito aos conteúdos concretos das políticas. Apesar do uso de tais terminologias, “na realidade política essas dimensões são entrelaçadas e se influenciam mutuamente” (FREY, 2006, p. 217).

A política pública representa uma resposta do Estado diante das grandes demandas e problemas da sociedade (SAMPAIO; ARAÚJO JÚNIOR, 2006). Segundo Souza (2006, p. 26), a política pública é o “campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, ‘colocar o governo em ação e/ou analisar essa ação e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações’”. Sendo um campo amplo de atuação que permite agregar outras áreas do conhecimento, ela permite incorporar diferentes olhares interdisciplinarmente (SOUZA, 2006). Refere-se a uma teia de decisões e ações deliberadas por um ator ou grupo de atores políticos, que definem os objetivos e meios para sua implementação. Uma dada política é repleta de interesses e ideias que, dependendo do poder dos atores, podem ou não vir a ser operacionalizadas (JENKINS, 1997 *apud* GURGEL, 2007). Segundo Gurgel (2007), a ausência de ação compõe uma opção política, caracterizando uma política, mesmo que não pronunciada formalmente.

O termo Política de informação remete ao “conjunto de leis, regulamentos, decisões, ações e interesses que orientam a geração, circulação, tratamento, armazenamento e uso da informação” (AUGUSTO; BRANCO, 2003, p. 153). Considerando que as políticas públicas, “após desenhadas e formuladas, desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistemas de informação” (SOUZA, 2006, p. 26), uma dada política de informação deverá definir o tipo de sistema de informação a ser construído, estando em consonância com a estratégia geral da organização (FARIAS; VITAL, 2007).

Para melhor conceituar Política de Informação é pertinente, segundo Gómez (1999), apropriar-se do conceito de “Regime de Informação” que, segundo a autora se refere a:

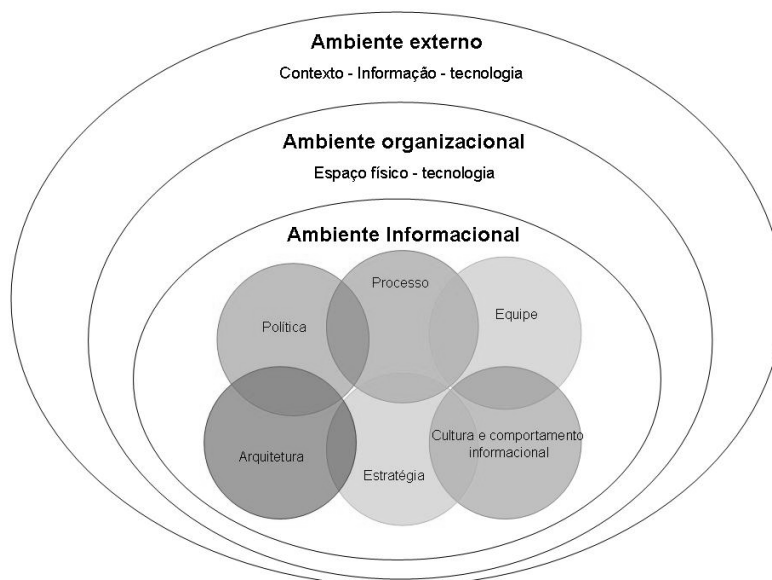
Um conjunto mais ou menos estável de redes sociocomunicacionais formais ou informais nas quais informações podem ser geradas, organizadas e transferidas de diferentes produtores, através de muitos e diversos meios, canais e organizações, a

diferentes destinatários ou receptores, sejam estes usuários específicos ou públicos amplos (GÓMEZ, 2002, p. 34)

O “Regime de Informação” caracteriza-se por sua complexidade, sendo permitido incluir questões políticas tácitas e indiretas quanto explícitas e públicas (GÓMEZ, 1999). Nesses regimes acontecem “conflitos, vontades plurais e efeitos não desejados” (GÓMEZ, 1999, p. 69). Partindo desse conceito, uma política de informação pode ser definida “como o conjunto das ações e decisões orientadas a preservar e a reproduzir, ou a mudar e substituir um Regime de Informação, e podem ser tanto tácitas ou explícitas, micro ou macro-políticas” (GÓMEZ, 1999, p. 69).

De acordo com o modelo de política de informação adotado em saúde, a gestão da informação em saúde (GIS) irá se configurar também com características específicas. A GIS representa o “planejamento, instrumentalização, atribuição de recursos e competências, acompanhamento e avaliação das ações de informação e seus desdobramentos em sistemas, serviços e produtos” (GÓMEZ, 1999, p. 71-72).

O gerenciamento da informação pode ser abordado a partir de um modelo ecológico proposto por Davenport (2002), conforme apresentado na **figura 1**. A chamada “Ecologia da Informação” enfatiza a observação e descrição do ambiente externo à organização e dos processos informacionais, aproveitando as informações produzidas nos diferentes ambientes da instituição, que se encontram além dos computadores (DAVENPORT, 2002).



**Figura 1.** Modelo ecológico para o gerenciamento da informação.  
Fonte: Adaptado a partir de Davenport (2002).

O autor destaca três ambientes importantes para a informação: o ambiente externo, o ambiente da organização e o ambiente informacional. O principal deles, para a Ecologia da Informação, seria este último, formado pelo processo informacional, arquitetura informacional, política informacional, estratégia informacional, comportamento informacional e cultura informacional.

A estratégia é a escolha das informações que serão importantes para a instituição, pensando em sua missão organizacional. O comportamento relaciona-se à forma como a pessoa lida com a informação e a cultura seria o conjunto de valores e crenças de um grupo em relação à informação. Esses comportamentos e atitudes irão orientar o uso e a relevância da informação em uma organização. A dimensão da política informacional define as diretrizes para o gerenciamento e uso da informação. O processo remete a como o trabalho deve ser feito e a arquitetura relaciona-se com os aparatos e recursos tecnológicos utilizados para atender as necessidades informacionais (DAVENPORT, 2002).

A abordagem ecológica da informação é coerente com a abordagem política e ampliada da informação, conforme descrita por Branco (2006), uma vez que não se concentra na tecnologia, mas, sim, baseia-se na maneira como as pessoas criam, distribuem, compreendem e usam a informação.

Percebe-se então que a política de informação, a gestão, os sistemas e a estrutura organizacional estão intimamente relacionados (FARIAS; VITAL, 2007; FREITAS; KLADIS, 1995).

A abordagem política e ampliada da informação é aquela em que a formulação de uma política de informação representa o primeiro passo no intuito de garantir uma gestão da informação realmente eficaz. Nesse contexto, a definição da modelagem e funcionamento dos sistemas de informações estará em consonância com a estratégia geral da organização, integrando os distintos setores da instituição.

Em contraponto, a abordagem técnica e tecnológica da informação é restritiva, uma vez que, em um contexto de anarquismo informacional, isto é, sem uma política inicialmente definida, criam-se sistemas de informação de acordo com as necessidades dos departamentos, sem se preocupar com a compatibilização e inter-relação entre eles. A informação, nesse contexto, deixa de ser um elemento integrador e passa a favorecer a formação de feudos e de fragmentação na instituição.

Em relação ao caso brasileiro, os SISs em vigência representam um dos desafios do SUS. Essa é uma consequência do enfoque técnico e restritivo da informação adotado na fase de formulação da maior parte desses sistemas (MORAES; GOMÉZ, 2007). Apesar dos

avanços representados pelos princípios e diretrizes constitucionais, como a integralidade, a descentralização político-administrativa das ações e a participação da comunidade, vislumbram-se uma série de desafios no sentido de alcançar a plena materialidade de tais fundamentos, sendo a implementação da Pnis uma destas demandas (MORAES; GOMÉZ, 2007).

Como reflexo da não adoção da abordagem política da informação, ainda hoje os Conselhos Municipais de Saúde não dispõem de informações estruturadas de forma regular para exercerem o controle social e tomar decisões sobre políticas de saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2006). Há dificuldade de acesso e disseminação das informações. As variáveis socioeconômicas, tão importantes para análises dos determinantes sociais de saúde, são as menos preenchidas, comprometendo sua qualidade. Por fim, mas não esgotando as evidências, em meio a esta proliferação de sistemas de informação, o “indivíduo perde sua identidade integral como sujeito pleno” (MORAES; GÓMEZ, 2007, p. 555).

Branco (2006), analisando os diferentes conceitos e percepções da informação e os modelos de gestão da informação em saúde adotados entre as décadas de 1960, 1970, 1980 e 1990 no Brasil, afirma que o país sempre adotou uma Pnis, mesmo que não formalmente explicitada.

Segundo a autora, o simples fato de afirmar oficialmente a inexistência de uma política de informação já se configura uma política para o setor saúde. Os elementos que levam a tal conclusão são: (1) a existência de planos de ação operacionais, cujos fins são a estruturação de sistemas de informação com abrangência nacional; (2) a “implementação de projetos, com metas e prazos para a estruturação e organização da área, visando contemplar as distintas esferas de governo”; (3) “e a implantação de serviços e sistemas de informação de âmbito nacional” (BRANCO, 2006, p. 191).

Com o avanço do SUS, e catalisada pelas inúmeras reuniões promovidas pelo Grupo de Trabalho de Informação em Saúde e Populações (GTISP), da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), é finalmente formulada, em 2003, a PNIIS (ABRASCO, 1993; 1997; 2006a; 2007; BRASIL, 1993; 2003; ESCRIVÃO JUNIOR, 2003; MORAES *et al.*, 1994; MORAES; SANTOS, 2000; VASCONCELLOS; SANTOS, 2004).

Essa política propõe melhorar os processos de trabalho em saúde através do uso inovador, criativo e transformador da informação, de modo a promover uma integração e articulação dos sistemas de informação em saúde do país. Segundo esta lógica, as informações não deverão ser produzidas somente para “atender à necessidade dos órgãos centrais em obter

os dados para efeitos imediatos de gestão ou geração do conhecimento epidemiológico”, mas, também, para os cidadãos, para a prática profissional, para a produção do conhecimento e para o controle social (BRASIL, 2003, p. 4).

Para o alcance desses propósitos, é preciso abandonar a visão meramente instrumental deste campo e considerar o ato de informar como político. A informação em saúde deve ser tratada como uma “macro função estratégica de gestão do SUS” (BRASIL, 2003, p. 7).

A PNIIS aponta como uma de suas diretrizes a necessidade de integração dos sistemas de informação em saúde e o estabelecimento de um “Registro Eletrônico de Saúde, que permita recuperar, por meios eletrônicos, as informações de saúde do indivíduo em seus diversos contatos com o sistema de saúde” (BRASIL, 2004, p. 16). Segundo o documento, o Cartão Nacional de Saúde e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes) que identificam, respectivamente, os usuários e os profissionais, e os estabelecimentos de saúde representam um passo inicial nesse sentido (BRASIL, 2004).

Outra diretriz que chama a atenção na PNIIS é a preocupação em “estabelecer, por um processo aberto e participativo, padrões de representação da informação em saúde, abrangendo vocábulos, conteúdos e formatos de mensagens, de maneira a permitir o intercâmbio de dados entre as instituições, a interoperabilidade entre os sistemas e a correta interpretação das informações” (BRASIL, 2004, p. 17).

Percebe-se aqui a importância de compatibilizar os sistemas de abrangência nacional e harmonizar o fluxo das informações. No sentido de garantir informações homogêneas e fidedignas pelos bancos de dados nacionais, Baldijão (1992) reflete sobre a necessidade da padronização conceitual dos dados a serem produzidos e a normatização do processo de coleta.

Apesar da formulação da PNIIS, um recente documento publicado pela Abrasco, no último Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva em 2006, no Rio de Janeiro, constata que esta política, até hoje, não tem sido implementada, não passando seu documento de uma mera “carta de intenções” (ABRASCO, 2006a, p. 3). Como justificativas para isso, percebe-se a falta de investimentos “no desenvolvimento de uma inteligência informacional pública” e a evidência de que os sistemas de informação “continuam sendo desenvolvidos de forma centralizada, verticalizada, fragmentada e proprietária, em vez de se buscar a padronização e a interoperabilidade (conversas entre os sistemas)” (ABRASCO, 2006a, p. 2). O atual cenário vislumbrado para a PNIIS confirma o diagnóstico de Gómez (2002, p. 28), ao afirmar que:

“Apesar de muitos e importantes esforços, a formulação das políticas de informação não consegue o sucesso esperado nos países em desenvolvimento.”

Esse retrato reflete o acúmulo de anos sem uma política de informação para o setor, no Brasil, além de características das instituições envolvidas e traços do modelo de atenção à saúde vigente, conforme pode ser mais bem estudado nos trabalhos de Branco (2001; 2006).

### *2.1.3 Modelos para a análise de Política de informação*

Analisar uma política não é o mesmo que avaliar uma política ou uma intervenção no campo da saúde. Analisar remete a utilizar modelos e conceitos teóricos com o intuito de explicar um dado processo em estudo, enquanto que avaliar “procura verificar o processo político com base em critérios estabelecidos, com foco nos resultados” (GURGEL, 2007, p. 30).

Ao analisar a política de informação em saúde, além de caracterizá-la quanto às abordagens técnica/tecnológica e política da informação, podem ser utilizados os modelos segundo categorização proposta por Davenport (2002). Para esse autor, existem cinco modelos de política de informação implementados por uma dada organização (aqui entendida como o Estado): Utópico-tecnocrático, Anárquico, Feudalista, Monarquista e Federalista. Estes podem manifestar-se de forma híbrida ou isolada (BRANCO, 2006; FREITAS; KLADIS, 1995).

O modelo Utópico-tecnocrático é caracterizado pelo predomínio da abordagem técnica e tecnológica, exercendo as máquinas e os aparatos tecnológicos papéis primordiais no alcance das metas e enfrentamento dos problemas (DAVENPORT, 2002).

O modelo Anárquico caracteriza-se por ausência de uma política explícita de informação, permitindo que diferentes setores e atores gerenciem as informações sem diretrizes pré-estabelecidas. Uma das consequências deste modelo é a produção de informações repetidas e/ou inexatas (DAVENPORT, 2002).

No Feudalista, as informações são gerenciadas por unidades departamentais, as quais definem “suas próprias necessidades de informação e controlam todo o processo de aquisição, disseminação e análise, reportando somente parte da informação para a organização como um todo” (BRANCO, 2006, p. 55). Normalmente, cada setor tem suas próprias metas, objetivos, estratégias e necessidades. Neste modelo, percebe-se, além da fragmentação da informação, a

detenção da informação como instrumento de fortalecimento de poder e legitimidade (DAVENPORT, 2002).

O modelo Monarquista é o oposto ao Feudalista, o gerenciamento da informação concentra-se nas mãos de um único técnico ou gerente. Assim, o uso e o acesso às informações estão sujeitos ao devido consentimento (DAVENPORT, 2002).

Por fim, o modelo Federalista é aquele no qual predomina a abordagem política da informação. A gestão da informação se dá de forma partilhada e negociada entre os atores envolvidos (DAVENPORT, 2002).

Fazendo uma síntese das ideias de Branco (2001, 2006), percebe-se que a política de informação em saúde no Brasil, entre as décadas de 1960 e 1970, é marcada por ser prescritiva e normativa, características tão comuns para a abordagem predominantemente técnica e tecnológica da informação. Enquadra-se, então, no modelo híbrido entre o utópico-tecnocrático, anárquico e feudalista. Na década de 80, o intenso processo de redemocratização social, a instauração do movimento da Reforma Sanitária Brasileira e a criação do SUS contribuíram para que, nos discursos oficiais, fosse adotada uma abordagem política da informação. No entanto, na prática, a gestão da informação em saúde tinha como ênfase aspectos técnicos, centralização, verticalização, com proliferação de inúmeros sistemas de informação e ausência da participação dos entes estaduais e municipais. Na década de 1980, o modelo da política de informação em saúde continua o mesmo das duas décadas anteriores (BRANCO, 2006).

A partir da década de 1990, começa paulatinamente, uma maior participação dos estados e municípios no processo de gestão da informação em saúde, desempenhando atividades para além de meros alimentadores dos sistemas. Neste período, percebe-se que a política, continuando ainda anárquica, isto é, sem uma formulação oficial, assume algumas características do modelo federalista. No entanto, a principal característica que faz remeter a este modelo ainda não é vislumbrada. Esta seria “a gestão baseada em negociação e consenso entre as instâncias e os elementos estratégicos envolvidos”, apesar de nos últimos anos a política ter se aproximado deste sentido (BRANCO, 2006, p. 197).

Por fim, conforme já referenciado, com a formulação da atual PNIIS, o modelo brasileiro deixa de ser anárquico, mas, na prática, as diretrizes desta política ainda não são refletidas no modelo de gestão da informação em saúde do país. Pretende-se, ao final deste estudo, fazer esta mesma caracterização para a atual política de informação em saúde indígena.



#### 2.1.4 Sistemas de informação em saúde no contexto indígena

Antes de descrever brevemente o funcionamento atual dos principais sistemas de informação em saúde indígena, inicialmente é pertinente definir as fases de desenvolvimento de um sistema de informação. Essas definições tomam como referência as fases para o desenvolvimento de um projeto que, neste caso se refere à criação do Siasi e Sisabi.

Um projeto para o desenvolvimento de um sistema de informação equivale a um esforço temporário empreendido para criar um produto. Ele é dividido em etapas de desenvolvimento que, no caso de um sistema de informação, dentre outros modelos de engenharia de *software*, pode ocorrer em quatro fases, a saber: concepção, elaboração, construção e transição (AZEVEDO JUNIOR; CAMPOS, 2008). Cada fase apresenta uma meta a ser alcançada ao longo do desenvolvimento.

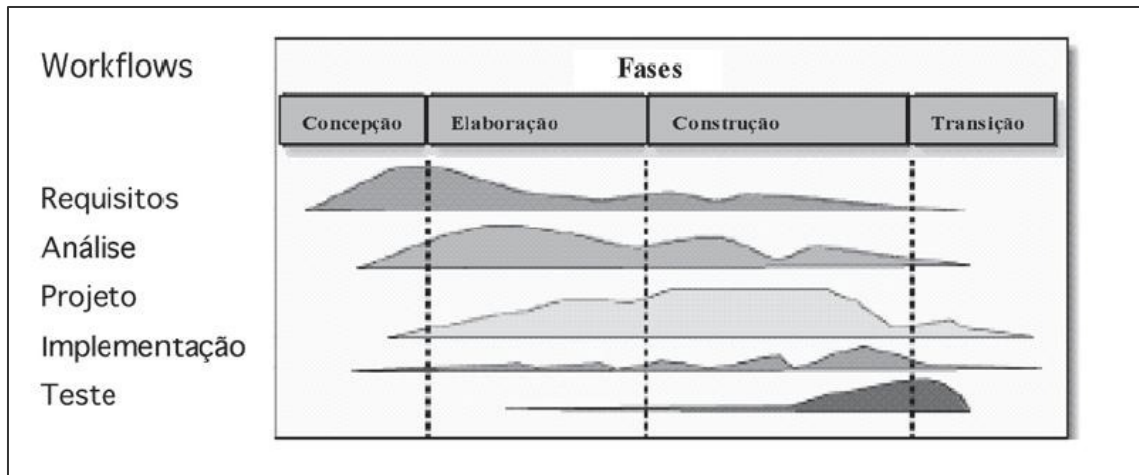
Sendo um processo unificado (UP), atenta para a perspectiva do gerenciamento, e essas metas, para serem alcançadas, precisam ser desenvolvidas a partir de um conjunto de atividades (*workflows* de processo), realizadas por técnicos responsáveis. As principais atividades: são levantamento de requisitos, análise, projeto, implementação, teste e implantação (AZEVEDO JUNIOR; CAMPOS, 2008).

A **figura 2** corresponde ao gráfico representativo do ciclo de vida de um projeto, conhecido como “Gráfico das Baleias”. Esse demonstra a magnitude de cada *workflows* (fluxo de atividades) de processo, apresentando maior ou menor ênfase, a depender da fase de desenvolvimento focado. O eixo horizontal refere-se ao tempo e as fases de desenvolvimento e o eixo vertical representam os *workflows* organizados de forma lógica (KRUCHTEN, 2003).

Nesse contexto, a **formulação** concentra-se nas fases de definição dos requisitos e/ou concepção do sistema, focando ainda no motivo pelo qual foi escolhido o Siasi como estratégia para o enfrentamento do problema de informação em saúde indígena. A **implementação** refere-se ao desenvolvimento propriamente dito, isto é, as etapas de elaboração e construção dos sistemas. E, por fim, a **implantação** é a etapa final da implementação<sup>4</sup>. Para se implementar com êxito um sistema de informação, é necessário implantá-lo e posteriormente criar uma cultura de uso.

---

<sup>4</sup> Segundo a teoria de desenvolvimento de sistemas de informação, a fase de implementação precede a fase de implantação, conceituação distinta quando comparada com as etapas de construção de políticas públicas.



**Figura 2.** Conjunto de atividades (*workflows*) ao longo das fases de desenvolvimento de um sistema de informação.

Fonte: Kruchten (2003).

O processo de desenvolvimento de *software* do Datasus/Ministério da Saúde é originado com base no RUP (Processo Unificado da IBM/Rational) e também é planejado com base nessas quatro fases de desenvolvimento, conforme pode ser visto na ilustração na figura, no **anexo A** (BRASIL, 2009).

Em relação ao Siasí, encontra-se, atualmente, na sua terceira versão e opera com apenas três módulos – demográfico, morbidade e imunizações – que foram sendo inseridos, paulatinamente. Os instrumentos de coleta de dados são o cadastro da família, o livro dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), os formulários de consulta e de prontuários, os consolidados mensais de atividades e os encaminhamentos de referência e contra-referência (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001; SOUZA, 2005).

No módulo demográfico, pode ser encontrado o cadastro de todas as famílias indígenas, segundo sua etnia e aldeia. Este é o principal módulo do sistema, pois, por meio dele, é possível inserir cada índio (ou excluí-lo, em caso de morte), sendo ainda o único módulo vinculado aos demais em funcionamento (SOUZA, 2005).

O módulo de morbidade recebe e analisa todas as informações relacionadas às intervenções realizadas com as pessoas doentes, registrando os eventos ou episódios de doenças (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2004b). Tem uma grande abrangência, por registrar o tipo de atendimento, os procedimentos, os tratamentos realizados, coletando dados relacionados com a referência e contra-referência. No entanto, considerando a perspectiva de vigilância em saúde do Siasí, Souza (2005) apresenta, como alguns de seus limites, o fato de não realizar notificações oportunamente.

Por fim, a partir do módulo de imunizações, é possível acompanhar a situação vacinal de cada indivíduo e acompanhar e administrar o quantitativo de vacinas em cada Polo-base.

Todos os três módulos permitem a emissão de relatórios parciais cruzando as variáveis, “podendo fornecer dados importantes para a construção de indicadores e produção de informações” (SOUZA, 2005, p. 56).

Além desses três módulos atualmente implantados, haviam sido previstos, na fase de desenvolvimento do sistema, outros módulos: saúde bucal, nutrição, acompanhamento à gestação, recursos humanos e infraestrutura (SOUZA, 2005). Enquanto todos estes módulos não são efetivamente implantados, o Desai instituiu um instrumento complementar de coleta de dados referentes a planilhas específicas sobre atendimentos odontológicos, dentre outros dados (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007). No entanto, Alves Filho (2007), ao analisar a saúde bucal dos índios Guarani, no Rio de Janeiro, destaca, dentre os demais achados que, além da Funasa não ter ainda implantado o módulo de saúde bucal, o órgão não tem socializado as informações produzidas em tais planilhas específicas, prejudicando o conhecimento e uma melhor formulação de ações específicas neste setor.

Apesar de o Siasi ter sido implantado desde 2000, alguns autores declaram que o perfil epidemiológico dos povos indígenas é muito pouco conhecido e que isto decorre da exiguidade de investigações, da ausência de inquéritos e censos, assim como da precariedade do sistema de informação sobre morbidade e mortalidade (SANTOS; COIMBRA JR., 2003).

Os bancos de dados do Siasi referentes a um grupo indígena de Rondônia (os Suruí) apresentam inúmeras lacunas, perceptíveis ao se realizar análises estatísticas consistentes, principalmente referentes a tendências temporais, relacionadas à tuberculose (BASTA *et al.*, 2004).

O relatório da Oficina de Vigilância e Controle da Tuberculose em Povos Indígenas no Brasil, realizada entre os dias 26 e 27 de abril de 2006, sob a coordenação do Grupo de Trabalho de Saúde Indígena da Abrasco afirma que

[...] os indicadores gerais do país [...] apresentados por estados não têm sensibilidade para refletir a situação da tuberculose entre grupos especiais como os povos indígenas, tornando necessário um maior investimento por parte das autoridades sanitárias para que se possa conhecer de forma minimamente organizada e sistemática a situação da tuberculose entre estes grupos, que são sabidamente mais vulneráveis ao adoecimento (ABRASCO, 2006b).

Este relatório ainda coloca, entre as linhas prioritárias de pesquisa, a necessidade de estudos relacionados à análise e operacionalização dos sistemas de informação.

Verificou-se durante o processo de implementação do Dsei Cuiabá, no período de 1999 a 2002, que a alimentação dos dados do Siasi não tinha uma sistemática regular, existindo problemas na organização de fluxos de informação, impedindo o monitoramento adequado da situação de saúde pela gerência regional (MARQUES, 2003).

A partir da análise do Siasi no Desai e nos Dseis do Mato Grosso, observou-se que as principais limitações desse sistema referem-se aos instrumentos de coleta, à capacitação dos recursos humanos, à ausência de interface com os demais sistemas do SUS, à dificuldade de acesso às informações, à ausência de análises epidemiológicas no nível local e à não utilização das informações para o planejamento. Outra limitação destacada pelos autores, com relação aos modelos de relatório gerados pelo sistema, é que estes apresentam dificuldades de interpretação para a análise. Relatam ainda, que, dentre as potencialidades do Siasi, pode ser mencionada a possibilidade de desagregação dos dados no nível de aldeias e etnias, chegando até à unidade familiar e ao indivíduo (SOUZA, 2005; SOUZA; SCATENA; SANTOS, 2007).

Uma das dificuldades para realizar outras avaliações do Siasi, de modo a destacar seus limites e possibilidades, é a falta de acesso a este sistema na modalidade de consulta pública, semelhante aos sistemas disponibilizados pelo Datasus (GARNELO; BRANDÃO; LEVINO, 2005).

No intuito de incentivar a utilização do Siasi, de modo a contribuir para o seu aperfeiçoamento contínuo e subsidiando, caso necessário, a reformulação do próprio sistema, alguns autores têm dedicado atenção a este sistema, utilizando os dados para a construção de análises.

No Dsei Xavante, no Mato Grosso, no período de 1999 a 2004, ao analisar a consistência do módulo demográfico do Siasi, foram observados duplicidade de registros e erros de digitação a partir das variáveis individuais selecionadas, como nome, data de nascimento, data de óbito, filiação, aldeia e polo-base. Ao serem comparados os indicadores de mortalidade infantil e taxa médias brutas de natalidade e mortalidade, antes e após as correções das duplicidades, foram identificadas expressivas diferenças entre estas taxas (SOUZA; CAMARGO; SANTOS, 2006).

Analisando os dados do Siasi para a caracterização do perfil de morbimortalidade da população indígena de Pernambuco, foram encontrados altos percentuais de mortes correspondentes às causas mal definidas. Percebe-se, ainda, uma elevada mortalidade por doenças crônicas e violentas, e a prevalência de morbidade para doenças relacionadas com o ambiente, como as infecto-parasitárias (COSTA *et al.*, 2006). A análise destes dados aponta para mudanças no perfil epidemiológico, com sobreposições das “doenças arcaicas” com um padrão de morbimortalidade por doenças e agravos não transmissíveis (Dants) (LIMA, 2007).

Costa e *et al.* (2006) sugerem que sejam realizados estudos utilizando esse sistema de informação, contribuindo para seu aperfeiçoamento, uma vez que se verifica melhoria do registro em anos recentes. Desta forma, seria possível realizar estudos comparativos entre

etnias, aldeias e Dseis. Mesmo com o problema na disponibilidade e qualidade das informações básicas do sistema, foi possível produzir uma análise da situação de saúde capaz de apoiar na tomada de decisão junto aos serviços de saúde (LIMA, 2007).

Em relação ao Sisabi, este foi concebido e implantado em 2002, pelo Densp da Funasa, e encontra-se, atualmente, sob a gerência deste mesmo departamento. Como trata de questões relacionadas ao saneamento, iria inicialmente compor um dos módulos do Siasi; no entanto, foi desenvolvido separadamente, sendo estruturado em quatro outros módulos: censo sanitário das aldeias indígenas, monitoramento da qualidade da água nos sistemas na área indígena, caderno do Agente Indígena de Saneamento (Aisan) e Acompanhamento de Obras de Saneamento e Edificações nas Áreas Indígenas (Casan) (SOUZA, 2005; VIANA, 2005).

O manual do Aisan, ao se referir ao Sisabi, afirma que seus dados deverão ser úteis para o planejamento das ações de saúde indígena, bem como apoiar a avaliação da situação de saúde nestas comunidades (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2004c).

O censo sanitário tem como finalidade traçar o diagnóstico sanitário das aldeias, através de dados relacionados com as condições de habitação, as fontes de água, o destino dos resíduos líquidos e sólidos (esgoto e lixo), dentre outras informações. O módulo relacionado ao monitoramento da qualidade da água opera vinculado ao Sistema de Vigilância de Controle da Qualidade da Água para Consumo Humano (Siságua). O caderno do Aisan registra e monitora as atividades de campo destes profissionais, mostrando ainda suas condições de trabalho. Por fim, através do Casan é possível monitorar as obras de edificações de saúde e de saneamento desenvolvidas nas áreas indígenas (VIANA, 2005).

O Sisabi funciona somente na forma *web*, ligado à *internet*, sendo alimentado nas Cores ou Dseis da Funasa. Apesar de não estar atualmente integrado ao Siasi, os dois sistemas compartilham o mesmo banco de aldeias (SOUZA, 2005; VIANA, 2005). Segundo documento da Funasa (2002c *apud* VIANA, 2005), a integração do Siasi ao Sisabi dar-se-ia através do módulo demográfico do Siasi (Cadastros das Famílias Indígenas) com o módulo do censo sanitário do Sisabi. E, ainda, com o módulo de morbidade do Siasi e módulos do monitoramento da qualidade da água e caderno do Aisan do Sisabi.

Atualmente, o único módulo que se encontra efetivamente implantado é o Censo Sanitário. Isto decorre do fato deste módulo disponibilizar dados em quantidade suficiente para análises, no entanto, apesar ser intitulado de SI, o Sisabi não passa de um banco de dados (VIANA, 2005).

Poucos ainda são os estudos, no Brasil, que avaliam os limites e as possibilidades do Sisabi na caracterização das condições de saúde indígena ou que o utilizam como ferramenta

para análise da situação de saúde dos índios brasileiros. O único estudo encontrado foi o realizado no Dsei do Maranhão, com enfoque nas aldeias Timbira. A autora aponta para a necessidade de adequação dos processos de trabalho da Funasa, referente ao desenvolvimento das ações de saneamento, bem como para a necessidade de reestruturação do sistema de informação em operação (VIANA, 2005).

Assim, atualmente a política de informação no contexto da saúde indígena pode ser analisada a partir do olhar sobre o Siasi e Sisabi. Caracteriza-se como uma política nacional de informação em saúde uma vez que: (1) a partir de planos e ações específicos destinados à operacionalização desses sistemas de informação, foi possível demonstrar a implantação com abrangência nacional; (2) essas ações foram coordenadas pela Funasa, submetidas aos planos de ação para a área da informação indígena, também em todo o território demarcado indígena no País; (3) e à medida que iam sendo implantados, foram sendo implementados projetos, com a finalidade de (re) estruturar e organizar os sistemas de informação e os atores envolvidos, com vistas a envolver os diferentes níveis de atenção – o nível central, os Dseis, os polos-base, e profissionais de saúde.

A evidência dos três elementos supracitados define a existência de uma política nacional de informação, segundo autores como Browne (1997) e Rowlands (1996 *apud* BRANCO, 2006). Talvez, como coloca Branco (2006), isso soe inadequadamente para o Brasil, quando se pensa no setor saúde como um todo, que durante anos não formulou uma política específica, o fazendo somente em 2003, quanto mais para a Pnspi, tão recente, datada de 2002. Mas a autora ressalta, conforme já referido, que a falta de formalização dessa política não a anula como uma política de informação de âmbito nacional, uma vez que estão presentes os elementos que a caracterizam como tal.

## **2.2 A informação e a vigilância em saúde**

### *2.2.1 Da vigilância da doença para a vigilância da vida*

Depois do final da Idade Média, principalmente nos séculos XVII e XVIII, o termo vigilância estava associado às quarentenas e ao isolamento. No final do século XIX, a vigilância adquire uma característica mais coletiva, ao associar-se à saúde pública, frente às

ameaças econômicas. No período da Guerra Fria, temendo uma possível guerra biológica, a vigilância passa a ter a conotação de controle (CESSE; FREESE, 2003; WALDMAN, 1998). O clima político de ameaças faz suscitar, entre as nações federadas, a estruturação de uma inteligência epidemiológica estruturada mediante a coleta sistemática de dados (WALDMAN, 1998). A partir da primeira metade da década de 1960, a vigilância passa a ser entendida como um conjunto de atividades que permitem reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças (WALDMAN, 1998). A partir dos estudos de William Farr, segundo Cesse e Freese (2003), a vigilância epidemiológica fica também responsável por disseminar os dados produzidos. Além de uma compreensão ampla de vigilância focada na produção de inteligência epidemiológica, esse termo remete também ao sentido restritivo de obtenção de informações secretas, que devem ficar sob o domínio do Estado.

No Brasil, a vigilância epidemiológica nasce centrada nas doenças transmissíveis. A partir desta, os dados são reunidos com o objetivo de produzir informações que estejam direcionadas para a ação política. Cesse e Freese (2003) destacam que, durante a institucionalização da vigilância no Brasil, a partir do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), em 1976, o município não foi incluído enquanto instância responsável por essas atribuições. As informações essenciais para o funcionamento desse sistema encontravam-se baseadas nas notificações das doenças compulsórias e agravos inusitados à saúde, nas declarações de óbitos e na realização de estudos epidemiológicos (CESSE; FREESE, 2003).

Assim, o papel da vigilância, na época, segundo Waldman (1998) estava restrito a um sistema de informação em saúde com vistas a agilizar as ações de controle das doenças transmissíveis. Traçando um paralelo com os paradigmas do processo saúde e doença, percebe-se nesse momento uma vigilância, e conseqüentemente, a informação produzida a partir dela, focada na concepção ecológica de Leavell-Clark.

Esse modelo de tríade entre o agente, o hospedeiro e o ambiente, recebeu fortes críticas por parte dos estudiosos latino-americanos da medicina social, uma vez que reduzia em um mesmo plano os fatores envolvendo as questões sociais (PAIM, 1997). Enquanto isso, no Brasil, com a promulgação da CF, em 1988, e das Leis Orgânicas da Saúde, amplia-se o conceito de saúde e, por conseguinte, as concepções de vigilância, uma vez que destacam os determinantes e condicionantes no processo saúde-doença.

Foi impulsionada também a descentralização das ações, de modo a fortalecer os sistemas municipais de vigilância epidemiológica (CESSE; FREESE, 2003). Apesar dos

avanços no campo normativo, segundo os autores, a vigilância epidemiológica encontrava-se centrada nas doenças transmissíveis, não contemplando os determinantes sociais associados à saúde, à doença e às demais causas de morbimortalidade das doenças crônicas não transmissíveis, crescentes no perfil epidemiológico brasileiro (CESSE; FREESE, 2003).

O novo sistema de saúde instituído no Brasil, com seus princípios e diretrizes, suscita a reformulação do modelo de atenção, e, inserido nesse, de uma nova proposta de vigilância. Assim, este modelo não estaria focado mais na doença, mas, sim, na vida e na melhoria das condições de vida das populações.

Sendo assim, a epidemiologia estudaria todos os possíveis fatores que contribuem para modificar a saúde da comunidade, de modo a potencializar um sentido positivo relacionado à saúde e minimizar os negativos (CHUIT, 2001). Trata-se de uma vigilância epidemiológica com o enfoque nas condições de vida, envolvendo “os ambientes ou contextos em que se desenvolvem os processos reprodutivos da vida social” (SAMAJA, 1996 p. 309).

Essa nova vigilância, que ganha força a partir da construção do SUS no Brasil, ainda representa um desafio a ser superado, conforme refere Samaja (1996), sendo ainda um termo em construção e, como tal, apresentando variações terminológicas entre os autores: vigilância em saúde, vigilância à saúde e vigilância da saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Segundo Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998), a utilização do termo vigilância da saúde pode estar relacionado a três vertentes diferentes. A **primeira** seria a vigilância da saúde, correspondendo à “análise de situação de saúde”, de modo a ampliar o objeto da vigilância epidemiológica. Esta envolve doenças para além das transmissíveis, bem como considera os determinantes e os condicionantes sociais que influenciam a saúde. A **segunda** vertente refere-se à integração institucional entre as vigilâncias, e a **terceira** à proposta de redefinição das práticas sanitárias<sup>5</sup> (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Vigilância em Saúde, nessa última vertente, é entendida como uma proposta de reorientação do modelo assistencial do SUS, em que se observam práticas dicotômicas entre as ações coletivas, marcadas pela atuação da vigilância de casos, controle de ambientes, produtos e serviços, e de outro, por práticas individuais de saúde, caracterizadas pela assistência ambulatorial, hospitalar e laboratorial (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Considerando que a perspectiva da vigilância da saúde tem como ponto de partida a territorialização, de modo a atender às especificidades sociais e aos determinantes ambientais

---

<sup>5</sup> Práticas sanitárias são realizações sociais caracterizadas pela intersectorialidade, voltadas para o individual ou o coletivo. Têm como finalidade minimizar os riscos à saúde e atender às necessidades de saúde e à resolução de problemas, de modo a proteger a saúde e a vida das coletividades humanas (MENDES, 1996).



no processo saúde-doença das populações (AUGUSTO, 2003; FREITAS, 2003), vale referir algumas aspectos sobre as inter-relações de saúde e ambiente.

Saúde e ambiente são campos inter-relacionados que, a partir de uma pluralidade de dimensões e perspectivas, focalizam os determinantes ambientais dos agravos à saúde humana que podem influenciar, positiva ou negativamente, o estado de saúde das populações (FREITAS; PORTO, 2006; HELLER, 2003).

Historicamente, no Brasil, as questões ambientais relacionadas à saúde sempre foram tratadas por instituições cujo olhar estava focado no saneamento básico. Com o crescimento industrial, a partir da década de 1970, novas instituições surgiram, visando atenuar e controlar os problemas de poluição; no entanto, sem estabelecer nenhuma vinculação com os sistemas de saúde. Na década de 1980, o movimento de redemocratização do país promoveu a necessária aproximação entre as questões ambientais e o sistema de saúde. O aumento das preocupações com a saúde em relação com o ambiente começou com a Conferência sobre o Meio-Ambiente “Rio-92”, sendo também um período caracterizado pelo surgimento de organizações não-governamentais e movimentos ecológicos. Nesse momento, a sociedade brasileira reconheceu a importância da questão ambiental para a saúde (TAMBELLINI; CÂMARA, 1998).

Percebe-se, então, uma ampliação do conceito de vigilância, deixando de lado o foco eminentemente na doença, passado ao objetivo de vigiar a vida em todas as suas dimensões. Assim, a vigilância em saúde deve contemplar as ações individuais e coletivas abordando a complexidade do contexto ambiental. Daí a importância de definir a vigilância em saúde ambiental enquanto conjunto de ações destinadas a conhecer e detectar qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que possam influenciar a saúde humana, com vistas a recomendar e adotar medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos e das doenças ou agravos associados a variáveis ambientais (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002).

Essa perspectiva da vigilância confirma o enfoque da saúde coletiva de Porto (2005), o qual propõe uma discussão integrada das questões de saúde, trabalho e ambiente. Nesse sentido, o autor considera os referenciais voltados para o desenvolvimento de uma abordagem ecossocial das questões ambientais e para a ecologia política e a justiça ambiental, destacando a dimensão do poder (PORTO, 2005). O enfoque ecossocial está voltado para o entendimento da complexidade, bem como para o desenvolvimento de abordagens ecossistêmicas integradas. Para tanto, é necessário romper com os modelos causais lineares usados no campo biomédico. A abordagem ecossistêmica em saúde vai combinar vários *insights* provenientes

da ecologia e o desenvolvimento de metodologias integradas e participativas, de modo que forneçam as bases teóricas para a construção de processos sociais e decisórios que possibilitem soluções adaptativas criativas de problemas, dentro de uma perspectiva participativa e democrática (PORTO, 2007).

No enfoque a partir da ecologia política e justiça ambiental, os problemas ambientais, bem como os de saúde deles decorrentes, são entendidos a partir de relações de poder estabelecidas nos territórios, isto é, os problemas socioambientais baseiam-se no desrespeito à natureza e aos interesses legítimos dos habitantes do lugar, empurrando para seus ombros a parte mais suja do desenvolvimento, ou seja, as principais cargas ambientais (PORTO, 2005).

### *2.2.2 A Matriz de Reprodução Social como ferramenta para a vigilância em saúde*

Segundo Corcho (2002), a vigilância em saúde apresenta, como características básicas, o desenvolvimento de ações sobre o território, com ênfase em problemas que requeiram atenção contínua e intersetorial, envolvendo esforços de ações integradas de modo a abordar os determinantes, riscos e danos à saúde. A operacionalização de uma vigilância em saúde com estas perspectivas é um desafio, principalmente diante das demandas consideradas importantes na relação entre o ambiente e o padrão de saúde da população indígena brasileira (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002).

Saúde para os povos indígenas, segundo a Lei 9.836, de 23 de setembro de 1999 (lei Sérgio Arouca), abarca um conceito global que inclui o meio ambiente, o saneamento básico, a nutrição, a habitação, a educação sanitária, a integração institucional e a demarcação de terras (BRASIL, 1999).

O termo terra carrega consigo o conceito de espaço proposto por Milton Santos (1996, p. 50), como “um conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações, um conjunto de fixos e fluxos que interagem”. Interpretando o autor, Czeresnia e Ribeiro (2000) esclarecem que o espaço decorre da relação entre a materialidade das coisas e a vida que as animam e transformam. E esses sistemas de ações provêm de necessidades humanas materiais, espirituais, econômicas, sociais, morais, afetivas e culturais.

É oportuno acrescentar as diferenciações de Santos (1997) acerca de categorias relacionadas ao espaço. Elas são: (1) a paisagem que, segundo o autor, representa os

elementos visíveis aos nossos olhos, isto é, representa a configuração geográfica deste espaço; (2) o lugar, representa um dado ponto geográfico, podendo estar em constante mudança, isto é, “mudando de significação, graças ao movimento social” (SANTOS, 1997, p. 2); (3) o conceito de localização, o qual representa “um momento do imenso movimento de mundo”, “é um feixe de forças sociais se exercendo em um lugar” (é pertinente não confundir lugar, que pode ser o mesmo, de localizações, que mudam). (4) região que representa “o lócus de determinadas funções em um momento dado”, seria “o melhor lugar para a realização de certo número de atividades” (SANTOS, 1997, p. 66-67); e (5) um território que estaria relacionado ao poder político, no qual o Estado teria atribuições na sua “remodelação” (SANTOS, 1997, p.44).

O Território Indígena ou Terra Indígena (TI) representa a área demarcada, pertencente ao governo federal que, para os povos indígenas, constitui as terras tradicionalmente ocupadas pelos seus antepassados, cabendo-lhes o usufruto exclusivo de suas riquezas. Oliveira (2004) acrescenta que o espaço geográfico e o tempo histórico, somados às escolhas internas dos atores, compõem e caracterizam os sinais diacríticos de um dado grupo indígena. Para o autor, a variável “territorial” representa a questão-chave para compreender as mudanças relacionadas aos grupos indígenas ao longo de sua incorporação à Sociedade Nacional.

Atualmente, a situação das TIs situadas no Brasil é caracterizada pela ocupação de seu entorno, com invasões frequentes por não indígenas, resultando em um quadro de deterioração ambiental, cujas consequências, entre outras, são a “não disponibilidade de água adequada para o consumo humano e a redução da população de animais silvestres que compõem a alimentação tradicional dessa população” (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002, p. 20). A realidade dos povos indígenas do país se caracteriza pelo enfrentamento de um cenário constituído por “desmatamentos, queimadas, assoreamentos e poluição dos rios” (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002, p. 20).

Assim, a abordagem das questões aqui apresentadas pretende considerar a complexidade dos problemas, frente a uma perspectiva participativa. Sendo o ambiente todo o espaço que nos cerca, organizado em diferentes níveis de hierarquia, os problemas ambientais devem ser levantados e solucionados nesta perspectiva (AUGUSTO, 2003).

Pode-se perceber que a vida humana é uma “articulação complexa de múltiplos processos de produção e reprodução de si mesma” (SAMAJA, 2000, p. 12). E que os processos sociais são organizados em níveis de “hierarquias estruturais e funcionais [...], indo

do organismo individual e a família até os Estados-Nações e blocos de Nações” (SAMAJA, 2000, p. 13). Pensando desse modo, Samaja conceitua a saúde a partir da reprodução social,

de modo que saúde seja ‘algo’ que está afetado e afeta as condições de vida e ambas, por sua vez, constituam ‘duas entidades’ que afetam e são afetadas por um terceiro ente: a reprodução social. [...] Ela é inseparável das condições de vida, e só se pode defini-la como o controle sobre os processos de reprodução da vida social (2000, p 16; 100).

Assim, a construção de uma matriz que retrate a Reprodução Social, conforme proposta por Samaja (2000), representa uma estratégia metodológica de modo a possibilitar uma vigilância não mais focada na doença, mas, sim, na vida. Esta matriz permite a construção de análises da situação de saúde, considerando determinantes e condicionantes sociais que a influenciam.

Monitorar as condições de vida e de saúde no contexto da vigilância em saúde requer potencializar o acesso a dados mais ricos do que àqueles tradicionalmente desenvolvidos pela vigilância epidemiológica tradicional. Para tanto, é necessário utilizar não somente indicadores quantitativos, mas também os construídos a partir de processos qualitativos (SAMAJA, 1996). A construção da matriz de Reprodução Social, uma vez que aponta problemas presentes da vida em sociedade, em suas dimensões biológica, comunal, econômica e política, pode oferecer dados qualitativos e quantitativos importantes para vigiar a saúde de um dado grupo populacional. Ademais, a matriz uma vez construída aponta e permite que indicadores estratégicos de saúde sejam formulados.

A reprodução biológica ou biocomunal refere-se à reprodução da sociedade no dia-a-dia, como organismos vivos sociais, resultando num organismo ligado estruturalmente em redes de interações. A reprodução da autoconsciência e da conduta humana ou comunal-cultural se refere ao ser humano como produtor de cultura, ou seja, de redes simbólicas de elaboração e transmissão de experiências e aprendizagem. A reprodução econômica ou societária diz respeito aos processos pelos quais os seres humanos devem voltar a produzir seu meio de vida, através das atividades econômicas. A reprodução ecológico-política alude ao processo de interdependência mediada pelos seres humanos entre as condições ambientais, as relações sociais, as relações comunais-culturais e as relações biocomunais (SAMAJA, 2000).

Diante desta nova perspectiva, como então pensar na aplicação deste enfoque qualitativo que seja capaz de dá conta de todo universo da população? Sendo isso um desafio, Samaja (1996) propõe o estudo epidemiológico em “sítios sentinelas”, pois neste grupo populacional seriam produzidas informações com “suficiente sensibilidade para monitorar certo universo de fenômenos” (SAMAJA, 1996, p. 318, tradução nossa). O “sítio sentinela” é

constituído por comunidades que compartilham o mesmo território, ou que apresentam processos decisórios e uma dinâmica comunicacional em comum (SAMAJA, 1999). Segundo o autor:

A técnica de sítios sentinelas tem especial aplicação em sociedade cujo sistema de informação apresenta severas deficiências. No entanto, a técnica dos sítios sentinelas pode desenvolver-se como um complemento substancial do monitoramento das condições de vida incluindo ainda sociedades com bons sistemas de informação (SAMAJA, 1996, p. 318, tradução nossa).

Percebe-se que a análise da política de informação em saúde indígena representa um “sítio sentinela” no contexto da PNIIS. E a matriz de reprodução social constitui uma estratégia de análise dos limites e possíveis potencialidades dos sistemas de informação em saúde, uma vez que é rica em quantidade de variáveis, sendo acessível às disponibilidades de recursos financeiros para sua construção, oportunos e participativos, pois seus dados são coletados em um breve tempo.

### *2.2.3 Perspectivas da vigilância em saúde: por uma abordagem política da informação*

Considerando que os aspectos ambientais e de saúde constituem um eixo central para se entender os determinantes sociais de saúde entre as populações indígenas no Brasil, acredita-se que a política de informação em saúde pensada também deve responder a estas demandas. Augusto e Branco referem ser

imprescindível uma política de informação em saúde ambiental capaz de monitorar as políticas públicas, os processos produtivos e todas as atividades econômicas, bem como as ações de intervenção que visem melhorar as condições ambientais e de saúde das populações (2003, p. 150).

Tal aspecto perpassa por uma abordagem ambiental ecossocial, que considere a complexidade na conformação dos sistemas de informação em saúde, isto é, tanto a verticalidade, envolvendo a hierarquia e ordenação, como a horizontalidade, incluindo redes, coordenação e atores sociais (PENA-VEGA, 2001 *apud* AUGUSTO; BRANCO, 2003). Em relação ao relacionamento dos sujeitos e suas redes, Branco (2006, p. 49) afirma que, “quanto mais complexa a organização, maior a importância da informação como recurso estratégico”.

Dada a complexidade das populações indígenas, a Pnspi preconiza que o Siasi deve ser construído baseado na vigilância em saúde (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2004). Neste sentido, considerando que a operacionalização dessa vigilância ampliada deve promover a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a informação em saúde produzida a

partir dessa perspectiva deve não somente considerar os aspectos técnicos e tecnológicos, mas também os aspectos políticos da informação e posicioná-los enquanto instrumentos estratégicos do SUS.

Considerando que a vigilância em saúde “não é uma mera ação de produção de informação, mas, fundamentalmente, é a intervenção sobre determinantes e condicionantes de problemas de enfrentamento contínuo” (MENDES, 1993, p. 177), a política de informação em saúde construída não deve tratar de empilhamentos de dados ou privilegiar os dados de doença. Deve, sim, deslocar “o foco da doença para o da saúde” (AUGUSTO, 2003), englobando os aspectos sociais e ambientais, culturais e políticos e envolvendo todos os atores sociais.

A construção de uma vigilância em saúde focada na abordagem política da informação é reforçada também a partir das análises de Sato (1996, p. 494), quando destaca que a formulação dos problemas de saúde deve estar associada “à noção de cidadania, construída em cada realidade social e vivenciada no cotidiano pelos atores sociais”. Segundo o autor, embora existam diferentes lógicas entre o conhecimento empírico de uma dada comunidade e o conhecimento científico,

considera-se importante utilizar, no processo de vigilância à saúde, as teorias e os instrumentos colocados à disposição por ambas formas de conhecimento. [...] Como possibilidade, existe o mecanismo de comunicação e negociação, processo através do qual se pode encontrar um denominador comum” (SATO, 1996, p. 494).

Os achados epidemiológicos produzidos pelos sistemas de informação, indicadores sanitários e do senso comum podem corroborar e “eventualmente até coincidir” (SATO, 1996, p. 494).

Analisando o **quadro 1**, percebe-se que a vigilância epidemiológica preocupa-se com as doenças transmissíveis. E, dado o conceito restrito de saúde, produz informações focadas na doença, sendo ainda direcionada para o processo decisório no nível central. No entanto, a vigilância em saúde parte da premissa de vigiar a saúde e todos os seus determinantes e condicionantes, com vistas à promoção da saúde. Daí a preocupação em também divulgar e disponibilizar as informações a partir das necessidades da população envolvida, de modo que atenda as especificidades dos partícipes envolvidos no processo.

A partir da consideração de que a Pnspi inclui o Siasi na diretriz de monitoramento das ações em saúde indígena, vale definir vigilância e monitoração. O verbo monitorar, apesar de ser conceituado como vigiar, remete a significações e aplicações distintas para a saúde pública (WALDMAN, 1998). Monitorização possui uma definição mais ampla do que a vigilância (SOUZA, 2008). Monitorar significa “acompanhar o decurso de”, em que são feitas

análises rotineiras, de modo a detectar mudanças sobre o ambiente e na saúde de uma dada comunidade (LAST, 1998; HOUAISS; VILLAR, 2001, p. 1951).

Conceito de Saúde	Perspectivas da vigilância	Enfoque na abordagem da informação	Abordagem metodológica
Restrito (História natural da doença) Prevenção das doenças	Vigilância epidemiológica centrada nas doenças transmissíveis	Técnica e tecnológica	Eminentemente quantitativa
Ampliado (Determinantes sociais, reprodução social) Promoção da Saúde	Vigilância em saúde	Política	Quantitativa e qualitativa

**Quadro 1.** Inter-relações entre o conceito de saúde, a perspectiva da vigilância e o enfoque dado à informação.

Fonte: Elaboração própria, a partir dos referenciais de Branco (2006), Samaja (1996; 2000), Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998), Paim (2003), Paim (1997), Augusto (2002; 2003), Freitas (2003).

Monitorar parte do reconhecimento de que o ambiente não é definido cartesianamente, “ele não é dado, mas está em permanente construção e transformação pela ação do homem e da própria natureza” (AUGUSTO, 2003, p. 181). Segundo a autora, para os setores ambientais e do trabalho que lidam com a monitorização, são utilizados geralmente indicadores quantitativos. No entanto, dada a complexidade da vigilância em saúde, ao monitorar são requeridas abordagens também qualitativas (AUGUSTO, 2002). Para Augusto, monitorar

é mais do que um ato de medição instrumental. Aqui, a monitoração tem por objetivo qualificar as condições de contexto e elementos diretamente envolvidos no processo de causalidade, para atuar de forma permanente na sucessão de estados que conformam o processo saúde-doença. Nesse sentido, também é necessário incorporar dados qualitativos e utilizar a triangulação metodológica para se alcançar maior aproximação com a realidade (2003, p. 181).

Considerando que o enfoque da vigilância em saúde destaca que a descentralização deve privilegiar o desenvolvimento das ações em níveis locais, principalmente distritais, um sistema de informação em saúde pensado para um distrito sanitário apresenta as seguintes características, segundo Tasca, Grego e Villarosa (1999):

- a) Precisa ser flexível, com capacidade de adaptação de modo a atender as necessidades reais do território, que são, por definição, dinâmicas e específicas;
- b) Participação comunitária na coleta e uso das informações, com gerência participativa dos sistemas. Isto vai garantir uma informação inteligível para a população, de modo que oriente e permita uma escolha consciente em relação à própria situação de saúde;
- c) Garantir a “conveniência social” dos sistemas, ao lado da institucional, isto é, um esforço em construir bancos de dados compatíveis com o tipo de informações geradas pela comunidade;

- d) A construção de um sistema de informação deve envolver o nível central, mas este, por sua vez, precisa tomar consciência das necessidades de um distrito sanitário;
- e) Para conhecer as diferentes realidades do território de um distrito sanitário, um sistema de informação deve trabalhar com mapas, a fim de permitir a visualização dos fatores de riscos e os problemas de saúde;
- f) Considerando que os sistemas são utilizados como instrumentos que conduzem as ações, sugere-se que a partir deles seja possível coletar informações relacionadas aos equipamentos sociais e expressões relacionadas às organizações da sociedade e instituições públicas e privadas existentes no território;
- g) Capacidade de coletar dados de fontes diferentes, estabelecendo comparativos com estas fontes informais. As instituições locais possuem normalmente dados significativos, mas, muitas vezes, fragmentados, devendo neste sentido agregar estas informações;
- h) Busca de informações externas ao setor saúde, principalmente em relação a dados demográficos, socioeconômicos e ambientais.

Percebe-se que todas estas características estão em comum acordo com a abordagem política da informação, privilegiam a promoção da saúde e abrem espaço para a participação dos sujeitos sociais, com suas especificidades e inter-subjetividades.





---

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

*[...] Quanto mais intensa for a tarefa  
Mais perspectivas coletivas ela traz  
Quando mais certas forem nossas intuições  
Mais firmes serão as metas  
Quanto mais nobre for o propósito  
Mais estímulo provará na coletividade  
Quanto mais ampla é a perspectiva  
Mais significativa se torna [...]*<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Trecho do poema “Nove anos com e sem Xicão”, proferido na Assembleia do Povo Xukuru do Ororubá, em maio de 2007. “O codinome “Xicão” foi dado pelo povo indígena Xukuru ao Cacique e líder político da etnia, Francisco de Assis Araújo. Conforme informações do povo Xukuru, o Cacique nasceu na aldeia Canabrava, no ano de 1950, e exerceu papel de destaque como liderança política da etnia. O cacique foi assassinado em 20 de maio de 1998” (GONÇALVES, 2008, p. 58).

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

Se o campo da informação é vasto, mais ainda são as questões indígenas. Assim, a análise da política informacional fez uso de parte dos dados coletados pelo projeto maior do qual esta dissertação fez parte.

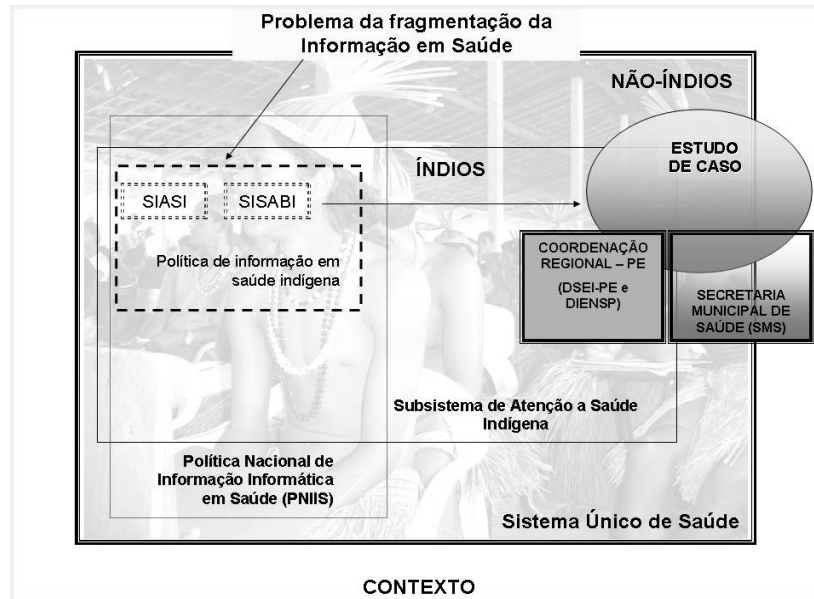
#### 3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, o qual abordou o objeto em questão a partir de duas vias metodológicas. A *primeira*, referente à caracterização histórica da política de atenção à saúde indígena, destacando como foi concebida, desenvolvida e implementada. Para tanto, foi utilizado o referencial de análise da política de informação segundo os modelos propostos por Davenport (2002) e por Davenport, Eccles e Prusak (1996), tal como trabalhados por Branco (2001, 2006).

Considerando que o problema da informação em saúde indígena tem como contexto o SUS universal e acessível a toda população brasileira indígena e não-indígena, além de serem analisados os aspectos do macro-contexto, relacionados às diretrizes apontadas na Política Nacional de Saúde, na PNIIS e na Pnspi, será descrito o micro-contexto local, a partir do estudo de caso (**Figura 3**).

Para tanto, a *segunda* via metodológica constitui um estudo de caso na etnia Xukuru do Ororubá (Pesqueira-PE), que enfocou a caracterização do Siasi e Sisabi a partir dos referenciais da vigilância em saúde. Em um estudo de caso é possível, a partir de acontecimentos particulares, construir afirmações teóricas mais genéricas, isto é, tentar estabelecer proposições acerca dos princípios gerais daquele caso específico, de modo a ter validade externa para os fenômenos que se pretende estudar (BECKER, 1994; SIMON, 2007).

Essa se deu a partir da análise da matriz de reprodução social proposta por Ynob e Samaja (1997). A matriz foi construída pela equipe de pesquisa do projeto “Proposição de modelo de manejo ambiental integrado e participativo para lidar com os impactos das mudanças ambientais sobre as condições socio sanitárias das áreas indígenas de Pernambuco” (**Anexo B**) (COSTA, 2009).



**Figura 3.** Esquema para analisar as inter-relações entre a política de informação no contexto da saúde indígena, a política nacional de informação em saúde e as instâncias do SUS e do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.  
Fonte: Elaboração própria.

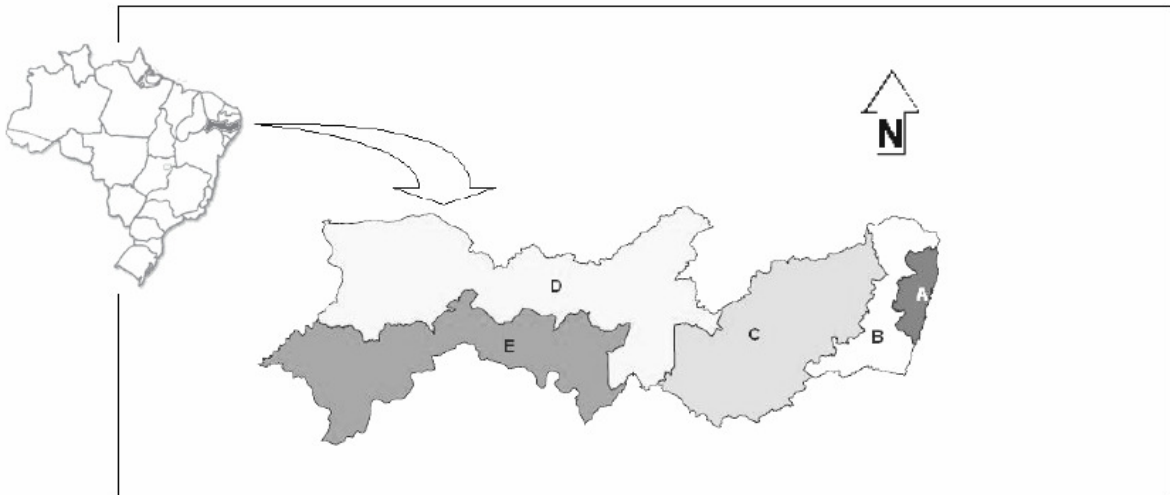
A partir da matriz de reprodução social construída foram analisados o Siasi e Sisabi, de modo a apontar alguns de seus limites e potencialidades. Tal aspecto foi importante, uma vez que, parafraseando Samaja (1996), um sistema de informação em saúde deve ser capaz de identificar mudanças significativas nas configurações das condições de saúde e ter o poder de antecipar as modificações de modo a atuar em curto prazo. Também, como colocam Ynob e Samaja (1997), mediante a identificação dos tipos de problemas de saúde, a construção desta matriz permitiu a seleção e organização, de forma prioritária, de variáveis traçadoras.

Nesta matriz, o contexto sociocultural dos índios foi caracterizado de modo a responder, em distintas dimensões, aos problemas que os cercam. A matriz construída permitiu analisar o aspecto relacionado ao conteúdo dos sistemas de informação, isto é, se as variáveis do Siasi e Sisabi atendem a perspectiva da vigilância em saúde, ou seja, se contemplam e abrangem o contexto social e as especificidades étnicas e culturais e se contribuem para a definição de problemas ambientais relacionadas à saúde indígena.

Foram utilizadas abordagens complementares, compondo uma triangulação metodológica (DENZIN; LINCOLN, 2006), constituída por abordagens qualitativas e quantitativas. A abordagem qualitativa permitiu analisar aspectos relacionados à subjetividade, com o significado e relevância da informação para os sujeitos. A análise quantitativa foi utilizada para os dados do Siasi e Sisabi disponibilizados pela Coordenação Regional da Funasa em Pernambuco.

### 3.2 Área do estudo de caso

O estudo de caso foi realizado no TI Xukuru do Ororubá, situado no município de Pesqueira, no DSEI de Pernambuco. A **Figura 4** mostra a organização espacial do Estado, que é conformado pelo Litoral (A), a Zona da Mata (B), o Agreste (C), o Sertão (D) e a região do São Francisco (E).



**Figura 4.** Regiões geográficas do Estado de Pernambuco, Brasil.

Fonte: Monteiro *et al.* (2007)

Nota: A: Região Metropolitana de Recife, B: Zona da Mata, C: Agreste, D: Sertão, E: São Francisco.

Pesqueira localiza-se na Mesorregião do Agreste, na microrregião Vale do Ipojuca do Estado de Pernambuco, a 213,7 Km de Recife; o acesso é feito pela BR-232. Seu limite, ao norte, é com o Estado da Paraíba e o município de Poção; ao sul, com os municípios de Venturosa e Alagoinha; ao leste, com Sanharó, Capoeira, São Bento do Una e Belo Jardim; e a oeste, com Arcoverde e Pedra. A área municipal ocupa 1031,6 km<sup>2</sup> e representa 1.05 % do Estado de Pernambuco (MASCARENHAS *et al.*, 2005).

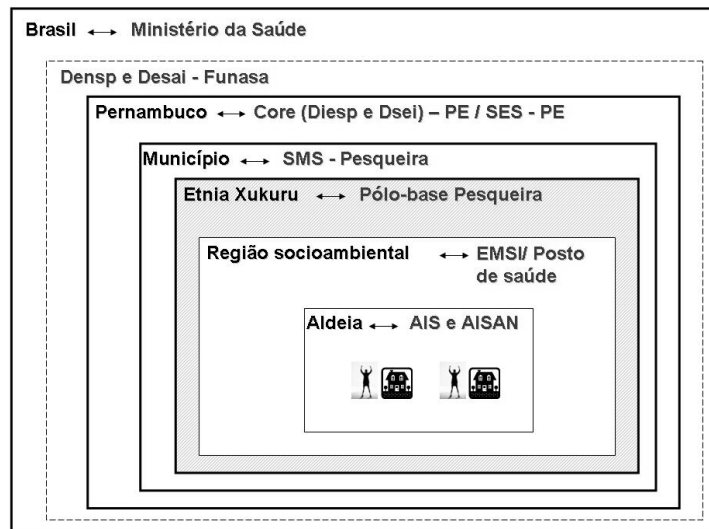
O TI localiza-se na Serra do Ororubá, numa área de 27.550 hectares e divide-se em três regiões geográficas distintas, conforme pode ser visualizado na **Figura 5**: Serra, Ribeira e Agreste, abrigando a população em 24 aldeias. Essas Regiões socioambientais (RSAs) são categorias espaciais legitimadas pela própria etnia Xukuru, de modo a respeitar a diversidade geoclimática e socioeconômica de cada uma delas (LIMA *et al.*, 2007).

A agricultura é predominante na região da Ribeira, enquanto que o Agreste, sendo mais seca, destaca-se como maior produtora de leite (CENTRO DE DESENVOLVIMENTO E APOIO AOS MUNICÍPIOS E COMUNIDADES, 2007). Os Xukuru vivem essencialmente



### 3.3 Unidades de análise

A unidade de análise corresponde ao ente que está sendo descrito, isto é, o conjunto de variáveis descrevem uma certa unidade de análise (SAMAJA, 1993). Como este estudo analisou a política de informação em saúde indígena, a **Figura 6** mostra os níveis de gestão de acordo com a Pnspi, construídos coordenadamente às dimensões territoriais a que correspondem.

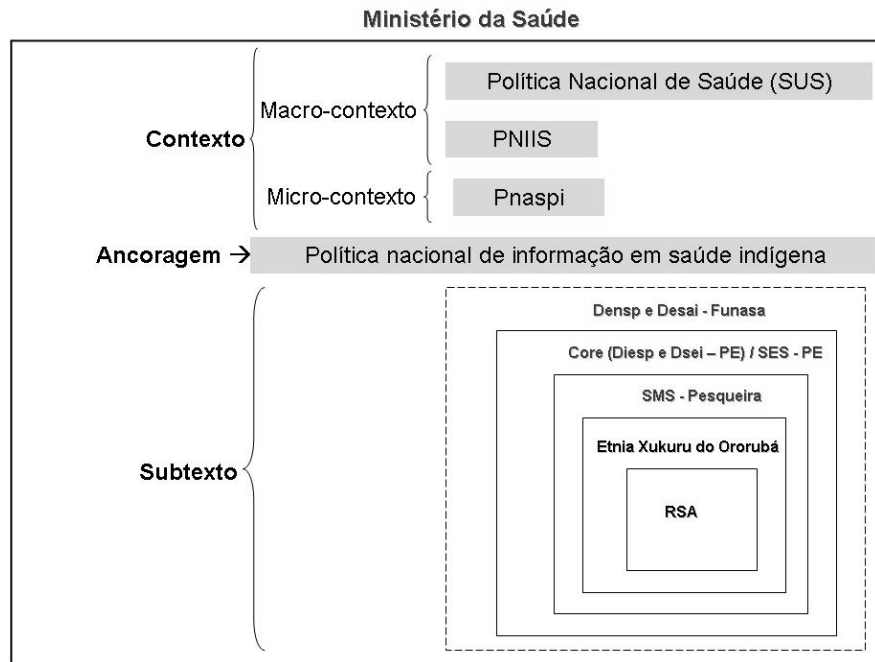


**Figura 6.** Unidades de análise referentes ao espaço e à estrutura da organização das ações de saúde indígena.

Cada conjunto de categorias formará matrizes de dados, que por sua vez se integram umas às outras. Os indivíduos que formam famílias correspondem à menor unidade de análise, e formam aldeias que representam o espaço em que trabalham os AIS e os Aisans. Na etnia Xukuru do Ororubá, as aldeias são organizadas segundo as RSA, para cada uma delas existe uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI).

O polo-base está subordinado ao Dsei, o qual pertence, no caso de Pernambuco, à Core da Funasa no Estado. Essa observação é importante porque existem coordenações que apresentam mais de um distrito localizado na mesma unidade federativa. Há uma linha tracejada no nível central, já que, segundo a Portaria nº. 70/GM, de 20 de janeiro de 2004, ao Ministério da Saúde compete formular, aprovar e normalizar a Pnspi e à Funasa cabe a coordenação, normatização e execução das ações de saúde (BRASIL, 2004). Por fim, incluiu-se o nível municipal, haja vista que este também atua de forma complementar na execução das ações de atenção à saúde indígena (BRASIL, 2004).

Ainda analisando a **Figura 6**, a área hachurada, referente à etnia Xukuru do Ororubá, é a ancoragem do estudo de caso. Considerando o objetivo deste estudo, que é analisar a política de informação em saúde no contexto da saúde indígena, foi construída a **Figura 7**, a ancoragem central para a apresentação dos resultados, isto é, a própria política nacional de informação em saúde indígena.



**Figura 7.** Unidades de análise do estudo.  
Fonte: Elaboração própria.

O contexto compreendeu os níveis acima da ancoragem, que correspondem, no macro-contexto do SUS, à Política Nacional de Saúde e à PNIIS e, no micro-contexto, à Pnspi. O subtexto refere-se aos resultados encontrados a partir do estudo de caso no Dsei-PE e especificamente na etnia em estudo, e as análises privilegiaram na caracterização do Siasi e Sisabi.

### 3.4 Sujeitos do estudo

Mesmo com o enfoque na análise documental e em dados secundários, o presente estudo recorreu a alguns sujeitos de modo a complementar às análises. Assim, a pesquisa contou com a participação de sujeitos-chave indígenas e não-indígenas, a saber: 01 enfermeira do polo-base da etnia, que compõe as EMSI, 01 supervisor dos Aisans, 07 técnicos da

Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Pesqueira, 01 técnico responsável pelo Siasi no nível distrital, 01 profissional responsável pelo Siasi no polo-base, 01 coordenador da Comoa do Desai em Brasília, da Funasa.

### **3.5 Fontes de dados e instrumentos de coleta**

Foram utilizados fontes de dados primários e secundários de distintas naturezas. Essa triangulação metodológica foi uma tentativa de assegurar uma compreensão em profundidade do fenômeno em questão (DENZIN; LINCOLN, 2006). Ademais, como colocam Keen e Packwood (2006), o uso da triangulação em estudos de caso permite maximizar a confiabilidade e validade dos achados. Assim, o objetivo nessas fontes de coleta foi que todos os dados encontrados contribuíssem para uma melhor compreensão da política de informação em saúde indígena.

As fontes dos *dados primários* foram provenientes da:

- (1) observação direta, através de visita *in loco* ou participativa;
- (2) entrevistas semiestruturadas.

E os *dados secundários* decorreram do:

- (3) levantamento documental;
- (4) sistemas de informação em saúde – Siasi e Sisabi.

Seguem sucintamente algumas considerações acerca de cada uma das fontes e respectivos instrumentos de coleta.

#### *3.5.1 Fontes de dados primários*

##### **3.5.1.1 Observação participante**

O termo observar no campo da pesquisa qualitativa significa “examinar com todos os sentidos um grupo de pessoas, um indivíduo dentro de um contexto, com o objetivo de descrevê-lo” (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000, p. 62). Considerando que a



informação compõe os fluxos do espaço definido por Milton Santos (1997), essa estratégia foi utilizada de modo a caracterizar, a partir das conversas informais e dos comportamentos individuais e coletivos, a relevância dada à informação pelos sujeitos do estudo (MINAYO, 2004, p. 100). Os sujeitos ligados a uma instituição conformam as coalizões cujas construções giram “em torno da defesa de interesses específicos, na perspectiva de influenciar ou até mesmo determinar o processo de formulação e implementação” de uma dada política pública (GURGEL, 2007, p. 48).

Foram feitas observações diretas, representadas por visitas *in loco*, realizadas no Desai, na sede da Funasa em Brasília, no Dsei-PE e no polo-base Xukuru do Ororubá, situado na Aldeia de São José, na SMS de Pesqueira, no setor de Engenharia da Core de Pernambuco.

### 3.5.1.2 Entrevistas semiestruturadas

A entrevista caracteriza-se por permitir a troca de informações entre as pessoas, possibilitando ao entrevistador recolher informações através da fala dos atores sociais. Também permite que, ao longo do processo, sejam introduzidas outras questões que podem surgir de acordo com as informações que se deseja obter (MINAYO, 2004; TANAKA; MELO, 2004).

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com todos os sujeitos-chave do estudo, seguindo três roteiros distintos (**Apêndice A**). O primeiro foi destinado aos técnicos da SMS de Pesqueira, o segundo roteiro apoiou as entrevistas realizadas com os sujeitos-chave do pólo-base (enfermeira da EMS, supervisor de saneamento dos Aisans, técnico responsável pelo Siasi) e, por fim, o terceiro foi destinado aos profissionais que atuam no Comoa do Desai, em Brasília.

### 3.5.2 Fontes de dados secundários

#### 3.5.2.1 Levantamento documental

Foi feito, inicialmente, um levantamento documental de caráter complementar ao já realizado anteriormente, conforme consta no referencial teórico desse estudo, relacionado aos aspectos que contemplem o contexto em que o Siasi e o Sisabi foram concebidos, desenvolvidos e implantados.

Segundo Marconi e Lakatos (2002, p. 63), as fontes de dados documentais incluem, dentre outros, aqueles “compilados após o acontecimento pelo autor”, sendo neste caso fontes primárias. Como exemplo, pode-se citar os diários de campo, os relatos de visitas a instituições e os relatos de viagens. São documentos de fontes secundárias as transcrições originadas de fontes primárias, como relatórios de pesquisa baseados em trabalho de campo de terceiros (MARCONI; LAKATOS, 2002).

Analisando o **quadro 2**, é possível vislumbrar os dados documentais desta pesquisa, os quais foram divididos entre aqueles de domínio público, disponibilizados majoritariamente na *internet*, e os de acesso restrito, que foram fornecidos de arquivos pessoais ou após a anuência específica da instituição (**Apêndice B**).

Documentos de domínio público	Documentos de acesso restrito
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde e das Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas;</li> <li>• Atas de reuniões técnicas do Conselho Nacional de Saúde, da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (Cisi) e Fórum dos Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi);</li> <li>• Leis e Portarias publicadas pelo Ministério da Saúde e Gabinete Ministerial</li> <li>• Manuais do Siasi e Sisabi e normas técnicas publicadas pela Funasa;</li> <li>• Relatório anual de atividades de atenção à saúde indígena desenvolvido pela Funasa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento base do Siasi;</li> <li>• Manual do Siasi local;</li> <li>• Pareceres avaliativos do Siasi;</li> <li>• Diagnóstico situacional do Siasi;</li> <li>• Gerência da Informação no Siasi;</li> <li>• Apresentações de reuniões: radiografia da infraestrutura computacional nas unidades de saúde indígena;</li> <li>• Documento base 2 do Siasi;</li> <li>• Avaliação Interna do Siasi;</li> <li>• Apresentação: Compromisso com a Saúde Pública;</li> <li>• Informe da execução do Projeto Vigisus* (Etapa 1): Lições aprendidas;</li> <li>• Estruturação do Siasi;</li> <li>• Backup de problemas de operação do Siasi;</li> <li>• Documento de recuperação do Siasi;</li> <li>• Atividades inéditas para recuperação do Siasi.</li> </ul>

**Quadro 2.** Documentos disponibilizados por um sujeito chave e analisados pelo estudo.

Nota: \* Vigisus: Vigilância Epidemiológica do Sistema de Saúde

Outra análise documental foi feita a partir do relatório da pesquisa “Proposição de modelo de manejo ambiental integrado e participativo para lidar com impactos das mudanças ambientais sobre as condições socio sanitárias das áreas indígenas de Pernambuco” (Projeto Sossanin) que contém as transcrições das falas proferidas pelos participantes indígenas durante as oficinas.

Foram realizadas três oficinas<sup>7</sup>, uma em cada região da etnia Xukuru; cada uma foi composta, em média, por 30 integrantes, de forma representativa entre os atores sociais Xukuru (professores indígenas, AIS e Aisan, lideranças das aldeias, agricultores, idosos, donas-de-casa, jovens, adolescentes, dentre outros), estes escolhidos pelas lideranças.

A oficina representou, para o referido projeto, um instrumento de coleta participativa, cuja função principal foi a de ajudar a levantar os problemas e demais dados da realidade local, de modo a construir o diagnóstico integrado e participativo.

Entende-se por metodologia participativa o uso de métodos e técnicas com vistas a permitir que os integrantes de um grupo sejam capazes de desenvolver percepções sobre determinados fatos e informações, vivenciar seus sentimentos, refletindo sobre eles, dar novos significados aos seus conhecimentos e valores e, por fim, vislumbrar mudanças. Pressupõe, essa metodologia, que atitudes e comportamentos em relação a quaisquer temas ou fatos da vida estão sempre associados aos conjuntos de valores, crenças, concepções, cognições e emoções que cada pessoa desenvolve em função de aspectos ambientais educacionais e sociais, a saber, políticos, econômicos e culturais (SILVA, 2002).

A realização de oficina para a construção de diagnóstico participativo é referida por Susin, Alves e Gomes (2005) como uma técnica cujo objetivo (dentre outros) é a discussão e hierarquização dos problemas diagnosticados. Nestas oficinas, os participantes não são meros ouvintes, mas, sim, co-participantes (MATTHÄUS, 2005).

As oficinas realizadas com a etnia Xukuru do Ororubá foram desenvolvidas nos moldes da “Oficina do Futuro ou Oficinas de Aprendizagem ou Oficinas de Ideias”, conforme coloca Matthäus (2005). Inicialmente, a partir de um ambiente agradável, foram apresentados os objetivos do trabalho e a metodologia adotada, de modo a despertar o interesse dos participantes. Para cada oficina, foram apresentadas fotografias que revelavam a beleza ambiental das regiões, bem como elementos do sagrado e práticas culturais da etnia. Esta representa uma estratégia para despertar a valorização, de presentear os participantes com os materiais confeccionados, criando um clima amistoso e de confiança para os participantes.

---

<sup>7</sup> As três oficinas, uma para cada RSA – Ribeira, Serra e Agreste – foram realizadas nos meses de novembro/2007 a fevereiro/2008.

O segundo momento, início da fase crítica, tinha por objetivo captar diferentes percepções, independentemente da validade ou verdade destas, da etnia Xukuru para os seguintes termos: *ambiente, natureza, terra, saúde, morte, vida e criação do mundo*. Este momento foi importante porque, a partir destes entendimentos, foram construídos consensos de modo a tratar tais termos em consonância, evitando, assim, possíveis ruídos de comunicação. De acordo com Matthäus (2005, p. 127), esta construção teórica coletiva permite “discutir diferentes percepções e conceitos”, que foram utilizados como insumos para o passo seguinte.

Assim, partindo do consenso que ambiente é tudo o que nos cerca e é organizado em diferentes níveis de hierarquia, foram levantados os problemas ambientais correspondentes ao ambiente da casa, da aldeia, da RSA e da etnia. Foi definido como consenso, durante as oficinas, que os problemas levantados em cada nível referiam as formas de enfrentamento distintas, ora envolvendo apenas alguns participantes, ora sendo solucionadas individualmente, ora mobilizando a liderança da aldeia, ora os líderes da etnia, na figura do cacique e do pajé, ora dependendo de instâncias políticas, federais, estaduais ou nacionais.

#### 3.5.2.2 Sistemas de informação em saúde

Estas fontes foram utilizadas de forma eminentemente exploratória, de modo a caracterizar seus limites e potencialidades, no intuito de atender a perspectiva da vigilância em saúde. Ademais, foram analisadas algumas de suas variáveis, de modo a apontar se estes sistemas contribuem para a definição de problemas ambientais relacionados aos indígenas, objeto do estudo de caso. Os sistemas de informação utilizados foram o Siasi e o Sisabi.

### 3.6 Período do estudo

A coleta dos dados primários foi realizada entre maio de 2007 e dezembro de 2008. Acerca dos dados advindos dos Siasi e Sisabi, esses consideraram os seguintes períodos de referência:

- a) Siasi relativos à morbidade – 2006 e 2007;

- b) Siasi relativos à mortalidade – 2000 a 2007;
- c) Sisabi referente ao módulo do censo sanitário – 2002, uma vez que o último censo sanitário indígena foi realizado neste ano.
- d) Sisabi referentes aos módulos do Casan e o caderno do Aisan – 2008.

### 3.7 Categorias de análise

As categorias de análise foram divididas segundo as perspectivas metodológicas, definidas no desenho do estudo. Para a abordagem da análise da política de informação (**primeira via metodológica**), os dados foram categorizados a partir de duas instâncias, conforme proposto no documento “Uso e disseminação de informações em saúde” (BRASIL, 1993): uma eminentemente política e outra executora das orientações emanadas da primeira.

No intuito de caracterizar historicamente a política de informação em saúde indígena, as categorias de análises foram:

- a) Justificativa para a escolha da intervenção – Motivo pelo qual o Siasi e o Sisabi foram criados;
- b) Concepção do Siasi e do Sisabi – Contexto histórico e político em que se encontrava a política de saúde no Brasil, bem como a estrutura organizacional da Funasa, Ministério da Saúde e Datasus;
- c) Desenvolvimento dos sistemas de informação – Etapas de elaboração e construção dos sistemas. Aqui serão identificados os atores e/ou instituições envolvidos (as) nessas etapas e o processo de documentação;
- d) Implantação dos Sistemas – Como se deu o processo de homologação e a implantação dos sistemas nos Dseis e Core;
- e) Principais impasses, problemas e/ou dificuldades destes SISs.

Ainda nessa perspectiva, para caracterizar o Siasi e o Sisabi, apontando seus principais limites e possibilidades quanto à vigilância em saúde, foram pesquisados os elementos que pudessem caracterizar as abordagens da CI a partir das seguintes categorias (BRANCO, 2001; 2006): Abordagem técnica e tecnológica da informação; e abordagem política da informação.

Assim, as análises privilegiaram algumas temáticas, de modo a conceituar informação, delinear os princípios e etapas da produção da informação, disponibilidade dos dados, destino da informação, interatividade entre os sujeitos envolvidos no processo de produção da informação, importância do contexto histórico específico dos atores, significado da informação, conteúdo do dado, relevância da informação, controle social e ação informada dos atores envolvidos.

Ao final, de posse dos dados documentais, a política nacional de informação em saúde indígena foi caracterizada quanto aos modelos de política de informação, conforme proposto na classificação de Davenport (2002), constituída pelos seguintes modelos: Utópico-tecnocrático, Anárquico, Feudalista, Monarquista e Federalista.

As categorias de análise para a **segunda via metodológica** – no intuito de identificar como os sistemas de informação da saúde indígena atendem à complexidade da vigilância em saúde, isto é, se as variáveis do Siasi e do Sisabi contemplam e abrangem o contexto social e as especificidades étnicas e culturais e se contribuem para a definição de problemas ambientais para a saúde indígena – foram consideradas a partir da construção da matriz de dados de reprodução social, conforme proposto por Ynob e Samaja (1997) (**Anexo B**). Os problemas de informação foram divididos a partir das dimensões de reprodução social, que são: problemas de reprodução ecológica/ política, problemas da reprodução econômica, problemas de reprodução da consciência e da conduta e problemas de reprodução biológica.

Por fim, para analisar a consonância da política da informação em saúde indígena com a Pnspi foram construídas, a partir desta política, as seguintes categorias de análise: responsabilidades institucionais; financiamento e suas relações com o SIS; o uso da informação pelo controle social; universalidade; descentralização e equidade.

### **3.8 Análise dos dados**

A depender do nível de hierarquização do estudo e das fontes de coleta de dados, as análises foram também distintas, variando em análise documental, análise descritiva, análise de discurso e estatística descritiva. Visando analisar a política de informação no contexto da saúde indígena, considerando tanto o contexto nacional e o nível local, a partir da realização de um estudo empírico na etnia Xukuru do Ororubá, percebe-se um caráter interdisciplinar e complexo no enfrentamento do objeto deste estudo. Essa proposta metodológica, semelhante

ao estudo de Galindo (2004), ao focar a perspectiva nacional e distrital, caminha no sentido de confrontar, reforçar as evidências entre os discursos formais e institucionais com as práticas de saúde na vida cotidiana.

### 3.8.1 Análise documental

Esta forma de análise foi utilizada para compreender, em diferentes conjunturas históricas do País, a política da informação em saúde indígena, até a conformação do seu modelo atual. O pesquisador, a partir da articulação do presente com o passado, “ativa ou reativa a memória”, vê-se distanciado da fragmentação, “quando procura, na investigação, o elo entre esses dois tempos históricos da atividade humana”, evitando, assim, análises “presentistas” (PIMENTEL, 2001, p. 14).

Semelhante a Gonçalves (2008), na formatação dos resultados, foi utilizada a narrativa com sentenças completas, intercaladas por citações de autores ou de documentos institucionais (**Quadro 3**).

<b>Etapas da análise documental</b>	<b>Características</b>
Levantamento dos documentos (Primeira etapa):	Encontrar fontes; não há uma preocupação com a análise propriamente dita, que seria o núcleo do trabalho subsequente; não foi nesse primeiro momento priorizado um tipo de fonte.
Organização do material coletado (Segunda etapa):	Foi realizada a primeira organização do material, sendo indispensável olhar para o conjunto de documentos de forma analítica, buscando averiguar como poderia proceder para torná-lo inteligível, de modo a apoiar o objetivo do estudo; organizar significa proceder a leitura, a partir de critérios da análise de conteúdo dos documentos.
Ordenamento e descrição (Terceira etapa):	Nesta fase são abordados aspectos temáticos e conceituais das publicações; é a fase da identificação e ordenamento dos textos, de modo a serem descritos seus achados a partir das categorias de análise.

**Quadro 3.** Etapas da análise documental da pesquisa.

Fonte: Adaptado pela autora, a partir de Pimentel (2001).

Para a construção da caracterização histórica, os documentos e textos foram selecionados considerando a relação com as questões condutoras do estudo (primeira etapa); em seguida, durante a leitura cuidadosa, foi feita a primeira organização do material coletado, buscando averiguar como se poderia proceder aos encaminhamentos dos fatos a partir das distintas conjunturas históricas (segunda fase). Por fim, seguiu-se a fase da identificação e

ordenamento dos textos, de modo a descrever seus achados, a partir das categorias de análise (terceira fase). Nessa terceira etapa, foram encontradas características que podem classificar as políticas informacionais a partir dos modelos propostos por Davenport (2002).

### 3.8.2 Análise descritiva

Essa técnica foi aplicada para o tratamento dos dados coletados, a partir da observação participante na TI Xukuru do Ororubá e se deu através de visitas às instituições envolvidas no estudo de caso. A finalidade foi caracterizar o Siasi e o Sisabi, apontando seus principais limites e possibilidades quanto à vigilância em saúde.

Essa mesma estratégia foi utilizada para a análise das variáveis desses sistemas. Com o intuito de identificar como estes sistemas de informação da saúde indígena atendem à complexidade da vigilância em saúde ambiental foram construídos quadros sintéticos adaptados a partir da estrutura apresentada no documento “*Elementos para um diagnóstico de situación de los ambientes de desarrollo de la infancia y la adolescência*” (CONSEJO DE DEFENSA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE, 1996).

Os dados disponibilizados pelas instituições públicas “geralmente não atingem o nível de desagregação requerido pela gerência de um distrito sanitário”, sendo assim oportunas observações locais, de modo a comparar as informações obtidas com outras (oficiais) disponibilizadas nos sistemas nacionais (TASCA; GREGO; VILLAROSA, 1999, p. 277).

Dessa forma, as variáveis do Siasi e do Sisabi foram comparadas com os problemas relacionados com a situação de saúde e condições de vida apontadas a partir da matriz de reprodução social referente à etnia Xukuru. Essa matriz foi construída durante o desenvolvimento do projeto Sossanin, a partir das três oficinas realizadas em cada região e compostas de forma representativa entre os atores sociais Xukuru escolhidos pelas lideranças. Na ocasião, foram levantados dados para a compreensão da realidade local, de modo a construir o diagnóstico integrado e participativo de toda a terra indígena demarcada.

Assim, no quadro sintético foi analisada a matriz da reprodução social, segundo as dimensões dos problemas, as possíveis variáveis disponíveis dos sistemas que contemplam o problema e as evidências reveladas nos discursos dos sujeitos envolvidos, em cada problema.



A partir do quadro sintético, serão comparadas as informações produzidas a partir das variáveis do Siasi e do Sisabi.

### *3.8.3 Estatística descritiva*

Tem por objetivo descrever os dados observados, a partir da organização, redução e apresentação dos dados de modo a obter informações que auxiliem a descrição de um dado fenômeno observado. Essa estratégia foi utilizada para o tratamento dos dados secundários advindos dos sistemas de informação em saúde acessados, e a apresentação dos resultados foi feita por meio de tabelas e figuras.

### *3.8.4 Análise do discurso*

Esta abordagem na análise de dados permite uma ponderação geral sobre as “condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais diferentes campos a exemplo do sociopolítico” (MINAYO, 2004, p. 211).

Esse tipo de análise foi aplicado aos dados qualitativos advindos das entrevistas semi-estruturadas realizadas com os sujeitos-chave, no âmbito nacional, em visita ao Desai, em Brasília, e com os técnicos da SMS de Pesqueira e do polo-base em São José. Foram realizadas inicialmente as transcrição das gravações, em versão digital em MP3, seguindo-se a leitura sistemática do material, com a finalidade de identificar dados que descrevam a consonância (ou não) da política de informação em saúde indígena com a política de atenção à saúde desses povos, a partir as categoriais analíticas elegidas pelo presente estudo. Teve também o objetivo de descrever a situação de saúde e as condições de vida segundo as transcrições das oficinas, de modo a confrontar com os dados do Siasi e Sisabi.

Para as etapas da sistematização e interpretação dos dados foi utilizado o modelo de condensação de significados proposto por Kvale (1996). Nesse tipo de análise, o conteúdo que se relaciona a uma questão específica do estudo é cotado e condensado num quadro constituído pelas unidades naturais dos significados das respostas dos sujeitos (na coluna da esquerda) e os temas centrais relacionados a estes, que são as categorias conceituais, na

coluna da direita, seguidos pela descrição essencial da questão relacionada ao estudo (**Quadro 4**) (GURGEL, 2007).

Questão de Pesquisa	
Unidades Naturais de Análise	Temas Centrais
1. Trechos das transcrições relacionados à pergunta da pesquisa (unidades de significados)	1. Apresentação do tema que domina a unidade natural, conforme a compreensão do pesquisador, e da forma mais simples possível.
2. Idem	2. Idem
3. Idem	3. Idem
Descrição essencial da questão da pesquisa	

**Quadro 4.** Condensação de Significados com Unidades Naturais de Análise, seus Temas Centrais e a Descrição Essencial.

**Fonte:** Adaptado de Kvale (1996 *apud* GURGEL, 2008).

As etapas sequenciais sugeridas por este método de condensação dos significados são os seguintes: a) inicialmente, com o intuito de compreender o sentido do todo, procedeu-se à leitura cuidadosa de todas as entrevistas realizadas com os sujeitos-chave e com os técnicos da SMS de Pesqueira e indígenas participantes das oficinas; b) foram determinados, nos trechos das transcrições, unidades de significados naturais, exatamente como foram expressas pelos sujeitos; c) são definidos, de acordo com a compreensão do pesquisador, temas centrais correspondentes às unidades naturais. O cuidado nesta etapa deve ser voltado para o fato de não tecer pronunciamentos que excedam os dados ou que contenham preconceitos e juízo de valor, mas, sim, conter exatamente o que foi expresso nas transcrições das falas; d) são questionadas as unidades de significados e os objetivos do estudo e e) por fim, procede-se à descrição essencial dos temas identificados nas transcrições e relacionados aos objetivos do estudo.

Após a conclusão das referidas etapas, foram descritos os resultados, observadas as questões éticas e os critérios científicos. Para tanto, de modo a garantir o anonimato dos sujeitos entrevistados, serão utilizados os seguintes códigos de identificação com a inicial seguida de número:

- a) Sujeitos-chave → (SC1, SC2)
- b) Técnicos da SMS de Pesqueira → (TSEC1, TSEC2, TSEC3, TSEC4, TSEC5, TSEC6 etc.).
- c) Técnicos do polo-base em São José → (TPOL1, TPOL2, TPOL3, TPOL4 etc.).

### 3.9 Considerações éticas

Este estudo foi realizado de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde/ CNS número 196/96, a qual estabelece diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e a Resolução número 304/2000, no que se refere a pesquisas com populações indígenas (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2002). A proposta de estudo foi submetida à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição Executora (CEP-CPqAM/Fiocruz) e como faz parte de uma pesquisa mais abrangente e já aprovada anteriormente no Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (Conep/ Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde), este projeto não necessitará ser submetido a esta instância (**Anexo C**).

Toda pesquisa envolvendo seres humanos acarreta riscos. Neste estudo, conforme metodologia proposta, a relação com os sujeitos se dá a partir da realização de oficinas. Estima-se que os riscos quanto às dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual foram minimizados, os quais, conforme a Resolução 196/96 (inciso V-1a), são admissíveis quando oferecem elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar dos sujeitos da pesquisa.

Como prováveis benefícios para a população objeto deste estudo está prevista, além da produção de conhecimento, uma melhor percepção acerca das ações de saúde e do uso da informação produzida no nível local e as consequências das políticas implementadas. Outras populações também serão beneficiadas a partir da divulgação dos resultados.

Para todos os sujeitos envolvidos na metodologia proposta, foram obtidos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), esclarecendo-se na oportunidade a justificativa, os objetivos e os procedimentos utilizados na pesquisa (**Anexos D, E e F**). A partir dos contatos com as lideranças indígenas locais e o levantamento de sugestões resultantes destes diálogos, as devidas adequações foram realizadas no TCLE. Em relação ao processo de obtenção e registro do TCLE, foi assegurada a adequação às peculiaridades culturais e linguísticas dos envolvidos. Esta se deu a partir do conhecimento da linguagem utilizada, sendo feitas as devidas adaptações. As instituições ofereceram as respectivas cartas de anuência (**Anexo G**).



---

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

*“La salud no es un fin sino un medio para la plenitud y felicidad del hombre.*

*La salud proyecta la vida al futuro, la enfermedad la limita al presente.”*

*(CHUIT, 2001 p. 292)*

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão organizados em três subitens. Inicialmente, é realizada a caracterização histórica da política de informação da atenção à saúde indígena, a partir da análise dos dados secundários documentais e das entrevistas com os sujeitos-chave que atuam na gestão da informação no Desai. Assim, são apresentados os antecedentes dessa política de informação em saúde indígena no Brasil, perpassando a fase de concepção, de desenvolvimento e de implantação do Siasi e do Sisabi. Para a conclusão desse tópico, são apresentadas algumas investigações empíricas demonstrando algumas características desses sistemas e os distintos contextos em que vêm sendo implantados.

No segundo tópico são explicadas as inter-relações entre o Ministério da Saúde e a Funasa e, por último, analisa-se a PNIS, a partir do estudo de caso na etnia Xukuru do Ororubá, situada em Pesqueira-PE. Para tanto, são apresentados os resultados decorrentes das observações participantes e das entrevistas semiestruturadas realizadas.

Esses resultados pretendem, no primeiro momento, destacar as questões políticas relacionadas às instituições envolvidas, isto é, à estrutura político-administrativa (*polity*). Na fase seguinte, busca analisar a política de informação a partir de um contexto distrital e local, focando nos processos políticos (*politics*) e nos conteúdos concretos da política (*policy*) em estudo.

### 4.1 Caracterização histórica da política de informação da atenção à saúde indígena

#### 4.1.1 *Da colonização à década de 1950: Antecedentes do anarquismo informacional e primeiros passos para a “iniquidade da informação”*

Os povos indígenas no Brasil, à semelhança de todos os grupos sociais, sempre tiveram maneiras próprias para cuidar de sua saúde (VERANI, 1999). No Brasil, desde o processo de colonização portuguesa, a partir do século XVI até o final do século XIX, a assistência à saúde do índio limitava-se a um complemento assistencial, dependente das missões religiosas ou da prática da medicina tradicional indígena (CONFALONIERI, 1989;

VERANI, 1999; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002). A Igreja, por meio dos missionários, além de catequizar os índios, era responsável por cuidar dos problemas de saúde decorrentes da colonização, como a varíola e formas letais da tuberculose (SOUZA *et al.*, 1994).

Nesse período, por conta dessas doenças exógenas e do processo de assimilação indígena à cultura da nova sociedade implantada, a numerosa população de índios no Brasil foi drasticamente reduzida, resultando em previsões funestas (MARQUES, 2003; CHAVES, 2006).

No início do século XX, a expansão econômica do país no eixo centro-oeste e as construções de ferrovias e redes telegráficas resultaram em novos massacres indígenas e elevadas taxas de mortalidade por doenças transmissíveis (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002). Nesse momento, a questão indígena despertou o interesse nacional, levando a discussões que polarizavam, ora reconhecendo ser o índio “um entrave ao progresso do país” (CHAVES, 2006, p. 29), ora comparando-o a uma criança no estágio de seu desenvolvimento, necessitando de proteção do Estado, de modo a garantir sua evolução e integração à sociedade nacional (COSTA, 1987; PAZ, 1994 *apud* CHAVES, 2006; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002). Tal situação culminou na criação, em 1910, do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), órgão vinculado ao Ministério da Agricultura (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002).

Ancorada nesta segunda vertente de fundamento positivista, a política indigenista considerou o índio passível de evolução e seu enquadramento à sociedade nacional se daria mediante projetos específicos educacionais e agrícolas (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002). Assim, essa foi a primeira vez que se formulava uma política nacional voltada para os povos indígenas, sendo divulgada e executada pelo engenheiro-militar Cândido Rondon (MARQUES, 2003).

As informações acerca das condições de saúde indígena, desde o período de colonização e passando pela criação do SPI, em 1910, provinham dos relatos de missionários e de médicos participantes de expedições (COSTA, 1987).

A partir da década de 1940, ocorreram avanços na legislação brasileira, em relação aos direitos indígenas (COSTA, 1987). Em 1942, é aprovado um decreto-lei (nº. 10.652), 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, p. 289 *apud* MARQUES, 2003). Em 1943, o SPI criou um serviço de saúde, com o intuito de atender as demandas dos índios (MARQUES, 2003). No entanto, na

prática, sua estrutura organizacional era deficitária e a assistência à saúde não era abrangente, só atendendo a surtos epidêmicos resultantes do contato dos índios com a sociedade nacional (CONFALONIERI, 1989). Os índios continuavam representando um “entrave para o desenvolvimento nacional” (COSTA, 1987, p. 390). A assistência prestada aos povos indígenas se manteve quase que inalterada e a atenção à saúde continuou desorganizada e esporádica (COSTA, 1987; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002). Os índios continuavam morrendo por doenças evitáveis e violência, e suas terras sendo invadidas e devastadas (MARQUES, 2003).

Nesse período, os estudos antropológicos e etnográficos realizados pelas universidades passaram a influenciar a política indigenista, de modo que já sinalizavam para a necessidade de um modelo de atenção à saúde oficial que respeitasse as diferenças dos povos indígenas (CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO, 1999).

Mesmo com a criação do SPI, não se instituiu qualquer forma de prestação de serviços de saúde de maneira sistemática, para os povos indígenas. Somente em 1956, no governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961), corroborando sua política de desenvolvimento e interiorização, criou-se o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (Susa) (COSTA, 1987).

Seu objetivo era levar ações de saúde aos índios e às populações rurais de difícil acesso. Essas ações estavam voltadas essencialmente para a vacinação, extrações dentárias e o controle da tuberculose (COSTA, 1987; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002). O serviço foi idealizado pelo médico sanitário Noel Nutels, o qual estava vinculado, administrativamente, ao Serviço Nacional de Tuberculose (SNT) do Ministério da Saúde (COSTA, 1987).

Com o Susa, percebe-se a preocupação em registrar os casos atendidos, realizar cadastros de dados relacionados à saúde e inquéritos epidemiológicos, conforme se pode observar no relato abaixo:

[...] Nessas viagens foi constatada, através do **cadastro torácico**, a ausência de doentes de tuberculose na região do alto Xingu, e confirmada a alta prevalência da doença entre os índios Carajás, na região do Araguaia.

Com a institucionalização do Susa, passou-se a executar também atividades de BCG oral e testes tuberculínicos, além do tratamento de parasitoses, clínica médica, extração dentária, **inquéritos epidemiológicos** e educação sanitária.

Periodicamente, uma equipe composta por médico, bacteriologista, operador de RX e atendente percorria a região procurando diagnosticar, controlar os doentes em tratamento e comunicantes e reexaminar os indivíduos considerados curados. No intervalo entre as viagens, um médico voltava à área para fazer supervisão. **As informações [dados] de todos os casos eram anotadas e arquivadas.** (COSTA, 1987, p. 397-398, grifo do autor).

Parece ter sido este o primeiro passo para transformar os dados produzidos em informações capazes de apoiar a política de saúde indígena implementada até então, indo além de meros relatos de casos apresentados por missionários e médicos. No entanto, observa-se uma preocupação do Susa, típica do Ministério da Saúde para esse momento histórico (BRANCO, 2006), de contabilizar eventos relacionados ao adoecimento e morte, como se informação em saúde tivesse a mesma conotação que produzir dados de saúde, ou melhor, de doença e morte.

Esses achados confirmam os de Branco (2006), ao analisar historicamente a PNIS. A autora sugere que esse significado atribuído à informação decorre do conceito restrito e negativo da saúde. Em comum acordo, a política informacional indigenista reflete a preocupação centrada nas doenças exógenas adquiridas pelos índios em contato com a sociedade nacional.

Se, no primeiro momento, em 1910, o SPI não se preocupava em produzir dados e muito menos informações sobre a saúde dos povos indígenas, esse fato talvez possa estar atrelado, dentre outros fatores, ao modelo de atenção à saúde, então vigente, baseado na assistência médica individual curativa, semelhante ao restante da população brasileira, conforme pode ser visto na citação abaixo:

Los cuidados dispensados [pelo SPI] eran de reducida eficacia y, en gran medida, centrados en la distribución asistemática de medicamentos por profesionales de baja cualificación. Había poca o ninguna intervención en el campo de la prevención de enfermedades y/o promoción de la salud (COIMBRA; SANTOS; GARNELO, 2006, p. 8).

Com o Susa, percebe-se que o cuidado à saúde indígena é, além de individual, também preventivo (VERANI, 1999), uma vez que há a preocupação com o controle da tuberculose, diagnóstico, tratamento clínico e encaminhamentos (COSTA, 1987). Nesse modelo assistencial mais coletivo, percebe-se uma maior preocupação em produzir dados que caracterizem o grupo populacional indígena.

No final da década de 1950, foram crescentes as denúncias de violência cometida contra os índios, com a participação de muitos funcionários do SPI. Considerando que, nesse momento histórico, as informações em saúde produzidas não eram suficientes para demonstrar a magnitude dos reais problemas vivenciados pelos povos indígenas, os jornais de circulação, os livros e as declarações públicas passaram a ser fontes produtoras de tais informações. Costa (1987, p. 399) oferece alguns dados sobre a violência contra os índios:

Esses contatos foram, em sua maioria, extremamente violentos. Os jornais do início do século registraram impressionantes relatos sobre massacres e assassinatos decorrentes do conflito entre índios e colonos.



Desde fins da década de 50, as denúncias das violências cometidas contra os índios, inclusive com a convivência e mesmo participação de funcionários do SPI, foram crescentes.

Uma série de livros e declarações públicas falavam de cobertores sendo dados aos índios contaminados por varíola e outras doenças [...] eram exibidas fotografias de aldeias que haviam sido dizimadas, onde apareciam restos de mulheres e crianças sobre o solo árido e carbonizado. A sentença unânime da Europa era que o Brasil estava pondo em prática uma política de 'genocídio étnico' (DAVID; MENGET, 1981 *apud* COSTA (1987)).

O perfil epidemiológico dos povos indígenas para esse momento se caracterizava ora por morbidade decorrente do contato com não-índios, expressa pelas doenças transmissíveis, dentre elas a tuberculose, ora por morbi-mortalidade decorrente de causas violentas. A política de informação na época estava focada para a primeira causa, não sendo capaz de resolver o grave problema das mortes acarretadas pelas Dants. Na verdade, não existiam grandes preocupações com o uso da informação para retratar os reais problemas de adoecimento e morte e, mais distante ainda, como instrumento para caracterizar os determinantes sociais de saúde (DSS) para esses povos.

Ademais, esse anarquismo informacional ainda reflete o descaso, a marginalização e o profundo desrespeito aos povos indígenas no Brasil, por parte de um Estado autoritário, em que o índio representava “um entrave ao progresso do país” (CHAVES, 2006, p. 29).

Segundo Pellegrini Filho (2002), as iniquidades de informação, dentre outros tipos, pode ser considerada uma das mais perversas, por seu poder de ampliar e gerar todas as demais. No entanto, além da iniquidade de informação ser um agente desencadeador nesse processo, ela pode, conforme Branco (2006) e Gómez (1994), ainda comportar-se como resultante de políticas autoritárias e excludentes. A Política Indigenista adotada no Brasil até então é um exemplo empírico disso.

Nesse contexto de extrema decadência do SPI, no final de 1963, o sanitarista Noel Nutels assumiu a diretoria da instituição. No entanto, ao se deparar com a impossibilidade de realizar um trabalho sério e efetivo, propôs uma discussão coletiva sobre a política indigenista com a representatividade de diversas instâncias, envolvendo antropólogos, indigenistas, universidades e pessoal de saúde, visando a reestruturação completa da instituição. Tal meta foi interrompida, pelo Golpe Militar de 1964; Nutels só permaneceria seis meses no cargo (COSTA, 1987). Segundo dados do Conselho Indigenista Missionário (Cimi) (1999), a instauração da ditadura no país agravou ainda mais os problemas enfrentados pelos indígenas.

#### *4.1.2 As marcas da tecnocracia e da fragmentação da informação em saúde indígena nas décadas de 1960 e 1970*

Em 1967, o SPI foi extinto, em decorrência da confirmação das acusações levantadas desde a década de 1950. No mesmo ano, foi criada a Fundação Nacional do Índio (Funai), subordinada ao Ministério da Justiça que, a partir do modelo de atenção do Susa, criou Equipes Volantes de Saúde (EVS), responsáveis agora por todas as ações de saúde, exceto as atividades específicas relacionadas ao controle da tuberculose, que continuavam sob a responsabilidade do Susa (rebatizado, em 1968, como Unidade de Atendimento Especial – UAE), ligada ao Ministério da Saúde. As EVSs assistiam, esporadicamente, às comunidades indígenas, realizavam atendimentos médicos, aplicação de vacinas e supervisionavam o trabalho desenvolvido pelos auxiliares e atendentes de enfermagem locais. Em 1973, por dificuldades ocasionadas na política indigenista, a UAE estabeleceu um convênio com a Funai (COSTA, 1987; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002).

A UAE realizava treinamentos e supervisões no nível central e local da Funai, além de operacionalizar um sistema de informação sobre a tuberculose (BRASIL, 1983 *apud* COSTA, 1987). Esse é o primeiro SIS implantado para tratar das questões indígenas, criado na UAE, vinculado ao Ministério da Saúde.

A estrutura da Funai, para o campo da saúde, era composta de uma Divisão de Saúde no nível central, EVSs em cada Delegacia Regional (ou Administrações Executivas Regionais – AERs) sediadas nas capitais, postos de saúde distribuídos em terras indígenas, responsáveis pela distribuição de medicamentos, e unidades nas quais se instalavam as EVSs, durante as estadas esporádicas, e 32 Unidades Diferenciadas de Saúde Indígena, mais conhecidas como “Casas de Saúde do Índio” (Casais), cujo objetivo era assistir aos índios que necessitavam ir para as cidades em busca de tratamentos médicos. As Casais representavam, assim, a porta de entrada do índio para os serviços de saúde (COSTA, 1987; SOUZA, 2005). Todas as regionais passaram a enviar as notificações dos casos de tuberculose para a UAE; foram constatadas diferenças na qualidade do preenchimento das fichas, que eram melhor preenchidas nas áreas supervisionadas diretamente pela UAE (COSTA, 1987).

As informações relacionadas ao controle da tuberculose ficavam sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e as demais informações de saúde indígena eram coordenadas pela Funai. Segundo Souza (2005), esse órgão era responsável pela coleta de dados referentes à natalidade, mortalidade e morbidade.

Quanto à coleta de dados referentes aos óbitos e nascimentos, o chefe do posto de saúde era quem registrava tais dados, em livros específicos, e os encaminhava, por aerograma, para as Delegacias Regionais (DRs), da Funai de sua área de abrangência. As variáveis colhidas para estes tipos de eventos – natalidade e mortalidade – compreendiam nome do índio, filiação, data e local; em caso de óbito, registrava-se sua causa. Além da via aérea, os dados eram repassados, via radiofonia, logo após a ocorrência do evento. Quanto aos dados de morbidade, eram registrados nas Casais (SOUZA, 2005).

A Funai, além de proceder a tais registros para encaminhamento interno, visando atender ao artigo 13 do Estatuto do Índio (Lei 6001, de 19 de dezembro de 1973) (BRASIL, 1973), emitia uma certidão de nascimento e óbito indígena, na qual o chefe do posto registrava, além de dados como o nome do índio, filiação, data e local do evento, o nome da língua e grupo indígena, a aldeia, localidade, município e estado. Para a certidão de óbito registrava ainda, além do nome do índio, seu apelido, cor da pele, estado civil, causa do óbito, nome do médico que atestou o óbito, data e local do sepultamento (SOUZA, 2005).

Segundo Souza (2005), a Funai não realizava nenhuma consolidação ou análise dos dados coletados. Eles eram somente amontoados nas AERs e, ao final do ano, eram encaminhados para a sede do órgão, no nível central.

Nesse momento, percebe-se, entre a Funai e o Ministério da Saúde, uma fragmentação na organização da atenção à saúde indígena no Brasil. Em relação à informação em saúde, enquanto a primeira gerenciava as informações em saúde indígena por meio de livros específicos, o Ministério da Saúde implantou um sistema de informação em saúde específico para o controle da tuberculose. Tal fragmentação pode ser vislumbrada no trecho abaixo:

Las iniciativas planeadas y llevadas a cabo por la Funai eran aisladas, produciéndose en paralelo a los programas de salud pública de la población brasileña por regla general. En otras palabras, no había integración entre los servicios y, la mayoría de las veces, los programas nacionales coordinados por sectores del Ministerio de la Salud no extendían la atención a los indígenas, ya que la Funai centralizaba todas las iniciativas en el campo de la salud de los pueblos indígenas (COIMBRA; SANTOS; GARNELO, 2006, p. 8).

A informação em saúde indígena, na década de 1960, foi marcada por uma lógica política e administrativa centralizadora, em que os dados referidos como informações eram armazenados, dando uma falsa impressão de que a sua mera acumulação era suficiente para apoiar a construção de diagnósticos de saúde. Dados, conforme apresentado por Davenport e Prusak (1998, p. 2) e Davenport (2002, p. 18), que se referem a um “conjunto de fatos distintos e objetivos, relativos a eventos e observação sobre o estado do mundo”. Ao contrário dos dados, que são desprovidos de significado, a informação exige análise

(DAVENPORT, 2002). Esse aspecto não era percebido pela Funai, ou propositalmente não quisesse perceber, já que a produção de informação significaria dotar os dados coletados de relevância e de propósito, que poderia evidenciar as limitações da instituição e do modelo de atenção à saúde adotada até então.

O gerenciamento da informação em saúde indígena desconsiderou a retroalimentação, importante etapa no seu aprimoramento. Isso se configura um caráter de bem privado à informação, apesar de estar sendo produzida por uma instituição pública.

Outra diferença que chama a atenção no que se refere aos dados produzidos pela Funai e pela UAE do Ministério da Saúde diz respeito aos instrumentos tecnológicos do campo da informação utilizados pelas duas instituições. Enquanto a primeira realiza registros em livros e utiliza aerograma e radiofonia, o UAE faz uso de um sistema de informação específico, demonstrando certo grau de avanço.

Analisando o contexto nacional nesse momento histórico, verifica-se que há investimentos crescentes em tecnologias da informação, como o enfoque dado aos computadores de grande porte, conhecidos como *mainframes* (BRANCO, 2006). O Ministério da Saúde, entre os anos de 1971 e 1975, empreendeu alguns projetos, no intuito de estruturar o campo da informação e informática, como os projetos de implantação do Sistema Nacional de Informação sobre Saúde e do Centro de Processamento de Dados do Ministério da Saúde. Paralelamente, em 1974, o Ministério da Previdência Social criou a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev), com a responsabilidade de controlar gastos e procedimentos a partir da obtenção de “informações securitárias e de prestação de assistência médica no âmbito da Previdência Social” (BRANCO, 2006, p. 73).

Em 1975, a Portaria número 457, de 19 de setembro, apresenta o diagnóstico para o campo da informação em saúde: “[...] no âmbito do próprio Ministério da Saúde, existem sistemas de informação espontaneamente criados que muitas vezes duplicam informações e, noutras, deixam de produzi-las” (BRASIL, 1975b *apud* BRANCO, 2006).

E foi esse o caminho adotado pelo Ministério da Saúde. Por muitos anos, o aperfeiçoamento e a organização do processamento eletrônico de dados foram confundidos com melhoria da qualidade da informação. Estimulou-se o processamento eletrônico em detrimento de medidas baseadas num conceito mais ampliado de informação” (BRANCO, 2006, p. 75).

Considerando que a Funasa foi criada (inicialmente com a sigla FNS) a partir da transferência de atribuições, acervo e recursos da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) para a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fsesp), é importante tecer algumas considerações acerca do uso e produções em relação à informação e informática em saúde, nessas instituições (BRASIL, 1991).

A análise desse ponto de vista faz-se necessária, uma vez que a estrutura e a cultura organizacional da Funasa de hoje é fruto principalmente da fusão dessas instituições tão importantes, na época, no campo da saúde pública. Apesar de terem originado a Funasa, esta não deve se confundir com elas (TEIXEIRA, 2007). “A Sucam [e a Fsesp fazem] parte de outro momento histórico, marcado por visões de mundo e compromissos políticos distintos” (TEIXEIRA, 2007, p. 14). A autora faz essa reflexão porque observa, a partir da análise antropológica do Museu da Funasa e de entrevistas com funcionários da instituição, o que chama de “ambiguidade temporal”. Segundo ela, os indivíduos e as coletividades precisam delimitar fases e marcos em sua história, isso representa uma ferramenta central em sua existência. Segundo ela

Atos de deslocamento de fronteiras diacrônicas operam, simultaneamente, alterações na demarcação das margens do conjunto dos que pertencem ou não, e em que posição, a determinada esfera, campo social ou instituição político-burocrática (TEIXEIRA, 2007, p. 14).

Essa “elasticidade no sentido do recuo temporal” exprime uma “relação de continuidade entre Sucam, Fsesp e Funasa [em sua] memória institucional” (TEIXEIRA, 2007, p. 14).

Sendo assim, em 1976, enquanto o Núcleo de Informática do Ministério da Saúde desenvolvia o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), foi criado, na Fsesp, um Centro de Processamento de Dados, com a finalidade de auxiliar na “formulação de planos e programas de Saúde, e a implantação dos sistemas de informática e de estatísticas vitais, através de processamento computadorizado de dados” (BRASIL, 1976 *apud* BRANCO, 2006, p. 76). Tal feito caracteriza, mais uma vez, a lógica desarticuladora e não-integradora, com uma justaposição de atividades no campo da informação. Esse trecho ainda expressa o forte discurso sanitarista da Fsesp, focada na “tecnologia modernizante”, o que a credencia como uma instituição ideal para assumir tais atribuições (BRANCO, 2006).

Percebe-se, aqui, o predomínio da abordagem técnica e tecnológica da informação, uma vez que há: foco na informática, sendo confundida com informação; predomínio das finalidades administrativas da informação; fragmentação e desintegração institucional; e condução centralizada e verticalizada, sem envolver todas as instâncias político-administrativas (BRANCO, 2006).

Ademais, a política de informação em saúde indígena, como integrante da macropolítica de informação, espelha suas características, conforme descritas anteriormente. Antecipa-se que partes dessas diretrizes serão herdadas, de modo a configurar a política de informação vigente hoje, no contexto da atenção à saúde indígena.

Em síntese, a política de informação adotada, no contexto indígena, para o período de 1960 a 1970, discutida neste estudo, segundo a classificação de Davenport (2002), é um modelo híbrido, com características de anarquismo, somado ao padrão utópico-tecnocrático e feudalista, semelhante ao panorama político nacional da informação em saúde analisado por Branco (2006). Anarquismo enquanto modelo porque não era dado o devido valor à informação nem à formulação de uma política específica de atenção voltada para os povos indígenas no Brasil, e menos ainda para a formulação de uma política formal (explícita) de informação para esse setor.

Percebe-se que na política de informação em saúde indígena foi adotado o modelo feudalista, por suas características, e pela fragmentação das ações desenvolvidas pela Funai e pela UAE (Ministério da Saúde); cada uma delas preocupada em produzir dados de acordo com as suas necessidades e em consonância com os modelos de atenção à saúde também adotados.

Enquanto no âmbito da PNIS prevalecia um forte enfoque nas ferramentas técnicas para o tratamento e armazenamentos dos dados, desviando, assim, a atenção dos gestores e impedindo-os de resolver os verdadeiros problemas de gestão da informação no país (BRANCO, 2006; DAVENPORT, 2002), a Pnspi apresentava marcas do modelo também utópico-tecnocrático, associado principalmente a aspectos de cultura e comportamento em relação à informação. Dentre eles, percebe-se: ) a informação enquanto reflexo de uma “lógica política e administrativa centralizadora” (2), considerada como um bem privado (3), pouca ou talvez nenhuma importância era atribuída ao seu conteúdo e uso, já que os dados coletados no nível local eram amontoados no nível central da Funai, não sendo sequer consolidados ou analisados.

A cultura e o comportamento em relação à informação representam um dos elementos do ambiente informacional e relacionam-se à forma como os indivíduos usam a informação. O comportamento envolve os atos dos indivíduos e a cultura abrange o comportamento comum do grupo de pessoas ou da organização (DAVENPORT, 2002). Ainda caracterizando o modelo utópico-tecnocrático percebe-se, na cultura desse período:

a compreensão de que a importância da informação para o processo gerencial é auto-evidente, levando ao equívoco de considerar que a introdução do aparato técnico e tecnológico [incluindo o acúmulo de dados] aumenta, inerentemente, a capacidade gerencial, trazendo bons resultados (BRANCO, 2006, p. 86).

Nesse período histórico, vários autores relatam previsões funestas para várias etnias indígenas no Brasil, as quais, possivelmente, seriam extintas (RIBEIRO, 1977 *apud* COIMBRA; SANTOS, 2001). No entanto, até aquele momento, não existia um sistema de

informação de modo a coletar e sistematizar os dados demográficos dos povos indígenas, responsabilidade esta atribuída à Funai (COIMBRA; SANTOS, 2001), de modo a confirmar ou acompanhar essa dinâmica populacional. Coimbra e Santos (2001, p. 4), ao se referirem a esse órgão, afirmam que “na prática os bancos de dados, desde longa data, inexistem por completo ou não se revestem de confiabilidade, por não serem coletados e atualizados de forma sistemática”.

Na década de 1970, em decorrência da crise financeira pós-milagre econômico do Estado brasileiro, a Funai teve severas dificuldades para a organização dos serviços de saúde dos povos indígenas, de modo que contemplassem a diversidade e dispersão geográfica das comunidades (CONFALONIERI, 1989; FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE, 2002). Com o passar do tempo, as EVSs foram se fixando nos centros urbanos, próximo às sedes regionais administrativas da Funai, diminuindo o número de suas viagens, que se tornaram cada vez mais esporádicas, até não mais ocorrerem (CONFALONIERI, 1989; FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE, 2002). Entre as dificuldades aludidas incluem-se a ausência de planejamento das ações, a estrutura e informações de saúde não adequadas, a ausência de um sistema de informação de saúde específico e, por fim, a falta de qualificação dos profissionais de saúde para atuarem junto às comunidades, de modo a respeitar suas especificidades culturais (CONFALONIERI, 1989; FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE, 2002).

A política indigenista nesse contexto necessitava então de informações confiáveis e oportunas, para comprovar ou refutar este diagnóstico. Essa constitui uma das razões propositivas para os encadeamentos seguintes na política de informação em saúde indígena.

Esta necessidade de informações eficazes talvez tenha sido levantada pelos longos anos de um modelo político de anarquismo informacional. Como destaca Davenport (2002, p. 100):

O que a anarquia tem de bom é indicar uma sede pela informação eficaz, definida nos termos do usuário. Esses usuários da informação não se assustam com novos sistemas de TI [tecnologia de informação], e valorizam a informação porque ela afeta diretamente o trabalho que fazem [afetam suas vidas].

#### *4.1.3 Organizando a informação em saúde indígena na década de 1980: As bases para a formulação do Sistema de informação de Atenção à Saúde Indígena.*

Na década de 1980, com o processo de redemocratização do país, a questão da saúde dos povos indígenas entra na agenda da Reforma Sanitária Brasileira (VERANI, 1999; MARQUES, 2003).

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em março de 1986, em Brasília, deliberou a realização da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (I CNPSI), que se realizou em novembro do mesmo ano (MARQUES, 2003). Sua finalidade foi definir as diretrizes para a formulação de uma política de saúde indígena, de modo a contemplar as especificidades históricas, culturais e sociais dos distintos grupos (BRASIL, 1986).

Segundo o relatório final aprovado na plenária, a saúde indígena implica considerar que: (1) ela é determinada num espaço e tempo histórico e na particularidade do seu contato com a sociedade nacional, pela forma de ocupação do seu território e adjacências; (2) que a autonomia à posse territorial e o uso exclusivo pelas nações indígenas dos recursos naturais do solo e subsolo, de acordo com as necessidades e especificidades étnico-culturais de cada nação, bem como a integridade dos seus ecossistemas específicos, sejam assegurados e garantidos; (3) que a cidadania plena, assegurando todos os direitos constitucionais, seja reconhecida como determinante do estado de saúde e (4) que o acesso das nações indígenas às ações e serviços de saúde, bem como sua participação na organização, gestão e controle dos mesmos, respeitadas as especificidades étnico-culturais e de localização geográfica, são um dever do Estado (BRASIL, 1986).

Esta I Conferência Indígena delibera que o gerenciamento das ações e serviços de atenção à saúde dos povos indígenas deverá ser de responsabilidade de um único órgão e sua vinculação “deve ser com o Ministério responsável pela coordenação do Sistema Único de Saúde, de modo a integrar o sistema específico de saúde para os índios ao sistema nacional” (BRASIL, 1986, p. 2). Percebe-se, nesse momento, pela primeira vez na história, a formulação de uma política de saúde indígena diferenciada, respeitando as especificidades indígenas.

A concepção do primeiro sistema de informação em saúde indígena, o Siasi, iniciou-se na década de 1980, com o processo de redemocratização do país, momento de efervescência no movimento indigenista e sanitário brasileiro. Foi na I CNPSI que se propôs a



criação e o funcionamento “de um sistema de informações capaz de coletar e processar, de forma regular, os dados necessários a uma **análise epidemiológica que retrate a dinâmica populacional**, levando em conta as diferenças específicas de cada nação indígena” (BRASIL, 1986, p. 4, grifo nosso).

O documento ainda coloca que esse sistema de informação em saúde indígena deve “garantir que os resultados provenientes dessa análise epidemiológica regular sejam passados às lideranças indígenas e autoridades sanitárias” (BRASIL, 1986, p. 16). Essa é a primeira vez que se pensa em um sistema de informação de saúde indígena integral que leve em conta desde a sua criação, até o funcionamento das diferenças específicas de cada realidade indígena. No entanto, um aspecto que chama a atenção é o destaque dado à necessidade de formular um sistema de informação que retrate as dinâmicas populacionais, desconsiderando aspectos como a dinâmica epidemiológica, isto é, aspectos envolvendo o adoecimento e a morte para os povos indígenas.

Esse ponto é ressaltado, uma vez que, ao se analisar a situação de saúde de um determinado grupo, é importante estudar concomitantemente aspectos relacionados com a dinâmica populacional e epidemiológica, distintas entre si e, no entanto, indissociáveis. A redação final do documento da I CNSPI, em 1986, pode ser justificada pelo intenso debate em torno do espantoso e recente crescimento populacional indígena, observado na década de 1980, conforme apresentado por alguns autores, a exemplo de Gomes (1988 *apud* COIMBRA; SANTOS, 2001). No entanto, essas afirmações eram desprovidas de comprovação em bases de dados oficiais. Dá-se mais enfoque às informações de natalidade e mortalidade, no entanto, não parece existir preocupação com as causas que levariam à vida, à morte e às causas determinantes mantenedoras da saúde.

O foco na dinâmica populacional desse sistema de informação deliberado pela I CNSPI parece responder ao problema de informação demográfica, não se preocupando com outros conteúdos a serem incluídos no campo da informação em saúde, considerados a partir de um documento publicado em 1982 pelo Ministério da Saúde. Esse documento recomendava o enfoque dos sistemas de informação para as temáticas de demografia, morbidade, meio ambiente, recursos de saúde, produção de serviços e informação documental e administrativa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1982 *apud* BRANCO, 2006).

Ferreira (1998) questiona qual a natureza de informações que um sistema de informação em saúde (SIS) deve ser capaz de produzir. Esse sistema deve ser capaz de produzir e disponibilizar informações necessárias para a gestão de um sistema de saúde (FERREIRA, 1998; SANCHES *et al.*, 2006). Assim, os SISs deveriam estar capacitados para

apoiar o processo de “conhecimento, acompanhamento e avaliação permanente da situação de saúde” e da tomada de decisões (FERREIRA, 1998, p. 180). “Isto é, um SIS deve informar se um Sistema de Saúde (as respostas por ele produzidas) está sendo eficiente, eficaz e efetivo no enfrentamento da situação de saúde indicada” (FERREIRA, 1998, p. 180). Para a autora os sistemas devem ser capazes de produzir indicadores de eficiência, efetividade e eficácia, sem que seja preciso coletar uma infinidade de dados.

Se o mesmo documento deliberado na I CNPSI define saúde como envolvendo as ações e serviços de saúde, participação na organização, gestão e controle dos mesmos, respeitadas as especificidades etno-culturais e de localização geográfica, como essas informações serão produzidas e conhecidas se não for pelo sistema de informação proposto? Tal questão representará um problema no campo da informação indígena nos anos que se seguem, uma vez que as diretrizes apontadas para os sistemas de informação em saúde indígena não abarcavam as necessidades do novo Sasi.

Percebe-se que a I CNPSI significou um grande avanço político no contexto da saúde indígena, ao destacar a especificidade cultural e o conceito ampliado de saúde: no entanto, a política setorial para o campo da informação em saúde indígena, nesse mesmo documento, não acompanha as diretrizes e demandas deste subsistema recém-criado. Conforme menciona Branco (2006 *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1982):

As características de um sistema de informação de saúde decorrem necessariamente do sistema de saúde no qual se inserem. Conseqüentemente deve estar orientado para atender aos objetivos, política e prioridades estabelecidas por esse mesmo sistema.

Outro aspecto que chama a atenção no relatório final da I Conferência é que, mesmo com a preocupação de “integrar o sistema específico de saúde para os índios ao sistema nacional” (BRASIL, 1986, p. 14), a política de informação em saúde neste contexto foi desenhada sem considerar as diretrizes apontadas pelo Ministério da Saúde para este setor.

No contexto nacional, a informação passava a demonstrar a sua importância no processo de tomada de decisão. A concepção descrita por Ferreira (1998) é característica desse período. Em 1986, foi criado, dentro da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), o Grupo Técnico (GT) de Informação em Saúde, que representou um marco no campo da informação. Ao assumir, como prerrogativas, as diretrizes da política de saúde aprovadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, ampliou o conceito da informação, focando em seus aspectos políticos. Este GT apontou ainda a importância do uso da informação para o controle social (BRANCO, 2006).

Em contrapartida, a política de informação no contexto indígena aponta para o restrito conhecimento do objetivo e potencialidades de um SIS ao restringi-lo ao diagnóstico da dinâmica demográfica, além de estar focada nos aspectos relacionados à abordagem técnica e tecnológica da informação. O relatório da I CNPSI reforça o modelo técnico de gestão da informação emissor-receptor e os atores são desconsiderados enquanto interlocutores políticos, ao preconizar que os resultados decorrentes das análises epidemiológicas deverão ser “passados às lideranças indígenas e autoridades sanitárias” (BRASIL, 1986, p. 14).

Na abordagem técnica e tecnológica da informação há uma preocupação

[...] em atender às necessidades do usuário. Necessidades essas, em geral, definidas pelos técnicos envolvidos no processo de produção de informação. A própria noção embutida no conceito de usuário, ainda hoje bastante utilizado, revela a natureza do processo. [...] O saber técnico define que informação deve ser destinada ao usuário, segundo seus próprios critérios de relevância e valor. Fundamentada na concepção linear clássica dado → informação → conhecimento → ação, essa forma de gerir a informação é restritiva da participação de outros atores (BRANCO, 2006, p. 38, 85).

Branco (2006) demonstra, que apesar do

avanço conceitual ao ser atribuído à informação um papel importante para o controle social e o próprio desenvolvimento e maturação democráticos, reforçando, portanto, seu potencial político, a prática mostrou-se equivocada para atingir esse fim (BRANCO, 2006, p. 98).

Percebe-se aqui que a abordagem política da informação, no contexto nacional, estava deflagrada oficialmente, mesmo que a prática estivesse destoante; já a abordagem política no contexto indígena nem sequer em discurso oficial alcançou tal êxito.

As reflexões de Ferreira (1998) permitem concluir que as necessidades e problemas de saúde precisam ser captados por um SIS. Em uma perspectiva mais ampliada, diversos autores, dentre eles Juan Samaja (2000), têm se preocupado em compreender a saúde a partir da reprodução social. Assim, os problemas bióticos, culturais, sociais ou políticos podem ser percebidos e representados, através do uso de SIS (SILVA, BATISTELLA, GOMES, 2007).

Dessa forma, as informações produzidas por um sistema nessa perspectiva poderiam ser utilizadas para o desenvolvimento de “práticas sanitárias” focadas nos problemas, segundo essas quatro dimensões. Nessa década de 1980, a política de informação em saúde indígena está muito distante dessa abordagem. Seu modelo político continua utópico-tecnocrático e anarquista. No entanto, a referida política parece caminhar rumo ao federalismo, haja vista as diretrizes para a concepção dos sistemas de informações em saúde indígena terem sido formuladas em um ambiente democrático e representativo, como é o caso da I CNPSI. No entanto, o fato das diretrizes terem sido formuladas num ambiente democrático e representativo, não garante que essas diretrizes sejam executadas sob as mesmas condições.

O federalismo é marcado ainda pela importância dada à produção de informação para a cidadania e controle social. Ambos os caminhos contribuem para uma gestão da informação com consenso, em que todos os atores sentirão que seus interesses foram adequadamente representados, de modo a evitar o anarquismo informacional (DAVENPORT, 2002).

#### *4.1.4 Década de 1990: A fase de formulação do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena*

Em 1990, foi publicada a Lei nº. 8.080, que reforça a importância da descentralização e coloca o município como o principal ente executor dos serviços públicos de saúde. A partir desse momento, diversos decretos e portarias foram emitidos, no sentido de conformar o Sasi, em 1999 (MARQUES, 2003).

Um dos aspectos temidos pelos militantes do Movimento Sanitário Indigenista logo após a conformação da Nova Constituinte e publicação da Lei 8.080/1990, foi que o princípio da descentralização político-administrativa das ações de saúde viesse a pôr em risco as diretrizes definidas para a política de atenção à saúde indígena, em decorrência de conflitos locais em torno do poder (VERANI, 1999). Para exemplificar esta preocupação na década de 1990, Confalonieri (1989) sugere que a articulação dos sistemas locais de saúde indígena deveria ser realizada de forma diferenciada entre as instâncias de gestão do SUS e não através do nível municipal. Caso contrário, a saúde indígena estaria ameaçada, haja vista que essa instância não seria capaz de reconhecer as questões culturais específicas e poderiam existir conflitos decorrentes do não reconhecimento étnico, além de preconceitos ou conflitos por terra.

Assim, o Decreto nº. 23, de fevereiro de 1991, responde as demandas do Movimento Indigenista ao organizar o modelo de atenção à saúde indígena na forma de uma “distritalização diferenciada”, como caracteriza Confalonieri (1989, p. 445). O decreto revela que “as ações e serviços serão desenvolvidos segundo modelo de organização na forma de Distrito Sanitário de natureza especial [os atuais Dseis, consideradas as especificidades das diferentes áreas e das comunidades indígenas” e ainda transfere da Funai (Ministério da Justiça) para a FNS (Ministério da Saúde) a responsabilidade da atenção à saúde indígena (BRASIL, 1991). A Funasa passaria a coordenar, elaborar e executar as ações de forma

integrada com a Funai e demais órgãos envolvidos com as questões indígenas (CHAVES *et al.*, 2006).

Um dos fatores pelos quais este decreto foi assinado, juntamente com a implantação, no mesmo ano, do primeiro Distrito Sanitário Yanomami, foi a pressão da opinião pública internacional e do movimento ecológico sobre o Estado brasileiro. Outro fator catalisador foi que, em 1992, realizar-se-ia, no Rio de Janeiro, a Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (RIO-92) (VERANI, 1999).

A FNS havia sido instituída em abril de 1990, através da lei nº. 8029<sup>8</sup>, a partir da incorporação da FSESP, da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) e das atividades de informática do SUS, na ocasião desenvolvidas pela Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev) (BRASIL, 1990c).

A Funasa tinha por finalidade a execução das ações e serviços de saúde pública, compreendendo, especialmente, as atividades de controle de doenças e agravos, o desenvolvimento de ações e serviços de saneamento básico em áreas rurais, a realização de estudos, pesquisas e análises de situação de saúde, o apoio aos serviços locais de saúde e saneamento e a realização de coleta, processamento e divulgação de informações sobre a saúde (BRASIL, 1991).

Desde a promulgação do Decreto nº. 23/1991, a Funai e a Funasa estabeleceram uma relação bastante conflituosa. Enquanto esta era detentora de uma vasta experiência técnica na área da saúde pública e sofria uma crise institucional devido à fusão da FSESP, Sucam e Dataprev, aquela possuía a experiência empírica, fazia uso “de fortes apelos emocionais” para lidar com as questões indígenas e passava por escassez de recursos humanos e financeiros (OLIVEIRA, 1989 *apud* VERANI, 1999). A estrutura organizacional verticalizada da Funasa, herdada historicamente das instituições anteriores, bem como o despreparo antropológico e político para lidar com os povos indígenas foi de encontro ao modelo assistencial emergencial prestado pela Funai (VERANI, 1999).

Ainda em 1991, o Conselho Nacional de Saúde criou a Cisi, com o objetivo de assessorar o Conselho na elaboração dos fundamentos da política nacional no campo da saúde coletiva (VERANI, 1999).

A década de 1990 foi marcada por uma tendência centralizadora, em que a proposta do SUS foi ameaçada, devido, dentre outros aspectos, às sucessivas contenções de despesas orçamentárias. Esse cenário resultou em impasses no processo de descentralização da saúde

---

<sup>8</sup> Esta lei recebeu nova redação para seu artigo 11, o qual se refere à autorização para criar a Funasa através da Lei 8.101, de 06 de dezembro de 1990.

do país. Nesse contexto foi realizada, em 1992, a IX Conferência Nacional de Saúde, intitulada “Municipalização é o caminho”. Essa conferência aprovou o Modelo de Atenção à Saúde Indígena diferenciado e deliberou pela realização da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (II CNSPI), que aconteceu no ano seguinte (1993). Uma vez que o imperativo dessa Conferência era a descentralização do SUS, foi deliberado a extinção da Funasa, com o repasse de suas unidades e serviços para os estados e municípios (BRASIL, 1992; BRANCO, 2006), deliberação esta não cumprida anos seguintes, conforme será evidenciado a seguir.

Na II CNSPI, o dilema “descentralização sem municipalização” parece ter sido solucionado, considerando que a execução da política de saúde indígena seria de responsabilidade do nível federal, devendo ser articulada ao SUS (BRASIL, 1993; CHAVES; CARDOSO; ALMEIDA, 2006). Nela foi delineado o Subsistema de Saúde do Índio, baseado nos Dseis, Conselhos Distritais, Funaia e Funasa, no entanto não discutiu nenhum tópico referente às questões de informação em saúde, conforme havia sido proposto na primeira conferência, em 1986 (**Quadro 5**) (BRASIL, 1993; MARQUES, 2003; SOUZA; SCATENA; SANTOS, 2007).

Subitens da I CNSPI	Subitens da II CNSPI
Do gerenciamento	Modelo de atenção Controle de gestão e participação indígena Sistemas tradicionais de saúde
Da execução	
Da organização dos serviços	
Do acesso e da qualidade de serviços	
Da política de Recursos Humanos	Recursos humanos Agentes indígenas de saúde O papel das instituições de ensino e pesquisa
Do sistema de informação	

**Quadro 5.** Comparativo dos subitens apresentados no relatório final das I e II CNSPI.

Mesmo que o objetivo da II CNPSI tivesse sido a definição de diretrizes para a Pnaspi, discutidas “em novas bases, das recomendações da I [CNPSI]”, não foram pensadas diretrizes para o campo da informação (FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE, 2006, p. 17).

Apesar de essa conferência referir, enquanto princípio político, que “a definição do orçamento para saúde deve ser precedida de um estudo nas necessidades de cada grupo indígena” e que o acesso ao “[...] SUS a nível local, regional e de centros especializados” dar-se-ia também mediante as suas necessidades, a formulação de diretrizes para a construção de sistemas de informação em saúde que pudessem apoiar na decisão política deste processo não foi sequer considerada (FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE, 2006, p. 18-19).

As informações em saúde indígena parecem advir de estudos de centros de ensino e pesquisa que, segundo as propostas da II CNSPI, tinham os objetivos de “elaborar, produzir e transmitir conhecimentos na área de saúde do índio [...] e desenvolver avaliações de modelos e projetos de assistência à saúde, bem como estudo e pesquisa auxiliares ao desenvolvimento das ações de saúde” (FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE, 2006, p. 26).

Apesar de essa conferência ter sido realizada em 1993, os participantes denunciam “o mesmo problema de violência como causa importante de mortalidade e morbidade”, presentes em décadas anteriores. Esse problema não foi deflagrado pela Funasa. Percebe-se que a saúde indígena “não dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde, mas sim de dados parciais, gerados pela Funai, pela Funasa e diversas organizações não-governamentais ou ainda por missões religiosas [...]” (FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE, 2002, p. 10).

A mudança decorrente do Decreto nº. 23/1991 gerou conflitos excessivos entre a Funasa e Funai. Assim, o Governo Federal, preocupado com a questão indígena, especificamente nas áreas de fronteiras, e de modo a garantir a soberania nacional, em 1994 publicou o Decreto Presidencial 1.141, passando a Funai a coordenar, novamente, a política de saúde indígena (BRASIL, 1994). A partir daí, a Funasa ficaria encarregada das ações preventivas e de controle de agravos à saúde, bem como de saneamento básico e capacitação de recursos humanos; a Funai seria responsável pelas ações de recuperação da saúde dos índios doentes, isto é, as ações curativas de assistência médico-sanitária (VERANI, 1999; FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE, 2002).

De acordo com o Cimi (1999), essa medida representou um retrocesso às deliberações das conferências de saúde indígena, haja vista que a Funai ainda continuou no seu papel de tutela sobre os índios e as ações de saúde continuavam centralizadas e ignorando o controle social.

Considerando o contexto macro da PNIS, até a década de 1990 haviam sido implantados, em âmbito nacional, além do SIM, em 1976, o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) e o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Enquanto este foi implantado pelo Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), os outros dois ficaram sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) (BRANCO, 2006). No **apêndice C** encontra-se uma síntese de algumas características analíticas dos grandes sistemas de informações em saúde, incluindo o ano de implantação.

A formulação do Sinasc ocorreu pela necessidade específica de coletar dados de interesse para o setor saúde, uma vez que, até aquele momento, os dados de nascimento eram produzidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Nesse momento, alguns técnicos e especialistas do campo da informação teciam críticas sobre a lógica de implantação de novos sistemas a partir de “necessidades específicas” do órgão impulsionador.

Por diversas vezes e em distintos fóruns, alertou-se para a existência de aspectos e interesses comuns entre áreas que apresentavam suas necessidades como específicas muitas vezes por desconhecimento das atividades desenvolvidas por instâncias correlatas, com as quais não havia qualquer integração (BRANCO, 2006, p. 117).

Concomitantemente, às ações supracitadas, são “atribuídas funções difusas ligadas à informação”, distanciando ainda mais a necessidade de integração dos sistemas de informação em saúde (BRANCO, 2006, p. 117). Com a criação da Funasa em 1991, é incluído em sua estrutura organizacional o Datasus e o Cenepi (BRASIL, 1991). Nesse mesmo ano, é implantada, no Ministério da Saúde, a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS).

O Datasus foi formado pelo acervo técnico, equipamento e recursos humanos advindos da Dataprev (BRANCO, 2006; FERREIRA, 2000). A ele competia “especificar, desenvolver, implantar e operar sistemas de informação relativos às atividades finalísticas do SUS, em consonância com as diretrizes do órgão setorial” (BRASIL, 1991; BRANCO, 2006). A partir deste momento, o Datasus vem se responsabilizando pelo desenvolvimento e implantação dos SISs de abrangência nacional (FERREIRA, 2000).

À SAS coube a gestão do SIH-SUS e do SIA-SUS, já que, dentre outras atribuições, era responsável pelas informações em saúde de interesse interno à Secretaria. O Cenepi ficou responsável pela gestão do SIM, Sinasc e pelas informações relacionadas às doenças de notificação compulsória<sup>9</sup> (BRASIL, 1991a). “Consolida-se, assim, a separação entre a informação epidemiológica, de caráter coletivo, e a informação médico-assistencial, voltada para as ações individuais, fortalecendo a lógica desagregadora” (BRANCO, 2006, p. 118).

Em relação ao IBGE, é importante salientar que, a partir de 1991, com a inclusão da categoria raça/cor nos censos nacionais, foi possível contabilizar a população indígena. No entanto, os dados do censo não são representativos para a população indígena do país, uma vez que somente eram recenseados os índios que habitavam nas proximidades dos postos da Funai ou estavam envolvidos com missões religiosas (PAGLIARO *et al.*, 2005). A forma de categorização para essa variável seria a autoclassificação, em que os próprios indivíduos autodefinem sua raça/cor (ADORNO; ALVARENGA; VASCONCELLOS, 2004).

---

<sup>9</sup> Em 1993, estes dados foram agregados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (CARVALHO, 1997).



Com base nesses critérios, a partir de 1996, os sistemas SIM, Sinasc e Sinan acrescentaram esta mesma variável raça/cor nas suas respectivas fontes coletoras de informações – declaração de óbito (DO), declaração de nascidos vivos (DNV) e ficha individual de investigação (FII).

Esses dois avanços no sentido de “desvelar o mito da democracia racial”, que passou durante anos “pelo ocultamento da informação cor/raça”, foram resultados, dentre outros aspectos, das primeiras reivindicações de atores sociais envolvidos com o movimento negro (ADORNO; ALVARENGA; VASCONCELLOS, 2004, p. 121). Percebe-se a ausência do movimento indígena nessa mobilização, e isso sugere que esses povos estão em desvantagem no campo da informação em saúde, quando comparados com a população negra.

[...] populações indígenas são, em raríssimos casos, incluídas nas análises [...], quando falamos de análises sobre raça/etnia e saúde estamos nos referindo a negros e/ou mestiços. No entanto, os poucos trabalhos publicados sobre populações indígenas no Brasil demonstram de maneira contundente uma situação de [...] enorme marginalização (COIMBRA JR; SANTOS, 2000, p. 5).

A implantação do SUS ao longo da década de 1990 possibilitou uma maior participação dos atores sociais. Embora a política nacional não tivesse ainda abandonado o caráter prescritivo, foi discutida a “necessidade de reestruturação da produção e gestão da informação em saúde no país e de formulação de uma política nacional para a área” (BRANCO, 2006, p. 146).

A ampliação dessa participação, atribuindo-se um papel mais relevante para estados e municípios, tem feito com que essa política, embora ainda restrita a uma política federal, assuma algumas das características do modelo federalista de gestão da informação, na classificação de Davenport, Eccles e Prusak (1996). Nele, os aspectos políticos são encarados como elementos necessários e legítimos, reconhecendo-se os distintos interesses e procurando-se agregá-los em torno de objetivos coletivos. A adequação ao modelo, contudo, ainda não se completou, por não ter sido incorporada plenamente sua principal característica identificadora: a gestão baseada em negociação e consenso entre as instâncias e os elementos estratégicos envolvidos, embora [...] se tenha avançado mais nessa direção (BRANCO, 2006, p. 196).

A segunda metade da década de 1990 foi marcada pelo advento de redes – a internet, sendo essa uma grande potencializadora para mudanças no campo na informação em saúde. Ademais, foram privilegiadas iniciativas e projetos – materializados na Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS), e Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS) – em que se destacou “o enfoque em rede em substituição ao modelo sistêmico de produção e gestão da informação” (BRANCO, 2006, p. 198).

Foi nesse contexto, em 1999, ano em que a Funasa assume a responsabilidade pela saúde indígena, que foram criados os Dseis e foi concebido o Siasi. Sua implantação foi iniciada em 2000, em todo o país, sendo o Desai da Funasa o responsável por esta gestão, em todo o território nacional (SOUZA, 2005).

No Desai, o gerenciamento do Siasi fica a cargo da Comoa, cujas atribuições incluem ainda o desenvolvimento de melhorias para o sistema, a definição de variáveis e fluxo das informações, bem como a crítica e a consolidação dos dados nacionalmente (SOUZA, 2005; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Em diagnóstico situacional realizado pela Funasa antes da implantação do Siasi, foram destacadas as seguintes características, em sua cultura informacional:

Inúmeras planilhas quantitativas, centralização da informação no nível central, ausência de estruturas e de recursos para sistemas de informação, ausência da análise no nível local, ausência de retorno [da informação] para o nível central, cobrança permanente de informações [que se encontravam] segmentadas em diversos programas, falta de recursos humanos para responder às demandas relacionadas à informação, [elaboração de] planejamento sem utilização da informação local, trabalho sem avaliação de desempenho e de resultados e ausência de análise integrada às unidades gestoras (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2003)<sup>10</sup>.

Dentre outros aspectos, essa postura centralizadora que caracteriza a política de informação em saúde no contexto indígena pode possivelmente estar relacionada, conforme sugere Almeida (1998), à insuficiência de recursos humanos aptos para atuar na gestão e produção da informação. Ainda, considerando a “ambiguidade temporal”, descrita anteriormente, a política informacional da Funasa pode ser reflexo da herança centralizadora dos anos 1960, em que se acreditava que a concentração de dados no nível central era necessária como uma “estratégia para a padronização e melhoria da qualidade das estatísticas disponíveis no país” (ALMEIDA, 1998, p. 28).

As características de um modelo utópico-tecnocrático adotado na década de 1960 e 1970 perduram até a década de 1990. A cultura e o comportamento organizacional da Funasa parecem estar de acordo com a crença de que o acúmulo de dados aumenta a capacidade gerencial de solucionar os problemas de saúde. Essa falsa crença, corroborando com Davenport (2002), desvia os gerentes, técnicos e gestores dos reais problemas envolvidos no gerenciamento da informação.

Em relação à justificativa de concentrar os dados no intuito de aprimorá-los, Branco (1998) a considera uma utopia, pois os dados por si só nunca serão plenamente suficientes. Assim, “esperar que [os dados e as informações] atinjam a perfeição para então utilizá-los é como deixar de agir até que nossa ação seja perfeita” (BRANCO, 1998, p. 106). Como alternativa na busca de melhorias para os dados produzidos, Sá (2002, p. 30) aponta para a necessidade de “sair desse ‘ciclo vicioso para um virtuoso’ – utilizar os dados produzidos, apontando suas fragilidades para que essas possam ser superadas”.

---

<sup>10</sup> Refere-se a uma apresentação disponibilizada do arquivo pessoal de um dos sujeitos-chave, intitulada “Gerência da informação do Siasi”.

Apesar dos avanços rumo ao modelo federalista, iniciados com a I CNSPI, esse diagnóstico demonstra que a política de informação em saúde indígena continua híbrida, com características do anarquismo e feudalismo. Modelo feudalista, uma vez que as informações em saúde encontram-se segmentadas nos diferentes programas, além de existirem iniciativas em captar informações indígenas a partir de distintas iniciativas, como o IBGE, o Datasus e a Funasa. Anarquismo informacional, pois, apesar das diretrizes estabelecidas na I CNSPI para os sistemas de informação, até o momento não há uma política explícita e formal para o setor.

Outra característica que retrata o distanciamento ao modelo federalista é a pouca legitimidade na formulação do Siasi, isto é, não há a preocupação em estabelecer intercâmbios de informação entre os níveis centrais e locais. Segundo Davenport (2002, p. 92), o modelo federalista requer uma negociação política entre “os grupos centrais e os dispersos”, pois é nessa interlocução que os “[...] diferentes interesses buscam definições coletivas, objetivos e meios para alcançá-los”.

O Siasi, segundo o documento-base de sua criação, foi desenvolvido pela Funasa no intuito de responder às “necessidades de seus departamentos” e tem como objetivo “transferir e processar **dados** de saúde da população indígena [em] inter-relação com distintos módulos de informação para otimizar seus resultados,  **aumentando o conhecimento da situação de saúde** (FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE, 2002, p. 1, grifo nosso).

A análise na forma textual acima, em que foi apresentado o Siasi, demonstra que a perspectiva da vigilância em saúde perdeu espaço para a abordagem eminentemente técnica e tecnológica da informação. Percebe-se que é colocado, em primeiro plano, o objetivo do Siasi em “transferir e processar dados”, e, em segundo, como sendo resultante do primeiro, a produção de conhecimento acerca da situação em saúde indígena. Perde-se a ideia de que a produção de dados não leva à produção de conhecimentos imediatamente. E de que o SIS tem o objetivo de produzir informações a partir de dados, distintos entre si (SANCHES *et al.*, 2006; DAVENPORT, 2002, BRANCO, 2001).

White (1980 *apud* BRANCO, 1996, p. 68) define um SIS como um instrumento útil

[...] para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde e dos assuntos a ela ligados.

Branco (2001) acrescenta que

o objetivo do SIS deve ser o de informar ao público, a seus representantes políticos, funcionários, administradores, gestores e prestadores de serviço sobre a natureza e amplitude dos problemas de saúde, sobre o impacto de uma ampla gama de influências na saúde individual e coletiva, bem como apoiar os processos de tomada de decisão e de gestão para a resolução desses problemas.

Tendo como referência a definição e os objetivos de um SIS, percebe-se que o documento confundiu essas distinções, ao utilizar a própria definição do SIS e considerá-la como finalidade. Destaca-se ainda que nas inter-relações estabelecidas, deveriam constar também referências aos sistemas do SUS, de modo a focar na integração e consonância no gerenciamento concomitante com o SIM, Sinan, Sinasc etc.

A partir dessa análise referente à formulação do Siasi, é possível apontar que esse sistema é reflexo de uma política informacional híbrida, utópica-tecnocrática e feudalista, que privilegia responder à necessidade de informação de setores e departamentos específicos.

Apesar de Souza (2006) e Souza, Scatena e Santos (2007), na caracterização do Siasi, desde a criação, estrutura, funcionamento e implantação, não referirem a empresa e/ou instituição responsável pelo seu desenvolvimento (*software*) e nem se o Datasus contribuiu neste processo, a partir de entrevista com sujeitos-chave, somado a análises documentais disponibilizadas pelos entrevistados, foi possível identificar a origem de sua concepção.

A formulação do Siasi foi fruto da execução da primeira etapa do Vigisus, iniciada em 1999 e com término previsto para o ano de 2001<sup>11</sup> (COLOMA, 2004a). Esse projeto, financiado pelo Banco Mundial

destinava-se a aprimorar o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica nas três esferas de governo, instrumentalizando-as para aperfeiçoar a produção de informações e a execução de ações que ampliassem o monitoramento do quadro sanitário e contribuíssem para o estabelecimento de prioridades (BRANCO, 2006, p. 180).

Ele foi, inicialmente, coordenado pelo Cenepi, no entanto, com a nova atribuição de gerir as ações de saúde indígena, um setor específico dentro da Funasa passou a coordenar o subcomponente indígena do Vigisus I. Como o projeto havia sido desenhado durante 1998, as inúmeras mudanças no campo político-jurídico relacionadas às questões indígenas resultaram em um enquadramento legal das atividades previstas do projeto, ao serem iniciadas em 1999, de modo a responder as novas demandas do Desai. Assim, a atividade proposta para o projeto, em 1998, de “criação de um banco de dados de antropologia em Saúde Indígena”, logo se transformou em uma atividade prioritária do Desai “de formular, desenvolver e implantar um sistema de informação da saúde indígena, para cadastrar a população e acompanhar o processo de atenção à saúde” (COLOMA, 2004a, p. 4).

Dentre seus componentes, constava na área temática IV a “Estruturação das Ações Voltadas para Atenção à Saúde das Populações Indígenas”, através dos seguintes objetivos:

---

<sup>11</sup> Devido às sucessivas prorrogações, a primeira etapa do Projeto Vigisus foi encerrada em 31 de junho de 2004 (COLOMA, 2004).

Apoiar a organização do Sistema de Atenção à Saúde Indígena, que incluíram desde o apoio à implantação dos DSEI, a definição de diretrizes para elaborar os Planos Distritais de Saúde e a implementação do controle social através da criação dos Conselhos Distritais e Locais de Saúde; **apoiar o desenvolvimento de sistemas de informação**; contribuir para a melhoria das condições de saneamento ambiental; contribuir para a redução da incidência e prevalência dos principais eventos mórbidos, e incrementar a resolutividade das ações de saúde (COLOMA, 2004a, p. 2, grifo nosso).

Ainda em 1997, em um encontro promovido entre 14 e 15 de outubro, em Brasília, lideranças atuantes e instituições no campo da saúde indígena concordaram em apoiar o desenvolvimento de um sistema de informação específico, para contribuir na estruturação das ações voltadas à saúde indígena (MANOZZO, 2006).

Se as discussões durante a II CNSPI pensavam em estruturar as ações indígenas excluindo desse processo a informação em saúde, percebe-se, nesse momento, que seria impossível organizar o Sasi sem preocupar-se com este campo. Tait (2000) destaca que as informações produzidas pelos sistemas ajudam a elaboração de um planejamento estratégico condizente com a realidade, permitindo uma gestão eficiente, de modo a alcançar a missão da instituição. Assim, gestão, missão e planejamento estão ligados aos sistemas de informações e sua harmonia e consonância permitirão implementar de forma adequada a política em questão (TAIT, 2000).

No documento descrito por Coloma (1999), antecedendo os requisitos principais do novo sistema em conformação, são apresentadas reflexões teóricas, sendo destacadas as que se seguem:

A falta de distinção entre os sistemas de informação e tecnologia da informação (JAYASURIYA, 1995), entre outras causas, deu como resultado que os sistemas de informação foram implantados como um objetivo em si mesmo [...].

As tecnocracias valorizam mais o microcomputador que o sistema de informação, na esperança de aliviar o trabalho do preenchimento de formulários (SANDIFORD; ANNETT; CIBULSKIS, 1992) [...].

[...] Os sistemas de informação devem ser reorientados para centrarem-se menos no indivíduo e mais sobre a população incluindo a informação sociocultural, nesse sentido os cientistas sociais devem ocupar um papel importante em todos os níveis do sistema (NYAMBAYA; NORDBERG; ODUOL, 1998), particularmente quando os administradores e planejadores do nível central buscam agir num cenário homogeneizante, onde as estratégias e as atividades tendem a ignorar a especificidade local [...] (COLOMA, 1999, p. 1-2)<sup>12</sup>.

Essas três afirmações referem-se a críticas que apontam para a intenção de formular um sistema de informação não focado na abordagem técnica e tecnológica, distanciando-se também da fantasia do modelo político utópico-tecnocrático. Em contrapartida, a terceira afirmação ressalta a abordagem política da informação, no sentido de conceber o Siasi de modo a considerar as informações de modo pessoal, destacando o indivíduo em sua

---

<sup>12</sup> Documento restrito.

integralidade, enquanto agente social, e as informações no âmbito local, em que elas forem produzidas.

Como característica do Siasi, esse documento ressalta a necessidade de concebê-lo de forma integrada aos demais sistemas de informação em saúde da Funasa, assim como aos outros sistemas do SUS. Os principais requisitos para o desenvolvimento do Siasi é que deveria ser

confiável e preciso, tanto no sentido quantitativo como qualitativo; que tenha atualização contínua e que permita ser oportuno para a análise e a tomada de decisões, onde a tecnologia da informação é definida segundo o nível do serviço e dos usuários; ser acessível, em todos os níveis do sistema; **ser apresentado em forma compreensível, ou seja, que os instrumentos de coleta e análise devem ser culturalmente adequados às realidades locais; que comporte procedimentos flexíveis que permita incorporar ou subtrair informação segundo as necessidades locais ou regionais sobre seus problemas;** relevantes, mantendo uma base de informação comum que permita a comparação de dados; que permita obter resultados mediante indicadores de produção, qualidade (satisfação da população), funcionamento, custo – efetividade e eficiência dos serviços de saúde, e monitoramento em saúde e vigilância epidemiológica; **registrar a informação dos atendimentos da população usuária de serviços de saúde e da população no contexto da vida cotidiana (inquéritos sistemáticos no domicílio) e análise no contexto sociocultural** (modelos explicativos e interpretativos dos agravos e dos fatores patogênicos estruturantes) (COLOMA, 1999, p. 3, grifo nosso).

Percebe-se a preocupação com a “democratização do acesso às informações em saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994, p. 7). A acessibilidade na informação representa seu sentido mais amplo quando está associada à preocupação de desenvolver estratégias que sejam assimiladas pelo cidadão comum (BRANCO, 2006). Sendo a utilidade da informação diretamente relacionada à relevância atribuída pelo sujeito, o que a coloca em relação com a vida e o contexto no qual se insere (BRANCO, 2006), as informações, incluindo os instrumentos de coleta dos sistemas, precisam ser culturalmente adequadas às inúmeras realidades indígenas.

Talvez um dos primeiros passos em busca da relevância do sujeito em um sistema de informação seria considerá-lo único para todos os eventos de saúde e doença registrados nos diferentes sistemas de informação em saúde, pois é assim que ele o é na vida cotidiana. Morais e Gómez (2007, p. 556) pensam de modo semelhante:

As superações das limitações da informação em saúde dependem [...] mais, dentre outras, da adoção de novos referenciais, a começar pelo significado e conceito de saúde, onde estejam presentes outras dimensões do caminhar na vida, em seu dinamismo cotidiano, em que o indivíduo e a população estão inseridos.

Tasca, Grego e Villarosa (1999) apresentam alguns requisitos para o desenvolvimento de um SIS que apoie o distrito sanitário, em harmonia aos seus princípios básicos. Dentre eles, a preocupação de construir um sistema de informação adaptável “às necessidades reais do território, que são, por definição, dinâmicas e específicas” (TASCA; GREGO; VILLAROSA, 1999, p. 268). Assim, dentre os requisitos do Siasi, percebe-se uma

preocupação em flexibilizar os instrumentos, adequando-os culturalmente a cada realidade local.

Há um outra característica importante na concepção do Siasi, também apontada por esses autores. É o interesse de registrar informações para além das “produções de serviços ou ocorrências de doenças”, preocupando-se em produzir informações relativas à vida cotidiana, isto é, extrapolando o setor saúde (TASCA; GREGO; VILLAROSA, 1999, p. 276). “[...] a disponibilidade de dados desse tipo permite a programação e execução socialmente conveniente de intervenções intersetoriais ao nível local” (TASCA; GREGO; VILLAROSA, 1999, p. 275).

Ainda na fase de formulação, no intuito de contextualizar as iniciativas desenvolvidas no campo de sistemas de informação nas áreas indígenas, o técnico responsável por conceber o Siasi, realizou um levantamento de todos os sistemas até então operacionalizados em áreas indígenas. Ficou claro que os sistemas traziam informações não padronizadas e precárias, em que essencialmente constavam aspectos demográficos, exceto para os sistemas operacionalizados pelas equipes do Xingu, que apresentavam registros de morbidade e mortalidade<sup>13</sup>.

Dessa forma, “os dados centrais para monitoramento diziam respeito ao tamanho dos contingentes populacionais indígenas, isto é, quantos eram e se estavam diminuindo ou crescendo” (COIMBRA JR.; SANTOS, 2001, p. 7).

Nos dias atuais, uma vez que não há dúvidas sobre a permanência dos indígenas no quantitativo populacional do país, um sistema de informação assume novas configurações, de modo a atender outras necessidades (COIMBRA JR.; SANTOS, 2001). Essas irão depender da perspectiva do modelo de atenção que se quer organizar, da concepção de saúde adotada e, por fim, segundo De Kadt (1989 *apud* TASCA; GREGO; VILLAROSA, 1999), refletirão a organização na qual o sistema de informação está inserido.

O desenvolvimento do Siasi ficou sob a responsabilidade de um único programador, que solicitou, reiteradas vezes, mais dois profissionais. Estas demandas nunca foram atendidas, uma vez que a gerência do Desai transferiu a responsabilidade pelo apoio na formulação do Sistema para outros departamentos, que também não atenderam ao pedido, justificando terem outras demandas (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2003).

É pertinente destacar que o Datasus foi subordinado à Presidência da Funasa até dezembro de 1997, sendo transferido para a Subsecretaria de Informática do Ministério da

---

<sup>13</sup> Informação verbal obtida do sujeito-chave.

Saúde, em 1998, através do Decreto nº. 2.477, de 28 de janeiro (BRASIL, 1998; BRANCO, 2006).

Apesar de o Datasus pertencer à estrutura organizacional da Funasa, durante aproximadamente seis anos, e esse órgão ser também responsável pela gestão de alguns dos principais sistemas de informação em saúde, por meio do Cenepi, quais sejam, o SIM, o Sinasc, o Sinan e o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) (BRASIL, 1999b), o Siasi foi concebido parecendo desconsiderar tais acúmulos.

O Siasi nasceu dentro da Funasa, parecendo ser somente um produto do Projeto Vigisus, pois não obteve apoio dos técnicos e departamentos da própria Fundação, nem do Ministério da Saúde ou de outras instituições públicas. A informação parece ocupar, dentro da política institucional da Funasa, uma posição secundária dentre outras demandas, reforçando o anarquismo informacional e a incipiente preocupação política com essa demanda.

Corroborando com a política nacional de informação, “a informação em saúde [indígena] é, politicamente, reduzida a um campo do império da tecnicidade: é apresentada como ‘despolitizada’, como neutra” (MORAES; GÓMEZ, 2007, p. 555). A frase retrata este contexto, pois a formulação do Siasi, nesse momento, é tratada pela diretoria e gerentes de departamentos da Funasa como uma demanda de interesse técnico no campo da informação, ficando por sua vez distante e imparcial das questões políticas. Em síntese, a semente federalista apontada na I CNSPI, em 1986, não foi nutrida ao longo da fase de formulação do Siasi.

#### *4.1.5 Anos 2000: As fases de implementação e implantação do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena*

A linguagem de programação do Siasi foi desenvolvida nas plataformas *Borland Delphi*, versão 05, e *interbase*. O *Delphi* é a linguagem padronizada pelo Ministério da Saúde para permitir a interconectividade entre os sistemas de informação do SUS. E o *interbase* permite a relação com outros bancos de dados (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2003b; 2003c).



A arquitetura modular do Sistema foi desenhada utilizando o *Oracle*<sup>14</sup>. Essa opção foi pensada uma vez que o Siasi foi desenhado com vários módulos integrados a ele<sup>15</sup>, o que garantiria a constante atualização de cada um dos módulos, de forma integrada, os dados seriam compartilhados, facilitando a construção de análises complexas a partir da obtenção de dados de diferentes naturezas (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2003b; 2003c)

Uma das dificuldades iniciais na implementação do Siasi decorreu do fato de que a Funasa não tinha desenvolvido “protocolos” de atuação profissional. Não se sabia quais informações se queria extrair de um sistema de informação em construção. Segundo o entrevistado,

o primeiro passo para se desenvolver um sistema é saber qual a informação que se quer obter, qual o tipo de análise de saúde a ser desenvolvida. Só então, no passo seguinte, pode-se pensar em quais indicadores serão construídos e suas variáveis associadas e necessárias. Por fim, chega-se ao instrumento de coleta de dados do sistema de informação. No caso da FUNASA, em 1999 ela não tinha protocolo, aliás, não tem até hoje. (Informação verbal)<sup>16</sup>

Assim, a partir de junho de 1999,

foram desenhados o Sistema e os instrumentos de coleta de dados e foram disponibilizados para todos os Distritos e ONGs [Organizações Não-Governamentais] conveniadas, estabelecendo-se o prazo até dezembro de 1999 para a recepção de correções e mudanças nos indicadores e instrumentos” (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001a, p. 1).

Em julho de 1999, o Siasi foi apresentado “aos **Chefes** dos Dseis, nas reuniões convocadas pela atual Desai” (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001a, p. 1, grifo nosso).

Considerando as recomendações para a implementação do Siasi, o Banco Mundial atentou para a necessidade de recursos tecnológicos informacionais, de modo a garantir a comunicação necessária para implantar o Sistema e poder realizar treinamentos e supervisões com os profissionais envolvidos<sup>17</sup>.

Assim, nos “módulo introdutório de treinamento dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e nas capacitações das equipes multidisciplinares foi inserido o tema do Sistema de Informação e foram também distribuídos os instrumentos”. Ainda foram treinados, nos meses de abril, maio e junho de 2000, 42 técnicos responsáveis pelo Siasi de todos os Dseis. Os temas tratados relacionavam-se à concepção do Siasi e à “operação específica do Cadastro da Família Indígena (Cafi)” (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001a, p. 1, grifo nosso).

Além desses treinamentos, foram realizados outros no DSEI Bahia, Mato Grosso do Sul e Litoral Sul (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001a). Souza (2005) destaca que,

<sup>14</sup> O Oracle é um sistema gerenciador de banco de dados que possibilita, durante a construção, relacionar os dados a partir da utilização de uma arquitetura multidimensional.

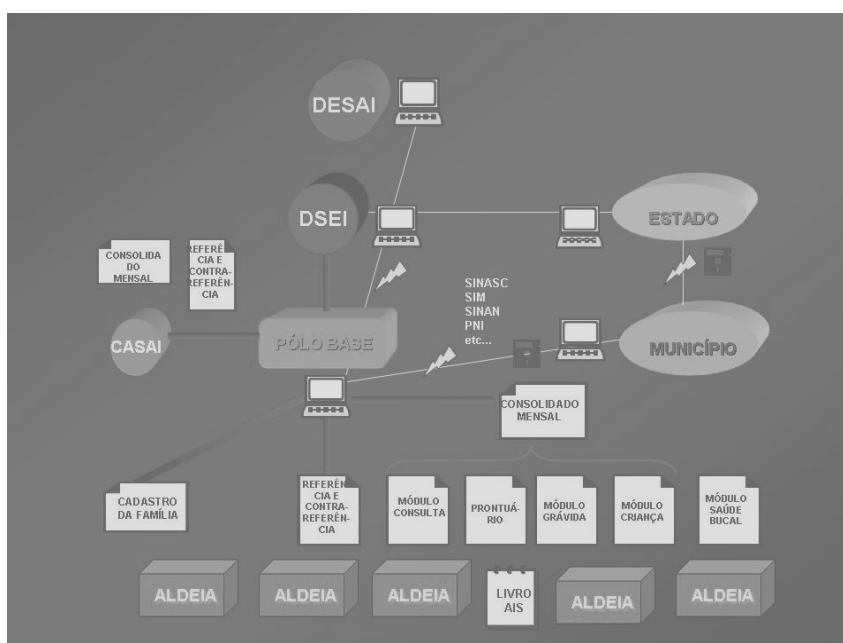
<sup>15</sup> Entrevista com sujeito-chave 1.

<sup>16</sup> Entrevista com sujeito-chave 1.

<sup>17</sup> Entrevista com SC1.

durante essas reuniões e treinamentos, eram enfatizadas as discussões referentes ao sistema informacional.

A primeira versão do Siasi, que disponibilizou apenas o módulo Cafi, foi desenvolvida e disponibilizada em junho de 2000. Nesse mesmo ano, ocorreu a implantação nacional do sistema, de forma simultânea nos 34 Dseis, realizada pelos técnicos da Funasa do nível central; como forma de apoiar os digitadores e operadores do sistema, foi disponibilizada uma linha telefônica para comunicação (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001a; SOUZA, 2005).



**Figura 8.** Fluxograma de dados e “informações” do Siasi e suas inter-relações com outros sistemas de informação.

Fonte: Fundação Nacional de Saúde (2002).

Foram iniciadas as fases de coleta e digitação dos dados nos Dseis; no entanto, uma das primeiras dificuldades enfrentadas foi com a transmissão eletrônica via *internet* do Siasi, uma vez que, nessa primeira versão, os dados eram digitados no polo-base e seguiam *on-line* para o Dsei. Até aquele momento, o instrumento que alimentava o Siasi era o cadastro da família que, de acordo com o fluxograma de informações, apresentado na **figura 8**, deveria ser digitado nos pólos-base (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001b; 2002).

Dos 291 polos-base existentes até 2001, 189 não tinham microcomputadores (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001c). Segundo o fluxo estabelecido, caso os dados não fossem digitados nesta instância, eram processados nos Dseis. As dificuldades persistiam e, assim, o Desai contratou, ainda em 2000, quatro digitadores para auxiliar esse trabalho (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001a).

Até o dia 23/02/2001, tinha-se inserido 274.521 pessoas. Correspondente a 77,98% da população indígena. Esse cálculo deve ser tomado com precaução, pois nossa meta está calculada sobre a população indígena estimada pela Funai em 352.027 pessoas. Estimamos que faltem cadastrar cerca de 75.000 indígenas. A demanda reprimida atual é de 42.000 pessoas no Dsei Leste de Roraima, Minas Gerais e Alto Rio Negro. (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001a, p. 2).

A preocupação com a informação em saúde indígena focada nas questões de demografia é uma constante, desde 1989, e o primeiro módulo implantado do Siasi tenta solucionar esse problema. Para a implementação deste módulo demográfico do Siasi, em relatório destinado à diretoria do Desai (em janeiro de 2001) são apresentados os principais entraves para a sua efetivação que, segundo o documento, podem ser agrupados em três categorias:

**Cultura da informação:** na tradição médica e nas culturas de tradição que usam comunicação oral, [torna-se] difícil a implementação de sistemas baseados no preenchimento de formulários. Isso é agravado devido aos modelos de informação utilizados nos sistemas de saúde onde o pessoal de campo não é partícipe nas tomadas de decisões e os dados (essencialmente quantitativos) são entendidos como um trabalho extra e que não têm nenhum significado importante para a prática profissional ou que não contribuem para o desempenho dos serviços; **Problemas institucionais, os quais põem em questão a utilização do Siasi:** (a) nas instituições públicas, especialmente nos convênios com municípios, os recursos humanos do PSF / PACS, utilizam o Sistema de Informação de Atenção Básica - Siab do Ministério da Saúde – MS; (b) nos convênios com ONG's, algumas delas que trabalham na região amazônica têm rejeitado a utilização do Siasi, pois utilizam seus sistemas próprios de informações; **Comunicações eletrônicas:** existe a dificuldade, na região amazônica, de disponibilidade de linhas telefônicas e de servidores de acesso à rede. Nos casos em que essa acessibilidade existe, as comunicações são precárias (linhas analógicas), não permitindo a permanência em linha de maneira continuada (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001a, p. 3, grifo nosso).

Talvez alguns desses problemas estejam associados ao rápido processo de implementação e implantação do Siasi, considerando que o Sistema iria encontrar contextos locais completamente distintos. Todo o processo de implementação e homologação do sistema durou um ano (de junho de 1999 a junho de 2000) e em 2000 ele foi implantado concomitantemente em todos os 34 Dseis (SOUZA, 2005; MANOZZO, 2006).

Sem dúvida, o Siasi não teve tempo hábil para atender todos os requisitos pensados inicialmente. Dentre eles, não conseguiu, até o momento, atender as especificidades culturais, dialogar e sensibilizar os atores sociais envolvidos nas etapas de produção e uso da informação. Como resultado, os produtores da informação não conseguiram perceber a importância de quantificar os povos indígenas do Brasil, para, a partir daí, aprimorar o Sasi. Apesar de, na formulação e implementação do Sistema, haver a preocupação de integrá-lo com os demais sistemas de informação do SUS (SIM, Sinasc, Sinan, SI-PNI etc.) e de destacar a importância da gestão partilhada da informação com as instâncias municipais e estaduais (**Figura 8**), a duplicidade e paralelismo de dados não foram evitados nas práticas da atenção básica.

Por fim, percebe-se, com esses relatos, que a Região Amazônica apresenta certa especificidade em relação às demais, haja vista o isolamento, fruto das dificuldades de acessibilidade física e “indisponibilidade de linhas telefônicas e de servidores de acesso à rede”. Esses aspectos, somados ao anarquismo informacional no contexto da saúde indígena, contribuíram para que as ONGs, responsáveis pela execução das ações indígenas de algumas dessas áreas continuassem utilizando seus sistemas de informação, de modo a atender seus interesses particulares. Percebe-se uma característica marcante do modelo da política informacional anarquista: o controle do nível central é mínimo, impera o poder local (DAVENPORT, 2002).

Em maio de 2001, em Luziânia (GO), realizou-se a III Conferência Nacional de Saúde Indígena (III CNSI), cujo tema foi “Construindo e Avaliando o Sistema Único de Saúde”. O objetivo da III CNSI foi analisar os obstáculos e avanços na implementação do Subsistema recentemente criado, bem como efetivar, através do controle social, os princípios de integralidade no acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde indígena (BRASIL, 2001; MARQUES, 2003).

Esses problemas foram deflagrados durante a conferência, sendo ainda apresentadas inúmeras propostas relacionadas ao Siasi e ao uso da informação em saúde (BRASIL, 2001), que podem ser agrupadas entre aquelas relacionadas à operacionalização do Sistema, análise e divulgação das informações.

Em relação à sua operacionalização, enfatizou-se (a) a necessidade de integração do Siasi com os demais sistemas de informação em saúde operacionalizados no SUS, bem como com as bases de dados da Funai, de modo a “garantir um fluxo bidirecional de informações” entre as distintas instâncias locais (polo-base), municipais, estaduais (Secretaria Estadual de Saúde e Dseis) e federais (Funasa e Funai) (BRASIL, 2001, p. 6; SOUZA, 2005); (b) a adequação tecnológica do Siasi às distintas realidades locais, na definição da periodicidade no envio das informações e traduções à língua materna dos formulários a serem preenchidos pelos AIS; (c) a realização de avaliações periódicas do Siasi e das ações de vigilância em saúde, sob a coordenação de Brasília, nos Dseis, envolvendo entidades parceiras e os Conselhos Locais e Distritais de Saúde; e (d) a análise dos demais sistemas de informação já operacionalizados em alguns Dseis, de modo a garantir a implementação efetiva do Siasi em nível nacional (BRASIL, 2001).

Em relação às análises dos dados produzidos pelo Siasi, destacou-se a necessidade de serem descentralizadas para os polos-base e municípios. E, por fim, foram apresentadas propostas na III CNSI, enfocando a necessidade da retroalimentação das informações

produzidas pelo Siasi, bem como a divulgação de informações e troca de experiências sobre a atenção à saúde indígena, a fim de sensibilizar os gestores das distintas instâncias do poder para seu papel e responsabilidades (BRASIL, 2001).

O relatório da III CNSI discute questões referentes à vigilância em saúde que até então não tinham aparecido nas conferências, e a maioria das questões relacionadas aos sistemas de informação em saúde encontram-se nesse subitem. O relatório delibera ainda que sejam implantadas e aperfeiçoadas

ações de vigilância epidemiológica e ambiental em todos os Distritos, polos-base e aldeias [e também garantisse a implementação] integral da Vigilância em Saúde através da articulação entre os diversos atores que prestam atendimento ao índio, de acordo com as diretrizes propostas pelo Departamento de Saúde Indígena (BRASIL, 2001, p. 33).

Ainda no ano de 2001, devido às dificuldades em manter a conexão via *internet* com a base do Siasi no nível central, foi desenvolvido “um sistema que utiliza uma base de dados local, até que a Funasa possa instalar um sistema de comunicação eficiente para a transmissão da informação” (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2003b, p. 2).

Assim, o sistema começa a funcionar em dois formatos: um, na forma de Siasi *web*, com base de dados sediada em Brasília, sendo seu acesso restrito para proprietários de senha através da *internet*. E o outro, como ‘Siasi local’, em que é feita a alimentação dos dados e seu envio quinzenal para o nível central (Siasi *web*) (SOUZA, 2005).

Sendo o Siasi desenhado, desde a sua criação, na forma de módulos demográficos, de morbidade, imunização, saúde bucal, nutrição, acompanhamento à gestação, recursos humanos, infraestrutura e saneamento, nos anos que se seguem são desenvolvidos os módulos seguintes e investido no aperfeiçoamento e na qualidade do Sistema.

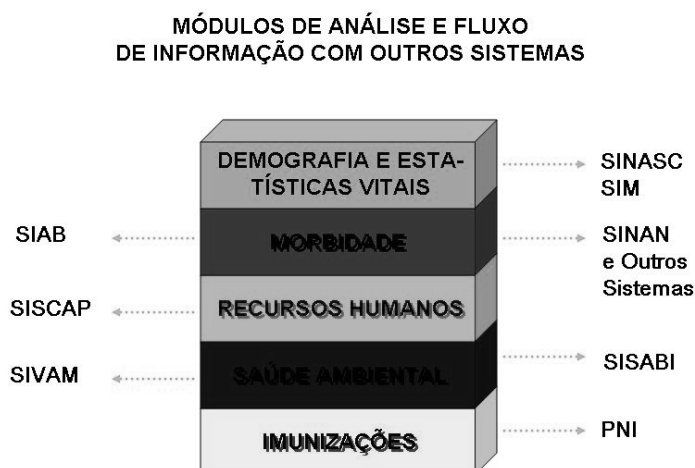
Em 2002, é desenvolvido e implantado o módulo de morbidade, que representa a segunda versão do Siasi (2.0) e, em 2003, o módulo de imunizações, na terceira versão (3.0) (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2003d; SOUZA, 2005). Além do Siasi, foram desenvolvidos, nesse mesmo ano, pela Funasa, outros sistemas de informação, no intuito de atender, mais uma vez, às “necessidades de seus departamentos” (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2004b, p. 1): são o Sistema de Prestação de Contas (Siscon), cuja finalidade é elaborar planos de trabalho e transmitir os dados referentes aos convênios entre as entidades públicas municipais, estaduais e o Sistema de Gerenciamento de Prestação de Contas (GPC) (VIANA, 2005; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007). Enquanto esses dois sistemas de informação desenvolvem “atividades meio” no processo de trabalho da instituição e não foram planejados como módulos do Siasi, ainda em 2002 foi

criado o Sisabi não como um módulo integrante do Siasi, mas, sim, como um sistema específico, diferentemente do previsto (VIANA, 2005).

Mais uma vez, pode ser percebida a fragmentação dos sistemas de informação, agora não somente entre a Funasa e o Ministério da Saúde. Esta é interna à instituição, deflagrada pelas DENSP e Desai da Funasa. Esta é responsável pelo gerenciamento da atenção à saúde indígena e, conseqüentemente, pelo Siasi, e aquela, pelas ações de saneamento e pelo Sisabi. Ambas foram concebidas em contextos distintos, a primeira com a visão integradora, e a segunda de acordo com a perspectiva do saneamento básico, desenvolvida desde longa data pela Funasa, de modo a atender somente as demandas setoriais.

Com a publicação da Pnspi, ainda em 2002, que inclui como uma de suas diretrizes, o “monitoramento das ações de saúde indígena” pelo Siasi, é destacado que esse sistema deverá ser organizado “na perspectiva do Sistema de Vigilância em Saúde” (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002, p. 16).

Apresentando uma das três vertentes para definir Vigilância em Saúde, Teixeira, Paim e Villasbôas (1998) apontam para a integração institucional entre as vigilâncias – epidemiológica, sanitária e ambiental. A **figura 9** ilustra a relação do Siasi com outros sistemas de informação do SUS, destacando que a saúde ambiental indígena seria contemplada pelo Sisabi e na região que corresponde à Floresta Amazônica, seria utilizado também o Sistema de Vigilância da Amazônia (Sivam). Como o Sisabi trata somente de aspectos relacionados ao saneamento básico, parece ser este o primeiro indício de que o Siasi não está atendendo a perspectiva da Vigilância em Saúde.



**Figura 9.** Módulos do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena e suas inter-relações com outros sistemas de informação.  
Fonte: Fundação Nacional de Saúde (2001d).

Confirmando esta hipótese, Souza (2005, p. 34) refere que, mesmo o Siasi tendo sido criado

na perspectiva da vigilância em saúde, as informações continuam com as mesmas deficiências existentes quando eram trabalhadas pela Funai, justificáveis pela falta de pessoal e de especificidade técnica para isso, mantendo-se um sistema deficiente e subutilizado na gestão dos Distritos Sanitários Indígenas.

Se as deficiências na produção e no uso da informação pela Funai remetem, como apresentado anteriormente, ao acúmulo de dados no nível central, à fragmentação e ao descaso com a construção de análises para apoiar o processo decisório e o planejamento das ações, percebe-se que o Siasi não tem atendido a outra vertente da Vigilância em Saúde, ferramenta para análise da situação de saúde. Para essa abordagem, a vigilância é entendida para além daquela eminentemente epidemiológica das doenças transmissíveis. Preocupa-se com a situação de saúde e a adequação dos serviços de saúde para seu enfrentamento (TEIXEIRA; PAIM; VILLASBÔAS, 1998).

Quando a Pnspi preconiza que o Siasi deve realizar o “monitoramento das ações de saúde indígena”, quer destacar que esse Sistema não deveria ser apenas um mero produtor de informações, mas, sim, ser capaz de acompanhar rotineiramente todas as ações de saúde relacionadas às questões indígenas. “Ações de saúde indígena” entendidas, aqui, em seu “conceito ampliado”, como

[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4).

A expressão “saúde indígena”, conforme apresentado anteriormente, reveste-se de uma roupagem específica e ampliada, conforme descrito no relatório final da I CNPSI (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE 2006). Desse modo, Souza (2005, p. 32), ao refletir sobre a perspectiva do “Sistema de Vigilância em Saúde” apontada por autores Teixeira, Paim e Villasbôas (1998), apresenta sete características básicas:

Intervenção sobre problemas de saúde, ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos, operacionalização do conceito de risco, articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas, atuação intersetorial, ações sobre o território e intervenção sobre a forma de operações.

Analisando o processo de implantação do Siasi nos Dseis, é possível perceber que a prática cotidiana de gerenciamento não conseguiu acompanhar a abordagem política desenhada durante a fase de formulação do Sistema. Os motivos relacionam-se às questões **política, institucional e técnica**, os quais serão a partir de agora analisados, até o ano de 2006.

Durante o ano de 2003, com a mudança do governo federal e a posse do novo gerente da Coordenação de Monitoramento e Avaliação (Comoa) do Desai, o “plano de qualidade de dados do Siasi e os treinamentos gerenciais nos DSEIs não foram realizados, apesar da insistência da gerencia da Área IV [do Projeto Vigisus]” (COLOMA, 2004a, p. 6). Resultou também na suspensão, sem nenhuma justificativa oficial, do desenvolvimento de um dos módulos do Siasi (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2003d). Essa mudança no nível **macropolítico** repercutiu na Funasa e, por conseguinte, acarretou um certo fracasso e paralisação na política de informação em saúde indígena. Além de revelar o descaso com a informação em saúde indígena, desconsiderando todo o esforço empreendido desde a formulação do Siasi. Essa atitude reforça a ideia apresentada em outros momentos históricos, de que a preocupação em aprimorar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e a produção da informação em saúde indígena não constituem, uma política institucional, mas, sim, ao que parece, são produtos resultantes do Projeto Vigisus I.

Percebe-se aqui um forte componente **institucional**, que deve ser levado em consideração na análise de políticas públicas, principalmente em países em desenvolvimento, como o Brasil, que possuem “instituições frágeis” (FREY, 2000, p. 230). A análise da política tradicional “pressupõe que a [...] estrutura institucional do sistema político-administrativo deve ser constante e conhecida nas suas características e princípios básicos” (FREY, 2000, p. 242). No entanto, no contexto brasileiro “torna-se difícil aplicar [...] os mesmos modelos de análise utilizados para a compreensão de estruturas já consolidadas” (COUTO, 1998, p. 55 *apud* FREY, 2000, p. 242). No Brasil, as “estruturas e processos são sujeitos a uma dinâmica peculiar e a uma transformação contínua”. “[...] As reviravoltas políticas radicais, tão comuns na política brasileira”, resultam muitas vezes em “multiplicidade, volatilidade e inconstância” na “definição das prioridades técnicas e materiais [...]” (FREY, 2000, p. 246).

Essas afirmações são fortemente influenciadas pelo neo-institucionalismo, que destaca a influência exercida pela instituição na “decisão, formulação e implementação de políticas públicas” (SOUZA, 2007, p. 81). De acordo com essa teoria, “instituições são regras formais e informais que moldam o comportamento dos atores” (SOUZA, 2007, p. 82).

Assim, para Souza a instituição pode influenciar no desenvolvimento de uma dada política pública, já que pode tornar o seu curso mais fácil ou não.

Ademais, as instituições e suas regras redefinem as alternativas políticas e mudam a posição relativa dos atores. Em geral, instituições são associadas à inércia, mas muita política pública é formulada e implementada. [...] A teoria neo-institucionalista nos ajuda a entender que não só os indivíduos ou grupos que têm força relevante influenciam as políticas públicas, mas também as regras formais e informais que regem as instituições (2007, p. 82).



Não que a análise de política seja toda desenvolvida focada nas instituições<sup>18</sup>, mas não se pode negar que a Funasa, com as suas marcas de fragmentação, desintegração ao SUS, desinteresse pela informação e “ambiguidade temporal”, conforme descrito por Teixeira (2007), dificultou a abordagem, inicialmente política, ampliada e integradora da informação. Como reflexo institucional, a inércia e as regras formais e informais parecem ter redefinido a política informacional que se propunha nascer, deixando-a fragmentada em vários sistemas de informação que não se comunicam e com uma abordagem restrita da informação.

Em documento avaliando as dificuldades para a implantação efetiva do Siasi, Coloma (2004a, p. 6) refere que

o desafio presente continua sendo a mudança da cultura da informação dos atores, onde as dificuldades principais são encontradas nos níveis de gestão, gerência e particularmente nos profissionais médicos que não são exigidos para preencher os dados das consultas (diagnósticos, tratamentos, exames complementares, etc.) nos prontuários.

Outros entraves na implantação do Siasi podem ser reflexos da estrutura organizacional da Funasa e da cultura e comportamento em relação à informação. A preocupação de uma parcela dos “chefes” dos Dseis com a produção e o uso da informação em saúde é tão incipiente que ainda não designaram uma pessoa como responsável pelo gerenciamento do Siasi. Em decorrência disso, o planejamento das atividades e a alocação dos recursos financeiros estavam sendo feitos nos Dseis sem considerar as necessidades em saúde, que deveriam ser apontadas pelo sistema de informação (COLOMA, 2003, p. 1):

Os treinamentos referentes ao Siasi foram muito limitados, devido especialmente à falta da importância dada ao sistema informatizado por parte dos gestores dos DSEI. Ainda hoje, os DSEI, em sua grande maioria, não têm indicado responsáveis para gerenciar os sistemas locais de informação. (COLOMA, 2004b, p. 16).  
[...] Consequentemente, acreditamos que os planejamentos estão sendo feitos sem ter em conta a informação disponível, organizada e analisada (COLOMA, 2003, p. 4).

Os problemas de recursos humanos referidos ainda na fase de implementação do SIASI perduram até hoje. Assim, o sistema continua sendo desenvolvido por um único programador. Foi solicitado suporte a diferentes departamentos, que nunca atenderam as demandas:

Nos dois últimos anos, solicitamos em reiteradas oportunidades a necessidade de ter dois programadores a mais, para trabalhar no desenvolvimento dos outros módulos para completar o Sistema. Essas demandas nunca foram atendidas, e segundo nossa análise, pelas seguintes razões: O [Desai seria o setor] de apoio ao sistema de informações [...], mas na prática ele sempre foi postergado frente a outros problemas do Departamento. Quando solicitamos apoio, para o desenvolvimento do Sistema, foram lotadas uma ou duas pessoas que nunca participaram efetivamente deste desenvolvimento devido a seu comprometimento em outros trabalhos simultâneos. [...] (COLOMA, 2003, p. 1).

<sup>18</sup> “O neo-institucionalismo difere do institucionalismo tradicional pelo fato de que ele não explica tudo por meio das instituições” (FREY, 2000, p. 234).

Além desse desinteresse em estruturar a informação na Funasa, persiste a indefinição dos programas de atenção à saúde no encaminhamento dos protocolos e informações necessárias para apoiar a construção dos módulos previstos do Siasi (COLOMA, 2001). Outra questão relacionada com a política de recursos humanos na Funasa é a rotatividade dos profissionais e a indefinição nos processos de trabalho, que dificultam a gestão da informação em saúde nos distritos e polos-base:

Os problemas institucionais põem em questão a utilização do Siasi: nas instituições públicas, especialmente nos convênios com municípios, os recursos humanos do PSF/Pacs, utilizam o Sistema de Informação de Atenção Básica – Siab do Ministério da Saúde; nos convênios com Organizações Não-Governamentais (ONGs), algumas delas que trabalham na região amazônica têm rejeitado a utilização do Siasi, pois utilizam seus sistemas próprios de informações.

No Desai não foram efetivados mecanismos que garantam o repasse de informações pelas ONG e Municípios. Estes últimos repassam a informação para o Programa de Saúde da Família. [...] foram treinados 360 operadores do sistema, mas tanto nas ONGs como nos Dseis, essas pessoas foram demitidas ou substituídas para fazer outras atividades. (COLOMA, 2003, p. 4).

Até o ano de 2003, haviam sido treinados 360 operadores e criado um “grupo de monitores de informação para supervisão e treinamento continuado dos antigos e novos recursos humanos dos pólos-base” (COLOMA, 2004a p. 6). Considerando que “o sistema precisava ser amigável para ser utilizado”, ao longo do processo de implementação do Siasi as sugestões e dificuldades encontradas durante os treinamentos dos digitadores, “chefes” dos Dseis e dos polos-base serviam de subsídios para a reformulação do Sistema<sup>19</sup>. A preocupação central desses treinamentos era com os **aspectos técnicos e tecnológicos** da informação, que também foi destacada por Souza (2005).

Esses problemas institucionais referentes à não produção de dados e à mudança na sua direcionalidade deflagram questões políticas que talvez não tenham sido exaustivamente acordadas nesses treinamentos, ou melhor, negociadas e pactuadas entre os interlocutores da informação. Percebe-se uma falta de integração do Siasi com os demais sistemas de informação do SUS, principalmente com o Siab, uma vez que ambos são operacionalizados em nível local e focados na atenção básica.

Apesar de se vislumbrar o paralelismo na informação entre o Siasi e o Siab (gerenciado pela SAS), as recomendações apontadas somente se referem ao Sinan, ao tratar de agravos que deverão ser encaminhadas às notificações para os municípios, e ao Sim e Sinasc:

[...] foi acordado com Cenepi os relatórios para comunicação de agravos (que serão encaminhados para os Municípios). Ainda é necessário um arranjo de tipo legal para definir as responsabilidades se nós assumimos a notificação legal de nascimentos e óbitos (COLOMA, 2003, p. 2).

---

<sup>19</sup> Informação verbal coletada a partir do SC1.

Percebe-se que o “arranjo do tipo legal” não foi feito, isto é, a articulação dos sistemas de informação e seus fluxos de dados não foi realizada, mediante publicação de uma portaria, como é comum o Ministério da Saúde assim proceder, para acordar questões de gerenciamento da informação no SUS. Outro aspecto interessante é que, na celebração dos convênios entre a Funasa e os municípios, estava sendo exigido o envio de informações referentes à mesma população, tanto para o Siab como para o Siasi, e o primeiro foi a opção escolhida pelos profissionais de saúde.

A integralização das atividades de informação, tão presentes nos discursos oficiais desde há muito, e sua materialização na versão preliminar da PNIIS de 2003 (BRANCO, 2006; BRASIL, 2003), não foram percebidas na prática do gerenciamento do Siasi, sendo desarticuladas das diretrizes nacionais da informação.

Além do problema de gerenciamento da informação com os municípios e ONGs, o Desai registrou uma série de dificuldades por parte dos Dseis, que estavam também comprometendo a qualidade dos dados e a sua cobertura:

No Desai, os problemas de organização e gerência da informação especialmente [em relação] aos arranjos com os municípios, ainda não foram solucionados. (COLOMA, 2004b, p. 16)

[É necessário uma] maior organização gerencial dos Dseis. O sistema de coleta de informações nos Dseis em fichas que são enviadas para o Desai, evidencia: falta de cumprimento das orientações da Comoa, por parte das gerências dos Dseis; erros na consolidação dos dados; demora no envio da informação; falta de repasse ou não envio de informação nos Dsei onde as ONGs têm convênios com alta cobertura territorial; baixa qualidade dos diagnósticos; sub-registro de casos, ainda que foram feitas notificações obrigatórias de casos; incorporação de diagnósticos não confirmados; e desconhecimento ou falta de utilização do CID-10 (COLOMA, 2003, p. 3).

A preocupação com a qualidade da informação produzida pelo Siasi levou a Funasa a não disponibilizá-la publicamente, como havia sido pensado durante a sua formulação. Ao sofrer pressões externas para garantir a consulta pública do sistema, a baixa qualidade da informação foi justificada pelas suas inconsistências, o que, por conseguinte levou à restrição do acesso:

Os problemas de inconsistência de dados nos relatórios continuam, o que não permite uma liberação de consulta pública através desta versão. A conclusão dos módulos [do Siasi] é impostergável, devido à alta pressão externa para liberação de informação pelo Desai, ainda que o custo/benefício não possa ser estimado atualmente, consideramos de alto custo a perda de credibilidade do sistema, a perda de informação destes anos, e os custos de treinamento sucessivos para operadores do sistema. (COLOMA, 2003, p. 2-3).

Percebe-se que o Siasi mantinha-se somente sob a gerência de alguns técnicos do Desai. Apesar no nível central sugerir a instituição de um técnico responsável pela gestão do Siasi nos Dseis, isso parecia não ser bem aceito. A participação dos profissionais do Dsei,

polos-base, ONGs e municípios conveniados eram pontuais, sendo mais intensa principalmente na fase de homologação do sistema.

Além dos treinamentos presenciais do Siasi, foram elaborados documentos com as informações principais do sistema, descrevendo sua concepção, características, funcionalidade, fluxo de dados, formas de preenchimento, descrição dos diferentes módulos e os indicadores que poderiam ser construídos. Percebe-se, ao longo dos textos e suas definições, o predomínio da abordagem técnica e tecnológica da informação:

Foram elaborados dois documentos direcionados para os **chefes** dos Dseis e **operadores** do Sistema, “Documento Base: Sistema de Informações para Atenção à Saúde do Índio” e “Gerencia da Informação no Siasi”, mas até esta data a implantação e operação do sistema são insatisfatórias (COLOMA, 2003, p. 3, grifo nosso).

Esta incipiente interlocução foi insatisfatória. A implantação efetiva de um sistema de informação em saúde no contexto indígena depende de uma sensibilização que perpassa abordagens de aspectos não só técnicos, mas sim políticos, considerando o contexto dos atores envolvidos, o conceito de informação e sua relevância para cada um deles.

Os manuais ou documentos internos de avaliação do sistema algumas vezes se reportam aos gerentes do Dsei como sendo “chefes”. Essa expressão denota um poder que não é reconhecido nos “arranjos institucionais formais”, que podem estar associados a “vícios políticos”, como o paternalismo, o clientelismo e o patrimonialismo em relação aos profissionais, técnicos da Funasa, gestores do SUS e ainda em relação aos indígenas (FREY, 2000, p. 249). O termo “chefe”, além de estar em desuso, pois também transmite uma ideia de subserviência, não condiz com o SUS democrático, participativo e colegiado.

Considerando que esses comportamentos políticos podem exercer influência na definição das políticas públicas (FREY, 2000), no caso da política da informação no contexto da saúde indígena percebe-se que um modelo preocupado com a informação estratégica, de modo a dirigir as ações ou alocação de recursos de forma equitativa, seria pouco interessante para esses atores sociais, uma vez que vai de encontro com esse tipo de vícios.

Destaca que “os responsáveis pelo funcionamento dos sistemas de informação são o diretor do Desai, os coordenadores regionais e os chefes dos Dseis” e os responsáveis pela coleta dos dados são os AISs e as Equipes multidisciplinares de Saúde (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002, p. 1). Outro manual “tem por clientela” do sistema o Desai, Core, Dsei, Secretarias Estaduais e municipais de saúde e as ONGs (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2003c, p.6).

Todos deveriam ser responsáveis pela organização e funcionalidade do sistema e este deve ser usufruído não somente pelas instituições, mas, sim, deve estar em interlocução

constante com a população e o controle social, segmento que parece ter sido excluído nesse momento. Se um dos documentos afirma que a base de dados do Siasi, em âmbito nacional, é restrita aos profissionais que “atuam na saúde indígena”, parece excluir atores índios e não índios usuários do SUS, que se encontram além das instituições (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2003e, p.2).

#### *4.1.6 Breve análise institucional da Funasa e suas repercussões na política informacional*

Percebe-se uma contradição entre a abordagem política da informação na fase de formulação do Siasi e a tecnológica na fase de implantação desse sistema. A perspectiva ampliada da informação motivadora na fase inicial de formulação do sistema de informação em saúde indígena parece ter sido deturpada durante o processo de endogenia desses sistemas pela Funasa. Partindo da premissa de que “a implementação das inovações tecnológicas no campo da informação tende a ser mais bem-sucedida se a organização estiver disposta a **reestruturar-se**, e não apenas **sobrepôr** as novas opções à estrutura organizacional antiga” (BRANCO, 1998, p. 109, grifo nosso), acredita-se que a política de informação em saúde indígena pode ser reflexo de uma estrutura organizacional da Funasa que, em sua essência, não foi reestruturada.

Apesar das inúmeras transformações na estrutura organizacional desde as suas instituições fundadoras, Fsesp e da Sucam, não se percebe a reestruturação da cultura e do comportamento em relação à informação, havendo sim a sobreposição de novas abordagens em um contexto propício para a manutenção e inércia de padrões.

Percebe-se que os problemas decorrentes da implementação do Siasi são oriundos das características organizacionais da Funasa. Nesse sentido, serão analisadas as transformações da Funasa, até sua conformação nos dias atuais. Mas, antes disso, é pertinente destacar as instituições primárias que a antecederam. A Funasa foi criada pela Lei 8.029, de abril de 1990, mediante a incorporação da Fsesp e da Sucam, “bem assim das atividades de informática do SUS, desenvolvidas pela Dataprev” (BRASIL, 1990, p. 1).

A Sucam foi a legítima herdeira de um dos antigos modelos de organização de ações de saúde pública, denominado Sanitarismo Campanhista. A Fsesp atuava em comunidades carentes, principalmente do Nordeste e da Amazônia, desenvolvendo assistência curativa, ações preventivas e de saneamento básico. Realizava convênios com os municípios,

oferecendo serviços públicos de abastecimento de água, promoção de melhorias sanitárias e fluoretação da água destinada ao consumo humano (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2004).

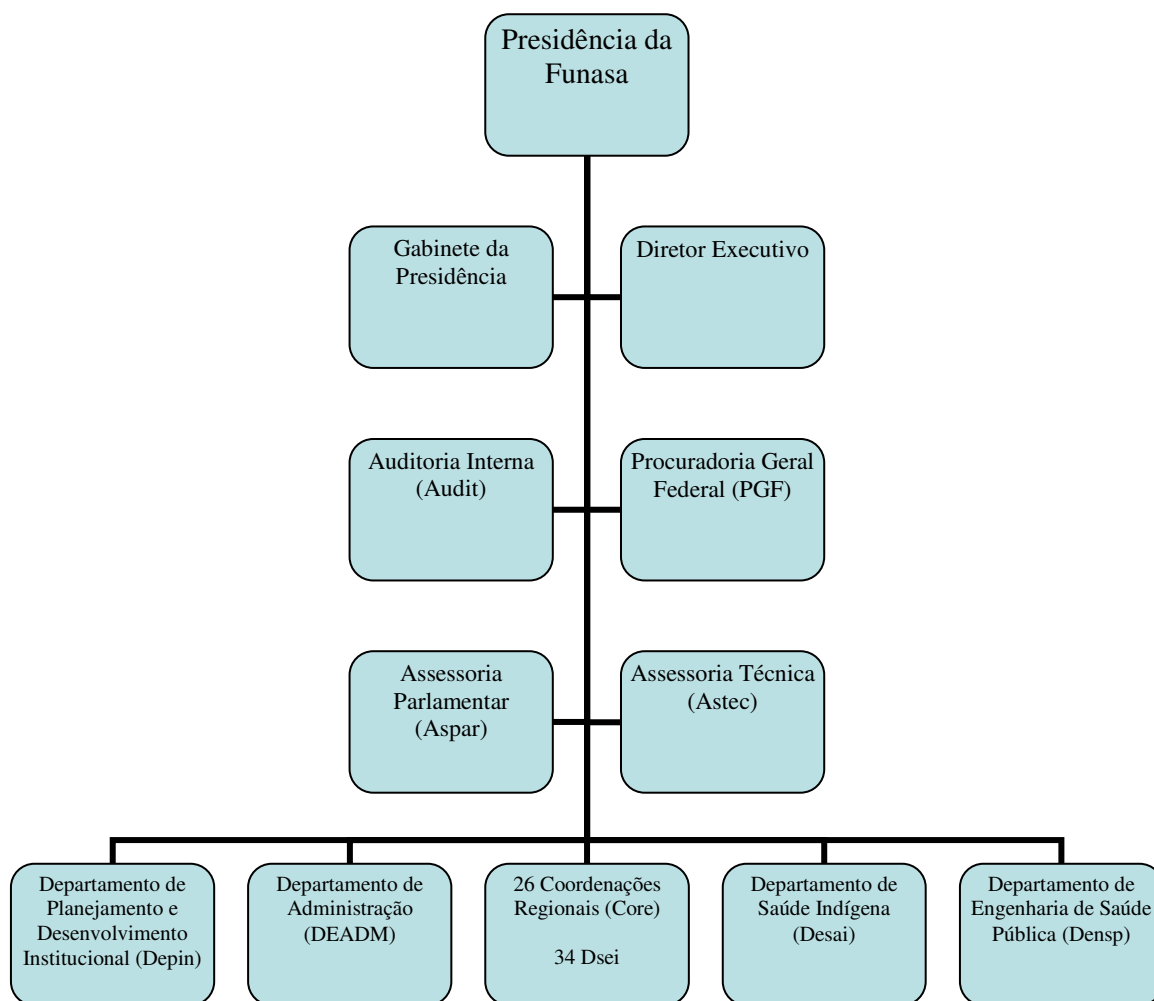
A primeira estrutura organizacional que instituiu a Funasa foi estabelecida pelo Decreto 100, de 16 de abril de 1991. Nesse primeiro momento, a sigla era FNS, sendo definidas as suas áreas de atuação. Percebe-se que o Datasus ocupa a mesma posição de órgãos que desenvolvem atividades meio, e o Cenepi e o Departamento de Operações atividades fins. Este fica responsável pelas atividades desenvolvidas até então pela Fsesp e pela Sucam, sendo responsável por “planejar, coordenar e executar ações e serviços de saúde e saneamento, bem assim desenvolver programas de assistência e cooperação técnica aos estados e municípios” (BRASIL, 1991, p. 4). E o CENEPI fica responsável por

promover e disseminar o uso da metodologia epidemiológica em todos os níveis do SUS para subsidiar a formulação e a implementação de políticas, bem assim a organização dos serviços e ações de saúde. [...] Às Coordenações Regionais compete coordenar, supervisionar e desenvolver as atividades da FNS nas suas respectivas áreas de atuação (BRASIL, 1991, p. 4).

Em 1998 e 2003, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde assumiu as atribuições, respectivamente, do Datasus e do Cenepi, até então pertencentes à Funasa. Percebe-se, assim, ao longo desses anos, que houve um esvaziamento nas atribuições da Funasa, readequando-se em 2003, seu organograma, de modo a atender ao que lhe cabe hoje, a missão de “promover a inclusão social por meio de ações de saneamento ambiental e de ações de atenção à saúde dos povos indígenas, com excelência na gestão e em consonância com o Sistema Único de Saúde” (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2004, p. 7).

A transferência do Cenepi, da Funasa para a SVS, em 2003, gerou um conflito de “governabilidade do Siasi por parte do Desai” na instituição, sendo solicitada, por parte do responsável pelo desenvolvimento do Siasi, uma apresentação junto à presidência da Funasa e seus departamentos com vistas a esclarecer seu gerenciamento e funcionamento do sistema (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2003 p.1).

Por outro lado, dentre todas as atividades voltadas para a população, as únicas que perduraram ao longo de todas as transformações na Funasa foram as ações de saneamento, que se firmaram e consolidaram. A Funasa deixa de exercer as ações da Sucam, permanecendo com as atribuições da Fsesp, isto é, as de saneamento (Densp), somadas às de saúde indígena (Desai), esse último representa uma atribuição nova, sem muita história e com um leque de especificidades não desenvolvidas até então (**Figura 10**).



**Figura 10.** Estrutura organizacional da Funasa a partir de 2003.  
Fonte: Fundação Nacional de Saúde (2004).

Considerando que os sistemas de informação refletem a organização na qual estão inseridos e que a Funasa ainda vivencia um paradoxo cultural, resultado de sua herança e da ambiguidade temporal vivenciada nos dias atuais (TEIXEIRA, 2007), os impasses ocorridos ao longo do processo de formulação, implementação e implantação do Siasi ficam mais bem esclarecidos e contextualizados.

O desligamento das ações de implementação e implantação do Siasi no contexto do SUS, gerando centralização da informação no Dsei e paralelismo com outros sistemas operados no nível municipal reforça a linha de “continuidade institucional entre Sucam, Fsesp e Funasa”, em que as ações de saúde eram executadas no nível federal e a descentralização política da saúde não representava uma diretriz (TEIXEIRA, 2007, p. 14). O paralelismo de atividades foi herdado também desde a Fsesp, em que as ações de saneamento e saúde competiam com os organismos estaduais e municipais (COSTA, 2003).

A fragmentação na proposta inicial do Siasi, resultando em um sistema específico para o saneamento, pode refletir ainda a força do “Departamento de Saneamento”, materializado no Densp. O Siasi e o Sisabi foram desenvolvidos e são gerenciados em departamentos distintos e essa falta de integração e distanciamento podem também estar associadas à forma como as ações da missão institucional vêm sendo desenvolvidas. Os sistemas de informação são apenas reflexos nesse contexto.

O desdém na fase de implementação do Siasi, as dificuldades com os recursos humanos para seu desenvolvimento, a efetiva implantação nos Dsei e a falta de postura gerencial por parte dos gestores da Funasa apontam a incipiente força da recente atribuição relacionada com as questões indígenas, parecendo sobressair as de saneamento. Para confirmar essa hipótese, basta pesquisar o montante de recursos financeiros destinados à saúde indígena em relação àqueles investidos em ações de saneamento (TEIXEIRA, 2007).

Essa posição secundária também pode ser identificada na *homepage* da Funasa:

A Fundação Nacional de Saúde (Funasa), órgão executivo do Ministério da Saúde, é uma das instituições do Governo Federal responsável em promover a inclusão social por meio de ações de saneamento. A Funasa é **também** a instituição responsável pela promoção e proteção à saúde dos povos indígenas (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2007, grifo nosso).

Enquanto que a Funasa é encarada de forma

esquizofrênica dentro da saúde, porque ela não entrou efetivamente no SUS, [...] a inclusão da atenção à saúde indígena entre as responsabilidades da Funasa teria sido central à sua sobrevivência institucional, contribuindo para redimensionar as forças e estratégias políticas no processo de seu desenho institucional em constante reformulação (TEIXEIRA, 2007, p. 16).

Costa (2003; 2009), corroborando os achados do presente estudo, acrescenta que a Funasa é impermeável à sociedade, é extemporânea ao SUS e possui uma cultura avessa à divulgação de informações.

Retomando a caracterização histórica da política de informação em saúde indígena, parece que o “isolamento simbólico, institucional e político” referido por Teixeira (2007, p. 16) na abordagem da saúde indígena pela Funasa foi, pelo menos, um pouco remediado em 2006, a partir de uma série de acontecimentos que serão abordados na seção seguinte.

Em outubro de 2005, é realizada a IV Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI), primeira após a implantação da política, que continua abordando a questão da informação em saúde. No entanto, desta vez, coloca como desafio a ser superado o uso do Siasi como instrumento de real monitoramento das ações de saúde, de modo que este seja capaz de avaliar o alcance e a eficácia das ações implementadas pela Funasa em seus 34 Dseis (BRASIL, 2005).



Com o objetivo de atender as orientações da Pnspi para o campo da informação, foi recomendada uma série de atividades, dentre as quais estabelecer os meios para a efetivação da qualidade dos dados do Siasi; garantir a produção e o fluxo de dados junto às instituições parceiras (Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, ONGs etc.) e a estabilidade de técnicos treinados; e apontar gerentes de informação do Siasi nos Dseis (COLOMA, 2003).

Essas orientações apontam para uma nova fase da política de informação em saúde indígena. Percebe-se uma maior preocupação da Funasa, a partir de 2006, em promover uma melhor qualificação dos dados do Siasi, enquanto que as secretarias do Ministério da Saúde vêm se preocupando em integrar a política de saúde indígena às demais políticas nacionais.

#### **4.2 A atual Política (ou políticas ?) de Informação em Saúde Indígena e as inter-relações do Ministério da Saúde e da Funasa**

Atualmente, a política de informação no contexto da saúde indígena pode ser analisada a partir do olhar sobre o Siasi e o Sisabi, uma vez que são os principais sistemas sob a gerência, respectivamente, do Desai e Densp. Eles desenvolvem atividades finais de atenção à saúde indígena e ações relacionadas ao saneamento. A caracterização histórica até então vem privilegiando o Siasi, por ser o primeiro sistema inicialmente desenvolvido sendo formulados outros sistemas de informação.

Esses sistemas vêm recebendo inúmeras críticas de diversos autores (MARQUES, 2003; BASTA *et al.*; 2004; SOUZA, 2005; SOUZA, CAMARGO; SANTOS, 2006; SOUZA, SCATENA; SANTOS, 2007). Algumas se referem à acessibilidade restrita e à falta de integração com os sistemas de informação do SUS. A falta de disponibilização dos dados do Siasi e do Sisabi, livremente, para todos os usuários do SUS, tem sido justificada, por técnicos da Funasa, pela má qualidade dos dados (informação verbal)<sup>20</sup>.

Pôde-se evidenciar, durante a caracterização das fases de implementação e implantação dos sistemas, que por trás desses argumentos há uma histórica cultura institucional da Funasa, conforme analisado por Costa (2003), de não divulgação dos dados e de incipiente preocupação em produzir informações de qualidade, capazes de orientar o processo decisório.

---

<sup>20</sup> Informação coletada durante visita realizada no Desai/Funasa (sede Brasília) em dezembro de 2008.

Tecendo um paralelo com alguns dos principais sistemas de informação em saúde operacionalizados pelo Datasus, percebe-se que a acessibilidade de seus bancos de informação foi permitida via *internet*, mesmo não sendo avaliados satisfatoriamente em relação à cobertura e qualidade dos dados. O que se percebe é que, com o passar dos anos, a qualidade dos dados dos sistemas foi melhorando, à medida que foram sendo acessados, analisados e criticados pelas comunidades científicas (MELLO JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2007). O exemplo dos principais sistemas nacionais de informação em saúde – SIM e o Sinasc, demonstra que as informações eram disponibilizadas mesmo com falhas na cobertura e na qualidade dos dados. Em relação ao SIM, os dados coletados inicialmente foram analisados e divulgados no primeiro Anuário sobre Mortalidade, mesmo apresentando 65% dos óbitos esperados no país e problemas de preenchimento das variáveis, incluindo o campo da causa do óbito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1977 apud MELLO JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2007).

Este estudo pretende analisar a partir de agora, as mudanças recentes vivenciadas na operacionalização dos sistemas de informação em saúde indígena e em que medida elas se encontram em consonância com a Política de Saúde maior neste setor, isto é, inicialmente a Pnasp e, por conseguinte, sua integralidade junto à atual PNIIS.

Nos últimos anos, percebem-se várias medidas instituídas pelo Ministério da Saúde, envolvendo, além da Funasa, também a SAS e a SVS. Essas medidas foram deflagradas por meio de normas e portarias, com o objetivo principal de reorganizar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e melhor integrá-la ao SUS, o que, parece, repercutiu na sua política de informação em saúde.

Analisando algumas portarias publicadas a partir de 2006 até o início de 2009 (**Quadro 6**), percebe-se a preocupação em reorganizar o modelo de atenção à saúde indígena, garantindo incentivos financeiros específicos no desenvolvimento das ações de atenção básica e especializada, e ainda melhor definir as responsabilidades das instâncias gestoras do SUS, a saber, o âmbito federal, estadual e municipal, na prestação da atenção à saúde desses povos (BRASIL, 2006; 2007a; 2008a; 2008b).

<b>Legislação</b>	<b>Encaminhamentos</b>
Portaria N°. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006	Divulga o Pacto pela Saúde 2006, documento que aprova as diretrizes operacionais do SUS.
Portaria N°. 644/GM, de 27 de março de 2006	Institui o Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde indígena
Portaria N°. 699/GM, de 30 de março de 2006	Regulamenta as diretrizes dos Pactos Pela Vida e de Gestão apresentando, dentre outros documentos, o Termo de Compromisso de Gestão Municipal, Estadual, do Distrito Federal e Federal.
Portaria N°. 648, de 28 de março de 2006	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). → Apresenta o Teto Financeiro da Atenção Básica, composto por uma parte fixa (PAB fixo) destinada a todos os municípios, e a parte variável (PAB variável), destinada a estimular a implantação de estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde, incluindo a Saúde Indígena.
Portaria N°. 204/GM, de 29 de janeiro de 2007	Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle → No capítulo II, seção I, no bloco da atenção básica, define o Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas, Atenção Básica – PAB Variável (IAB-PI) Média e Alta Complexidade (IAE-PI).
Portaria N°. 2.656 MS/GM, de 17 de outubro de 2007	Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas no Ministério da Saúde e regulamentação dos incentivos de Atenção Básica (IAB-PI) e especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI).
Portaria GM/MS N°. 14, de 8 de janeiro de 2008	Dispõe sobre a criação do Grupo de Trabalho Tripartite para o monitoramento da implantação e implementação das disposições previstas na Portaria nº 2.656/GM, de 17 de outubro de 2007.
Portaria GM/MS N° 1.235, de 19 de junho de 2008.	Cria a Comissão de Estudo para elaboração de uma Política de Recursos Humanos para o Subsistema de Saúde Indígena.
Portaria N°. 475, de 1 de setembro de 2008	Inclui na tabela de estabelecimentos do Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – SCNES, o tipo de estabelecimento 72 referente à Unidade de Atenção à Saúde Indígena e seus subtipos.
Projeto de Lei N°. 3.958, (EM Interministerial N°. 228/MP/MS) de 29 de agosto de 2008	Propõe a alteração da Lei N°. 10.683, de 28 de maio de 2003 e a criação da Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde no Ministério da Saúde. Pretende transferir as competências com a gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas da Funasa para esta nova secretaria.
Portaria N°. 1922/GM, de 11 de setembro de 2008	Cria Grupo de Trabalho com o objetivo de discutir e apresentar proposta de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde no que se refere à Gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas.
Portaria N°. 2043, de 26 de setembro de 2008	Designa os representantes do Grupo de Trabalho com o objetivo de discutir e apresentar proposta de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde no que se refere à atenção a saúde dos povos indígenas, visando a incorporação de competências e atribuições procedentes da Fundação Nacional da Saúde nessa área, instituído pela Portaria N°. 1922/GM de 11 de setembro de 2008.
Portaria N° 116 (SVS/MS), de 11 de fevereiro de 2009	Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde.

**Quadro 06.** Medidas legais publicadas entre 2006 e 2008 referentes a reorganização do modelo de atenção à saúde indígena.

Fonte: Adaptado a partir de Brasil (2006a, 2006b, 2006c, 2006d, 2007a, 2007b, 2008a, 2008b, 2008c, 2008d, 2008e, 2008f, 2009).

Outro importante aspecto apontado nessas normas é o cuidado em integrar os Estados e os Municípios enquanto partícipes complementares na execução das ações do subsistema, juntamente com a União, seu executor principal. Essas orientações no contexto da

saúde indígena fazem parte das “novas bases” rumo à consolidação do SUS, iniciada a partir de 2006, com a publicação do Pacto pela Saúde 2006, em fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006, p. 1; BRASIL, 2009).

Frente ao diagnóstico de distintas “especificidades sociais, políticas e administrativas das regiões brasileiras, [...] e fragmentação das políticas e programas de saúde”, foi instituído o Pacto pela Saúde 2006, um novo caminho de estruturação e qualificação da gestão do SUS a partir de uma “rede solidária e regionalizada” (BRASIL, 2006a, p. 1). As principais mudanças na execução do SUS, após a instituição do Pacto pela Saúde 2006, foram:

a substituição do atual processo de habilitação pela adesão **solidária** aos Termos de Compromisso de Gestão; a Regionalização **solidária** e cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização; a **integração** das várias formas de repasse dos recursos federais; e a **unificação** dos vários pactos hoje existentes (BRASIL, 2006a, p. 3, grifo do autor).

Através do Pacto pela Saúde 2006, pretende-se buscar a consolidação do SUS a partir de três componentes, expressos em pactos, a saber, Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS, que apresentam frentes de atuação do SUS. Assim, o Pacto pela Vida é uma proposta que vem contribuir para a unificação das pactuações antes existentes do Ministério da Saúde com os estados e municípios no desenvolvimento das ações de vigilância em saúde (Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde – PPI-VS) e de atenção básica (Pacto da Atenção Básica). O Pacto pela Vida é descrito como um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde no País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais (BRASIL, 2006a).

Os estados, as regiões e os municípios devem pactuar suas ações de modo a priorizar a saúde do idoso, câncer de colo de útero e mama, mortalidade infantil e materna, doenças emergentes e endemias, com ênfase à dengue, à hanseníase, à tuberculose, à malária e à influenza, à promoção da saúde e à atenção básica à saúde (BRASIL, 2006a). Para cada área prioritária existe um conjunto de metas e objetivos específicos, sendo os sistemas de informação nacionais de saúde as fontes de coletas dos dados, durante a construção dos indicadores.

O Pacto em Defesa do SUS busca reforçar o SUS como política de Estado, mais do que política de governo, e defende os princípios dessa política pública inscrita na Constituição Federal de 1988. Dentre as suas ações, destacam-se a mobilização social, por meio da promoção e do desenvolvimento da cidadania e da participação popular; a promoção do diálogo com a sociedade brasileira, indo além dos limites institucionais do SUS, e a garantia de financiamento de acordo com as necessidades do sistema (BRASIL, 2006a).

Por fim, o Pacto de Gestão do SUS valoriza a relação solidária e integrada entre os gestores, destacando as diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização, Regionalização, Financiamento, Planejamento, Programação pactuada e integrada – PPI, Regulação, Participação e Controle social, Gestão do trabalho e da educação (BRASIL, 2006a).

A partir da Portaria N°. 699/GM, de 30 de março de 2006, foram regulamentadas as diretrizes dos Pactos Pela Vida e de Gestão expressas as metas, objetos e responsabilidades sanitárias de cada ente federado a partir do Termo de Compromisso de Gestão Municipal, Estadual, do Distrito Federal e Federal (BRASIL, 2006b). Esse termo deve ser construído a partir de um “processo de negociação e apoio entre os entes federados diretamente envolvidos” (BRASIL, 2006b, p. 11). Nessa portaria, é possível analisar os indicadores de monitoramento e avaliação, destacando sua forma de cálculo, o sistema de informação utilizado como fonte e a meta nacional.

É importante destacar que a publicação dessas duas portarias referentes ao Pacto pela Saúde representa uma nova diretriz orientadora para o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, devendo em especial os Dseis em conjunto com os municípios em cujo território existam populações indígenas, readequar-se ao novo contexto. Insere-se também a política de informação em saúde indígena, pois até então a Funasa vem priorizando, como fonte oficial produtora das informações em saúde indígena, os sistemas desenvolvidos e implantados pela própria instituição, com destaques ao Siasi e Sisabi.

A partir desse momento, várias mudanças são deflagradas, externa e internamente à Funasa. É importante chamar a atenção para o fato de que, nos anos seguintes à implantação do Siasi, principalmente em 2004 e 2005, era difícil vislumbrar algum incentivo e aprimoramento ao sistema, devido ao desinteresse pela informação, por parte dos gestores do Desai (Informação verbal)<sup>21</sup>:

Desde 2004 o Siasi foi paralisado pelas sucessivas gestões da Coordenação de Monitoramento e Avaliação do Departamento de Saúde Indígena (Desai). Nesse período manteve um precário conteúdo de informação baseado em dados remetidos mediante planilhas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei). Em diferentes oportunidades foram comunicados diferentes problemas, especialmente na qualidade dos dados (COLOMA, 2007a).

A partir de 2006, percebem-se novas ações e a preocupação institucional em aprimorar a qualidade dos dados do Siasi. Assim, todas as demandas relacionadas com o campo da informação indígena na Funasa passam a ser uma atribuição da Coordenação de Informática (Coinf) da Funasa, saindo da responsabilidade da Comoa. Em uma publicação

---

<sup>21</sup> Informação coletada durante visita realizada no Desai/Funasa (sede Brasília), em dezembro de 2008.

referente ao andamento do Projeto Vigisus II, em sua segunda fase, iniciada em 2005, o Siasi é apontado como um “Kit de Informática” entre os equipamentos adquiridos através do projeto, dentro do subcomponente I de Fortalecimento Institucional da Funasa (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2006, p. 6). Há, nessas atitudes, o reforço à abordagem técnica e tecnológica da informação e, como consequência, um dos documentos analisados refere o desenvolvimento de ações diferentes daquelas formuladas na fase de concepção do Siasi:

Durante 2006 o desenvolvimento do Siasi local ficou gerenciado pela Coinf da Funasa, sendo mudada a concepção original do Sistema. Com a desarticulação dos módulos do Siasi, foi perdida a integralidade do sistema; o desenvolvimento de novos módulos foi realizado sem ter em conta a informação coletada em outros módulos; nesse desenvolvimento não foi levado em consideração a funcionalidade do Siasi para os operadores do sistema e dos profissionais de atendimento, em certos casos eram coletadas planilhas preenchidas e processadas manualmente para ser copiadas no sistema; o isolamento dos módulos não permitia a obtenção de indicadores passíveis de ser obtidos no cruzamento de variáveis; como consequência desses aspectos, entre outros, a finalidade de ser um sistema de informação orientado para a tomada de decisões em saúde pública, foi orientado para a obtenção de dados na perspectiva passiva de “biblioteca” (COLOMA, 2007a).

A partir de 2007, novos técnicos ingressam na equipe do Comoa/Desai/Funasa e, vivenciando a fase de “recuperação da concepção do Siasi”, são pensadas as seguintes ações em curto prazo, voltadas para a gestão e para a operacionalização do sistema:

[Em relação à gestão do Siasi:] em cada Dsei deve ser nomeado um responsável pela gestão de informação; a coleta e digitação de dados devem ser obrigatórias nos DSEI e nas áreas de cobertura de entidades conveniadas ou nas áreas em que a atenção é executada com recursos financeiros da SAS; a Comoa deve ser capaz de ter uma gestão central do processo de coleta nacional e de produzir os relatórios solicitados pelo Diretor do Desai. [Em relação à operacionalização do Siasi]: deve ser desenvolvido um sistema concentrador de informação nos Dseis; devem ser revisados os indicadores de saúde formulados em 1999; devem ser integrados ao sistema os módulos de vigilância nutricional, odontologia e saneamento, que hoje (por determinação da Coinf) são considerados como “sistemas”; deve ser desenvolvido o módulo de controle pré-natal; deve ser desenvolvido o cadastro de unidades de atenção e infraestrutura; deve ser desenvolvido (para funcionamento WEB) o módulo de recursos humanos (COLOMA, 2007b).

Destaca-se, nesse trecho, a preocupação com a gestão da informação nos Dseis, sem se pensar em uma política informacional condutora no contexto da saúde indígena. São feitas estas colocações porque, desde 2003 já existia a PNIIS e, entre as deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2003, foram destacadas a

elaboração e a implementação de políticas articuladas de informação [...] para as três esferas de governo, garantindo maior visibilidade das diretrizes do SUS, da política de saúde, ações e utilização de recursos, visando ampliar a participação e o controle social e atender as demandas e expectativas sociais (BRASIL, 2004, p. 4).

Ademais, preocupados com a cobertura do Siasi, fica firmada, nessa nova fase de recuperação, a obrigatoriedade no preenchimento dos seus dados, desconsiderando o processo de maior envolvimento da SAS/Ministério da Saúde e dos municípios com as ações de atenção básica para a população indígena. Se, no passado, percebia-se a predisposição dos profissionais de saúde dos municípios e das ONGs conveniadas à Funasa em privilegiar o

preenchimento do Siab em detrimento do Siasi, essa orientação se assemelha a uma tentativa de passar o problema. É pertinente acrescentar que, diferente do contexto político do SUS em 1999 e 2000, em que o Siasi foi concebido e implantado, com a publicação do Pacto pela Saúde, a partir de 2006 o contexto da saúde indígena deve adequar-se às novas diretrizes, sendo também necessários ajustes no campo informacional da saúde. O documento que trata dessa nova fase de recuperação do Siasi não propõe ação alguma em consonância às recentes mudanças iniciadas a partir do Pacto pela Saúde, seguindo paralelamente as transformações do SUS.

No entanto, analisando o Relatório Anual de Atividades de Atenção Integral à Saúde Indígena de 2007, publicado pela Funasa, percebe-se que este descompasso entre a Funasa e o Ministério da Saúde começa a ser remediado:

O processo de revisão de indicadores e metas resultou na incorporação desses na pactuação com o Ministério da Saúde no Pacto pela Saúde e nos diversos programas do governo na esfera central. Esta revisão de indicadores criou subsídios para o desenvolvimento da nova versão do sistema, com a incorporação de mais variáveis que estão relacionadas aos módulos de vigilância nutricional, saúde bucal, tuberculose, DST/AIDS e imunização (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2008, p. 63)

Nota-se, na fase de recuperação do Siasi, que durante o desenvolvimento os módulos serão priorizados, considerando o arcabouço jurídico-institucional do SUS. O ato de revisar os indicadores e as concepções dos módulos de modo a adequá-los aos indicadores descritos no Pacto Pela Vida é um exemplo neste sentido.

A partir do Pacto pela Vida, no sentido de integrar as ações do SUS, os recursos federais para o seu custeio foram organizados e transferidos a partir de cinco blocos de financiamento: atenção básica, atenção de média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS (BRASIL, 2006a). A Portaria N°. 648, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) apresenta o Teto Financeiro da Atenção Básica. Este é composto por uma parte fixa (PAB fixo) destinada a todos os municípios, e uma parte variável (PAB variável), destinada a estimular a implantação de estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde. O PAB variável contempla as estratégias de Saúde da Família (SF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Saúde Bucal (SB), Compensação de Especificidades Regionais, Saúde no Sistema Penitenciário e a Saúde Indígena (SI) (BRASIL, 2006b).

Em 29 de janeiro de 2007, através da Portaria n°. 204, são regulamentados o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na

forma de blocos de financiamento (BRASIL, 2007a). Assim, dentro do PAB Variável é constituído, no capítulo II, seção I, dentre outros recursos destinados às ações estratégicas, o Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas, que é o PAB Variável (IAB-PI) e o Incentivo para a Atenção Especializada de Média e Alta Complexidade aos Povos Indígenas (IAE-PI).

Mesmo com os incentivos voltados para a saúde indígena, destacado na atenção básica, nesse momento de recuperação da concepção inicial do Siasi, a Funasa ainda reforça a alimentação dos seus dados, desconsiderando o Siab, criado em 1998, isto é, antes da implantação do Siasi e das mudanças recentes no arcabouço jurídico-legislativo a partir de 2006:

A nova gestão, iniciada em julho de 2007, decidiu recuperar o sentido original da concepção do sistema, e propiciou a atualização da perspectiva da análise da saúde/doença, no sentido da vigilância ativa que **permita uma tomada de decisões pelos gestores Dsei/Core e Desai** na perspectiva do monitoramento e avaliação da situação da saúde da população indígena. São **objetivos do Sistema de Vigilância** desta forma obter dados válidos e oportunos sobre os problemas em saúde para **serem integrados a bases de dados Distritais e central** (Funasa), monitorar esses eventos em relação à sua magnitude de morbidade e mortalidade e identificar os riscos para intervir sobre eles; identificar as características dos problemas em associação à pesquisa – ação, para a compreensão das associações causais nas diversas culturas indígenas (COLOMA, 2007a).

Parece também colocar em segundo plano os sistemas de informação que devem ser adequadamente alimentados como o Sinan, o SIM e o Sinasc dentre outros, quando não busca traçar paralelos formais de fluxo de informação entre os dados que deverão alimentar o Siasi e aqueles que irão alimentar “também” os sistemas de informação municipais, nacionais e estaduais. São destacados os dados que irão compor os indicadores do Pacto pela Vida, por exemplo, em que esse “também” caracteriza um paralelismo e produção repetitiva de dados, os quais seguem para instâncias distintas do SUS e do Subsistema Indígena, resultando em duplicidade de produção de dados entre os profissionais de saúde da atenção básica.

Outro aspecto que chama a atenção nesse trecho é o reforço em produzir a informação apenas como um componente para a tomada de decisão dos gestores do Dsei, Core e Desai, desconsiderando o controle social e o componente político da informação. A abordagem política da informação a considera como ferramenta útil para o empoderamento social e desenvolvimento da cidadania, aspectos esses firmados no Pacto em Defesa do SUS.

Dessa forma, percebe-se que o Siasi, neste novo momento em que tenta recuperar as ideias iniciais de concepção do sistema, retoma apenas os aspectos técnicos inicialmente pensados. Diferente de sua fase de formulação, em que ressaltava a participação da população e a integração entre os demais sistemas de informação do SUS, a nova fase do Siasi, vivenciada em 2007, não destaca essas duas vertentes.



Em 17 de outubro de 2007, foi publicada a Portaria nº. 2.656, pelo Ministério da Saúde, que dispõe sobre a responsabilidade na prestação da atenção à saúde indígena e regulamenta os incentivos de atenção básica e especializada (IAB-PI e IAE-PI) (BRASIL, 2007b). Essa portaria determina que o

planejamento, a coordenação e a execução das ações de atenção às comunidades indígenas dar-se-ão por intermédio da Funasa, com a efetiva participação do controle social indígena, em estreita articulação com a SAS do Ministério da Saúde, e complementarmente pelas Secretarias Estaduais (SES) e Municipais de Saúde (SMS), em conformidade com as políticas e diretrizes definidas para a atenção à saúde dos povos indígenas” (BRASIL, 2007b, Art. 1º, p. 31).

Essa Portaria define, no Artigo 10, incisos XVI a XVIII, inúmeras atribuições na prestação da atenção indígena, incluindo, assim, algumas responsabilidades também no âmbito da gestão da informação em saúde indígena. À Funasa compete manter atualizado o cadastro nacional da população, por meio da implementação do Siasi, “disponibilizar informações necessárias para o cadastramento e atualização do Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde em conjunto com os gestores responsáveis” e “abastecer, quando for o caso, e garantir que os órgãos governamentais e não-governamentais [...] alimentem os sistemas nacionais de informação do SUS, conforme normas em vigor” (BRASIL, 2007b, p. 32).

Aos estados e municípios compete a alimentação dos sistemas nacionais de informação em saúde do SUS, com os dados relacionados à Atenção à Saúde Indígena. As secretarias estaduais deverão ainda “consolidar, analisar e transferir os arquivos dos sistemas de informação relativos à Atenção à Saúde [indígena] enviados pelos municípios” para o nível central do Ministério da Saúde (Art. 11, inciso IV). Às secretarias municipais compete avaliar e acompanhar, juntamente com os DSEIs e SES, as ações e serviços de saúde. E, por fim, compete à SAS “adequar os sistemas de informação do SUS para a inclusão do registro da atenção à saúde indígena” (BRASIL, 2007b, p. 32).

Percebe-se que, mesmo que o Siasi tenha vários módulos, é destacada, na portaria, a necessidade em organizar e manter atualizados os dados demográficos indígenas. Em momento algum essa portaria faz referência à SVS, apesar de referenciar, no artigo 16, que o monitoramento dos incentivos financeiros será feito por meio da adequada alimentação e envio, para o Ministério da Saúde, de sistemas que se encontram sob a gerência maior deste órgão. Dentre eles, encontram-se o SIM, Sinasc, Sinan e SIS-PNI.

Com a publicação dessa Portaria em 2007, é a primeira vez que normativamente se refere aos sistemas nacionais de informação do SUS dentro do contexto do subsistema de atenção à saúde indígena. E a Portaria ministerial foi deflagrada inicialmente pelo Ministério

da Saúde e discutida com o Comoa da Funasa<sup>22</sup>. No entanto, sua publicação gerou muitas discussões entre as instâncias do controle social indígena e os representantes das comunidades indígenas, uma vez que eles relatavam que a portaria estaria repassando a atribuição da atenção à saúde indígena para os gestores municipais<sup>23</sup>. Também gerou muitas dúvidas, por parte dos gestores municipais e estaduais de saúde, em relação a como proceder nos processos de pactuações dos incentivos de atenção básica e especializada à saúde dos povos indígenas (BRASIL, 2008a).

Essa Portaria, em seu anexo, apresentou a relação da população indígena cadastrada no Siasi e a proposta de distribuição dos valores referentes ao IAB-PI segundo os municípios sede das terras indígenas. Assim, foram excluídos 44 municípios e acrescentados outros 133, que por sua vez não atuavam na saúde indígena até então e cujas lideranças eram rejeitadas politicamente pelas populações indígenas (BRASIL, 2008a). Assim, entre os dias 11 e 12 de agosto de 2008, foi realizada uma oficina do Grupo de Trabalho Tripartite – GTT (criado através da Portaria GM/MS N°. 14, de 8 de janeiro de 2008), com o objetivo de esclarecer as principais dúvidas e questionamentos relativos à Portaria N°. 2.656 MS/GM, de 17 de outubro de 2007 (BRASIL, 2008a).

A publicação dessa Portaria definindo o incentivo da atenção básica foi relevante, pois 50% da força de trabalho contratada para atuar na atenção básica em terras indígenas é constituída por profissionais de saúde dos municípios (BRASIL, 2008a), ou seja, o município estabelece um convênio com a Funasa e executa ações de saúde também nas áreas indígenas. Sabendo que os profissionais de saúde dos municípios associam a produção de dados das ações de atenção básica ao Siab, mesmo que a Portaria n°. 2.656 MS/GM, de 17 de outubro de 2007, no artigo 16, não ressalte a necessidade de alimentação desse sistema, fica esclarecido que a equipe de saúde contratada pelo IAB-PI dos municípios deverá, além de alimentar o Siab, alimentar também o Siasi (BRASIL, 2007b, 2008g). Aos gestores municipais cabe receber capacitações da Funasa, para o adequado uso e alimentação do Siasi (BRASIL, 2008g).

No intuito de “adequar os sistemas de informação do SUS para a inclusão do registro da atenção à saúde indígena” (BRASIL, 2007b, p. 32), a SAS incluiu, através da Portaria n°. 475, de 1 de setembro de 2008, na tabela de estabelecimentos do Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o tipo de estabelecimento 72 referente à

---

<sup>22</sup> Informação coletada durante visita realizada no Desai/Funasa (sede Brasília), em dezembro de 2008.

<sup>23</sup> Informações coletadas em diversos sites relacionados aos movimentos sociais indígenas, em dezembro de 2007.

unidade de atenção à saúde indígena. Essas se referem aos estabelecimentos públicos ou privados que realizem atendimentos de atenção básica e integral à saúde da população indígena, sendo incluídos os seguintes subtipos: unidade de apoio indígena, posto de saúde indígena, Polo-Base tipo I, Polo-Base tipo II e DSEI (BRASIL, 2008c).

Estabelece, essa portaria, na tabela de tipos de equipes do SCNES, as Equipes Multidisciplinares de Atenção à Saúde Indígena (EMSI) e as Equipes Multidisciplinares de Atenção à Saúde Indígena da Amazônia Legal (EMSIAL), e inclui, na tabela de Serviços Especializados, um item específico, relacionado à atenção à saúde da população indígena, que é descrita em “atenção básica à saúde indígena”, “atenção básica à saúde indígena na Amazônia Legal”, “apoio à equipe indígena de saúde”, “apoio à equipe de saúde indígena de saneamento”, “atenção especializada ambulatorial”, “atenção especializada hospitalar”, “atenção em alta complexidade ambulatorial/hospitalar” e “Casa de saúde do índio” (BRASIL, 2008b). Segundo essa portaria, para cada tipo de serviço especializado de saúde são especificadas as categorias profissionais relacionadas à saúde indígena que poderiam executá-lo.

É importante destacar que a publicação da Portaria GM/MS nº 1.235, de 19 de junho de 2008, que define a criação de uma Comissão de Estudo para elaboração de uma Política de Recursos Humanos para o Subsistema de Saúde Indígena, indica a preocupação de elaborar uma proposta de gerenciamento de informações de recursos humanos para a saúde indígena (BRASIL, 2008b).

Se, antes da publicação da Portaria nº. 475, de 1 de setembro de 2008, só se tinha dados relacionados à atenção à saúde indígena a partir da variável raça/cor no SIM, Sinan e Sinasc, a partir desta publicação seria possível, com variáveis específicas relacionadas às ações indígenas, obter, em integração com o SCNES, dados a partir do SIA-SUS e SIH-SUS.

Analisando essas portarias, é possível perceber que, ao contrário do que foi desenhado para a fase de recuperação do Siasí a partir do segundo semestre de 2007, nesta fase houve esforços, por parte do Comoa/Funasa, no sentido de integrar o Siasí e as informações indígenas aos demais sistemas de informação do SUS<sup>24</sup>. Esta preocupação era demandada primordialmente pelo Gabinete e pela SAS do Ministério da Saúde, uma vez que era necessária a regulação da atuação complementar dos municípios e estados, frente ao desenvolvimento das ações indígenas, de modo a compatibilizá-las às novas diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde.

---

<sup>24</sup> Informação coletada a partir do SC1.

Em uma publicação da Funasa, de 16 de outubro de 2008, com o intuito de orientar quanto ao processo de pactuação dos incentivos de atenção básica e especializada à saúde dos povos indígenas e esclarecer as principais dúvidas da Portaria n°. 2.656 MS/GM, de 17 de outubro de 2007, são acrescentados, em relação à adequação do Siasi aos Sistemas de informação do SUS:

A adequação do Siasi aos diversos sistemas de informação do SUS está sendo realizada com o desenvolvimento de nova versão do sistema. Assim como os demais sistemas do SUS, o Siasi trabalhará com códigos únicos para estabelecimentos de saúde e profissionais (CNES) e usuários (cartão SUS), estabelecendo-se variáveis comuns que permitirão o cruzamento de informações. Por sua vez, estão sendo feitas alterações em sistemas como o CNES e o SIM/Sinasc, para permitir a leitura da territorialidade do subsistema indígena, perpassando a divisão político-administrativa nacional e incluindo os territórios dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (BRASIL, 2008g).

A esses novos desafios no campo da política informacional da saúde indígena, vivenciados hoje no contexto político, soma-se o clima de indefinição e incerteza quanto ao futuro institucional da Funasa, repercutindo, por conseguinte no rumo a ser tomado pelo Siasi e demais sistemas de informação indígena<sup>25</sup>. Talvez a causa principal deste contexto atual tenha sido a divulgação do Projeto de Lei n°. 3.958, de 2008 (EM Interministerial N°. 228/MP/MS, de 29 de agosto de 2008), assinado pelos Ministros da Saúde e do Planejamento, que propõe a alteração da Lei N°. 10.683, de 28 de maio de 2003, e a criação da Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde no Ministério da Saúde. Esse Projeto de Lei pretende transferir as competências com a gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas, da Funasa para esta nova secretaria (BRASIL, 2009).

A formulação do Projeto de Lei foi fruto de uma série de dificuldades operacionais da Funasa na execução das ações de saúde indígena, que tem gerado constantes insatisfações em todo país, endereçadas ao Ministério da Saúde e à Presidência da República: “a pouca qualidade e baixa cobertura da assistência prestada aos povos indígenas mantendo os indicadores de saúde consideravelmente baixos em relação aos apresentados pela população nacional não indígena e/ou preconizados internacionalmente”; dificuldades gerenciais dos DSEI, pois não possuem autonomia política, administrativa e financeira; e entre as propostas apontadas nas conferências distritais preparatórias para a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena já se faziam referências à saída da Saúde Indígena da Funasa passando para uma Secretaria do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009, p. 1).

Essa nova proposta pretende vincular os Dsei diretamente ao Ministério da Saúde, permitindo-lhes uma real autonomia político-financeira, uma vez que os recursos financeiros

---

<sup>25</sup> Informação coletada a partir do SC1.

serão descentralizados ao instituir os responsáveis pelos distritos enquanto autoridades sanitárias (BRASIL, 2009).

No intuito de melhor desenhar a nova gestão da saúde indígena nessa fase de transição, através da Portaria n°. 1922/GM, de 11 de setembro de 2008, foi criado um Grupo de Trabalho com o objetivo de discutir e apresentar uma proposta de ações e medidas a serem implantadas pelo Ministério da Saúde, relativas à gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas, visando a incorporação de competências e atribuições da Funasa nessa área (BRASIL, 2008e). Como desencadeamento, a Portaria n°. 2043, de 26 de setembro de 2008, designa os representantes do Grupo de Trabalho (GT) das seguintes instituições: Secretaria de Atenção à Saúde (Gabinete e Departamento de Atenção Básica - DAB/SAS) (I), Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (II), SVS (III), Funasa (Desai e Departamento de Administração – DADM (IV) e Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz (V) (BRASIL, 2008f).

É importante acrescentar que o controle social indígena vem sentindo as falhas da política de informação no contexto da saúde indígena, conforme pode ser evidenciado no trecho extraído da ata da primeira reunião extraordinária do Fórum dos Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi), realizado em 9 de junho de 2007, em Brasília: [o Fórum delibera, diante do problema das falhas dos sistemas de informação,] o desenvolvimento de ações de forma ampliada, sintonizada com o DSEI, o controle social, com a educação em saúde, visando melhorar a qualidade de vida<sup>26</sup>.

Ademais, no Seminário Nacional “Desafios da Saúde Indígena: Gestão e Controle Social”, realizado nos dias 27 e 28 de novembro de 2008, foram apoiadas as iniciativas do Ministério da Saúde referentes à saída da saúde indígena da Funasa, mas é criticada a forma vertical e pouco participativa na elaboração do Projeto de Lei e no Grupo de Trabalho, ambos em Brasília:

[São propostas aprovadas no relatório final da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi) do Conselho Nacional de Saúde:] a. A autonomia do Dsei deve ser encaminhada junto com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena dentro do Grupo de Trabalho do Ministério da Saúde, sendo construída de maneira mais ágil [...]; b. Garantir a construção coletiva da nova proposta para os Dseis pensando em um modelo adequado para cada região e da Secretaria Especial através de um subgrupo de trabalho; c. criação de um grupo de assessoramento dentro da Secretaria Especial Indígena, com a participação de representações indígenas na Secretaria Especial (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2008).

Nas propostas aprovadas nesse seminário nacional, foram destacados alguns aspectos da informação em saúde, como a garantia da disseminação de informativos e de tecnologias da informação nos Condisis e a compatibilização do Siasi com os sistemas de informação

<sup>26</sup> Informação coletada na ata da reunião do Fórum dos Presidentes do Condisi, durante a visita realizada na sede do Desai/Funasa, em dezembro de 2008.

operacionalizados pelo Datasus, de modo a respeitar a “especificidade da informação em saúde indígena” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2008, p. 2).

Com o Pacto pela Saúde de 2006 se configuram diferentes perspectivas em relação ao norte da política informacional indígena. O Ministério da Saúde tem buscado visualizar variáveis nos sistemas de informação nacionais em saúde que contemplem a população indígena, além de definir melhor as responsabilidades de cada ente federado pela atenção à saúde indígena e na gestão da informação nos distritos. Em relação ao Siasi, percebe-se a preocupação do Ministério da Saúde em garantir a atualização dos dados demográficos, e bem recentemente, através da Portaria Nº 116 (SVS/MS), de 11 de fevereiro de 2009, busca definir a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da SVS, destacando e inserindo o Dsei entre as demais instâncias federais, estaduais e municipais (BRASIL, 2009).

Por outro lado, enquanto a Funasa encontra-se nesse clima de indefinição frente aos novos rumos da instituição, o controle social, diante das recentes portarias publicadas, entende que a gestão das ações em saúde indígena serão repassadas para o município.

Uma demanda bastante positiva relativa ao controle social indígena, em comum acordo com as portarias publicadas pelo Ministério da Saúde, é a real necessidade de integração do Siasi aos sistemas nacionais, corroborando as diretrizes da PNIIS. O controle social indígena, na instância da Cisi, mais uma vez revela interesse nas questões relacionadas à informação em saúde, ao destacar, no seu plano de trabalho para os anos de 2008 e 2009, temas relacionados à produção de informação sobre a saúde dos povos indígenas e dos sistemas de informação em saúde. Diante desse cenário político institucional com tantas mudanças, principalmente no campo jurídico-legislativo do SUS, essa comissão ressalta a importância da avaliação da inclusão da saúde indígena nos Pactos da Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2009).

A partir dessa caracterização da política de informação de saúde indígena no contexto do SUS, percebe-se a preocupação do Ministério da Saúde em estabelecer diretrizes concernentes à integralidade e à comunicação entre os sistemas de informação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi) e dos sistemas de informação do SUS. Tais ações parecem apontar que o caminho trilhado pela política informacional em saúde indígena está indo ao encontro da PNIIS.

Se, por um lado, vislumbramos avanços na política de informação em saúde indígena a partir das diretrizes expressas na Pnasp e as decorrentes das recentes mudanças pensadas para o Siasi, em sua fase de recuperação, por outro lado são vislumbrados entraves, a partir da

perspectiva da vigilância em saúde. Um dos impedimentos de caminhar nessa direção é ainda acreditar que a qualidade da informação e o fortalecimento do Siasi serão somente advindos de iniciativas técnicas, conforme pode ser destacado no trecho a seguir: “Com foco na garantia da qualidade de informações, foi iniciado um processo de revisão do banco de dados com a conferência do cadastramento dos indígenas, pelos Dseis” (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2008, p. 62).

A qualidade da informação em saúde indígena perpassa por uma efetiva participação de sua população, bem como de comunidades científicas, do controle social, dos profissionais de saúde e demais setores da sociedade. Para isso, é necessário garantir espaços de discussões políticas, o acesso aos sistemas e disponibilizá-los para uso, pois quanto mais for analisado, mais será aprimorado.

#### **4.3 A Política de Informação da Atenção à Saúde Indígena a partir do contexto distrital, municipal e local: o estudo de caso na etnia Xukuru do Ororubá (Pesqueira-PE.)**

Considerando as inter-relações do Sasi, que se encontra inserido no SUS, a política de informação em saúde no contexto indígena também deverá seguir as diretrizes centrais apontadas na PNIIS. Por ser uma política recente e carente de estudos, pretende-se analisar a integração do Sasi ao SUS, a partir de reflexões acerca da caracterização dos sistemas de informação e seu uso na saúde entre o Dsei-PE., a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Pesqueira (PE.) e no Polo-base. Tendo em vista que o estudo de caso foi realizado nesta etnia, seguem abaixo, sinteticamente, alguns elementos relacionados à história do seu território indígena recentemente demarcado, sua organização sociopolítica, bem como elementos de sua cultura, crenças e valores.

##### *4.3.1 O contexto da informação para a Etnia Xukuru do Ororubá*

A década de 1980 constitui uma fase de grande expressão no processo de organização política do povo Xukuru do Ororubá. Esse período é marcado pela mobilização da etnia, com

vistas à reconquista de suas terras, outrora ocupadas e invadidas por grandes latifundiários (OLIVEIRA, 2006).

Cabe destacar que a identificação e a delimitação da TI Xukuru ocorreu em 1989. No ano de 1992, foi declarada a posse permanente, e em 1995 a terra Xukuru teve sua demarcação física realizada. No entanto, foi apenas em 2001 que ocorreu a publicação do decreto de homologação (NEVES, 2007).

Esse processo foi marcado por intensa violência e perseguição política, em que houve um histórico de mortes e prisões de suas lideranças, fatos que se repetem até hoje, segundo foi observado, mediante observação participante, na TI Xukuru do Ororubá. A reconquista da terra pelos Xukuru se deu pela estratégia das “*retomadas*”. Essa é a forma como os índios chamam a reocupação de partes do território, ou seja, áreas abertas, sedes de fazenda, onde os índios acampavam nas estradas e matas (OLIVEIRA, 2006).

No ano de 1994, durante o processo de ocupação, houve resistência por parte dos fazendeiros, mesmo depois do decreto de homologação. Em 1998, os Xukuru realizaram mais uma mobilização, no sentido de exigir a demarcação de outra parte de suas terras, pois essas estavam sendo invadidas por fazendeiros da região (FELIX, 2007). Nesse período, os Xukuru enfrentaram grandes desafios, incluindo o assassinato, no ano de 1998, do Cacique Francisco de Assis Araújo, denominado pelos Xukuru de “Xicão” (PIANI, 2006). Como um protesto pela sua morte, desde 1999 os Xukuru realizam um ato público no dia 20 de maio. Esse povo associa a data do assassinato do Cacique às conquistas e decisões coletivas contemporâneas. O ritual de 20 de maio é considerado uma “cultura construída pelos Xukuru em que a etnia reflete sobre suas histórias e conquistas” (NEVES, 2007, p. 113).

Assim, anualmente, no mês de maio, as lideranças organizam uma assembleia interna, na qual vários representantes das aldeias, lideranças e o cacique se reúnem, para discutir os principais temas e aspectos da luta e reivindicações da etnia. Apesar do caráter das assembleias ter sido modificado ao longo desses anos, desde sua concepção, em 2001, a morte de índios Xukuru relacionada ao conflito pelas terras ainda se repete (LIMA *et al.*, 2007).

Atualmente, a terra indígena Xukuru está sendo desocupada, com a indenização dos posseiros e a consequente reintegração da área aos índios. Cabe destacar que o povo Xukuru, no ano de 2003, havia retomado e homologado mais de 95% do seu território, em meio a um contexto de conflitos seguidos de mortes, expressão de confrontos e relações de poder. Acerca dessa problemática, Neves (2005) destaca que conflitos cujos “resultados são a cisão podem ser vislumbrados, não como movimentos de desestruturação, mas como elementos de relevância no processo de emergência étnica do grupo” (NEVES, 2005, p. 132).



Além dos inimigos tradicionais dos Xukuru, havia outro elemento que começava a ser identificado pelos indígenas como um instrumento de desmobilização, a saber, a escola. Portanto, a partir dessa evidência, inicia-se um processo de mobilização nas escolas da etnia. Com a organização dos professores, as escolas foram transformadas, sendo agora “escolas formadoras de guerreiros” (FELIX, 2007, p. 65). Em lugar de uma gestão vertical de educação, há uma gestão participativa, que considera a organização social Xukuru, conforme pode ser vislumbrado no trecho que segue:

No nosso modelo de gestão acabamos com [...] esse modelo hierarquizado que vinha prontinho da Secretaria. Reunimos professores, lideranças com assessoria do CCLF [Centro de Cultura Luiz Freire] e hoje nossas escolas estão organizadas de acordo com a nossa organização social. Quem conduz é o Conselho de Educação Xukuru, o Copixo (LEAL, 2008, p. 5)<sup>27</sup>.

A organização social do povo Xukuru considera que a Natureza é a criação, sob o olhar cosmológico, e se sustenta em “Tamain”, que é representada pela manifestação divina feminina; e em “Tupã”, que é a manifestação divina masculina. O espaço de ação da Natureza é a “terra onde se originam as aldeias que constituem o ambiente físico e cultural do povo Xukuru”. As organizações fazem surgir lideranças que interagem com as comunidades, respaldando a prática religiosa do Pajé. Esse dimensiona o sagrado, representado por meio do Toré, do Bacurau, do Rei de Ororubá e da Pedra do Rei de Ororubá; coordena a Pajelança, com a incorporação dos “Encantados”, acompanhada pelo Conselho da Pajelança, que por meio das “forças dos encantos de luz orientam o cacique, que representa politicamente seu povo”. O Cacique, por sua vez, “dinamiza seu trabalho junto aos representantes das aldeias e usa a associação do povo Xukuru visando à luta pela terra” (SILVA, 2002a; 2007; SIQUEIRA, 1994, p.13).

Cabe ressaltar a importância da expressão cultural representada pela dança do Toré, no Nordeste indígena. Essa manifestação constitui uma forma de comunicação com atuação étnica e política, denominada “rede do toré”, que legitimou “as especificidades étnicas dos remanescentes, principalmente frente ao órgão tutor” (PALITOT, 2003, p. 27).

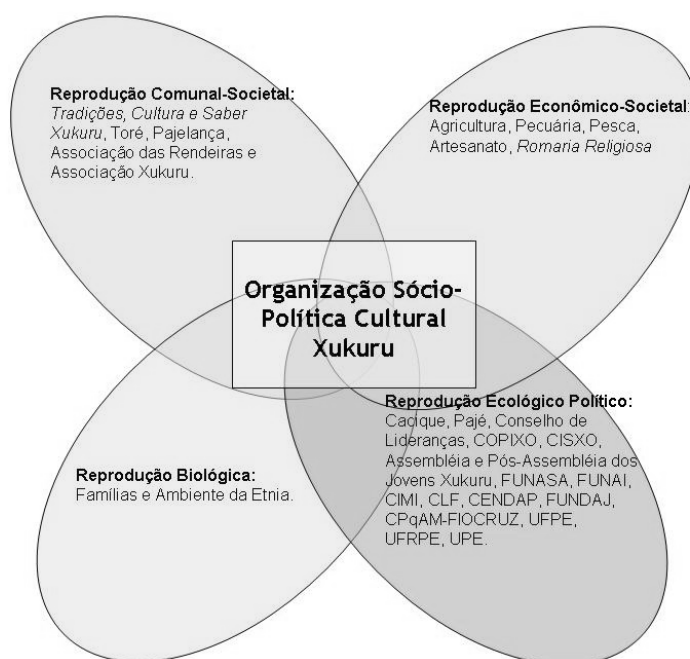
Outro aspecto importante na organização sociopolítica Xukuru é o destaque às instituições parceiras, como o Centro de Cultura Luiz Freire (CCLF), o Conselho Indigenista Missionário (Cimi) e o Centro de Desenvolvimento e Apoio aos Municípios e Comunidades (Cendap), as quais têm apoiado a etnia frente aos processos de luta, de recuperação do território e reivindicações no campo da saúde, educação e pela sobrevivência (GONÇALVES, 2008).

---

<sup>27</sup> Essa fala foi proferida por um indígena Xukuru durante o I Encontro entre Indígenas e Quilombolas em Pernambuco, das etnias Xukuru e Crioulas, entre 1 e 3 de abril de 2008.

Na etnia há um Conselho Local de Saúde Indígena Xukuru (Cisxo), o qual constitui uma instância privilegiada para articulação com os gestores locais e encontra-se em atividade, com reuniões periódicas. Tem caráter consultivo e deve atuar, segundo a Pnspi, na avaliação das ações de saúde na etnia, juntamente com o Conselho Distrital de Saúde (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002; GONÇALVES, 2008).

Gonçalves (2008) construiu, a partir de observações participantes, um modelo de organização sociopolítica e cultural da etnia Xukuru, usando como base o referencial da Reprodução Social proposto por Samaja (2000) (**Figura 11**). Ao compreender esse grupo social, sua estrutura e inter-relações e conhecer a história e as estratégias de ação desenhadas no coletivo, percebe-se a conformação de uma rede social.



**Figura 11.** Diagrama da organização sociopolítica Xukuru, Pesqueira (2008)  
Fonte: Gonçalves (2008).

Segundo Marteleto (2001), “rede” (*network*) refere-se a um sistema de nós e de elos, de apoio, que fisicamente se assemelha a uma árvore ou uma rede. A partir dessa definição, a rede social “passa a representar um conjunto de participantes autônomos, unindo idéias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados” (MARTELETO, 2001, p. 72).

Nessas redes sociais, enquanto ambiente propício de comunicação, as informações circulam nos seus distintos níveis, sendo empregadas enquanto instrumentos de mobilização e de luta por melhores condições de vida (MARTELETO, 2001). A partir da análise do diário de campo, resultante da observação participante, pode-se melhor compreender, nos diferentes

níveis de reprodução social na etnia Xukuru, algumas características da informação que circula nessa rede ou, por sua ausência, é reivindicada pelos atores<sup>28</sup> que a compõem.

Nesta seção, serão analisados inicialmente as temáticas e os conteúdos trabalhados durante a VII Assembleia do Povo Xukuru, realizada entre os dias 17 e 20 de maio de 2007, na Aldeia Capim de Planta, situada na Região Socioambiental da Ribeira. Com a temática “Terra: Reviver a cultura, a partilha e a força dos Encantados”. Nesse evento percebeu-se a importância dada às informações transmitidas pelos idosos (*os Toiopes*<sup>29</sup>) e os adultos acerca da história de organização do povo (**Figura 12**).



**Figura 12.** A contribuição dos idosos na transmissão da informação entre os indígenas Xukuru do Ororubá, durante a VII Assembleia do Povo Xukuru, realizada entre os dias 17 e 20 de maio de 2007.  
Fonte: Observação participante.

Ainda durante essa Assembleia, preocupados com o uso sustentável das terras conquistadas, foi apresentado o “Projeto de Futuro do Povo Xukuru”. Esse projeto apresenta as grandes diretrizes de como os Xukuru pretendem caminhar rumo ao desenvolvimento harmonioso e de conservação do seu território hoje demarcado. Assim, o projeto ressalta que a terra demarcada deve ser utilizada de forma coletiva e sustentável, os Xukuru devem exercitar a “partilha” das riquezas que a terra dá, para que não exista desigualdade social, “as decisões são tomadas de forma coletiva, ouvindo os mais velhos, a comunidade e a

<sup>28</sup> Segundo Marteleto (2001), atores ou elos são as pessoas que se comunicam em uma dada rede social.

<sup>29</sup> Na linguagem Xukuru.

organização social”, e por fim, todos têm igualmente o direito de ter “moradia, saúde, educação e alimentação de qualidade”<sup>30</sup>.

Grupos de discussão	Impedimentos para a realização do Projeto de Futuro do Povo Xukuru	Proposta de superação
Crianças	<p>“Destruição das matas”</p> <p>“Lixo no meio ambiente”</p> <p>“Desrespeito à cultura do Povo”</p> <p>“Estradas e escolas ruins”</p>	<p>“Não destruir as matas, não jogar lixo na natureza, conscientizar as crianças para uma vida saudável”</p> <p>“Melhorar as escolas e as estradas”</p>
Jovens	<p>“Falta assumir mais a sua identidade”</p> <p>“Ausência de espaço de participação de troca e de comunicação (Ex. Rádio)”</p> <p>“Apoio mais preciso da Funasa”</p> <p>“Ausência de formação política e técnica para que possamos ser profissionais a serviço do povo”</p>	<p>Encontros com jovens em assembleias</p> <p>Formação de jovens para ajudar no cultivo da terra, entre outros</p> <p>Acompanhamento aos rituais e reuniões</p> <p>“Esforço para reabrir a rádio”</p>
Mulheres adultas	<p>“Comunidades que não respeitam as decisões da Assembleia”</p> <p>“Gado ocupando espaço da agricultura”</p> <p>“Poluição do meio ambiente”</p> <p>“Índios que querem ter as mesmas práticas de fazendeiros”</p> <p>“Índios são discriminados quando vão para os hospitais”.</p> <p>“Famílias sem condições de trabalhar na terra”</p> <p>“Má distribuição da água entre as aldeias”</p> <p>“Alguns índios com a mesma prática de consumismo dos brancos, buscando status social em detrimento de uma vida simples”</p> <p>“Pouco aprofundamento nos discursos internos sobre as diferenças climáticas e de solo no território, porque implicam políticas internas diferentes para o desenvolvimento”</p> <p>“Pouca confiança na medicina e nas práticas de saúde do povo”.</p>	<p>Respeitar as decisões das assembleias sobre criação e poluição</p> <p>Refletir sobre a reprodução de práticas adotadas pelos fazendeiros</p> <p>Apoiar, fortalecer e confiar no trabalho das lideranças</p> <p>Denunciar casos de discriminação</p> <p>Reviver a cultura da partilha e da solidariedade</p> <p>“Aprofundar discussões internas sobre as diferenças regionais no nosso território”.</p>
Homens adultos	<p>“Pouco conhecimento dos direitos e deveres”</p> <p>“Falta de apoio às lideranças”</p> <p>“Não participação nos rituais e não uso das roupas tradicionais”</p> <p>“O grande aumento do consumo de álcool nas comunidades”</p> <p>“Ausência de políticas públicas adequadas à realidade indígena”</p> <p>Criminalização e perseguições das lideranças</p> <p>“Intervenção de alguns políticos em relação aos projetos que vêm para o povo”</p>	<p>Construção de uma cartilha com os direitos e deveres</p> <p>Fortalecer o controle social interno e externo</p> <p>“Definir grupos para discutir os problemas junto aos governos”</p> <p>Combater o alcoolismo</p> <p>Qualificar mais pessoas para encaminhar projetos agrícolas</p> <p>Participar dos Torés e usar Tacós</p>
Idosos ( <i>os Toiopes*</i> )	<p>“Falta de apoio das comunidades às lideranças”</p> <p>“Falta de reuniões sistemáticas e de informação dentro de algumas aldeias”</p>	<p>Que todos revivam permanentemente os rituais na Pedra D’Água</p> <p>“Reuniões de informação em todas as aldeias com o cacique e as lideranças”</p> <p>Realizar alianças para garantir direitos</p>

**Quadro 7.** Impedimentos para a realização do Projeto de Futuro do Povo Xukuru do Ororubá. VII Assembleia do Povo Xukuru, 17 e 20 de maio de 2007, Aldeia Capim de Planta.

Nota: \* Toiopes significa idosos na linguagem Xukuru.

<sup>30</sup> Informações coletadas a partir da observação participante, em maio de 2007.

Em seguida, foram divididos os grupos de crianças, idosos, jovens, mulheres e homens, de modo a serem levantados entre os participantes os possíveis “impedimentos internos e externos para a realização do “Projeto de Futuro do Povo Xukuru”, apresentando suas propostas de superação. Analisando o **quadro 7** observa-se, em relação à informação, que há falhas na comunicação interna da etnia e que há uma ausência de informações relacionadas ao território. Analisando os problemas e as propostas do grupo de mulheres, percebe-se que, para garantir a igualdade social em todo território Xukuru, é *mister* preliminarmente conhecer as especificidades de cada região, para que, assim, possam ser pensadas “políticas internas de desenvolvimento”. Ademais, pode-se perceber que, segundo os relatos dos participantes da Assembleia Xukuru de 2007, as políticas públicas não estão sendo adequadas à realidade local, há um incipiente conhecimento acerca dos direitos e deveres da população e necessidade de melhor fortalecer as instâncias de controle social da etnia.

A VIII Assembleia ocorreu entre os dias 17 e 20 de maio de 2008, na Aldeia Pedra d’Água, Região da Serra, com o tema: “Dez anos sem Xicão, a perseguição continua”. Comparando esta assembleia com a anterior, percebe-se que o foco principal não mais se concentra nas especificidades locais e culturais. Os Xukuru destacam na assembléia de 2008, o processo de criminalização indígena advindo da Polícia Federal e do Judiciário que atua no âmbito local. Somando forças com diversas outras etnias do Nordeste, que também se fizeram presentes na assembleia, são denunciadas as perseguições às lideranças indígenas e reivindicadas melhores condições de vida. Nota-se aqui um alargamento da visão dos Xukuru que, em conjunto com outros representantes indígenas (*seus parentes*), unem forças em frentes unificadas de ações<sup>31</sup>. Semelhante ao que coloca Marteleto (2001), esse processo que vem acontecendo na etnia Xukuru objetiva unir e inter-relacionar questões locais (comunitárias) e questões mais globais, levando as lideranças dos movimentos sociais a ampliar sua visão em várias direções. Segundo Sherer-Warren (1993, p. 22), “trata-se de passar da análise de organizações sociais específicas, fragmentadas, para a compreensão do movimento real que ocorre na articulação dessas organizações, nas redes de movimentos”.

Durante essa assembleia foi apresentada a estrutura organizacional da Etnia Xukuru, construída a partir da perspectiva dos próprios indígenas. Eles fizeram uma analogia à estrutura de uma árvore, ratificando a idéia de rede social de Marteleto (2001). Conforme pode ser vislumbrada na **figura 13**, a organização desta etnia está firmada na força que vem dos “Encantados de Luz”.

---

<sup>31</sup> Informação coletada a partir da observação participante.

Apesar das denúncias que vêm sendo constantemente deflagradas, com o objetivo de “desmoralizar a população indígena Xukuru”<sup>32</sup>, sua organização interna, demonstrada a partir do Cacique, do Pajé, da Comissão Interna, do Copixo, do Cisxo, da Associação, da Assembleia e do Conselho de Representantes, vem reafirmar sua força que nasce a partir de “Xicão”, e sob a proteção de Tupã e Tamain.



**Figura 13.** Estrutura organizacional da Etnia Xukuru do Ororubá, apresentada durante a VIII Assembleia do Povo Xukuru, realizada entre os dias 17 e 20 de maio de 2007.  
Fonte: Observação participante.

O Cacique, da etnia Xukuru do Ororubá, Marcos Luidson (“Marquinhos Xukuru”) e as demais lideranças parecem buscar força e legitimidade em outras comunidades indígenas no Nordeste, ao mesmo tempo em que a etnia é exemplo e referência de organização social e articulação política para os demais índios dessa região. Avaliando as assembleias dos anos de 2007 e 2008, percebe-se um fortalecimento da rede social, em que os Xukuru não olham somente para si próprios, mas também para outros grupos em circunstância semelhante.

<sup>32</sup> Informação coletada a partir da Observação Participante.

As discussões durante a Assembleia-2008 deram ênfase à criminalização e à violência vivenciadas por indígenas no Nordeste, no Brasil e na América Latina. Foi ressaltada, nas falas, a existência de uma visão criminalizada dos indígenas por parte do governo e da mídia, representando esta a terceira forma de desmobilização política desses povos. No passado, a principal estratégia de desmobilização estava relacionada à comunicação, em que foi imposta a língua portuguesa. Ainda, em tempos posteriores, diante da ausência de informações demográficas indígenas, outra estratégia foi garantir a invisibilidade da etnia, afirmando que não mais existiam índios, ou que seus remanescentes no Nordeste eram caboclos e não-índios. Tais estratégias de desmobilização de fato ocorreram, conforme pode ser verificado nos escritos de Silva (2002; 2007; 2008), ao analisar a história do povo Xukuru e outros indígenas no Nordeste. Em relação à comunicação, muitos indígenas, ao longo dos mais de cinco séculos de colonização, influenciados pela catequese forçada e a dispersão territorial perderam suas línguas originais (INSTITUTO BRASILEIRO DE AMIZADE E SOLIDARIEDADE AOS POVOS, 1991).

Foram ressaltadas as conquistas constitucionais de direito à comunicação e de seu uso enquanto bem público. Ainda foi enfatizado que a fonte oficial do Estado não deve representar necessariamente a realidade local, devendo, desse modo, considerar fonte oficial também “a voz e as fontes do povo”. Além dessa problemática de que o “Estado não detém os dados verdadeiros dos indígenas”<sup>33</sup>, este também não desenvolve ações de educação e saúde seguindo as “verdades indígenas”. Segundo os relatos dos participantes da Assembleia, o fato de suas especificidades socioculturais não serem atendidas constitui também uma maneira de criminalização dos indígenas.

Ainda durante a Assembleia de 2008 foi retratado o “cronograma de assassinatos”, analisado pelas lideranças, que perceberam uma periodicidade nos crimes e atentados cometidos contra os indígenas. Em 1992, morreu o filho do Pajé na Aldeia de Cana Brava; em 1995, foi assassinado o Procurador Federal da Funai, Geraldo Rolim, favorável aos Xukuru; em 1998, o Cacique “Xicão”; em 2001, o indígena “Xico Chelé” e, em 2003, ocorreu um atentado contra o atual Cacique Marcos, que resultou na morte de outros dois indígenas Xukuru. Um indígena de outra etnia do Maranhão, ao se referir a este panorama de mortes, acrescentou: “[...] a mesma doença que existe aqui, existe lá”. Percebe-se então que essa problemática social resulta em impactos na saúde, não somente entre os Xukuru, mas também é verificada em outras etnias no Nordeste.

---

<sup>33</sup> Informação coletada a partir da observação participante.

Essas informações corroboram o estudo de Lima (2007) em que, analisando o SIASI, observou como segunda principal causa de mortalidade as doenças decorrentes de causas externas e a primeira causa entre jovens no DSEI de Pernambuco. Apesar de os dados do sistema não possuírem a fidedignidade necessária (SOUZA, 2005). Lima (2007), em seu estudo, enfrentando o problema da disponibilidade e da qualidade das informações básicas do Siasi, demonstrou ser possível o uso do sistema para apontar problemas de saúde, de modo a subsidiar ações de vigilância e ainda produzir informações gerenciais para a tomada de decisão. Em contrapartida, percebe-se que o DSEI-PE não desenvolve uma vigilância voltada para as causas de morbimortalidade não transmissíveis.

Apesar do perfil de morbimortalidade encontrar-se em mudança rumo à sobreposição das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as ações de saúde desenvolvidas pela Funasa e, por conseguinte, os sistemas de informação parecem continuar privilegiando as DIPs e um padrão arcaico de adoecimento e morte. Parafraseando a fala de um indígena durante a VIII Assembléia, em 2008, há necessidade que os sistemas de informação em saúde indígena “transcendam a instituição e possam visualizar a sociedade indígena”.

Essas análises referentes à etnia Xukuru e suas discussões mais atuais, deflagradas nas últimas assembleias, apontam para aspectos da cultura e da especificidade socioambiental de modo a classificar o que seria um tipo de informação relevante a partir da perspectiva Xukuru. Ademais, essa descrição afirma a rede social como intermediária, em que, conforme acrescenta Marteleto (2001), as decisões do micro-contexto são influenciadas pelo macro-contexto.

Rumo ao macro-contexto municipal, anualmente as assembleias do Povo Xukuru findam com a descida da Serra do Ororubá, desde a Aldeia São José, até a cidade de Pesqueira. Toda a população segue em marcha, em direção ao local onde foi assassinado o Cacique “Xicão” e lá são proferidos diversos discursos por atores-chave.

A partir dessa observação participante, percebe-se que as informações, para ter relevância entre a população indígena Xukuru, precisam considerar as especificidades sociopolíticas e ambientais. Não basta somente que elas sejam coletadas seguindo um fluxo ascendente em direção ao nível central. As informações precisam voltar para a comunidade e ser divulgadas por meio das lideranças, em reuniões, assembleias etc., de modo a gerar empoderamento e transformação social.

Uma maior proximidade com a rede social Xukuru possibilitou evidenciar vários dados da realidade local, além da complexidade de sua organização, em conformidade com o que afirma Marteleto (2001, p. 72):



Os indivíduos, dotados de recursos e capacidades propositivas, organizam suas ações nos próprios espaços políticos em função de socializações e mobilizações suscitadas pelo próprio desenvolvimento das redes. Mesmo nascendo em uma esfera informal de relações sociais, os efeitos das redes podem ser percebidos fora de seu espaço, nas interações com o Estado, a sociedade ou outras instituições representativas.

A partir do conhecimento de que o contexto municipal influencia e é influenciado pela organização social e política da etnia Xukuru e que sua história e especificidades resultam em processos sociais também distintos, seguem-se, no próximo tópico, a apresentação dos serviços de saúde no Dsei-PE e no Polo-base Xukuru e os resultados, em base nas análises das entrevistas com os técnicos da SMS de Pesqueira.

#### *4.3.2 O uso da Informação e inter-relações entre o Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco, a Secretaria Municipal de Saúde de Pesqueira e o Polo-base Xukuru do Ororubá*

A organização dos serviços de atenção à saúde indígena é de responsabilidade dos Dseis, que atuam em um espaço étnico-cultural dinâmico e são responsáveis pelo planejamento, coordenação e execução das ações integrais de saúde em áreas indígenas (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002). Ao Dsei cabe ainda o acompanhamento e a avaliação das ações de saúde desenvolvidas, a partir de indicadores de saúde e de desempenho. Compete-lhe, igualmente, a alimentação dos sistemas de informação da saúde indígena e a consolidação das informações epidemiológicas (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2004).

Nas comunidades indígenas, essa organização se dá a partir dos Polos-Base, instância administrativa responsável pelas ações de atenção básica realizadas pelo: EMSI, compostas por médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas e auxiliares de enfermagem, que atuam em postos de saúde; pelos AISs, que atuam diretamente com a população, representando um elo de comunicação entre o sistema de cura tradicional dessa população e o sistema biomédico de assistência à saúde; e pelos Aisans (BRASIL, 2004).

O polo-base, subordinado ao Dsei, localiza-se na área indígena demarcada ou pode funcionar em uma unidade básica de saúde, já existente no município de referência da etnia. As demandas não atendidas na atenção básica poderão ser transferidas para a rede de serviços

do SUS, tanto na esfera municipal quanto na estadual ou federal, de acordo com a realidade de cada Dsei (BRASIL, 2004).

Alguns Dseis estão subordinados a uma Core; algumas são responsáveis por mais de um Distrito, localizado, na mesma unidade federativa. O Dsei-PE enquadra-se nessa primeira opção e possui 27 postos de saúde distribuídos nos 10 polos-base. Esses funcionam como referências administrativas locais para os povos indígenas, que em Pernambuco totalizam 10 etnias (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2005; 2008).

A etnia Xukuru possui dois Polos-base: o Polo-base Xukuru do Ororubá e o Polo-base Xukuru “de Cimbres”, para os índios que residem na área urbana de Pesqueira<sup>34</sup>. O Polo-base Xukuru do Ororubá, com sede na aldeia de São José, atende aos índios que moram na terra indígena demarcada. Como na área demarcada Xukuru as aldeias são organizadas segundo as RSAs, existem três Equipes Multidisciplinares Indígenas de Saúde, sendo uma para cada RSA (Informação verbal)<sup>35</sup>. Conta ainda com cinco Postos de Saúde, localizados nas aldeias de São José, Cimbres, Cana Brava, Pé de Serra de Nogueira e Guarda, assim como, 23 Aisans e 28 AISs (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2008).

O Polo-base Xukuru de Cimbres, situado no perímetro urbano do município de Pesqueira, atende aos indígenas expulsos da aldeia de Cimbres (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2005). Essa divisão foi resultante de conflito interno no ano de 2003, em que as famílias, minoria dos indígenas contrários à liderança do Cacique Marcos, foram expulsas de suas casas pelos próprios índios e lideranças da área demarcada (OLIVEIRA, 2006). Atualmente esses índios residem nos bairros Pradofica, Xucuru, Caixa D'Água, Pedra Redonda, Vila Anápolis, Santo Antonio, Matadouro, Carimbó, Central, Pitanga, Pitanguinha, Baixa Grande, Baixa de São Sebastião. Contam com uma EMSI, cinco AIS e nenhum Aisan (Informação verbal)<sup>36</sup>.

Dois técnicos são responsáveis pela digitação dos dados no Siasi local, situado no Polo-base. A partir da organização desse modelo de atenção, os usos da informação em saúde e dos sistemas de informação adquirem certas características, que por sua vez interagem novamente dentro do modelo, resultando em um sistema contínuo e recíproco. Essa descrição parte do entendimento ecológico da informação, segundo proposto por Davenport (2002). Analisando as entrevistas realizadas na SMS de Pesqueira foi possível perceber as

---

<sup>34</sup> Xukuru de Cimbres é resultado da expulsão de famílias Xukuru, após o atentado contra o Cacique Marcos. A expressão “de Cimbres” não é aceita pelo grupo majoritário que habita as aldeias na Serra do Ororubá e tampouco foi reconhecida pelo Ministério Público Federal. De acordo com a perícia antropológica, o povo Xukuru é um só, subdividido em dois grupos.

<sup>35</sup> Entrevista (TPOL1).

<sup>36</sup> Entrevista (TPOL2).

dificuldades iniciais de integração da Secretaria Municipal com a população indígena Xukuru, agravada durante o conflito interno em 2003, gerando um afastamento:

[..] começou com fazendeiros, depois teve a questão entre eles mesmos e a gestão terminou sendo envolvida no meio e por isso ficou difícil a gente fazer a questão de saúde dos povos indígenas. [...] Teve período em que fomos proibidos de entrar, na questão de vacinação, na questão de visitação, a gente tinha até um posto de saúde lá na Vila de Cimbres, esse posto foi fechado. [...] Certo dia desses de conflito, na volta [em um carro da Secretaria] ia um médico e um motorista e eles foram agredidos inclusive, nesse dia de conflito entre índios e índios, os índios de São José contra os índios da Vila de Cimbres. Eles passaram no momento do conflito e o carro foi quebrado e tudo, a partir daí a gente ficou um período bem afastado do pessoal da área indígena (Informação verbal)<sup>37</sup>.

No entanto, esse estranhamento foi paulatinamente remediado, por iniciativa da própria Secretaria junto à Funasa. O motivo partiu da necessidade de manter a unidade local, pois os indígenas fazem parte de um segmento populacional juntamente com outros municípios, todos inseridos no SUS:

A gente é um município único, não pode estar separado, não é? Não somos duas populações, não somos dois municípios, somos um município só. [...] Começamos a trabalhar essa situação com o pessoal da Funasa, que foi uma peça muito importante nessa relação, e daí por diante começamos a ter uma relação boa, e hoje a gente mantém uma relação boa. Temos um pé atrás, lógico, com medo de outras coisas. [...] Eles têm os direitos deles, tem pessoas que sabem o direito e sabem reivindicá-lo de forma passiva, mas tem um ou outro que penetram nessas negociações e termina tendo esses *agitos* e pode complicar futuramente essa relação reconstruída [...] (Informação verbal)<sup>38</sup>.

Como desfecho dessa integração e considerando que os indígenas Xukuru totalizam mais de 10.000 habitantes do universo de 61.337 municípios em Pesqueira (IBGE, 2009), a SMS buscou coletar informações das ações de atenção básica desenvolvidas em saúde indígena. Para isso, foi implantado, a partir de 2007, o Siab nas quatro EMSIs, conforme pode ser evidenciado na fala que segue:

Hoje a gente tem as informações indígenas implantadas no nosso sistema do Siab, que antigamente nós não tínhamos, isto desde 2007. [...] Conversei com a Funasa, conversei com a equipe indígena, e eles agora estão mandando para a Secretaria todas as informações de lá, eles mandam para a Secretaria e nós colocamos as informações no Siab. [Preenchem] um monte de papéis e mandam para a gente aqui. Ainda tem algumas dificuldades porque a área é grande e são muitos agentes [AIS] e termina complicando um pouco. A área é grande, a equipe às vezes está naquele sítio e só vai voltar naquele sítio novamente daqui a 15 dias, então dificulta um pouco, mas o importante é que as relações mudaram e que todos vejam o município como um todo (informação verbal)<sup>39</sup>.

Ao mesmo tempo em que há uma preocupação por parte da SMS em produzir “informação” em saúde indígena, o conceito desse termo é restrito, vinculado a dados, como se instantaneamente, após a coleta e digitação dos dados no sistema de informação, surgisse o diagnóstico da população indígena.

<sup>37</sup> Entrevista (TSEC1).

<sup>38</sup> Entrevista (TSEC1).

<sup>39</sup> Entrevista (TSEC1).

Quando se questionou sobre as dificuldades para implantar o Siab e proceder à coleta sistemática dos dados na área indígena, a técnica respondeu:

No início foi complicado porque é uma série de documentação que você tem de preencher e não é acostumado, e ainda tem umas dificuldades, mas, melhorou. Mas não se indispuseram não, não se indispuseram de jeito nenhum, porque a equipe dos profissionais de lá tem uma boa relação com a Secretaria de Saúde. Então, hoje, quando tem uma capacitação aqui na Secretaria ou qualquer coisa que vem do Estado, a gente sempre convida eles para participarem juntos, o pessoal da equipe de saúde da família daqui, isso melhorou a relação (Informação verbal)<sup>40</sup>.

A construção de um relacionamento harmonioso e integrado entre a Secretaria de Saúde de Pesqueira, o Dsei-PE e a população indígena Xukuru era necessária, uma vez que muitas famílias faziam parte de programas do Governo Federal, como o Programa Bolsa-Família, que são monitorados pela Secretaria Municipal, conforme pode ser percebido na frase que segue:

A maioria, do Bolsa-Família daqui, pertence à população da área indígena. [...] Nós temos o quê? Sete mil? Quase oito mil famílias cadastradas que pertencem ao controle da Secretaria de Saúde, e na maioria as famílias estão na área indígena, em termos de percentual, e assim, falta informação (Informação verbal)<sup>41</sup>.

Ainda em relação ao processo para a coleta dos dados na área indígena de modo a alimentar o Siab, as falas deixam transparecer a pouca preocupação, por parte da gestão, em relação aos “inúmeros papéis a serem preenchidos”, tornando difícil o processo de trabalho na atenção básica. Nesse sentido, para a SMS, os profissionais de saúde que atuam no território indígena são meros coletores de dados. Ademais, a preocupação em alimentar o Siab nas áreas indígenas parece ser motivada, dentre outros aspectos, por questões financeiras<sup>42</sup>. Seguem as falas evidenciando tais aspectos:

O problema é que a gente sabe que as equipes indígenas, assim como as equipes de saúde da família do município têm muitos programas que eles têm que acompanhar, porque o PSF hoje é uma Secretaria, porque todos os programas de uma Secretaria estão no PSF, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso. Então, essas coisas têm que ser buscadas lá, porque senão as pessoas se esquecem de mandar de volta, a dificuldade está nisso. A gente vai fazer uma organização para que alguém vá lá buscar essas informações, para ficar exclusivamente com esse programa, para que a gente alimente bem, porque é recurso que vem para o município, não é? Para melhorar tanto aqui como lá, o município como um todo (Informação verbal)<sup>43</sup>.

Segundo esse relato, a entrevistada compara a Equipe de Saúde da Família (ESF) e o Polo-base a uma mini secretaria de saúde, com vários programas em funcionamento. Esse espaço parece ser a fonte coletora de dados para os vários sistemas de informação, de modo a atender os diferentes programas de saúde. Os dados são somente coletados pelas Emsis, sem pensar na retroalimentação da informação para seus produtores. Enfocam a ascendência na

<sup>40</sup> Entrevista (TSEC1).

<sup>41</sup> Entrevista (TSEC1).

<sup>42</sup> No entanto, em conversa com o Secretário de Saúde de Pesqueira, percebeu-se também uma preocupação em querer conhecer a situação de saúde dos indígenas e não indígenas de Pesqueira.

<sup>43</sup> Entrevista (TSEC1).

produção da informação, como se fosse um instrumento útil somente para os gestores no nível central.

Apesar de o município buscar essa incorporação das equipes multidisciplinares indígenas às demais ESF do município, os profissionais das EMSIs não querem ser reconhecidos dessa forma, preferindo as distinções entre o que seja uma EMSI da Funasa e uma ESF de uma SMS, conforme fica evidente na fala que se segue:

Nós temos no município 08 equipes, mais 04 equipes indígenas, ou seja, 12 equipes; Só que, a partir do momento em que a gente começou a alimentar o Siab, é que estamos considerando a equipe multidisciplinar indígena como percentual do município, de cobertura do município, porque antes, até 2006, eles não consideravam. Pesqueira tinha só uma cobertura de 40%, por causa do total de equipes, o ideal é ter 17 equipes para ter 100% de cobertura. Hoje temos uma cobertura de cerca de 70%, mais ou menos isso, por causa da área indígena. Então, até 2006 nós tínhamos uma cobertura de 40,6 %, mais ou menos isso, porque só se considerava as ESF. [...] o pessoal da área indígena eles não querem ser considerados PSF e sim uma equipe multidisciplinar indígena, eles não querem colocar como PSF (Informação verbal)<sup>44</sup>.

Esse conflito parece interferir ainda nas etapas de produção de informação dos sistemas operacionalizados no território indígena, como o Siab, SIA, Sinasc, SIM e outros dados que precisam ser encaminhados para a SMS de Pesqueira. Os dados priorizados pelos profissionais que compõem as EMSIs são aqueles que seguem para a Funasa, conforme as falas comprovam:

[...] porque eles já têm o papel da Funasa, aí vem o meu também, e é aquela reclamação. Então eu tenho para mim assim, que eles têm mais cuidado com a Funasa em termo de dados, porque eles acham assim, eu nem sei dizer direito, mas eles têm uma conversa assim, que o dinheiro é independente. Na cabeça deles, funciona assim, porque quando vem o dinheiro, a verba vem, o da área indígena é destinado diretamente à área indígena, então aquele dinheiro é do pessoal indígena, entendessemos como é? Então eles acham que não tem obrigação de dar satisfação à gente, mas sim, à Funasa, porque vem fundo a fundo, mas vem indicando que é para a área indígena, aí para eles, eles acham assim, isso aqui não é interessante (Informação verbal)<sup>45</sup>.

Percebe-se que há insatisfação em preencher dados semelhantes para sistemas distintos. A preferência está fundada, segundo os entrevistados, no fato da Funasa ser a responsável pela seleção e pelo pagamento dos profissionais. A SMS somente receberia o recurso fundo a fundo, do nível federal, e pagaria aos profissionais das EMSIs. Segue outras falas evidenciando tais colocações:

[...] Não sei, eu acho que é a questão financeira, porque o financiamento deles vem diretamente da Funasa, é um recurso que vem para o profissional, diferente do PSF que vem só como incentivo, no PSF é só um incentivo... e na área indígena eles não vêm como incentivo, eles vêm como salário profissional, é um salário para a enfermeira, para o médico, para o odontólogo e para o agente, então, vem salário mesmo (Informação verbal)<sup>46</sup>.

<sup>44</sup> Entrevista (TSEC1).

<sup>45</sup> Entrevista (TSEC2).

<sup>46</sup> Entrevista (TSEC1).

[...] quem seleciona é a Funasa, [...] é complicado, você contrata, mas é o outro que faz a seleção. [...] Quem paga somos nós, e qualquer problema fiscal que existir o município, a prefeitura é quem vai se comprometer (Informação verbal)<sup>47</sup>.

Apesar de atualmente as atribuições entre as instâncias federais, distritais, estaduais e municipais estarem bem delimitadas, a realidade no contexto da organização da saúde em Pesqueira-PE é contraditória. As responsabilidades institucionais e os papéis desempenhados pelo Dsei e pela Secretaria Municipal são confusos. Esta indefinição fica clara ao se perguntar a um dos entrevistados quem é o responsável pelas ações de saúde indígena:

São os dois, não é? (risos), na hora das obrigações a Secretaria faz tudo, a Secretaria diz tudo, mas, na hora de coordenar mesmo a Funasa é quem coordena lá os trabalhos, o calendário, tudo... É a Funasa quem faz, eles têm uma coordenação separada, uma pessoa aqui do município que coordena (Informação verbal)<sup>48</sup>.

Os indicadores de mortalidade, de nascimento, o que acontecer lá, os agravos que acontecerem lá, a Secretaria é chamada, mas falta essa gerência ainda, essa interação maior. [...] Então, essa questão de coordenação é meio complicada para a Secretaria, a gente tem dificuldade porque não ficamos sabendo ao certo o que está acontecendo [...] (Informação verbal)<sup>49</sup>.

Segundo estas falas, as responsabilidades pelos indicadores de saúde indígena e, por conseguinte, por alguns sistemas de informações de saúde do SUS, são da SMS. No entanto, com a publicação das Portarias número 2.656 GM/MS, de 17 de outubro de 2007, e número 116 SVS/MS, de 11 de fevereiro de 2009, que melhor definiram as atribuições relacionadas com os sistemas de informação, normativamente, atualmente a responsabilidade pelos indicadores é compartilhada entre as instâncias municipais e distritais (BRASIL, 2007b; 2009).

Se, no passado, ao descentralizar as ações de saúde indígena havia uma preocupação com as interações no nível municipal, o contexto de Pesqueira demonstra avanços quanto à descentralização diferenciada. No entanto, ainda são vislumbradas dificuldades de modo a atender a integralidade. Percebe-se, a exemplo da iniciativa de implantação do Siab, uma falta de definição de papéis, bem como fragmentação e duplicidade de ações. Através das entrevistas, foi possível identificar algumas, como a política de medicamentos e as campanhas de vacinação:

A Funasa fornece medicação, mas como o pessoal da área indígena é SUS também, a gente considera, temos uma farmácia central que eles também estão abertos a pegarem. Não tem essa de dizer, “o pessoal da área indígena eu não atendo”, atende... entendeu? Então, a farmácia central atende, como atende a qualquer pessoa do município. Agora eles têm também uma medicação que vem direta da Funasa (Informação verbal)<sup>50</sup>.

Eles [a Funasa] têm as datas diferentes de campanhas, e os tipos de vacinas são diferentes também, porque têm umas doenças que são mais propensas na área

<sup>47</sup> Entrevista (TSEC1).

<sup>48</sup> Entrevista (TSEC1).

<sup>49</sup> Entrevista (TSEC1).

<sup>50</sup> Entrevista (TSEC1).

indígena, eles têm lá a febre amarela, a caxumba, têm outros tipos de doenças. [...] Agora assim, as vacinas de rotina vêm todas para a central, a gente tem uma central de vacina do município, a vacina deles vem para cá e daqui vai para um setor na policlínica, que é uma central que está lá para eles ficarem coordenando a parte deles, e aí no período de campanha eles têm a campanha deles, o calendário deles que é diferente do nacional (Informação verbal)<sup>51</sup>.

Essa fragmentação da atenção parece ser reforçada pela Funasa, pois é ela a responsável pela gestão e execução das ações em saúde indígena, demonstrando o desrespeito à diretriz do comando único do SUS. O que as falas evidenciam é um comando duplo entre a Funasa e a Secretaria Municipal. Frente à desintegração de ações constatada, percebe-se que a postura do município caminha para atender a complementaridade das ações no campo da atenção e de unificar o espaço de gestão do SUS. Segue uma fala que ressalta esse aspecto:

[...] assim, quando está com dificuldade na área [indígena] eles mandam para cá e como nós somos tudo, não é? É um sistema único, não temos essa discriminação (Informação verbal)<sup>52</sup>.

No campo da informação em saúde, além do Siab, que concorre com o Siasi, evidenciou-se que os Boletins Diários de Atendimentos (BDA) que alimentam o SIA-SUS, seguem em paralelo com as fichas de produção semelhantes que são encaminhadas para o Dsei-PE:

[...] em termos de informações que a área indígena manda para a gente, nunca bate igual com a Funasa, pelo que elas às vezes me contam, devido às datas, é o que elas alegam, que assim não coincidem as datas e o modelo é totalmente distante do meu, os documentos elas que organizam (Informação verbal)<sup>53</sup>.

São enviadas ainda semanalmente, para a Secretaria de Saúde de Pernambuco, as fichas referentes à Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA). Percebe-se na fala que a preocupação da Secretaria é de apenas digitar e repassar para a Secretaria Estadual, para quem essa informação parece ter relevância: “[Em relação ao MDDA], nós só fazemos a digitação, mas dizer que tem alguém que monitora mesmo, para ver se está tendo surto, na realidade não” (Informação verbal)<sup>54</sup>. Prover informação para garantir o monitoramento dos surtos diarreicos no território indígena é sinônimo de empilhamento de dados. Ademais, informações semelhantes são solicitadas também pelo Dsei-PE, e enviadas, através de planilhas eletrônicas, para a sede no Recife.

Além de encaminhar os dados de nascimento, mortalidade e doenças de notificação compulsória (DNC) para o Siasi, são enviados também para o SIM, Sinasc e Sinan, gerenciados pela SMS de Pesqueira. O que se percebe, durante as conversas e visitas, é que há indefinição e paralelismo nos fluxos, em relação às DOs e DNVs indígenas (Informação

---

<sup>51</sup> Entrevista (TSEC1).

<sup>52</sup> Entrevista (TSEC1).

<sup>53</sup> Entrevista (TSEC2).

<sup>54</sup> Entrevista (TSEC3).

verbal)<sup>55</sup>. Com a publicação da Portaria número 116 SVS/MS, de 11 de fevereiro de 2009, esse problema poderá ser solucionado, uma vez que ela delimita os fluxos das DO e DNV entre as instâncias gestoras do SUS, os Dseis.

Mesmo com esta iniciativa da SMS de Pesqueira em implantar o Siab e de produzir inúmeros dados destinados a diferentes sistemas de informação (SIM, Sinasc, Siasi), os entrevistados revelam desinformação em relação ao exato quantitativo populacional indígena. Se, para o Dsei, essa informação não representa um problema e pode ser acessada no Siasi, percebe-se na fala a seguir que, para a SMS, há esta indefinição:

[No que diz respeito ao relacionamento com a Funasa] ainda estamos no início, vamos ter que caminhar muito para poder chegar a andar paralelo. Existe essa falta ainda de informação que a gente não casa com o sistema da gente para saber se está caminhando tudo junto, para ver se a Secretaria não está dando uma informação e eles estão dando outra. Ainda não tem esse procedimento, porque a gente pode estar dando uma informação daqui e eles dando outra informação de lá, e daqui a pouco o ministério vai estar cheio de informações desencontradas, que não é bom para o município. Como é uma coisa que está caminhando ainda, eu espero que daqui a uns anos, a gente esteja assim numa relação muito boa, e é o que convém, porque o município tem que ter unidade, não pode estar nessa divisão, ora diz que é oito, ora diz que é onze, e eu não sei exatamente quantos índios têm, mas se for onze mil nós estamos com um percentual grande da população. [...] Então, é uma boa parte da população sem estar unificada, não é? [...] (Informação verbal)<sup>56</sup>.

Se, nacionalmente, o contingente populacional oscila entre 480.000 e 700.000 indígenas, a depender da fonte de informação (BRASIL, 2005a), essa divergência também foi identificada em Pesqueira. Essa característica é típica do anarquismo informacional, resultado de uma fragmentação no campo da informação em saúde no SUS. A fala acima destaca a necessidade de comparar o que vem sendo produzido pela SMS e pela Funasa, para que não sejam diferentes. No entanto, a raiz do problema encontra-se na ausência de diretrizes norteadoras da política informacional, de modo a evitar, por exemplo, que os mesmos dados locais sejam registrados e sigam por sistemas diferentes, resultando na produção de informações também distintas.

Em relação à produção de informações em saúde indígena no nível municipal, o censo do IBGE, o SIM e o Sinasc poderiam estar orientando quanto à dinâmica populacional e subsidiando o processo de decisão política. Inclusive, a partir de 2000, com a melhora no preenchimento da variável raça/cor, é possível investigar diferenças étnicas quanto ao risco de mortalidade (BRASIL, 2005b).

Os técnicos e gestores da SMS de Pesqueira, mesmo queixando-se da insuficiência de informações indígenas, não se preocupam com o preenchimento da variável raça/cor. A justificativa é que esta é uma variável “não prioritária”, isto é, que o sistema de informação

<sup>55</sup> Entrevista (TSEC3, TSEC4).

<sup>56</sup> Entrevista (TSEC1).



não classifica como de digitação obrigatória. Assim, os técnicos da SMS entendem que não precisa ser preenchida. Na fala a seguir, evidencia-se este fato:

O SIM tem alguns dados que ele não acolhe, ou seja, [para] ele não é uma prioridade. [...] ele salta, ou seja, o [secretaria de saúde do] Estado não quer que aquela seja uma prioridade na informação, aí eu pego e passo adiante e a ficha é digitada, quando tem algum problema, alguma falta de informação que realmente é necessária, aí essa ficha retorna para a unidade, para ser completada. Eles [os profissionais de saúde] têm que preencher as prioridades, que são as variáveis obrigatórias que o sistema aceita, esses campos que eles deixam passar, no caso, que não é obrigatório, aí não têm necessidade de a ficha voltar (Informação verbal)<sup>57</sup>.

Apesar da Portaria número 2.656 GM/MS, de 17 de outubro de 2007, definir a obrigatoriedade no preenchimento dos sistemas que contenham aspectos da saúde indígena, em nível local essas variáveis não são relevantes para análises no nível municipal. Outro achado que reforça essa evidência é que, analisando o Relatório de Gestão de 2007 da SMS de Pesqueira, no tópico referente à caracterização da situação de saúde da população, verifica-se que não foi abordado nenhum aspecto epidemiológico da saúde indígena, se restringindo apenas às produções ambulatoriais pelos profissionais da atenção básica (PREFEITURA MUNICIPAL DE PESQUEIRA, 2007).

Outro aspecto que chama a atenção é a interatividade entre os sujeitos envolvidos no processo de produção da informação. Apesar dos avanços no relacionamento entre a SMS de Pesqueira e a população indígena Xukuru, ainda existem entraves, como pode ser evidenciado na fala que se segue:

É um fato comprovado que na relação entre a Secretaria de Saúde e o pessoal da Aldeia existem alguns entraves; Porém, eu conheço bem o pessoal, inclusive o cacique que é Marquinhos eu conheço, e conheci o pai dele, o Xicão, a gente tinha um bom relacionamento e aí por conta disso, para mim particularmente, é fácil (Informação verbal)<sup>58</sup>.

O enfrentamento desse problema perpassa, além de uma dimensão macro, pela iniciativa política pessoal dos atores sociais envolvidos. Ainda relacionado a essa interatividade, o entrevistado afirma que ela é restritiva, por parte de algumas lideranças, apesar do cacique muitas vezes demonstrar uma opinião diferente, conforme pode ser visto abaixo:

Porém, é difícil manter um relacionamento de informações sistemático, porque alguns temem o cacique, porque eles acham que o cacique é uma pessoa que dificulta, mas é o contrário, ele é uma pessoa que facilita. Só que as pessoas que trabalham ao redor dele acham às vezes que determinada informação não pode ser veiculada, entendeu? (Informação verbal)<sup>59</sup>.

---

<sup>57</sup> Entrevista (TSEC3).

<sup>58</sup> Entrevista (TSEC3).

<sup>59</sup> Entrevista (TSEC4).

Uma boa relação pessoal entre os profissionais de saúde da SMS de Pesqueira e dos Pólos-base tem garantido um melhor fluxo de informações oportunas e confiáveis, que algumas vezes seguem para a secretaria municipal:

[...] a gente por conhecer o pessoal, os médicos, os enfermeiros aqui do local e a gente se dá bem com todos eles, através desse canal, nós às vezes obtemos informações que às vezes não são nem repassados pela própria Funasa, entendeu? É o pessoal de cada PSF da área, então assim, de uma forma geral, já foi mais difícil, de uns dois anos para cá a coisa tem fluído normalmente e eu creio que a tendência é melhorar (Informação verbal)<sup>60</sup>.

Em contrapartida, as informações de doenças de notificação compulsória (DNC) algumas vezes não são repassadas da área indígena Xukuru para a SMS-Pesqueira. Essa atitude é incentivada pelo próprio Dsei que opta por centralizar a informação e, esquecendo-se de efetuar a notificação para as Secretarias municipais e Estaduais, encaminham-na imediatamente ao nível central da Funasa, em Brasília. Segundo o entrevistado:

Existem alguns setores que acham que essas informações não devem ser repassadas, questão de alguns agravos que ocorrem lá na área, a Secretaria às vezes aqui demora, a saber, isso ocorre, mas não são casos sistemáticos, são só alguns casos (Informação verbal)<sup>61</sup>.

Cruzando esse achado com a observação participante, durante visita à Aldeia de Cimbres, em julho de 2008, tomou-se conhecimento do surto de hepatite A ocorrido na etnia Xukuru do Ororubá, em 2008. A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco não havia sido notificada, uma vez que a informação partiu do território indígena e seguiu direto para o nível central, desconsiderando a coordenação do SUS com o nível estadual. Esta mesma problemática, demonstrando a “pouca representatividade, sensibilidade e oportunidade da vigilância nos Dseis” foi caracterizada no surto de hepatite A em uma aldeia sob responsabilidade do Dsei Kaiapó, no Mato Grosso, no ano de 2001 (SOUZA, 2005, p. 94).

Em relação às informações ambientais, são enviadas para o Sistema de Informação relacionado ao combate da Dengue (SIS FAD) e desenvolvidas algumas ações “no combate à dengue na Vila de Cimbres e na Aldeia Cajueiro, e de chagas em todas as localidades dentro da área indígena” (Informação verbal)<sup>62</sup>. As ações de vigilância ambiental são desenvolvidas no território indígena pelos agentes de endemias municipais, que precisam solicitar previamente o consentimento do Cacique ou de lideranças locais, para entrar no espaço. Verifica-se uma fragmentação das ações de saúde de vigilância em saúde ambiental desenvolvidas pela SMS de Pesqueira, que se limitam ao combate da dengue e da Doença de Chagas. Por outro lado, as ações desenvolvidas pelos Aisans da Funasa e pelos agentes de

---

<sup>60</sup> Entrevista (TSEC4).

<sup>61</sup> Entrevista (TSEC4).

<sup>62</sup> Entrevista (TSEC5).

endemias não se integram, não obstante ocorram em um mesmo território. Segue as falas seguintes que evidenciam tais aspectos:

O trabalho de dengue é só os agentes de endemias em todas as áreas, tanto na área indígena como não-indígena. [...] trabalhar em conjunto [com o Aisan] mesmo, a gente nunca saiu pra trabalhar em conjunto, só assim, quando eu preciso de uma informação de uma determinada localidade eu pergunto a eles, mas trabalhar em conjunto mesmo não (Informação verbal)<sup>63</sup>.

Eu só peço a eles ordem, para entrar e fazer o trabalho, porque a gente não pode sair daqui sem comunicar ao cacique ou algum representante daquela localidade que a gente vai (Informação verbal)<sup>64</sup>.

Por fim, outro aspecto que chama a atenção é que, para ingressar no território, para realizar as ações de saúde ambiental e proceder à coleta de informações da população indígena no TI Xukuru, os técnicos e agentes de endemias da SMS de Pesqueira precisam do consentimento do cacique ou de lideranças indígenas.

Em relação ao preenchimento das variáveis relacionadas ao espaço nos sistemas de informação sob o gerenciamento da SMS de Pesqueira, percebe-se a diferenciação de aldeias e localidades denominadas sítios. No entanto, os sistemas de informação não são capazes de categorizar essas dimensões espaciais, conforme observa-se na fala abaixo:

[...] porque têm as aldeias e têm os chamados sítios, não é? Por exemplo, a gente tem a Aldeia São José, mas tem um sítio dali muito pertinho que eles dão outro nome, que não é considerado aldeia, que é da aldeia São José (Informação verbal)<sup>65</sup>.

A partir da análise dos processos políticos, no nível local, entre a SMS-Pesqueira e a etnia Xukuru do Ororubá, percebe-se, que apesar do Dsei ter sido desenhado para garantir a “descentralização sem municipalização”<sup>66</sup>, atuando o município complementarmente, a necessidade de garantir a integralidade territorial e a responsabilidade sanitária também por parte dos gestores, parecem indicar que o caminho rumo a uma nova perspectiva. Não no sentido de que a execução das ações indígenas de saúde passaria a ser uma responsabilidade apenas municipal, mas que esta interligação deve ser tecida em conjunto entre o nível federal, estadual, distrital e municipal, de modo a garantir o cumprimento dos preceitos do SUS.

Essa nova perspectiva significa promover uma descentralização especial, de modo a atender a saúde indígena, envolvendo e integrando melhor os entes estaduais e municipais. Esse entendimento parece ter sido desenhado a partir da publicação das portarias apresentadas anteriormente. Apesar de o arcabouço jurídico caminhar em direção à integralidade da informação, o contexto municipal revela a fragmentação da informação e o seu paralelismo, no sentido de que as mesmas informações seguem para a Secretaria municipal → Secretaria estadual → SVS (Ministério da Saúde), para o Dsei → Funasa (Ministério da Saúde).

<sup>63</sup> Entrevista (TSEC5).

<sup>64</sup> Entrevista (TSEC5).

<sup>65</sup> Entrevista (TSEC5).

<sup>66</sup> Confalonieri (1989, p. 445).

A fragmentação dos sistemas de informação reflete uma política informacional anárquica, feudalista, destinada a atender distintos departamentos da organização. Achados semelhantes de fragmentação dos sistemas de informação em saúde foram encontrados por Gribel (2005), ao analisar os processos de trabalho na atenção básica em não indígenas no Rio de Janeiro. A autora observou “que o processo de trabalho das equipes de saúde da família é fragmentado como esperado nos serviços de saúde com vários programas, bem como os sistemas de informações para registro das atividades realizadas” (GRIBEL, 2005, p. 93).

Analisando o uso da informação pela SMS de Pesqueira e o Dsei-PE, pode-se evidenciar a existência de vários programas de saúde em um conjunto de ações desarticuladas. Tal aspecto ficou claro quando se procurou entender o fluxo de informação entre os distintos sistemas de informação em saúde utilizados nas rotinas desses órgãos. A política de informação em saúde indígena retratada na instância municipal e local reporta-se ora ao modelo de atenção médico-assistencial, ao focar as produções ambulatoriais das EMSIs, ora ao modelo sanitarista, ao basear-se na coleta de informações que servem de apoio a programas e ações de saúde de abrangência nacional. Contudo, não conseguem, por si só, “responder à complexidade e diversidade dos problemas de saúde que circunscrevem o cidadão comum” daquele município (MONKEN; BARCELLOS, 2007, p. 206).

#### *4.3.3 Caracterização do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena e Sistema de Informação de Saneamento em Área Indígena quanto à vigilância em saúde*

Caracterizar um sistema de informação em saúde a partir da perspectiva da vigilância em saúde requer analisá-lo considerando o contexto do distrito sanitário. Partindo desse ponto, Tasca, Grego e Villarosa (1999) descrevem alguns aspectos de um sistema de informação em saúde para os distritos sanitários. Assim, inicialmente serão descritos os resultados decorrentes de entrevistas com sujeitos-chave, observação participante e análise da matriz de reprodução social construída a partir das oficinas, com o intuito de caracterizar o Siasi e do Sisabi inseridos no Polo-base Xukuru e no Dsei-PE.

A entrevista com os sujeitos-chave do Desai persistiu uma análise comparativa entre o Siasi desenvolvido pela Funasa e os demais sistemas de informação do SUS, conforme apresentado no **quadro 8**. Percebe-se que o nível de desagregação dos dados pelos sistemas

de informação do Datasus é do tipo “bibliotecário”, priorizando o uso da informação no nível central, enquanto o Siasi, na forma como foi concebido, visa atender o nível local.

Ainda em relação à desagregação dos dados, um sistema de informação para o distrito sanitário, requer que alcance o nível local (TASCA, GREGO; VILLAROSA, 1999). Na dimensão territorial do Dsei existe, no caso de Pernambuco, espaço das terras indígenas onde vivem as distintas etnias, e o espaço municipal, mais restrito em relação ao anterior, onde vive uma dada etnia (ou mais de uma) em inter-relação com os não-indígenas. Pensando nos sistemas de informação existentes, o Siasi é adequado ao tentar analisar diferenças entre etnias e intra-étnicas, a partir da análise de aldeias; enquanto que os demais SIS do SUS são úteis de serem analisados, a partir da variável raça/cor, a população indígena e não indígena nos níveis dos municípios, estados e da união.

Aspectos sob análise	SIS/SUS	Siasi
<b>Uso da informação</b>	Central	Local
<b>Abordagem</b>	Estatístico/quantitativo “De casos” (Vai até o município)	Quantitativo/qualitativo (atributos) “De pessoas” (sistema nominal)
<b>Integração dos SIS</b>	Sistemas separados fragmentando a pessoa (SIM/Sisvam/SIA/SIS-PNI/SIM/Sinasc etc.)	Sistema integrado (para a mesma pessoa se sabe se foi vacinada, qual a família, se esta desnutrido etc.)
<b>Análise</b>	Relatório fixo somente a partir de números	Relatório por abrangência e por tipo de informação, podendo cruzar as variáveis com o que quiser
<b>Disponibilidade on-line</b>	Sim	Não
<b>Definição da população</b>	Auto-identificada	Pelo membro da etnia
<b>Usuário</b>	Usuário/autoridades	Usuários/Trabalhadores de saúde

**Quadro 8.** Quadro comparativo entre o Siasi desenvolvido pela Funasa e os demais sistemas de informação do SUS.

Fonte: Adaptado a partir de entrevista com Informante chave<sup>67</sup>.

Essa possibilidade de análise da situação de saúde a partir do uso do Siasi foi apontada como uma das potencialidades do sistema, a partir do trabalho desenvolvido por Souza (2005). A autora destaca esta “desagregação dos dados no nível de aldeias, etnias, até a unidade familiar ou individual”, de modo que o sistema “possibilita e disponibiliza um histórico familiar, permitindo proceder a transferência de dados entre aldeias, ou até mesmo entre Dsei” (SOUZA, 2005, p. 99). Desse modo, é possível, no módulo de vacinação do Siasi, elaborar automaticamente “todo o esquema vacinal obrigatório que cada indivíduo deve receber” e, a partir das doses registradas, são feitas indicações das doses a receber. No sistema

<sup>67</sup> Informação verbal coletada a partir de entrevista (INF1), não representando necessariamente a opinião da autora.

do SIS-PNI só é possível identificar a cobertura vacinal da população como um todo e não individualmente.

Mesmo com estas possibilidades do Siasi, que garantem certa flexibilidade ao sistema, de modo a identificar problemas e recursos relevantes ao nível local, conforme analisado por Tasca, Grego e Villarosa (1999) e Barcellos e Monken (2007), não são realizadas análises epidemiológicas no nível local e as informações não são utilizadas rotineiramente para o planejamento das ações (SOUZA, 2005). Este aspecto foi evidenciado no estudo de caso no Polo-base Xukuru. Outro achado encontrado foi que a etnia necessitava de informações para revelar desigualdades internas no território, e o Siasi não foi capaz de disponibilizá-la. Enquanto a etnia requeria informações a partir das distintas RSAs do Agreste, Ribeira e Serra, o Siasi oferecia informações segundo as aldeias.

Outro aspecto que deve ser ressaltado é que os demais sistemas do SUS são disponibilizados na *internet*, enquanto o Siasi só se encontra disponível para os técnicos do “setor de informação”, no Dsei. Um sistema pensado para um distrito sanitário precisa garantir o acesso e a participação comunitária nas etapas de implementação e uso das informações (TASCA; GREGO; VILLAROSA, 1999; SILVA; CRUZ; MELO, 2007). Nota-se que o Siasi foi implementado e implantado sem considerar a participação dos sujeitos envolvidos no processo da informação e não envolveu as instâncias do controle social, conforme foi analisado anteriormente.

Se, por um lado, os dados do Siasi não são analisados usualmente pela Funasa nem são disponibilizados à população facilmente, percebeu-se, ao analisar as inter-relações entre o Dsei-PE e o grupo de pesquisa Sossanin, que há uma centralização da informação no nível central. Todos os dados solicitados ao Dsei, mesmo com a autorização do Presidente da Core, precisavam receber um parecer do “Chefe” do Dsei antes de serem liberados ou não para o grupo. Essa postura caracteriza um modelo político informacional monarquista, e foi adotada desde a mudança na gerência do Dsei e do técnico responsável pela operacionalização do Siasi no nível distrital. Segundo Davenport (2002), o “monarca” da informação, que pode ou não possuir curso superior, define aquela que é importante, quem poderá ter acesso a ela e pode até controlar o modo como está sendo interpretada. As instituições que se enquadram nesse modelo político podem operar dentro de um contexto híbrido mais amplo de federalismo e feudalismo. Agravam-se os problemas desta abordagem “quando o monarca, [...] é um funcionário de nível inferior” (DAVENPORT, 2002, p. 99).

No **quadro 9** são apresentadas as principais potencialidades e limitações do Siasi, segundo vários autores.

Sistema de Informação	Potencialidades	Limitações
Siasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilidade de calcular automaticamente indicadores simples;</li> <li>• Permite diferentes desagregações dos dados: Análise pode ser feita por etnias, aldeias e Polo-base, a partir do Siasi local;</li> <li>• Sistema simples, de fácil manuseio, “podendo ser operacionalizado e analisado nas instâncias locais, desde que os recursos humanos existentes sejam capacitados para desenvolver essas análises e que exista organização dos serviços e uma capacidade mínima instalada” (SOUZA, 2005, p. 99).</li> <li>• Sistema integrado: No módulo demográfico é feita a entrada de dados de cada pessoa, os registros de óbitos e nascimentos e os outros módulos de imunização e morbidade funcionam vinculados ao primeiro (SOUZA, 2005).</li> <li>• Abrangência de seus módulos, como, por exemplo, no módulo de morbidade é possível registrar as consultas realizadas, exames efetuados, referência e contra-referência, até os medicamentos administrados e os custos.</li> <li>• Permite acompanhar a situação vacinal de cada indivíduo; elaborar automaticamente “todo o esquema vacinal obrigatório que cada indivíduo deve receber” e, a partir das doses registradas, são feitas as indicações das doses a receber.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Má qualidade dos dados coletados;</li> <li>• Dados desatualizados;</li> <li>• Subnotificação de morbidades;</li> <li>• Problemas na organização de fluxos de informação;</li> <li>• Não acessibilidade pública dos dados</li> <li>• Não se encontra integrado aos demais sistemas do SUS.</li> </ul> <p><b>Comparando com o Sinasc, percebe-se:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de variáveis materno-infantis importantes, como peso ao nascer, Apgar do recém nascido, tipo de gravidez e número de consultas de pré-natal;</li> <li>• Estão ausentes também as variáveis relacionadas à mãe, como idade, escolaridade, estado civil, ocupação e número de filhos anteriormente;</li> </ul> <p><b>Comparando com o SIM, percebe-se:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A exclusão de outras variáveis importantes para a análise da situação de saúde indígena como: tipo de óbito, estado civil, escolaridade, ocupação e local de ocorrência do óbito;</li> <li>• Em relação às variáveis associadas às condições e causa do óbito, não consta se recebeu assistência médica ou se houve a confirmação de exames para o fechamento da causa do óbito. Ademais, a inclusão da causa do óbito é selecionada pelo próprio digitador, com base na CID-10;</li> <li>• Trabalha na lógica da população real, ou seja, o procedimento de registro do óbito exclui o indivíduo do cadastro populacional, não sendo mais incluído no banco para o cálculo dos indicadores;</li> <li>• Como consequência da limitação anterior, a construção de análises a partir dos indicadores construídos pelo sistema pode levar à superestimação em seus valores.</li> </ul>

**Quadro 9.** Síntese das principais potencialidades e limitações do Siasi/Funasa.

Fonte: Elaboração própria, a partir de alguns autores (MARQUES, 2003; BASTA *et al.*, 2004; SOUZA, 2005; SOUZA; CAMARGO; SANTOS, 2006; MANOZZO, 2006; SOUZA; SCATENA; SANTOS, 2007).

Analisando algumas das limitações e possibilidades do Sisabi, percebe-se que, apesar de possuir quatro módulos – censo sanitário das aldeias indígenas, monitoramento da qualidade da água nos sistemas na área indígena, caderno do Aisan e o Casan, funcionam de forma isolada, sem integração entre si (VIANA, 2005). Estes módulos ainda apresentam unidades de registro divergentes entre si, como exemplo: enquanto o censo sanitário utiliza a aldeia como unidade central, o Siságua faz seu registro pela categoria “fonte de abastecimento” (Quadro 10).

Sistema de Informação	Potencialidades	Limitações
Sisabi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A partir da realização dos censos sanitários periodicamente, seria possível conhecer o contexto das aldeias indígenas, de modo a melhor planejar as ações de saneamento integradas às da saúde em um dado Dsei;</li> <li>• Analisar situações de risco, avaliar programas e políticas de saneamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seus quatro módulos (censo sanitário das aldeias indígenas, monitoramento da qualidade da água nos sistemas na área indígena, caderno do Aisan e Casan funcionam de forma isolada, sem integração entre si;</li> <li>• Possui um conjunto de dados, em que apenas o censo sanitário tem um volume de dados passíveis de análise, não se tratando de censo, mas, sim, de cadastro;</li> <li>• Os módulos possuem unidades de registro divergentes;</li> <li>• A qualidade do preenchimento é questionada;</li> <li>• Variáveis não preenchidas;</li> <li>• Não definição, nos manuais, quanto à periodicidade de realização do censo sanitário;</li> <li>• “Os dados solicitados no formulário do “censo”, abrangem distintas unidades de análise”. Enquanto os itens do questionário “hábitos de higiene e atitudes relacionadas com as fezes e urina” utilizam a unidade de análise “indivíduos”, os demais itens abordam questões referentes às aldeias (VIANA, 2005, p. 115);</li> <li>• Má-definição das categorias analíticas das variáveis do sistema;</li> <li>• Operacionalização do sistema restrita aos responsáveis pela informação;</li> <li>• Concepção restrita do que seja um saneamento ambiental, uma vez que enfoca na prevenção da doença e não na promoção da saúde;</li> <li>• Não formula indicadores sanitários nem realiza espacialização dos dados;</li> <li>• Acesso restrito ao sistema e não disponibilizado publicamente.</li> </ul>

**Quadro 10.** Síntese das principais potencialidades e limitações do Sisabi/Funasa.

Fonte: Elaboração própria, a partir da observação participante e dos achados de Viana (2005).

Como uma das possibilidades do Sisabi é possível, a partir da realização dos censos sanitários, periodicamente, conhecer o contexto das aldeias indígenas, de modo a melhor planejar as ações de saneamento integradas às da saúde, em um dado Dsei. No entanto, a flexibilidade permitida quanto ao tempo de realizar o censo “impossibilita a avaliação da evolução de uma determinada situação sanitária nas aldeias” (VIANA, 2005, p. 115). No caso do Dsei-PE do total das 229 aldeias cadastradas, 107 participaram do censo sanitário, representando um total de 46,72% (**Tabela 1**).

**Tabela 1.** Quantidade de aldeias cadastradas no censo sanitário no Dsei-PE, 2007.

Participação no Censo Sanitário no DSEI-PE	Aldeias	
	Número	%
Não realizaram	122	53,28
Realizaram	107	46,72
Total de aldeias	229	100

Fonte: Sistema de Informação de Saneamento em Áreas Indígenas – Sisabiweb, 2007  
Censo Sanitário Indígena – Saneamento.



O **quadro 10** apresenta, de modo sintético, as principais potencialidades e limitações do Sisabi, segundo o estudo de Viana (2005). Para ilustrar a má-definição das categoriais analíticas do sistema, não são especificados no formulário (**Anexo H**), nos itens “Fontes de água e abastecimento de água”, os tipos de poços existentes, sendo somente oferecida a opção genérica de “poços” (VIANA, 2005). Segundo Viana (2005, p. 116), neste tipo de formulário verifica-se

a falta de uma informação importante, no ponto de vista sanitário, que é o conhecimento do tipo de poço que a população faz uso, visto as diferenças de segurança oferecida na qualidade da água entre os poços tipo raso, profundo, amazonas, “cacimba”, entre outros.

Ao analisar as limitações do Sisabi, por exemplo, nas questões relacionadas a uma das dimensões do ambiente, o saneamento, percebe-se que o sistema não consegue atender satisfatoriamente ao que foi proposto. Ou seja, não consegue ser um instrumento útil para o planejamento das ações de saúde indígena, bem como apoiar a avaliação da situação de saúde nestas comunidades (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2004c).

Assim, os dados são amontoados e não utilizados. Esse diagnóstico, somado à cultura e ao comportamento no uso da informação, compõem um ambiente privilegiador da abordagem técnica/tecnológica da informação. Segue uma fala, corroborando tais aspectos:

[...] normalmente eles que têm que fazer, mas não tem regularidade [na digitação]. Eu já nem mando, pelo seguinte, eles são sobrecarregados, e enquanto esse documento está aqui comigo, eu recebo o caderno do Aisan, ele está aqui comigo. Está certo que está desatualizado o sistema. Está desatualizado, está, mas pelo menos num dia que vierem procurar eu tenho, tenho em disquete, tenho em papel, então na hora que virem procurar eu mando em disquete e o que eu ainda não tiver em disquete eu digito e mando. Agora eu vou xerocar isso aí tudinho que vai ter um custo alto em volume de papel? E para ele nem seria útil, ou eu vou mandar esses documentos todinhos para lá, e depois se perderem? Fica até protocolado, mas sumiu! E como é que eu vou ter esses dados de novo? (Informação verbal)<sup>68</sup>

Este trecho da entrevista denota a centralização da informação no nível local, descrédito na gestão do Sisabi pelo responsável no nível distrital e a despreocupação com uma informação oportuna. Estes achados confirmam com a análise documental que destaca a abordagem eminentemente técnica e tecnológica da informação. Percebe-se que, mesmo com a formulação do Siasi e Sisabi, continuam a existir os mesmos problemas, desde a década de 1990: inúmeros dados em papéis, ausência de análises no nível local, não preocupação com a retroalimentação da informação para seus produtores (neste caso os Aisans).

O que transparece, a partir das limitações apontadas pelo Sisabi e da análise das variáveis do sistema, é uma concepção preventivista (ou microbiana), descrita por Souza (2007), Souza e Freitas (2008) e Costa (2009), por parte da Funasa, em relação ao saneamento

---

<sup>68</sup> Entrevista (SC3).

nas áreas indígenas. Segundo esta concepção, deve haver saneamento higienizador, de modo a evitar as doenças infecto-parasitárias (DIP). Sendo esta uma hipótese, no intuito de melhor entender estas inter-relações serão descritos, a partir deste momento, alguns achados, frutos da observação participante e das oficinas realizadas na etnia Xukuru do Ororubá. Considerando que o desenvolvimento de práticas sanitárias baseadas no território são fortemente incentivadas<sup>69</sup>, quando se pensa em reorganizar os serviços de saúde a partir da perspectiva do modelo de atenção alternativo – da vigilância em saúde, estas categorias foram analisadas a partir do Siasi, Sisabi e da observação participante.

Observou-se que os sistemas de informação relacionados com a saúde e o saneamento indígena (Siasi e o Sisabi) utilizam unidades de análise distintas das lideranças quanto à significação de aldeias. Enquanto o Siasi e o Sisabi apresentaram, respectivamente, 30 e 50 aldeias, na observação participante identificou-se 24, distribuídas em três RSA – a Ribeira, o Agreste e a Serra, autodeterminadas pelas lideranças e reconhecidas pela população (**Quadro 11**).

Em relação à definição das aldeias, percebe-se que a racionalidade política Xukuru difere da racionalidade técnica do setor saúde e do saneamento implementados pela Funasa. Segundo Costa (2009, p.3):

Um setor se conforma a partir de valores, princípios, visão de mundo e tecnologias que lhe confere uma racionalidade ‘técnica’ em seu fazer. Esta racionalidade, de alguma forma, norteia seu marco normativo, suas práticas e suas relações com outros setores. A história, o contexto, os atores, grupos de interesse, atores e processos de um dado setor podem criar resistências ou facilidades na interação com outros setores.

Assim, segundo Costa (2009, p. 4), saúde e saneamento possuem racionalidades próprias, implementando aquelas políticas públicas a partir de um sistema melhor estruturado (SUS) em relação a esta, que possui “menos visibilidade pela sociedade [...] e menor capacidade de constituir a agenda pública”.

A racionalidade da etnia Xukuru do Ororubá, com uma divisão territorial em 24 aldeias, surge a partir de 1988, com a mobilização provocada pelo Cacique “Xicão”. Neste momento as localidades, que na maioria das vezes correspondiam a vários sítios, começaram a ser chamadas, pelos índios, de "aldeias", com representações para cada uma delas, na organização sociopolítica Xukuru (OLIVEIRA, 2006).

---

<sup>69</sup> Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998); Tasca, Grego e Villarosa (1999); Mendes (1999); Freitas (2003); Barcellos e Monken (2007); Gondim (2007); Monken e Barcellos (2005; 2007).

REGIÕES	ALDEIAS		
	Observação participante	Siasi	Sisabi
Ribeira (10)	Capim de Planta	Capim de Planta	Capim de Planta
	Pé de Serra de São Sebastião		
	Oiti	Pé de Serra Oiti	Oiti (Pé de Serra)
	Pé de Serra dos Nogueira	Pé de Serra Nogueira	Pé de Serra do Nogueira
	Pão de Açúcar	Pão de Açúcar	Pão de Açúcar
	Caldeirão	Caldeirão	Caldeirão
	Curral Velho	Curral Velho Pelada	Curral Velho Pelada Pau Ferro Curral Velho/ Deserto
	Jatobá	Jatobá	Jatobá
	Cana Brava	Cana Brava Pé de Serra Cana Brava	Cana Brava
	Passagem	Passagem	
Serra (10)	Couro Dantas	Couro Dantas	Couro Dantas Tinteiro Curral de Boi
	Lagoa	Lagoa	Lagoa Bem-te-vi
	Caetano	Caetano	Caetano
	Santana	Santana	Santana
	Caípe	Caípe (Baixo/ Cima)	Caípe
	Brejinho	Brejinho	Brejinho
	Gitó	Gitó	Gitó
	Afetos	Afetos	Afetos São Marcos
	Pedra D' Água	Pedra D' Água	Pedra D' Água
	São José	São José	São José

**Quadro 11.** Comparativo das aldeias Xukuru segundo região socioambiental, a partir da observação participante e dos sistemas de informação em saúde indígena (Siasi e Sisabi), Etnia Xukuru do Ororubá, Pesqueira, PE, 2008.

**Fonte:** Elaboração própria, a partir da observação participante.

Essa nova perspectiva geopolítica substitui a definição usual de "sítio" entre os Xukuru, antes da demarcação. Segundo Silva (2008, p. 83):

Entre os Xukuru, o "sítio" significa também o espaço de moradia de um grupo de famílias em pequenos lotes conjugados, herdados dos antepassados. Cujos limites chegam a ser confundidos em razão das relações de parentesco. Pois, no geral, no sítio reside a parentela, constituída de irmãos/as, cunhados/as, tios/as e primos/as. [...] Uma das formas em que o sítio também se expressava enquanto um espaço de relações sociais ocorreu durante os "ajuntados", "juntada" ou ainda "adjunto", como os Xukuru chamam o trabalho em mutirão, na roça. O exercício do trabalho em mutirão significava a reciprocidade.

REGIÕES	ALDEIAS		
	Observação participante	SIASI	SISABI
Agreste (4)	Sucupira	Sucupira Cajueiro Sozinha	Sucupira Cajueiro Cabo do Campo Cachoeirinha Campina Nova Capim Grosso Gravata dos Frazão Marabá Resende Retiro Santa Catarina Taquari Sítio Cavalinho Sozinha Sozinho
	Guarda	Guarda Bananeira	Guarda Bananeira Água Branca
	Cimbres	Cimbres	Cimbres
	Mascarenhas	Mascarenhas	Mascarenhas Mimoso Minas
		Desaldeiados	Desaldeiados
<b>Total de Aldeias</b>	<b>24</b>	<b>30</b>	<b>50</b>

**Quadro 11.** (continuação) Comparativo das aldeias Xukuru segundo região socioambiental, a partir da observação participante e dos sistemas de informação em saúde indígena (Siasi e Sisabi), etnia Xukuru do Ororubá, Pesqueira, PE, 2008.

**Fonte:** Elaboração própria, a partir da observação participante.

Segundo este autor, “sítio” significa o espaço onde está situada a casa e o terreno em volta dela, o terreiro, onde são plantadas algumas fruteiras, desde que houvesse espaço. Segundo Silva (2008), nesta mesma época a Funai também utilizava o termo sítio. Percebe-se que estas definições ainda são utilizadas atualmente, apesar das mudanças acontecidas na etnia desde 1988. Assim, a SMS de Pesqueira, no preenchimento dos sistemas de informação – SIM, Sinan, Sinasc – utiliza ora nomes de aldeias, ora nomes de sítios, conforme foi analisado em uma das falas apresentadas na seção anterior. Em relação ao Sisabi, as distinções entre sítio e aldeia se misturam, e acabam sendo consideradas ambas como aldeias. O Sisabi considera aldeias aquelas que possuem algum tipo de Sistema de Abastecimento de Água (SAA), evidenciando a sua racionalidade restritiva e técnica da informação, à medida que não considera as especificidades culturais e políticas da etnia.

Comparando o quantitativo de aldeias entre os sistemas, percebe-se que o Siasi se aproxima mais da realidade indígena (apesar de não ser a ideal), uma vez que as práticas do setor saúde encontram-se mais próximas do cotidiano da etnia. Ademais, recentemente houve

um esforço no Polo-base em excluir as aldeias em excesso do sistema<sup>70</sup>. Essas diferenças podem apontar para uma incipiente integração dentro da própria instituição, em que diferentes setores (Dsei e o Densp) trabalham com informações distintas para uma mesma dimensão analítica (as aldeias). Este aspecto também foi evidenciado durante as oficinas e em uma participação, como ouvinte, de uma reunião realizada dos Aisans da etnia Xukuru do Ororubá com os representantes do Dsei e da engenharia sanitária da Core de Pernambuco<sup>71</sup>. Por outro lado, este aspecto demonstra a necessidade de uma maior interação da Funasa com o contexto e as especificidades indígenas, principalmente por parte da Engenharia e Saúde Pública responsáveis pelo saneamento ambiental. Estas diferenças no número de aldeias entre os sistemas contrariam os achados de Viana (2005), Souza (2005), bem como conversas informais percebidas pelos técnicos do Dsei-PE, que afirmaram existir compatibilidade para esta variável.

A maneira como são geridos e operacionalizados os sistemas de informação em saúde reflete uma dada política para o setor, mesmo que estes não tenham sido formalizados oficialmente (BRANCO, 2006). Assim, a existência de uma política de informação em saúde indígena se dá a partir das ações desenvolvidas pelo Estado, com abrangência nacional, materializadas no modo como o Siasi e Sisabi foram concebidos, desenvolvidos, implantados e operacionalizados, dentro da atual Política de Atenção à Saúde Indígena.

Como exercício, para avaliar se a política de informação em saúde indígena implementada na etnia Xukuru do Ororubá está retratando seus reais problemas de saúde, foram construídos quadros sintéticos, a partir da matriz da reprodução social, que evidenciaram os problemas em cada dimensão e os respectivos discursos dos sujeitos envolvidos. Os achados constantes dos quadros foram comparados com informações produzidas a partir do Siasi e do Sisabi, sendo demonstradas limitações e potencialidades desses sistemas, ao considerar a perspectiva da vigilância em saúde (**Anexo B**).

Analisando os problemas enumerados na dimensão ecológico-política, percebe-se que o Sisabi não possibilita a produção de informações relativas à operação e manutenção dos sistemas de saneamento. Apesar de este sistema possuir o Módulo do Caderno do Aisan, em que deveriam ser registradas e monitoradas as atividades de campo destes profissionais, mostrando ainda suas condições de trabalho, estes dados são pouco preenchidos, conforme pôde ser visto em uma fala anterior.

---

<sup>70</sup> Informação verbal, coletada a partir de entrevista (TPOL4).

<sup>71</sup> Informação coletada durante visita realizada no Polo-base Xukuru do Ororubá (Pesqueira-PE), em setembro de 2007.

Ao analisar o Casan, de modo a identificar as edificações construídas pela Funasa em saneamento em áreas indígenas, foram registradas na Core de PE, no período de 2000 a 2008, 97 (noventa e sete) obras relacionadas aos SAA, nenhum sistema de esgotamento sanitário e melhoria sanitária coletiva e 37 (trinta e sete) melhorias sanitárias individuais. As variáveis disponibilizadas pelo sistema retratam a visão restrita em relação ao saneamento. O sistema não é capaz de remeter às reais questões ambientais que envolvem a etnia. Fica evidente, a partir de algumas falas, os embates quanto à responsabilidade pelo gerenciamento e a destinação dos resíduos sólidos entre a Funasa e a Prefeitura de Pesqueira.

Os problemas diagnosticados através da matriz, relacionados à problemática dos resíduos sólidos, não foram possíveis de serem captados pelo Sisabi, mesmo possuindo o módulo do censo sanitário, que visa traçar um diagnóstico sanitário das aldeias, através de dados relacionados com as condições de habitação, as fontes de água, o destino dos resíduos líquidos e sólidos (esgoto e lixo), dentre outras informações.

Vários problemas apontados a partir dos dados da matriz podem ser percebidos, a partir de uma análise descritiva dos dados produzidos pelo Siasi. Apesar de todas as críticas tecidas a este sistema, vários autores vêm construindo análises da situação de saúde, de modo a apontar possíveis problemas e necessidades na saúde das populações indígenas (LIMA, 2007; GONÇALVES, 2008; COSTA *et al.*, 2006; BRASIL, 2006).

Assim, os problemas de acesso aos serviços de saúde e saneamento são possíveis de serem sugeridos a partir do Siasi, mesmo com todas as suas debilidades. Lima et al. (2009), analisando a mortalidade por grupos de causas, observaram que, em 2006, a principal causa de mortalidade no Agreste envolveu o grupo dos sintomas, sinais e achados anormais e exames clínicos e laboratoriais, que representam as causas mal definidas (57,1%), o que sugere problemas relacionados à qualidade dos serviços de saúde. Seguidos de doenças do aparelho circulatório (28,6%) e neoplasias (14,3%).

Segundo estes autores, na área indígena, a região do Agreste destaca-se entre as demais, por apresentar a maior mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (57,1%), sendo maior que a proporção da etnia Xukuru, em sua totalidade. Os percentuais para este mesmo grupo de doenças foram de 18,2% e 4,8% na Ribeira e Serra, respectivamente. A participação relativa da mortalidade por Sinais e Sintomas Mal Definidos (SSMD) é elevada, apesar de ter diminuído consideravelmente em muitas regiões do Brasil, e está sugestivamente associada a um padrão de mortalidade ligado à pobreza e à baixa qualidade de assistência (ANDRADE; LISBOA, 2001 *apud* LEITE, 2005).

No entanto, apesar dos elevados percentuais de mortalidade entre as causas mal definidas, analisando a mortalidade proporcional entre os indígenas Xukuru para o período de 2000 a 2006, percebe-se que, enquanto a mortalidade por doenças do aparelho circulatório cresce, decrescem os percentuais por causas mal definidas, apontando, assim, para uma possível melhora no acesso aos serviços de saúde da etnia (LIMA *et al.*, 2007).

Com relação à morbidade destaca-se, entre os Xukuru, um perfil caracterizado por elevado índice de DCNT, predominando sobre as infecciosas e parasitárias. Entre as DCNT predominam as morbidades relativas ao aparelho circulatório, confirmando os resultados de Costa *et al.* (2006), que observaram ser esse o maior grupo de causas de óbito, entre os índios de Pernambuco, para o período 2001 a 2004. Santos e Coimbra (2003) ressaltam que, entre os indígenas do Brasil, as DCNTs, a exemplo da hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II e obesidade, são atribuídas a novos estilos de vida, configurando um perfil epidemiológico em transição. Estes achados, a partir da análise do Siasi, também corroboram os problemas no âmbito da etnia, relacionados aos padrões de consumo e à reelaboração da cultura.

No Siasi registra-se, também, uma elevada mortalidade entre jovens, principalmente nas regiões da Ribeira e Agreste. Tal fato pode ser decorrente da violência, ocasionada pelos conflitos ligados ao próprio processo de demarcação do território, problema identificado na dimensão ecológico-política. Considerando que muitas das aldeias indígenas de Pernambuco estão localizadas no Sertão e na Mesorregião do São Francisco, percebe-se o predomínio da mortalidade por causas externas, muito provavelmente associadas à elevada mortalidade proporcional entre os jovens na curva de Nelson Moraes, também observada nesta mesorregião (CARVALHO *et al.*, 1998). Este padrão parece ser semelhante nas populações indígenas de Pernambuco, incluindo os Xukuru. A principal fonte geradora de violência contra os indígenas é a questão da terra.

Ao analisar os quadros (**Anexo B**), referentes, respectivamente, às dimensões econômica, da consciência e da conduta e a biológica da matriz de reprodução social, percebe-se que alguns deles não são captados pelos sistemas sob análise. Há uma ausência de informações socioeconômicas nos sistemas, não sendo possível destacar as atividades econômicas predominantes ou relacionadas aos processos de trabalho. Em relação ao modelo agrícola, o Siasi e o Sisabi não deram conta da problemática do uso dos agrotóxicos, apesar de ser este um importante problema de saúde, principalmente na região da Ribeira, conforme observado por Gonçalves (2008).

Em relação aos problemas de habitabilidade, é possível identificar desigualdades intraétnicas por meio do Sisabi, de que a região do Agreste demonstrou ser a mais carente.

Esta informação também está de acordo com os achados do Siasi, ao se analisar a mortalidade proporcional segundo a região, causa e faixa etária. A análise dos indicadores de saúde com base nas RSA da etnia, variável inexistente nos sistemas Siasi e Sisabi, permitiu perceber, com base nos dados da **tabela 2**, que a mortalidade entre os menores de um ano é maior no Agreste, representando 24,5% do total de mortes nesta região. Na região da Ribeira, a faixa de cinquenta anos e mais apresentou a mortalidade mais elevada (65,4%). Isto aponta um possível aumento na expectativa de vida entre os indígenas desta região, quando comparada com o Agreste e a Serra.

**Tabela 2.** Mortalidade proporcional dos índios Xukuru, segundo a faixa etária e as regiões socioambientais. Pesqueira-PE, 2000 a 2006.

Faixa etária	Agreste		Ribeira		Serra		Desaldeiados		T.I. Xukuru	
	N*	%**	N	%	N	%	N	%	N	%
<1	12	24,5	9	17,3	13	18,8	1	12,5	35	19,7
1 a 4	1	2,0	1	1,9	3	4,3	0	0,0	5	2,8
5 a 19	2	4,1	0	0,0	4	5,8	2	25,0	8	4,5
20 a 49	6	12,2	8	15,4	6	8,7	0	0,0	20	11,2
50 e +	28	57,1	34	65,4	43	62,3	5	62,5	110	61,8
Total	49	100	52	100	69	100	8	100	178	100

Fonte: MS/Funasa/Core-PE/Dsei-PE/Siasi, 2007.

Em relação às análises construídas a partir das RSA, além de serem as mais adequadas, culturalmente, para a etnia, minimizaram os problemas decorrentes dos números pequenos estatisticamente. Um dos problemas identificados é que os dados do censo sanitário referem-se a 2002/2003 e sua área de cobertura não retrata a totalidade territorial Xukuru, uma vez que, durante sua realização, nem todas as aldeias foram cadastradas, sendo excluídas 18 do total de 50 aldeias.

Desde modo, ao comparar a população inserida no Siasi e Sisabi, foram destacadas diferenças, conforme pode ser vislumbrado na **tabela 3**. Percebe-se que a população referenciada pelo Siasi é maior quando comparada com os dados do Sisabi. Este achado reforça a ocorrência de uma política informacional anarquista, no contexto indígena.

**Tabela 3.** Comparativo da população da etnia Xukuru do Ororubá, segundo as regiões socioambientais, entre o Siasi e o Sisabi.

Regiões socioambientais	População	
	Siasi*	Sisabi**
Agreste	3264	2927
Serra	1927	2009
Ribeira	3099	2613
Total	8290	7549

Fonte: \* MS/Funasa/Core-PE/Dsei-PE/Siasi, 2007.

\*\* MS/Funasa/Core-PE/Sisabi, 2007.



Percebe-se, ao analisar a **tabela 3**, duplicidade no quantitativo populacional nas informações, quando comparados o SIASI e o SISABI, sendo divergentes. Davenport (2002), afirma ser esta uma das deficiências do anarquismo informacional, em que sistemas de informação divergentes irão produzir informações também distintas.

#### **4.4 (In) congruência da Política de Informação em Saúde Indígena com a Política de Atenção à Saúde desses povos**

A análise documental foi fundamental para a caracterização histórica da política de informação em saúde indígena. Além de complementar, juntamente com as demais estratégias descritivas deste estudo, desvendou novas nuances do objeto estudado. Sendo assim, os documentos analisados contemporâneos, retrospectivos, jurídicos, oficiais ou pessoais, revelaram concepções subjacentes, demonstrando que a atuação da Funasa na gestão da atenção à saúde dos povos indígenas do Brasil, desde o início até os dias atuais, vem refletindo as características da própria instituição.

Em relação às *responsabilidades institucionais*, nas atribuições de competências entre as instâncias gestoras do SUS, ao analisar as entrevistas e as observações participantes, no nível local, relativas à etnia Xukuru do Ororubá, constatou-se uma desarticulação e falta de integração, com consequências sobre a situação de saúde dos povos indígenas. Como exemplo, destaca-se a fragmentação da informação, com dados excessivos e muitas vezes duplicados, ou ainda a ausência de informações oportunas e representativas da população, como nos relatos dos surtos de hepatite A vivenciados na etnia Xukuru do Ororubá, no Dsei-PE e no Dsei de Kaiapó, no Mato Grosso, relatados por Souza (2005). A autora, analisando os limites e a potencialidade do Siasi, destacou que as DNCs não são devidamente informadas pelo Dsei. E esta limitação está associada, em parte, à fragilidade de concepção e operacionalização do sistema e ainda ao instrumento de coleta, que “não apresenta as variáveis básicas para o conhecimento sobre esses agravos de notificação e para as intervenções oportunas” (SOUZA, 2005, p. 94). Segundo a autora Souza,

[...] a normalização da rotina e fluxo para a notificação dos casos de doenças de notificação compulsória, como a sistematização do uso das fichas de notificação e investigação dessas doenças, ainda não está totalmente implantada. Soma-se a isso a subnotificação, no sistema, dos casos atendidos na rede do SUS, decorrentes da

pouca integração e da não incorporação dessas fontes notificadoras, embora sendo a saúde indígena um subsistema do SUS (SOUZA, 2005, p. 94).

A análise foi realizada na perspectiva do sistema de informação e a autora considerou apenas o aspecto técnico como causa do problema. Contudo, analisando a política informacional como determinante da gestão da informação e de seus sistemas, percebe-se que os problemas ditos técnicos de informação, dos sistemas e da qualidade de seus dados têm uma causa política.

Considerando que os procedimentos de coleta, análise e uso das informações são compatíveis com as práticas e os hábitos da burocracia, na qual o próprio sistema se insere, percebe-se que os surtos mencionados nesse estudo decorrem de um contexto informacional que se repete não só no Dsei-PE, como no Mato Grosso e provavelmente em tantos outros distritos. Tal entendimento parte de uma análise fenomenológica feita por Lieber (2003), no sentido de que, em uma investigação, são ressaltados mais os processos e menos os fatos. Para o autor, um dado acontecimento (que é pontual e único) é formado por vários eventos que se repetem. E esses, por sua vez, compõem um contexto.

No passado, existia a preocupação em quantificar a população indígena, para confirmar ou desmentir as previsões funestas de que esta população estava sendo dizimada. Analisando a Portaria nº. 2.656 MS/GM, de 17 de outubro de 2007, percebe-se que essa mesma preocupação perdura até hoje, quando atribui à Funasa a responsabilidade em manter atualizado e em funcionamento somente os aspectos relacionados à demografia do Siasi. Talvez a importância desse módulo esteja associada ao vínculo expresso nessa portaria, que associa os IAB-PIs e os IAE-PIs (*incentivos financeiros*) à população per-capita, utilizando como fonte de dados o Siasi.

Os sujeitos políticos participam ativamente dos processos sociais conforme seu acesso às fontes de informação e seu aproveitamento adequado (CHAUI, 1993). Esse acesso, ainda “amplia a capacidade de argumentação dos sujeitos políticos coletivos nos processos decisórios” (SILVA; CRUZ; MELO, 2007, p. 686). Essas análises, em todas as suas dimensões, reconhecem que a informação pertence aos técnicos. As fases de implementação e implantação do SIASI, diferentes da fase de desenvolvimento, apresentaram legitimidade restrita, não envolvendo a participação comunitária. O efetivo *uso da informação em saúde pelo controle social* e a participação dos profissionais e da população organizada na implementação e implantação de sistemas de informação precisam ser concretizados na política de informação em saúde. Nesse sentido, as instâncias reivindicatórias precisam estar sensíveis a essas questões.

Se os SISs são ferramentas que possibilitam um melhor conhecimento das condições de vida de uma dada população, então precisam ser sensíveis o suficiente para captar a realidade local. Um sistema que dá conta dessa necessidade é capaz de fornecer informações relevantes para as práticas sociais de um dado grupo, que por sua vez poderá examinar e reformular suas próprias práticas, se auto modificando. Essa refletividade é uma característica da sociedade moderna, em que “os produtos dos processos retroagem sobre os próprios processos, modificando suas características, propriedades e atributos” (BARCELLOS; MONKEN, 2007, p. 94).

Em relação à *universalidade*, apesar do modelo de atenção à saúde proposto pela Pnasp considerar uma perspectiva ampliada em seu conceito, envolvendo a integralidade, intersetorialidade e dimensões socioculturais e ainda acrescentar, como diretrizes do Siasi, principal sistema de informação, em atender a perspectiva de um “Sistema de Vigilância em saúde”, ao analisar a atual política de informação em saúde no contexto indígena percebe-se o predomínio da abordagem técnica e tecnológica da informação. Como descrito anteriormente, essa abordagem desconsidera os sujeitos sociais como atores no processo informacional, enfocando o uso da informação no desenvolvimento dos objetivos da organização. Pouco enfatiza os contextos em que os dados são gerados e supervaloriza os aparatos tecnológicos, a ponto de utopicamente acreditar que eles, em si, contribuirão para a solução dos problemas informacionais.

Considerando a importância da abordagem fenomenológica do cuidar em saúde e suas possibilidades de ações no campo da saúde ambiental (LIEBER, 2003), podem-se acrescentar outras reflexões em relação ao enfoque técnico e tecnológico na política de informação em saúde indígena. Se, no cuidar do outro enfatizamos a técnica, sem nos preocupar com a pessoa enquanto ser e ente envolvido no contexto histórico-social, então esse enfoque técnico é transportado para a operacionalização dos sistemas de informação em saúde. Considerando que a informação no SUS deve vir agregada também de uma concepção ampla da saúde, e que esse conceito norteará o modelo do sistema de informação proposto, percebe-se que os Siasi e Sisabi eles são reflexos da atenção e do cuidado com a saúde das ações desenvolvidas no saneamento das populações indígenas.

O estudo de caso demonstra que o ambiente informacional descrito no Polo-base e no nível municipal é fragmentado, com o comprometimento nos processos de trabalho, na cultura e no comportamento dos profissionais de saúde no uso da informação e na arquitetura dos sistemas, que são falhos para análises. Percebe-se a preocupação com os princípios que fundamentam a abordagem técnica da informação, que em momento algum faz referência à

relevância da informação para seus produtores ou beneficiários, que são os indígenas. A política de informação em saúde é híbrida, com características do modelo utópico-tecnocrático, anarquista e feudalista. Continua a mesma política caracterizada ao final da década de 1980, antes da criação destes sistemas. Especificamente no Dsei-PE, foi possível perceber, ao longo dos anos do estudo (2007-2009), um maior controle da informação por parte do gerente, atributo característico do modelo monarquista.

Os sistemas de informação em saúde devem atender às especificidades étnico-culturais e estarem relacionados à gestão local, além de subsidiar os processos de planejamento, tomada de decisões, incluindo a participação das equipes locais na definição das informações a serem produzidas, garantindo o compromisso dos profissionais da saúde com a confiabilidade dos dados e o direito à informação (BRANCO, 2006; FERREIRA, 2001). Em relação aos povos indígenas, dado a estreita relação simbólica e de subsistência com o território, os SISs, para atender a sua finalidade, devem contemplar, de forma integral, as questões ambientais, de modo a vincular aspectos da saúde, ambiente e trabalho. Do ponto de vista de uma política de informação em saúde, o não respeito à autodeterminação Xukuru e sua racionalidade política na definição das aldeias e RSA, não contribui para o empoderamento social e a preservação de autonomia do grupo assistido.

O Siasi não tem sido utilizado como ferramenta contínua para a análise da situação de saúde indígena e alguns argumentos associam a cobertura inadequada ao fato de as informações não serem disponibilizadas publicamente (SOUZA, 2005). Dentre seus módulos, o mais utilizado atualmente é o demográfico, sendo inclusive referência para todas as áreas de intervenção e para outros sistemas informatizados da Funasa (BRASIL, 2005). Com relação à qualidade/consistência das informações no DSEI-PE, observa-se que os dados dos módulos de morbidade e mortalidade só melhoraram a partir de 2003 (COSTA *et al.*, 2006).

Ainda que pese o fato de existir o Siasi, criado em 1999, como parte da Pnspi, até o momento este sistema parece não atender exatamente ao que se propõe (SOUZA, 2005; SOUZA; SCATENA; SANTOS, 2007). Os problemas principais do Siasi vão desde a má qualidade dos dados coletados, passando por subnotificação de morbidades, problemas na organização de fluxos de informação, ausência de variáveis materno-infantis importantes, até a não acessibilidade pública dos dados (MARQUES, 2003; BASTA *et al.*; 2004; SOUZA, 2005; SOUZA, CAMARGO; SANTOS, 2006; SOUZA, SCATENA; SANTOS, 2007).

Em relação ao Sisabi, percebe-se que sua atuação é reflexo da compreensão restrita do que seja saneamento ambiental, levando a ações também restritas. Na prática, somente são

desenvolvidas ações de abastecimento de água e só existe Aisan onde há esse abastecimento feito pela Funasa.

O Sisabi não atende a integralidade, uma vez que se encontra desarticulado das ações de saúde. Essa fragmentação entre as ações de saúde e de saneamento são fruto de causas institucionais históricas, conforme pode se verificar a partir da análise institucional.

É possível ressaltar que estes sistemas *não contemplam* integralmente a perspectiva da Vigilância em Saúde, uma vez que, diante de suas limitações e do contexto institucional no qual estão inseridos, também não estão inclinados nesta direção. Se um sistema de informação é reflexo da instituição em que está inserido, a fragmentação, o anarquismo informacional e o enfoque restrito da saúde e do ambiente, também são características encontradas nestes sistemas. Tais aspectos foram evidenciados neste estudo, e estão em desacordo com os princípios do SUS. Costa (2003), ao estudar as ações de saneamento desenvolvidas pela Funasa, afirma ser a instituição herdeira da Fsesp, indo ainda hoje na contramão do SUS. Segundo o autor, em uma recente publicação:

A Funasa representa hoje um conceito velho, numa estrutura arcaica. A Funasa é um não-SUS dentro de si. Algo extemporâneo, que não se justifica mais. É uma política que não está inserida na promoção da saúde, tampouco na de saúde ambiental do Ministério da Saúde (COSTA, 2009, p. 8).

Através das análises construídas por RSA percebeu-se diferenças internas e desigualdades territoriais, fato este não diagnosticado a partir das variáveis disponibilizadas pelo Siasi e Sisabi. Isso reforça a importância de se aprimorar os sistemas de informação, a partir do fortalecimento de seu gerenciamento na realidade local. No entanto, essa necessidade perpassa precipuamente pela construção de uma política informacional que esteja em consonância com a PNASPI e, por conseguinte, com o SUS.

Se a *descentralização* requer uma autonomia política financeira, percebe-se até hoje que os Dseis não têm vivenciado tal questão. No entanto, a partir das atuais discussões, essas mudanças parecem estar a caminho. O Sisabi, na sua fase de formulação, não contou com a participação dos profissionais do nível local. Muitas das limitações do Sisabi, encontradas no estudo de Viana (2005) e nos achados deste trabalho, podem ser decorrentes desse processo, que não permitiu a participação dos profissionais das Coordenações Regionais, Dseis e de outras entidades, como as universidades em cada Estado, e, principalmente, da população indígena.

Considerando as características de participação comunitária e de “conveniência social” do sistema de informação para o distrito sanitário, descritas por Tasca, Grego e Villarosa (1999, p. 273), percebe-se que tanto o Sisabi quanto o Siasi, foram concebidos sem

legitimidade. De acordo com Viana (2005, p. 117), “o próprio sistema já nasceu distante dos distritos sanitários, e assim constituiu-se um instrumento estéril, porque não é conhecido, usado, partilhado, no gerenciamento e na tomada de decisões nos distritos sanitários”.

Confirmando os achados deste estudo, que analisou a política informacional de saúde indígena, considerando-a como um reflexo da instituição na qual está inserida, Viana (2005, p. 117) afirma que a operacionalização do “Sisabi é um reflexo da estrutura da Funasa, que se comporta à parte do Dsei”. Acrescenta-se que o desenvolvimento dos sistemas de informação – Siasi e Sisabi, sua implantação e gestão refletem as características institucionais da Funasa, de fragmentação, enfoque na tecnicidade descontextualizada, abordagem restrita da saúde, em contraposição às diretrizes do SUS. Fatores esses também destacados por outros autores (COSTA, 2005; TEIXEIRA, 2007).

Equidade “implica diminuir diferenças desnecessárias, injustas ou evitáveis, nas condições de saúde ou no acesso aos serviços, de acordo com as necessidades de diferentes grupos populacionais” (MENDES, 1999, p.57). Foi possível perceber, nesse trabalho, que os povos indígenas apesar de serem protegidos do ponto de vista jurídico, são sujeitos a vulnerabilidades, na forma como que Barcellos e Monken (2007) as definem: quando grupos sociais estão sujeitos a fatores que aumentam os riscos à saúde. Para Freitas *et al.* (2002), o conceito de vulnerabilidade no contexto das políticas públicas pode ser subdividido em dois, a saber, “vulnerabilidade populacional” e “vulnerabilidade institucional”. O primeiro é quando os fatores de risco à saúde estão relacionados com as características políticas, econômicas, étnicas, de gênero, idade etc. O segundo “está associado ao funcionamento da sociedade em termos das políticas públicas, processos decisórios e das instituições que atuam na produção de condicionantes estruturais”. (BARCELLOS; MONKEN, 2007, p. 231). Os povos indígenas apresentam ambos os tipos de vulnerabilidade.

Um relatório recente sobre os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) relacionados aos povos indígenas do Brasil chama a atenção para uma gritante inexistência de informações sociodemográficas e de morbi-mortalidade para este segmento populacional. Esse quadro se repete para os demais povos indígenas, habitantes de outros continentes. No Simpósio Internacional sobre determinantes relacionados à saúde indígena, realizado nos dias 29 e 30 de abril de 2007, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde – OMS (*Commission on Social Determinants of Health – CSDH*), registrou a preocupação com “a baixa visibilidade das populações indígenas nos relatórios demográficos oficiais e a necessidade de melhor qualidade epidemiológica e de outros dados relacionados

com a saúde” (COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2007, p. 33, tradução nossa).

Dessa forma, os sistemas de informação em saúde, na abordagem da epidemiologia social precisam focalizar não somente as exposições e os efeitos individuais dos sujeitos, mas, sim, objetivar a produção de informações que retratem os aspectos socioambientais e as redes sociais em um dado espaço. Urge reverter o atual panorama, em que as variáveis sociosanitárias e econômicas nos SISs do SUS ainda são pouco valorizadas pelos profissionais de saúde e, por conseguinte, as menos preenchidas. Por outro lado é necessário, frente às fases de desenvolvimento de um sistema de informação, considerar o desprendimento destes profissionais e as repercussões dos SISs em seus processos de trabalho.

Essa preocupação há muito vem sendo discutida no SUS e atualmente está expressa nas diretrizes da Pniis. Mesmo com a política instituída a partir de 2003 e de se falar, há anos, sobre várias de suas diretrizes, como integralidade entre os sistemas, percebe-se que muitos SISs são desenvolvidos sem considerar a política informacional do SUS. Ao analisar a política de informação em saúde indígena, percebe-se que o Siasi e o Sisabi exemplificam estas considerações supracitadas. Um exemplo é que o Sisabi parece ser o único sistema indígena que busca atender às questões ambientais, enfocando, contudo, uma visão restrita do saneamento básico. Mesmo sendo o Siasi um sistema voltado para a atenção em saúde indígena, dos módulos em funcionamento hoje, parece que a Funasa e os demais setores do MS vêm privilegiando apenas os dados demográficos. A preocupação maior parece estar associada à quantificação da população indígena. Chega-se claramente a essa conclusão, uma vez que as condições de nascimento não são expressas no sistema, e os aspectos causais da mortalidade possuem pouca credibilidade, pois não há atualmente um rigor na codificação das causas de óbitos, segundo o proposto no Código de Classificação Internacional de Doenças (CID-10). O módulo de morbidade do sistema segue a mesma linha uma vez que, por descrédito nos dados produzidos pelo Siasi, foram instituídas, paralelamente ao sistema, planilhas eletrônicas para coletar dados semelhantes que circulam até hoje.

Apesar da Pnspi ter sido implementada desde 1999, a articulação entre a instância municipal e as ações de saúde executadas no Polo-base Xukuru (Funasa), ocorreu apenas a partir de 2006. A SMS de Pesqueira, em relação à informação em saúde tem contemplado, neste primeiro momento, apenas a etapa de coleta dos dados das famílias indígenas, de forma a incluí-los no Siab, das produções ambulatoriais (SIA), e SIS-FAD.

Percebe-se que essa ação representa uma busca por informações sobre a saúde dos indígenas (fato esse que a gestão municipal não detém), além de visar o aumento da cobertura municipal do Programa de Saúde da Família (PSF), de 40 para 70%. Várias falas dos sujeitos do estudo revelam resistências por parte das EMSs no preenchimento das fichas que seguem pela SMS. Os profissionais de saúde relatam duplicidade de informações, enviadas paralelamente para o DSEI e para o município, aumentando o número de formulários a serem preenchidos.





---

## 5 CONCLUSÕES

*[...] e a saúde tem que ser uma coisa ofertada [...]  
Tem que ser algo de qualidade,  
Tem que ser algo bem feito  
Respeitando o tradicional, respeitando o específico e o diferenciado<sup>72</sup>*

---

<sup>72</sup> Informação verbal coletada a partir da Assembleia do Povo Xukuru do Ororubá, em maio de 2007.

## 5 CONCLUSÕES

A política de informação no contexto indígena apresentou-se anárquica desde a colonização até os dias atuais. Até a década de 1950, os dados produzidos refletiam a preocupação da vigilância centrada nas doenças exógenas adquiridas pelos índios em contato com a sociedade nacional. Entre as décadas de 1960 e 1970, encontram-se marcas da tecnocracia e da fragmentação da informação em saúde, seguindo um modelo informacional híbrido anárquico, utópico-tecnocrático e feudalista. Na década de 1980, com os movimentos sanitários e indigenistas, inicia-se um processo mais democrático da saúde, tomando a política informacional um contorno mais federalista. No entanto, o relatório da I CNSI, realizada em 1986, revelou a preocupação centrada nos dados demográficos, e o reforço ao modelo emissor receptor caracterizou a política de informação em saúde ainda como utópico-tecnocrática.

É formulado, na década de 1990, o Siasi, e nesse período percebe-se um distanciamento do modelo federalista de informação, pois o desenvolvimento do sistema é marcado por uma incipiente legitimidade política. A política informacional continua anárquica e feudalista, pois as informações em saúde indígena encontram-se segmentadas nos diferentes programas, além de haver iniciativas de produzi-las no IBGE, Datasus e Funasa. Por fim, os anos 2000 são marcados pelo rápido processo de implementação e implantação do Siasi e pelo desenvolvimento do Sisabi desintegrado do setor saúde de saúde indígena da Funasa.

Atualmente, a política de informação em saúde indígena é híbrida, com características do modelo utópico-tecnocrático, anarquista e feudalista. Continua a mesma política do final da década de 1980, antes da criação do Siasi e Sisabi. Especificamente no Dsei-PE foi possível perceber, ao longo dos anos do estudo (2007-2009), um maior controle da informação por parte do gerente, atributo característico do modelo monarquista.

Ao caracterizar a política informacional no contexto da saúde indígena, foi possível perceber que a participação popular na construção de suas diretrizes se deu apenas nos espaços instituídos pelo SUS, como o CNS, Cisi. No entanto, a política de informação, na fase de implementação se limitou às concepções e vieses provenientes da cultura e comportamento organizacional da Funasa. O processo de desenvolvimento e implantação do Sisabi e do Siasi evidencia a veracidade dessas afirmações, haja vista que não foram legitimados, nem pelos entes federados municipais, distritais e estaduais, nem perante as comunidades indígenas.

Ao analisar a política de informação em saúde indígena no âmbito distrital, a partir do estudo de caso na etnia Xukuru do Ororubá, os achados demonstraram que nenhuma das diretrizes constitucionais da saúde – descentralização, atenção integral e participação popular, promulgadas desde 1988, estão sendo seguidas adequadamente. No lugar do comando único, encontraram-se comandos paralelos, que seguiam em direção ao nível federal, ora via equipes de saúde → SMS de Pesqueira → SES de Pernambuco → Ministério da Saúde, ora via equipes de saúde → Polo- base → Dsei-PE → Funasa.

Ao pensar que os sistemas de informação devem ser geridos dentro de um distrito sanitário, percebe-se que uma dada política de informação deve também construir diretrizes nesta direção. Em relação ao contexto da saúde indígena, a análise dos sistemas (Siasi e Sisabi) a partir de um enfoque da Reprodução Social proposto por Juan Samaja, demonstrou que as especificidades culturais, sociais e políticas estão sendo parcialmente contempladas. Ademais, apesar das potencialidades dos sistemas estudados (Siasi e Sisabi), não estão sendo capazes, frente a suas atuais limitações, de retratar adequadamente alguns dos problemas de saúde identificados na etnia em estudo. Considerando que vários desses achados foram corroborados em estudos desenvolvidos em outros Dseis, percebe-se que a problemática da informação não é restrita ao Dsei-PE.

A política de informação no contexto da saúde indígena tem um objeto de vigilância restrito, que abrange apenas (e muito mal) as doenças transmissíveis, sendo incipiente o uso da informação para a vigilância das doenças crônicas, acidentes e violência. Cabe destacar que as recentes portarias publicadas, a partir de 2006, com o Pacto pela Saúde, relacionadas à informação, trouxeram avanços, com a inclusão dos tipos de estabelecimentos e equipes indígenas no Cnes, uma melhor definição no fluxo da informação do SIM e Sinasc dentre outros. E isto sugere uma ampliação do objeto de vigilância, de modo a contemplar uma prática epidemiológica voltada para uma melhor organização e produção dos serviços de saúde.

A integração institucional não tem sido contemplada, uma vez que a política de informação em saúde indígena é utópica-tecnocrática, feudalista e fragmentada em seus distintos departamentos. Sendo assim, a análise da política informacional demonstrou que “distritalização diferenciada”, pensada para atender as especificidades indígenas, vem negando a complementaridade nas ações desenvolvidas pelos Estados e Municípios.

A análise da política de informação em saúde indígena demonstrou ser o modelo médico-assistencial ainda hegemônico, juntamente com o modelo sanitarista, estando este focado nas campanhas e programas especiais e aquele no objeto da doença.

Ao analisar algumas das limitações do Siasi e Sisabi e os processos políticos relacionados ao uso da informação em saúde, percebeu-se que, enquanto no âmbito municipal a ação da vigilância ambiental restringiu-se pontualmente a algumas doenças endêmicas, como dengue, o Dsei-PE não priorizou as ações complexas e interdisciplinares de vigilância em saúde ambiental. As ações ainda estão focadas em um saneamento básico insustentável que somente privilegia os serviços de abastecimento de água. Assim, não priorizar as ações preventivas e o conceito de saúde expresso nestes sistemas constitui uma visão restrita biologicista da doença.

Por fim, se considerarmos que a Pnasp apresenta uma concepção avançada, ao estabelecer que o Siasi deve seguir a perspectiva da vigilância em saúde, em contrapartida percebemos que a atual política de informação em saúde indígena, na forma concreta em que vem sendo implementada, não está em consonância com a política estabelecida para estes povos, nem muito menos com o SUS, uma vez que nega a própria Constituição de 1988.

A política de informação em saúde indígena pode contemplar a vigilância em saúde a partir do momento em que considerar as especificidades locais de cada etnia. A presente pesquisa demonstrou que respeitar essas especificidades perpassa por um olhar diferenciado sobre o território. Ao reagrupar os dados do Sisabi e do Siasi, a partir das necessidades espaciais da população indígena, foram vislumbradas especificidades para as diferentes RSAs no TI Xukuru do Ororubá.

Considerar a divisão socioespacial no planejamento, produção da informação, avaliação e execução das ações de saúde e ambiente é fundamental, de modo a respeitar a realidade local. Fica evidente a necessidade de uma visão ecossocial, que considere o território indígena de uma forma global, incluindo os valores, costumes e respeito a sua organização social. A utilização de uma abordagem integrada e participativa na análise dos SIS representa uma boa estratégia, capaz de subsidiar o planejamento, a avaliação e a execução de ações de saúde e ambiente, de modo a atender as necessidades locais.

Esse estudo demonstrou que a qualidade de um SIS, considerando a perspectiva da vigilância à saúde, implica não somente em utilizar critérios objetivos, mas também considerar as percepções subjetivas, de significado e relevância da informação para um dado grupo populacional. Dito de outro modo: sendo a informação integrante dos fenômenos sociais, e por isso dotada de historicidade e complexidade, não pode ser apreendida somente tecnicamente, mas, sim, a partir de uma abordagem política.

Conceituar a qualidade da informação a partir de uma abordagem política aproxima os sistemas de informação, de modo a atender às especificidades locais. Entendendo a Vigilância

em Saúde enquanto processo que enfatiza as práticas sanitárias, o contexto local, o empoderamento social, a promoção da saúde e o desenvolvimento da cidadania e autonomia dos sujeitos, a abordagem política da informação corrobora com as diretrizes propostas na PNIIS.

Por fim, coloca-se a impermeabilidade da Funasa frente à população brasileira, expressa na indisponibilidade pública do Siasi e do Sisabi, apesar de muitas das informações de saúde do SUS serem disponibilizadas pelo Ministério da Saúde de forma *on-line*, através do Datasus. Em relação à saúde indígena, isso só é possível, se solicitado por ofício, na sede da Funasa. Tal aspecto demonstra uma concentração e perspectiva feudalista de deter as informações como se elas fossem de uso exclusivo do Estado.

Na verdade, se a informação é uma ferramenta para a tomada de decisão e se o SUS é democrático e conta com a participação efetiva da população, exercida através do controle social, então a fácil disponibilização de informações com qualidade para embasar um contexto é imprescindível para o efetivo exercício da cidadania. A abordagem política da informação é aquela que considera a sua produção de forma universal, isto é, envolvendo os sujeitos com suas distintas características sociais, econômicas e étnicas e, ainda, é aquela que a produz de forma participativa com os atores envolvidos. Para proporcionar uma saúde indígena de qualidade, é condição “sine qua non” uma abordagem desta natureza, de modo que seja utilizada como instrumento de empoderamento e transformação social.

Vários são os caminhos a serem percorridos na busca da integração institucional, de modo que a atenção à saúde dos povos indígenas do Brasil seja efetivada. A descentralização diferenciada pensada para o Subsistema, principalmente nas regiões onde o contato dos indígenas com a sociedade nacional é mais antigo, como é o caso do Nordeste, deve privilegiar a gestão municipal, de modo a integrar e fortalecer a complementariedade das ações indígenas.

É mister abandonar esta política de empilhamento e fragmentação de dados, isto é, sair da prática meramente técnica de coleta e avançar para a produção de informações da situação de saúde indígena e seu uso como ferramenta de empoderamento social e fortalecimento da cidadania.

A qualidade de vida vislumbrada para os povos indígenas do Brasil, proposta na Pnspi, só será de fato possível com a inclusão desses enfoques em suas intervenções. Isso requer um esforço coletivo em direção ao empoderamento social e de desenvolvimento da cidadania dos povos indígenas. A informação, na abordagem política, é pensada como insumo, não eminentemente técnico, mas macroestratégico, um instrumento catalisador na

busca da integração das instâncias locais, de modo que o SUS não seja dividido em SUS para índios e SUS para não-índios.

## REFERÊNCIAS

- ACURCIO; F. A.; SANTOS, M. A.; FERREIRA, S. M. G. A aplicação da técnica da estimativa rápida no processo de planejamento local. In: MENDES, E. V. (Org.) **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998, p. 87-110.
- ADORNO, R. C. F.; ALVARENGA, A. T.; VASCONCELLOS, M. P. Quesito cor no sistema de informação em saúde. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 18, n. 50, p. 119-123, 2004.
- ALMEIDA, E. A. **Xukuru Filhos da Mãe Natureza**: uma história de resistência e luta. Olinda: Centro Luiz Freire, 1997.
- ALMEIDA, M. F. Descentralização de Sistemas de Informação e o uso das informações a nível municipal. **IESUS**, v. 7, n. 3, jul./set., p. 27-33, 1998.
- ALVES FILHO, P. **A Saúde Bucal dos Índios Guarani no Estado do Rio de Janeiro**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.
- ALVES-SOUZA, R. A.; KOYASHIKI, G. A. K.; ALMEIDA, M. J. Um olhar sobre a informação no espaço de fortalecimento da cidadania. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 2, p. 26-32, jun, 2007.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA . **Compatibilizarão de bases de dados nacionais**. (Oficina de trabalho/ Grupo temático de Informações em Saúde e População – GTISP/ABRASCO). Relatório final. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAUDE COLETIVA, V, Águas de Lindóia, 1997.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA . **Pacto pela democratização e qualidade da Informação e Informática em saúde**. Oficina de trabalho/ Grupo temático de Informações em Saúde e População – GTISP/ABRASCO). Relatório final. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAUDE COLETIVA, VIII e CONGRESSO MUNDIAL DE SAÚDE COLETIVA, XI, 2006a, Rio de Janeiro.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. **Relatório da oficina de Vigilância e Controle da tuberculose em Povos Indígenas no Brasil**. (Grupo Temático Saúde Indígena/ Abrasco). 2006. Rio de Janeiro, 26 e 27 de abr. 2006b.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA;  
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS. **Informação em Saúde a serviço da sociedade** (Grupo Temático informação em saúde e população). Rio de Janeiro, 1993.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA;  
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS. **Breve síntese de sua trajetória** (Grupo Técnico de Infor em Saúde e População – GTISP). Rio de Janeiro, 2007.

AUGUSTO, L. G. S. A construção de indicadores em saúde ambiental: desafios conceituais. In: MINAYO, M. C. S.; MIRANDA, A. C. (Orgs.) **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 291-312.

AUGUSTO, L. G. S. Saúde e Ambiente: uma perspectiva interdisciplinar para a saúde coletiva. **Revista do Ministério Público de Pernambuco**, Recife, v. 5, p. 125-135, 2006.

AUGUSTO, L. G. S. Saúde e Vigilância Ambiental: um tema em construção. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 177-187, out./dez., 2003,

AUGUSTO, L. G. S.; BRANCO, M. A. F. Política de Informação ambiental. **Rev. Bras. Epidemiol.**, Rio de Janeiro, v. 6, n.2, p. 150-157, 2003.

AZEVEDO JUNIOR, D. P.; CAMPOS, R. Definição de requisitos de software baseada numa arquitetura de modelagem de negócios. **Produção**, v.18, n. 1, p. 26-46, jan/abr, 2008.

BALDIJÃO, M. F. A. Sistemas de informação em saúde. **São Paulo Perspect.**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 21-28, out./dez., 1992.

BARCELLOS, C.; MONKEN, M. Instrumentos para o Diagnóstico Sócio-Sanitário no Programa Saúde da Família. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. (Orgs.) **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 225-265.

BARRETO, A. A. A questão da Informação. **Revista São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, v. 8, n. 4, 1994.

BASTA *et al.* Aspectos epidemiológicos da tuberculose na população indígena Suruí, Amazônia, Brasil. **Revista da Sociedade de Medicina Tropical**, Brasília, v. 37, n. 4, p. 338-342, jul/ago, 2004.



BECKER, H. S. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

BRANCO, M. A. F. **Informação e Saúde: uma ciência e suas políticas em uma nova era**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

BRANCO, M. A. F. Informação e tecnologia: desafios para a implementação da rede Nacional de Informações em Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 95-123, 1998.

BRANCO, M. A. F. Informação em Saúde como elemento estratégico para a gestão. In: BRANCO, M. A. F. **Política Nacional de Informação em Saúde no Brasil: um olhar alternativo**. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

BRANCO, M. A. F. Sistemas de Informação em Saúde no nível local. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 267-270, abr./jun., 1996.

BRASIL (Ministério da Saúde). **Uso e disseminação de informações em saúde: subsídios para elaboração de uma política de informações em saúde para o SUS** (Relatório final). Oficina de trabalho/ Ministério da Saúde e Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), 1993.

BRASIL. Constituição (1988a). Dos Índios. In: Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Constituição (1988b). Da Saúde. In: Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Decreto nº. 2.477, de 28 de janeiro de 1998. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jan. 1998. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D2477.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D2477.htm)>. Acesso em: 29 de maio de 2009.

BRASIL. Decreto-lei nº. 100, de 16 de abril de 1991. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 abr. 1991.

BRASIL. Lei nº. 6.001, de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 dez. 1973. Seção 1, p.13.

BRASIL. Lei n°. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <<http://www.in.gov.br>> Acesso em: 11 jan. 2008.

BRASIL. Lei n°. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 dez. 1990b. Disponível em: <<http://www.in.gov.br>> Acesso em: 11 jan. 2008.

BRASIL. Lei n°. 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos a Lei n°. 8.080 de 19 de setembro de 1990, instituindo o Subsistema de atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 1999, Seção I, p.1. Disponível em: <http://www.in.gov.br>. Acesso em: 11 jan. 2008.

BRASIL. Medida Provisória n°. 1.911-8, de 29 de julho de 1999. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF. Disponível em: <http://www.in.gov.br>. Acesso em: 11 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. (Org.). **Gestão Municipal em Saúde: Textos Básicos**. Rio de Janeiro, 2001. p. 163-169.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de **Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2005**: uma análise de saúde no Brasil. Brasília, 2005.

BRASIL. Orientações para o Processo de Pactuação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada à Saúde dos povos indígenas (Criados pela Portaria GM/MS n°. 2.656/2007, 2008. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saude\\_indigena.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saude_indigena.php)>. Acesso em: 29 de outubro de 2009.

BRASIL. Portaria n°. 2.203 de 5 novembro 1996. Norma Operacional Básica – NOB, **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 nov. 1996, n. 216. Disponível em: <http://www.in.gov.br>. Acesso em: 11 jan. 2008.

BRASIL. Portaria n°. 254, de 31 de janeiro de 2002. **Diário Oficial União**, seção 1. N°. 26, 6 de fevereiro de 2002, p. 46 a 49, 2002.

BRASIL. Portaria n°. 475, de 01 de setembro de 2008. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 02 set. 2008. Seção 1, p.33-34.

BRASIL. Portaria nº. 2.656 de 17 de outubro de 2007. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas. **Diário Oficial da União**, seção 1. Nº. 201, 18 de outubro de 2007, p. 31, 2007.

BRASIL. Portaria/GM nº. 70, de 20 de janeiro de 2004. Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF.

BRASIL. Secretaria Executiva, Área de Informação e Informática em Saúde. **A Construção da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. (versão. 1.3 resumida). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

BROWNE, M. **The Field of information policy**: Fundamental concepts. *Journal of Information Science*, London, v. 23, n. 4, p. 261-275, 1997.

CARLOS E.A.; COIMBRA JR., SANTOS, R. V.; GARNELO, L. Salud de los Pueblos Indígenas y Políticas Públicas en Brasil. **Anales**, La Rioja, n. 9-10, p. 137-152, 2007.

CARVALHO, E. F. et al. O processo de transição epidemiológica e iniquidade social: o caso de Pernambuco. **RASPP – Revista da Associação de Saúde Pública do Piauí**, Terezina, v. 1, n. 2, p. 107-119, jul./dez. 1998.

CENTRO DE DESENVOLVIMENTO E APOIO AOS MUNICÍPIOS E COMUNIDADES (Disquete). **Projeto de capacitação e assessoria técnica (PCAT) – Xukuru**. Pesqueira, 2007. Apresentação proferida durante a VII Assembléia do povo Xukuru.

CESSE, E. A. P.; FREESE, E. F. Vigilância Epidemiológica: evolução do conceito e instrumentalização de práticas no contexto municipal. In: FREESE, E. F. (Org.) **Municípios: A gestão da mudança em saúde**. Pernambuco: Ed. Universitária UFPE, p. 91-111, 2003.

CHAUÍ, M. **Cultura e democracia**: o discurso competente e as outras falas. São Paulo: Cortez, 1993.

CHAVES, M. B. G.; CARDOSO, A. M.; ALMEIDA, C. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 295-305, 2006.

CHUIT, R. Vigilância epidemiológica o vigilancia de salud. **Boletín de la Academia de Medicina de Buenos Aires**, Buenos Aires, v.79, n. 2, p. 291-300, 2001.

COIMBRA Jr., C.E.A.; SANTOS, R.V., **Perfil Epidemiológico da população Indígena no Brasil: Considerações Gerais**. Documento de Trabalho no. 3. Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia, Universidade Federal de Rondônia. Porto Velho, 2001.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. 2007, Adelaide.  
**Documento**. Social determinants and Indigenous health: The International experience and its policy implications. In: International Symposium on the Social Determinants of Indigenous Health, 2007.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE PROTEÇÃO À SAÚDE DO ÍNDIO, 8., 1986, Brasília, DF. **Relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA, 3., 2001, Luziânia, GO. **Relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA, 4., 2005, Brasília, DF. **Documento base**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE PARA AS POPULAÇÕES INDÍGENAS, 2., 1993, Brasília, DF. **Relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1993.

CONSEJO DE DEFENSA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE. COMISION DE GESTION DEL PROYECTO. 1996, Lomas de Zamora. **Documento final**. Elementos para um Diagnóstico de Situación de los Ambientes de desarrollo de La infância y La adolescência en el Partido de Lomas de Zamora, 1996.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. Brasília. Saúde dos Povos Indígenas: Direito a uma atenção diferenciada. **Cadernos do Cimi**, n. 3, 1999. 46p.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Brasil. In: SEMINÁRIO NACIONAL DESAFIOS DA SAÚDE INDÍGENA: GESTÃO E CONTROLE SOCIAL. 2008, Brasília. **Relatório final**. Brasília, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Brasil. **Manual operacional para Comitês de Ética em Pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Brasil. Indicadores de Saúde para monitoramento da Gestão como ferramenta para a participação e controle social. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 8.,

CONGRESSO MUNDIAL DE SAÚDE COLETIVA, 11., 2006, Rio de Janeiro. **Anais**. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, 2006

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Atenção à saúde da população Indígena. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Org.). **Para entender a gestão do SUS: Atenção Primária e Promoção à Saúde**. Coleção CONASS, Progestores. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 158-192.

CORCHO, D. B. La vigilancia em salud. Elementos básicos que debe conocer em médico de família. **Rev. Cubana Gen Integr**, Cuba, v. 18, n. 1, p. 76-81, 2002.

COSTA, A. M. **Avaliação da Política Nacional de Saneamento, Brasil, 1996-2000**, Tese (Doutorado em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2003.

COSTA, D. C. Política Indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 388-401, out./dez. 1987.

COSTA, M. C. *et al.* Epidemiologia e determinantes das DCNT em Populações Indígenas do Brasil. In: FREESE, E. (Org.) **Epidemiologia, Políticas e Determinantes das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil**. Pernambuco: Editora Universitária UFPE, 2006. p. 303-319.

COSTA, M. C. Saúde Pública e Saneamento: resistências e possibilidades intersetoriais no contexto da Lei do Saneamento Básico. In: Berenice de Souza Cordeiro. (Org.). **Conceitos, características e interfaces dos serviços públicos de saneamento básico**. Brasília: 2009, v. II, p. 347-356.

CZERESNIA, D.; RIBEIRO, A. M. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 595-617, jul./set., 2000.

DAVENPORT, T. H. Ecologia da Informação: por que só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação. São Paulo: Ed. Futura, 2002.

DAVENPORT, T.; PRUSAK, L. **Conhecimento Empresarial: Como as organizações gerenciam o seu capital intelectual**. 7 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: teorias e Abordagens**, 2 ed, São Paulo: Artes Médicas, 2006.

GALINDO, E. F. **A intersectorialidade como requisito para construção de uma Cidade Saudável: política de Saneamento e de Saúde no Recife (gestão 2001-2004) - Estudo de Caso.** Dissertação (Mestrado Desenvolvimento Urbano). Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2003.

ESCRIVÃO JUNIOR, A. (Coord.). **Informação em Saúde: acertos, erros e perspectivas.** Oficina de trabalho/ Grupo temático de Informações em Saúde e População – GTISP/ABRASCO (Org.). Relatório final. CONGRESSO BRASILEIRO DE SAUDE COLETIVA, VII, Brasília. 2003.

FARIAS, G. B.; VITAL, L. P. Informação para negócios e Políticas de Informação. **Revista ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina**, Florianópolis, v. 12, n.1, p. 87-98, jan-jun, 2007.

FELIX, C. E. **Uma Escola para Formar Guerreiros.** Ed. Print Fox. 2007. Irecê.

FERREIRA, S. M. G. Sistema de Informação em Saúde. In: BRASIL (Ministério da Saúde) (Org.). **Gestão Municipal em Saúde: Textos Básicos.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. p. 171-124.

FREIRE, G. H. **Ciência da Informação:** temática, histórias e fundamentos. *Perspect. Ciênc. Inf.*, Belo Horizonte, v. 11, n. 1, p. 6-19, jan./abr., 2006.

FREITAS, C. M. A vigilância da Saúde para a Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D. FREITAS, C. M. (Orgs.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 141-160.

FREITAS, C. M. *et al.* Segurança química, saúde e ambiente: perspectivas para a governança no contexto brasileiro *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 249-256, jan./fev. 2002.

FREITAS, C. M. Problemas ambientais, saúde coletiva e ciências sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 137-150, 2003.

FREITAS, H. M. R.; KLADIS, C. M. Da informação à Política Informacional das organizações: um quadro conceitual. *RAP*, São Paulo, v.29, n. 3, p. 73-86, jun./set., 1995.

FREITAS, C. M.; PORTO, M. F. S. **Saúde, ambiente e sustentabilidade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

FREY, K. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 368-375, jul./dez. 2006.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **100 anos de Saúde Pública**: a visão da FUNASA. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília, 2002.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 21 p.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, (Brasil). Caderno do Agente Indígena de saneamento. Orientações técnicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. 32 p.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco (DSEI-PE). **Plano Distrital de Saúde Indígena**. Recife, 2005.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco (DESI-PE). **Plano Distrital de Saúde Indígena**. Recife, 2008.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena de Pernambuco. Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco**. Dados demográficos dos índios de Pernambuco. Recife, 2006.

GARNELO, L.; BRANDÃO, L. C.; LEVINO, A. Dimensões e potencialidades dos sistemas de informação geográfica na saúde indígena. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 634-640, 2005.

GÓMEZ, M. N. G. A Informação: dos estoques às redes. **Ci. Inf.**, Brasília, v.24, n. 1, p. 77-83, jan./abr., 1995.

GÓMEZ, M. N. G. Além do Estado e do mercado: a busca de novos parâmetros de institucionalização da informação. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 118, n. 3, p. 143-150, set./dez., 1994.

GÓMEZ, M. N. G. Da política de informação ao papel da informação na política contemporânea. **RIEP**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 67-93, abr., 1999.

GÓMEZ, M. N. G. Novos cenários políticos para a informação. **Ci. Inf.**, Brasília, v.31, n. 1, p. 27-40, jan./abr., 2002.

GONÇALVES, G. M. S. **O uso do agrotóxico na etnia Xukuru do Ororubá (Pesqueira-PE)**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2008.

GONDIM, G. M. M. Do conceito de risco ao da Precaução: entre determinismos e incertezas. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. (Orgs.) **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 87-120.

GRIBEL, E. B. **Atenção Básica: do processo de trabalho ao sistema de informação**. Dissertação (Mestrado Profissional)-Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2005.

GUIMARÃES, E. M. P.; ÉVORA, Y. D. M. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Ci. Inf**, Brasília, v. 33, n. 1, p. 72-80, jan./jun., 2004.

GURGEL, I. G. D. **A Pesquisa Científica na Condução de Políticas de Controle de Doenças Transmitidas por Vetores**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2007.

HELLER, L. Relação entre saúde e saneamento na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 73-84, 1998.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S.; FRANCO, F. M. M. Vigiar. In: \_\_\_\_\_. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. p. 2860

IBGE. **Cidades**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 29 de outubro de 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE AMIZADE E SOLIDARIEDADE AOS POVOS. **Povos Indígenas em Pernambuco (Dossiê)**. Recife, 1991.

KEEN, J; PACKWOOD, T. Usando estudos de caso na pesquisa em serviços e em políticas de saúde In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2 ed., Artmed, Porto Alegre, 2006. p. 61-70.



KRUCHTEN, P. *Introdução ao RUP: Rational Unified Process*. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2003.

KVALE, S. **Interviews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing**. London: Sage Publications, 1996.

LAST, J. A. **Dictionary of Epidemiology**. New York: Oxford University Press, 1988.

LEAL, C. Encontro entre Indígenas e Quilombolas em Pernambuco, das etnias Xukuru e Crioulas. 2008. Disponível em: [www.koinonia.org.br/oq/uploads/noticias/2974\\_oqabril.pdf](http://www.koinonia.org.br/oq/uploads/noticias/2974_oqabril.pdf). Acesso em: 29 de agosto de 2008.

LIEBER, R. R. Risco, incerteza e as possibilidades de ação na saúde ambiental. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 6, 2, p. 121-134, 2003.

LIMA, T. F. P. **Doenças e agravos não Transmissíveis (DANT's) e seus determinantes: Um estudo de novos padrões de mortalidade em populações indígenas de Pernambuco**. 2007. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

LIMA, T.F.P. *et al.* Saúde e ambiente entre os índios Xukuru do Ororubá: Observações preliminares. In: Colóquio internacional de história da Universidade Federal Rural de Pernambuco (Brasil e Portugal: Nossa História ontem e hoje), I., 2007, Recife. **Anais**. Recife, p. 1-15, 2007.

LOJKINE, J. **A Revolução Informacional**. São Paulo: Cortez, 1995.

MANOZZO, R. **Sistema de Informação da Saúde Indígena no Rio Grande do Sul (RS): Processo de Implantação e sua situação atual**. Monografia (Curso de Especialização em Políticas Públicas e Gestão Estratégica do Programa de Pós-Graduação em Administração)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. 5 ed. (Rev. e amp.), São Paulo: Atlas, 2002.

MARQUES, I. M. S. F. **A Política de Atenção à Saúde Indígena: Implementação do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá - Mato Grosso**. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública – Subárea Políticas Públicas e Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MARTELETO, R. M. Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ci. Inf**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 71-81, jan./abr, 2001.

MASCARENHAS *et al.* (Org.) **Projeto cadastro de fontes de abastecimento por água subterrânea. Diagnóstico do município de Pesqueira, estado de Pernambuco** Recife: CPRM/ Programa de Desenvolvimento Energético dos Estados e Municípios (PRODEEM), 2005.

MATTHÄUS, H. Oficina do Futuro como metodologia de planejamento e avaliação de projetos de desenvolvimento local. In: BROSE, Markus. (Org.). **Metodologia Participativa: uma introdução a 29 instrumentos**. 3 ed. Porto Alegre: TOMO editorial, 2005.

McGARRY, K. **O Contexto dinâmico da Informação**. Brasília: Briquet de Lemos, 1999.

MELLO JORGE, M. H. P.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. L. D. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implementação do SIM e do SINASC. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 643-653, mai./jun., 2007.

MENDES, E. V. A reengenharia do Sistema de Serviços de saúde no nível local: A gestão da atenção à saúde. In: MENDES, E. V. (Org.) **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998, p. 57-86.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. (Orgs.) **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 177-224.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em Saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.  
MORAES *et al.* Utilização de grandes bancos de dados nacionais. In: COSTA, M. F. L.; SOUSA, R. P. (Org.). *Qualidade de vida: compromisso da epidemiologia (CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, II)*. 1994, Belo Horizonte. **Anais**. 1994.

MORAES, I. H. S.; GOMÉZ, M. N. G. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 553-565, mai-jun, 2007.

MORAES, I. H. S.; SANTOS, R.F. R. Informações para gestão do SUS: necessidades e perspectivas. (Oficina de trabalho/ Grupo temático de Informações em Saúde e População – GTISP/ABRASCO). **Relatório final**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAUDE COLETIVA, 6., Salvador. 2000.

MORAES, I. H. S.; SANTOS, S. R.F.R. Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas. **IESUS**, Brasília, v. 10, n. 1, p. 49-56, 2001.

MOTA, E.; CARVALHO, D. M. Sistemas de Informação em Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, FILHO, N. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 605-628.

NEVES, R. C. M. Resistência e Estratégias de Mobilização entre os Xukuru. In: ATHIAS, R. **Povos Indígenas de Pernambuco: identidade, diversidade e conflito**. 2 ed. Recife: Ed. Universitária. 2007, p. 242.

OLIVEIRA, K. E. **Guerreiros do Ororubá: O processo de organização política e elaboração simbólica do povo indígena Xukuru**. 2006. Dissertação (Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Sociologia) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

OLIVEIRA, K. E. O espaço do sagrado: os terreiros de Toré como elementos de fortalecimento político no povo Xukuru do Ororubá (PE). Grupo temático 10: Antigas tradições e novas expressões de religiosidade. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES, I, 2007, João Pessoa. **Anais**.

OLIVEIRA, S. M. Adoção de Política Informacional nas organizações. *Hórus: Revista de Humanidades e Ciências Sociais Aplicadas*, Ourinhos, n. 2, 2004.

PAIM, J. S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: BARATA, R. B. (Org.). **Condições de Vida e Situação de Saúde: Saúde e Movimento**. Abrasco: Rio de Janeiro, p. 7-30, 1997.

PAIM, J. S. Vigilância da Saúde: Tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. FREITAS, C. M. (Orgs.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.p. 161-174.

PALITOT, E. M. **Tamain Chamou Nosso Cacique: a morte do Cacique Xicão e a (re) construção da identidade entre os Xukuru do Ororubá**.2003. Monografia, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2003.

PELLEGRINI FILHO, A. Inequidades de acesso a La informação e inequidades de salud. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, Washington, v. 11, n. 5/6, p. 409-413, 2002.

PENA, J.L. **Perfil sanitário, indicadores demográficos e saúde ambiental após a implantação do Distrito Sanitário Especial Indígena: o caso dos Xakriabá em Minas Gerais**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saneamento, Meio Ambiente e Recursos Hídricos), Universidade Federal de Minas Gerais, 2004.

PIANI, P. P. F. **Organização sóciopolítica do povo Xukuru do Ororubá**. p. 186-194. 2006. (mimeo).

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 114, p. 179-195, nov., 2001.

PORTO, Marcelo Firpo. Saúde do Trabalhador e o desafio ambiental: contribuições do enfoque ecossocial, da ecologia política e do movimento pela justiça ambiental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 829-839, 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PESQUEIRA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão**. Pesqueira, PE: Prefeitura Municipal de Pesqueira, 2007.

SÁ, D. A. **Atenção à Saúde no Brasil: um estudo do acesso à assistência a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS)**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2002.

SAMAJA, J. **Epistemología y Metodología**: elementos para una teoría de la investigación científica. 2 ed. Buenos Aires, Eudeba, 1993.

SAMAJA, J. Modelos culturais de saúde-doença-cuidado. In:\_\_\_\_\_. **A reprodução social e a saúde**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000. v. 2, cap. 3.

SAMAJA, J. Muestras y representatividad en vigilancia epidemiologica mediante sitios sentinelas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 309-319, jul./set., 1996.

SAMAJA, J.; YNOUB, R. Monitoreo de Ambientes de Desarrollo Humano (Condiciones de vida e salud). In: **Congreso de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, VII**, marzo 1997, Buenos Aires.

SAMPAIO, J.; ARAÚJO JÚNIOR, J. L. Análise das Políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em AIDS. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 6, n. 3, p. 335-346, jul./set. 2006.

SANCHES, K. R. B.; CAMARGO JÚNIOR, K. R.; COELI, C. M.; CASCAÃO, A. M. Sistemas de Informação em Saúde. In: MEDRONHO, R. A.; CARVALHO, D. M.; BLOCH, K.V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu, 2006, p. 337-357.

SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço – Técnicas e Tempo, Razão e Emoções**. São Paulo: editora Hucitec, 1996.

SANTOS, Milton. **Espaço & método**. 4. ed. São Paulo: Nobel, 1997.

SANTOS, R.V. COIMBRA JR., A.E.A. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas do Brasil. In: COIMBRA JR., A. E.; SANTOS, R. V. **Epidemiologia e Saúde dos Povos indígenas no Brasil**. 20 ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 13-47.

SATO, L. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 489-495, out./dez., 1996.

SCHERER-WARREN, I. **Redes de Movimentos sociais**. São Paulo: Ed. Loyola, 1993.

SILVA, A. X.; CRUZ, E. A.; MELO, V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 683-688, mai./jun., 2007.

SILVA, E. “Nossa Mãe Tamain”. Religião, reelaboração cultural e resistência indígena - O caso dos Xukuru do Ororubá (PE). In: BRANDÃO, S. (Org.) **História das religiões no Brasil**. Recife: Ed. Universitária UFPE, 2002, v. 2, p. 347-362.

SILVA, E. H. Conflitos, esbulhos de terras e mobilizações indígenas no nordeste: uma história em suas (des)continuidades. *Ciências Humanas em Revista*, São Luiz, v. 6, n. 1, p. 33-52, jul., 2008.

SILVA, E. História, memórias e identidade entre os Xukuru do Ororubá. **Revista Tellus**, Campo Grande, UCDB, 2007, p. 1-14 (no prelo).

SILVA, J. P. V.; BATISTELLA, C.; GOMES, M. L. Problemas, Necessidades e Situação de Saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. (Orgs.) **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 159-176.

SILVA, R. C. **Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania**. São Paulo: Vetor, 2002.

SIMON, I. **Informação, comunicação e a sociedade do conhecimento**. Notas de aula: tema 8. Um estudo de caso: a produção e disseminação da literatura acadêmica. Disponível em: <<http://www.ime.usp.br/~is/ddt/mac33901/aulas/www.linux.ime.usp.br/hvila/mac339/tema8.html>>. Acesso em: 12 jun. 2007.

SIQUEIRA, F. A. **Associativismo indígena: o povo Xukuru na Serra de Ororubá e suas várias formas organizacionais**. 1994. Monografia de graduação, Universidade Federal Rural de Pernambuco. Recife, 1994.

SOUZA *et al.* Saúde e Doença em grupos indígenas pré-históricos do Brasil: Paleopatologia e paleoparasitologia. In: SANTOS, R. V.; COIMBRA JR., C. E. A. (Orgs.) **Saúde e Povos Indígenas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 21-42.

SOUZA, C. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In: HOCHMAN, G; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.) **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 65-86.

SOUZA, C. M. N. Relação Saneamento-Saúde-Ambiente: os discursos preventivista e da promoção da saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 125-137, 2007.

SOUZA, C. M. N.; FREITAS, C. M. O saneamento na ótica de profissionais de saúde-saúde-ambiente: Promoção da Saúde ou Prevenção de doenças? **Eng. Sanit. Ambient.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 47-53, 2008.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

SOUZA, L. G.; CAMARGO, P. S.; SANTOS, R. V. **Análise do componente demográfico do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena-SIASI, DSEI Xavante de Mato Grosso, 1999-2004**. 2006. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006\\_820.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_820.pdf)>. Acesso em: 10 de dezembro de 2007.

SOUZA, M. C. **Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena: potencialidades e limitações**. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, MT, 2005.

SOUZA, M. C.; SCATENA, J. H. G.; SANTOS, R.V. O Sistema de informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 853-861, abr. 2007.

SUSIN, Jones; ALVES, Luis Paulo Arena Alves; GOMES, Maria Eliete. Diagnóstico Rápido Urbano Participativo – DRUP. In: BROSE, Markus. (Org.). **Metodologia Participativa: uma introdução a 29 instrumentos**. 3 ed. Porto Alegre: TOMO editorial, 2005.

TAIT, T. F. C. **Um modelo de Arquitetura de Sistemas de Informação para o setor público**: Estudo em empresas estatais prestadoras de serviços de informática. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000.

TAMBELLINI, Anamaria Testa; CÂMARA, Volney de Magalhães. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. **Revista Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 47-60, 1998.

TANAKA O.Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI M.L.M.; MERCADO, F.J. (Org.) **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Petrópolis: Editora Vozes, p. 121 – 136, 2004.

TASCA, R.; GREGO, C.; VILLAROSA, F. N. D. Sistemas de Informação em saúde para distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (Org.) **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999, 4 ed., 1999.

TEIXEIRA, C. C. O Museu da Funasa e a saúde indígena. **Série Antropologia**. Brasília: Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília (DAN/UnB). v. 409, 2007.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **IESUS**, Cidade, v. 7, n. 2, p. 7-28, abr./jun., 1998.

VARELA, A. Informação e construção da cidadania. Brasília: Thesaurus, 2007.

VASCONCELLOS, M. M.; SANTOS, S. R. F. (Rel.). **A integração necessária: A perspectiva da epidemiologia na definição de padrões para as informações em saúde**. Oficina de trabalho/ Grupo temático de Informações em Saúde e População – GTISP/ABRASCO (Org.). Relatório final. CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, VI, Recife. 2004.

VERANI, C. B. L. A política de saúde do índio e a organização dos serviços no Brasil. In: FAULHABER, P. (Org.). Política Indigenista, Movimentos Étnicos e Estados Nacionais: Políticas Públicas, Políticas Indigenistas e Organizações Indígenas. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi**, Belém; Série Antropologia, v. 15, n. 2, p. 171-192, dez. 1999

VIANA, R.L. **Condições de saneamento em áreas indígenas: uma discussão sobre o Sistema de Informação de Saneamento (SISABI) no Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão, com enfoque nas aldeias Timbira**. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Endemias, Ambiente e Sociedade) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo, 2000.

WALDMAN, E. A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. **IESUS**, Brasília, v. 7, n. 3, p. 7-26, jul./set., 1998.

YNOB, R.; SAMAJA, J. **Monitoreo de Ambientes de desarrollo Humano: Condiciones de vida y salud**. In: **Congreso de la Asociacion Latinoamericana de Medicina Social**, VII., 1997, Buenos Aires. Mimeo.



## APÊNDICES

**Apêndice A** – Roteiros das entrevistas semi-estruturadas direcionadas para os sujeitos chaves do estudo.

*Primeiro roteiro* para técnicos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Pesqueira:

- Relação da SMS de Pesqueira com a Etnia Xukuru do Ororubá: Resgate histórico e o contexto atual
- Quais os fluxos de informações e os SIS operacionalizados no TI.
- Relação da secretaria com a EMS, DSEI-PE
- Como se caracterizam as ações de vigilância à saúde no TI
- Dificuldades encontradas
- Identificação do fluxo da informação na rotina do Dsei/ Pólo-base/ US
- Relacionamento entre as informações destinadas para a Funasa e para a Secretaria Municipal de Saúde de Pesqueira
- Importância do contexto histórico específico dos atores
- Significado da informação
- Controle social

*Segundo roteiro* destinado para os sujeitos chaves do Pólo-base (enfermeira da EMS e o técnico responsável pelo SIASI):

- Quais os fluxos de informações e os SIS operacionalizados no TI.
- Caracterizar a relação do Pólo-base com a secretaria e o DSEI;
- Como se caracterizam as ações de vigilância à saúde no TI
- Dificuldades encontradas
- Identificação do fluxo da informação na rotina do Dsei/ Pólo-base/ US
- Relacionamento entre as informações destinadas para a Funasa e para a Secretaria Municipal de Saúde de Pesqueira
- Interatividade entre os sujeitos envolvidos no processo de produção da informação
- Importância do contexto histórico específico dos atores
- Significado da informação

- Controle social

*Terceiro roteiro* destinado para o supervisor de saneamento na etnia Xukuru do Ororubá:

- Identificar relações quanto ao uso na rotina de trabalho dos profissionais de saúde, agentes de saúde e saneamento entre SISABI e SIASI
- Por que algumas aldeias têm AISAN e outras não? Quais os critérios para a escolha das áreas?
- Apresentar as tabelas de obras geradas pelo SISABI e confrontar com a realidade local – pedir para Luciano checar se as informações estão corretas.
- A produtividade dos AISANs é digitada no SISABI?
- Se a digitação das variáveis do SISABI está atualizada, para a etnia Xukuru, se não quais foram e são as dificuldades.
- Saber o fluxo da informação do SISABI
- Se o número de AISAN cadastrados no SISABI corresponde à realidade
- Que tipo de capacitações os AISANs já realizaram. Você acha suficientes as que foram realizadas
- Informações sobre o Censo Sanitário realizado na etnia
- Fluxo de informação
- Integração com a SMS de Pesqueira.

*Quarto roteiro* destinado para os profissionais que atuam no COMOA do Departamento de Saúde Indígena (DESAI) em Brasília, da FUNASA:

- Qual o motivo pelo qual o SIASI e o SISABI foram criados;
- Concepção do SIASI: Contexto histórico e político em que se encontrava a política de saúde no Brasil
- Desenvolvimento dos sistemas de informação (caracterização das fases de formulação e implementação)
- Implantação dos Sistemas: Como se deu o processo de implantação os sistemas nos DSEIs e CORE
- Principais impasses, problemas e/ou dificuldades destes SIS
- Delinear os princípios e etapas da produção da informação  
Disponibilidade dos dados e destino da informação.

**Apêndice B – Referências dos documentos de acesso restrito analisados**

- COLOMA, C. (Consultoria VIGISUS) Análise das atividades executadas nos DSEI com apoio financeiro do projeto, 21p, 2004b.
- COLOMA, C. (CONSULTORIA). 3º Informe da Execução do Projeto VIGISUS, 1a. ETAPA 1999 – 2004, Lições aprendidas da execução da primeira etapa do Projeto VIGISUS.). 9p, 2004a.
- COLOMA, C. [Documento incompleto]. Gerente Saúde Indígena do VIGISUS. Trata das características e dos requisitos inicialmente pensados para o SIASI, 1999.
- COLOMA, C. Documento de Atividades inéditas para recuperação do SIASI, 2007b.
- COLOMA, C. Documento de recuperação do SIASI, 2007a.
- COLOMA, C. Documento: Avaliação interna do Siasi, 2003d.
- COLOMA, C. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA, 1999.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Apresentação: “Compromisso com a Saúde Pública”, 2001d.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Apresentação: “Radiografia da Infra-estrutura computacional nas unidades de saúde indígena”, 2001c.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Backup de problemas da operação do SIASI, 2003f.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Documento base 2, 2003a.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Documento geral de estruturação do SIASI e avaliação de infra-estrutura, 2003e.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Documento: “Gerência da Informação no SIASI, 2001b.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Documento: “Gerência da Informação no SIASI, 2002.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Documento: “Parecer ao presidente do SIASI”. 2001a.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Documento: Avaliação interna do SIASI (COMOA), 2003c.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Manual do SIASI local, 2003b.

Apêndice C - Síntese comparativa dos grandes sistemas de informações em saúde em relação ao Siasi e Sisabi.

Aspectos analíticos dos Sistemas de Informação em saúde	SIM	SIH-SUS	SIA-SUS	Sinasc	Sinan	Siab	SIPNI	Siasi	Sisabi
Ano de implantação	1977	1990	1990	1990	1993	1998/1999	-	2000	2002
Órgão responsável pelo desenvolvimento do software	(1975-76) Núcleo de Informática do MS	Inamps	Inamps	Grupo de Estatísticas vitais do MS	Cenepi com apoio do Datasus	Datasus junto com a Coordenação de Saúde da Comunidade – COSAC/SAS/MS	Cenepi / FUNASA	FUNASA	FUNASA
Órgão responsável pela implantação do sistema	Núcleo de Informática e Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística do MS em colaboração com a FSP/USP. Dec 90 – Descentralizado pela Funasa para as SES	Inamps	Inamps	MS	Cenepi	Datasus	Cenepi / Funasa	Funasa	Funasa
Disponibilidade na internet	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
Acesso	Livre	Livre	Livre	Livre	Livre	Livre	Restrito	Restrito	Restrito
Instância gestora do sistema no MS	SVS	SAS	SAS	SVS	SVS	SAS	SVS	Desai/Como a/ Funasa	Densp / Funasa
Lógica	Epidemiológica	Produção	Produção	Epidemiológica	Epidemiológica	Produção de serviços	Epidemiológica	Epidemiológica, demográfica e produção de serviços	Ações de saneamento
Documento básico	DO	AIH	FCA, FPO, BPA e BDP	DNV	FIN e FII	Ficha A, B, C, D e SSA2	Boletins mensais de doses aplicadas de vacinas, fichas de notificação de eventos	Cadastro da família, formulário de consulta, prontuário, livro do AIS, consolidado mensal das	Censos sanitários

							adversos etc.	atividades, formulário de referência e contra-referência e relatório de imunização.	
Apresenta variável raça/cor	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não	Indígena	Indígena
Referência de análise	Óbitos	Internações hospitalares pagas pelo SUS	Atendimentos ambulatoriais pagos pelo SUS	Nascidos vivos	Agravos notificáveis	Famílias cadastradas no PSF	Número de doses de vacinas ministradas	Óbitos, nascimentos, imunização segundo pessoa, Etnia, produção de serviços etc.	Censos sanitários, andamento das obras
Abrangência	Universal	Somente SUS	Somente SUS	Universal	Universal	Limitada*	Nacional	Nacional (População indígena)**	Nacional (População indígena)** *

**Fonte: Elaboração própria a partir de Carvalho (1997), França (2001), Branco (2006), SANCHES *et al.* (2006), Rede Interagencial de Informação para a Saúde (2008), Mota e Carvalho (2003), Fundação Nacional da Saúde (2003), Souza (2005),**

\* Para as famílias cadastradas no PSF e PACS.

\*\* Específico, em sua maioria para indígenas aldeados, no entanto registra aqueles que moram circunvizinhos das aldeias.

\*\*\*Somente para indígenas que vivem em aldeias

Legenda:

DO – Declaração de óbito

DNV – Declaração de nascido vivo

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

FCA – Ficha de cadastro ambulatorial

FPO – Ficha de Programação Físico-Orçamentária

BPA – Boletim de Produção Ambulatorial

BDP – Boletim de Diferença de Pagamento

FIN – Ficha Individual de Notificação

FII – Ficha Individual de Investigação

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

MS – Ministério da Saúde

Ficha A – Cadastramento das famílias

Ficha B e C – Acompanhamento domiciliar

Ficha D – Registro de atividades, procedimentos e notificações

Relatório SSA2 – Consolidado da situação de saúde e acompanhamento das famílias

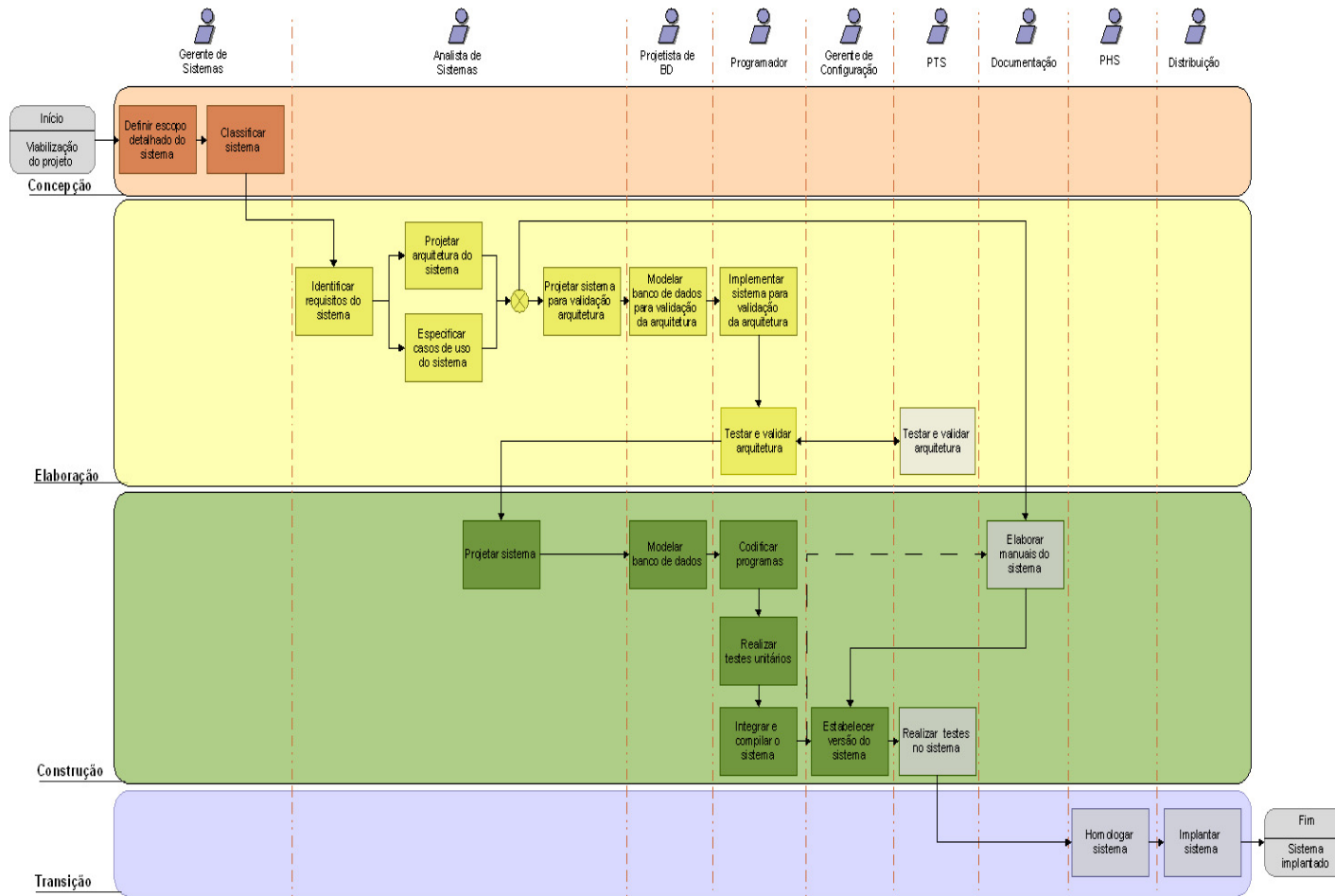
Desai – Departamento de Saúde Indígena

Comoa – Coordenação de Monitoramento das Ações de Saúde

Densp – Departamento de Engenharia de Saúde Pública

# ANEXOS

**Anexo A - Modelo do Processo de Desenvolvimento de *Software* (PDS) do Datasus/Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).**



Fonte: Brasil, 2009.

**Anexo B – Matriz de Reprodução Social da etnia Xukuru do Ororubá (Pesqueira-PE)**

<b>Problemas da Reprodução Ecológico-Político</b>	<b>Falas indígenas<sup>73</sup></b>
<p>1. <u>Problemas do Âmbito Político</u></p> <p>1.1.1 Políticas Públicas</p> <p>a. Debilidade das instituições</p> <p>b. Falta de ação social sobre o ambiente</p> <p>c. Mal uso do dinheiro público</p> <p>d. Mal uso da informação</p> <p>g. Manutenção/operação de serviços de saneamento</p> <p>e. Problemas de acesso aos serviços de saúde e saneamento</p> <p>f. Déficit dos serviços públicos</p> <p>    f.1. Serviços de saúde</p> <p>    f.2. Serviços de saneamento</p> <p>    f.3. Serviço de atenção ao índio</p> <p>1.2. <u>Problemas do Âmbito da Etnia (em sua relação com a sociedade)</u></p> <p>1.2.1. Mudanças Sociais</p> <p><b>a. Retomada da posse da terra</b></p> <p><b>b. Organização social</b></p> <p><b>c. Padrões de consumo</b></p> <p>d. Conflitos de Classe ou de Modelos Culturais</p> <p>e. Quebra de modelos culturais (Educação, saúde e saneamento)</p> <p>f. Reelaboração da cultura</p> <p>1.3. <u>Problemas do Âmbito da Região Sócio-Ambiental</u></p> <p>1.3.1. Problemas de Habitabilidade</p> <p>a. Degradação ambiental/habitacional</p> <p>b. Precariedade das habitações</p> <p>c. Mudanças de habitat por realdeamento</p>	<p><b>Déficit dos serviços públicos de educação</b></p> <p>[...] os professores de antigamente ficaram uns dois anos trabalhando e um ano sem receber, ficaram um ano sem receber, então não é um emprego, é uma missão, pelo orgulho de ser índio, de ensinar as crianças da gente o que é ser índio, formar bem eles.</p> <p>Porque o professor, quem estuda na escola da tribo Xukuru sabe disso. Que os professores são muito fraquinhos.</p> <p><b>Déficit dos serviços públicos de saúde</b></p> <p>“...Eu agora digo e continuo dizendo, a FUNASA até hoje está atendendo bem o índio deitado, morto, quando morre, na hora que falece um índio tem um caixão por perto... Ele vivo é complicado o atendimento, ele morto é ligeirinho!” .</p> <p><b>Insustentabilidade nas ações de saneamento</b></p> <p>Pediram relação de quanto a gente precisaria de Hipoclorito por mês, faz quantos meses isso? Vocês sabem quantos já chegaram para agente trabalhar? Nenhum!</p> <p><b>Manutenção/operação de serviços de saneamento</b></p> <p>Muitas vezes se faz o banheiro, mas não tem água para lavar as mãos. Mas isso aí, já vem daquilo que a gente falou, Brasília, burocracia, demora para fazer as coisas lá, quando eles resolvem fazer, daqui a que venha executar a obra, bote tempo, infelizmente existem vários e vários documentos que eles pedem, que eles fazem, isso demora, infelizmente é assim...</p> <p>Mas nossa equipe é muito boa, agora está precisando de um técnico legal para trabalhar, equipe tem para trabalhar, mas agente não pode colher o lixo e deixar em qualquer lugar para amontoar, aí é que entra a parte da prefeitura.</p> <p>Fica um [Funasa] jogando para o outro [Prefeitura de Pesqueira], até porque é área indígena, mas não deixa de ser zona urbana da prefeitura de Pesqueira, não é porque é área indígena que a prefeitura vai ... [ignorar], é uma parte da área urbana do município de Pesqueira.</p> <p><b>Conflitos de classe</b></p> <p>Uma das dificuldades é o uso dos recursos hídricos da nossa área sem retorno devido, tais como benfeitoria dos reservatórios.</p> <p>Antes chegava a semana de segunda a sexta as pessoas baixavam as portas da loja pensando que os índios iam invadir, hoje não, eles saem e batem palma. Agora eu digo, em dez, a gente tira um que é preconceituoso. Como tem gente que ainda esconde a identidade.</p> <p><b>Degradação ambiental</b></p> <p>E nossa mãe [Terra] a gente tem que preservar, temos que saber preservar ela porque ela é quem dá nosso alimento. Na realidade, a gente tem que também preservar para dela receber alimentos, acho também que ela não está feliz, que ela está com raiva.</p>

<sup>73</sup> Dados secundários coletados a partir das transcrições das oficinas realizadas na etnia Xukuru do Ororubá entre novembro de 2007 e janeiro de 2008.

Problemas da Reprodução Econômica	Falas indígenas <sup>74</sup>
<p>2.1. <u>Problemas do Âmbito Político-jurídico</u></p> <p>2.1.1 Mudanças de Modelos e Políticas Econômico-Sociais</p> <p>a. Falta de Serviços Básicos e Assistenciais</p> <p><b>b. Insuficiência de uma Política Agrária para população indígena</b></p> <p>c. Modelo de Desenvolvimento Brasileiro</p> <p><b>d. Distribuição Inequitativa do Gasto Social</b></p> <p>2.2. <u>Problemas no Âmbito da Sociedade Civil</u></p> <p>a. Inserção no mercado de trabalho</p> <p><b>b. Reestruturação produtiva agrícola</b></p> <p>c. Fechamento de Indústria</p> <p>2.3. <u>Problemas do Âmbito Familiar</u></p> <p>2.3.1. Pobreza e Desocupação</p> <p><b>a. Renda familiar insuficiente</b></p> <p>b. Desemprego</p> <p>c. Migração (individual ou familiar) por problemas de trabalho</p>	<p><b>Insuficiência de uma Política Agrária para população indígena</b> E aí a gente tem essas propostas no banco, mas têm muita burocracia, essas coisas. Um gerente do banco nordeste do sertão fez uma agencia no sertão, que aí outros povos indígenas fizeram solicitação de projetos, não teve acompanhamento técnico, aí ficam botando muita dificuldade para não ter que assumirem o recurso, todo ano o governo pega de volta aquele recurso que é investido na agricultura, em junho ele recolhe e aprova nova data, então eles aprovam em junho e o dinheiro vem chegar em setembro, mesmo assim está uma coisa bem lenta para ser liberado.</p> <p><b>Reestruturação produtiva agrícola</b> Quarta e sábado, só daqui da área indígena, tinha uns 200 produtores que produz aqui mesmo e vende lá, só da área indígena, então é muita coisa, muita coisa daqui que se tem em Pesqueira, é só da área indígena, tem também, que agente só não sabe a porcentagem, mas grande parte do leite que vai para Pesqueira é da área indígena, são sete mil litros de leite.[...] Aqui o que precisa é organização da produção.</p> <p><b>Renda familiar insuficiente</b> Eu venho até falando isso, mas as pessoas não têm dinheiro nem para pagar a conta de energia atual, imagine se botar uma bomba puxa uma energia da cebola</p> <p>É pequena, tem trabalho para todos não, uns tem e outros ficam sem nada, a questão é essa, até na agricultura é difícil, mas também depende da formação, vai outro colégio, aí quantas pessoas da área são formadas para ensinar? Mas a população está passando por uma mudança, hoje mesmo a gente vem tendo bastante professores.</p>

<sup>74</sup> Dados secundários coletados a partir das transcrições das oficinas realizadas na etnia Xukuru do Ororubá entre novembro de 2007 e janeiro de 2008.



Problemas da Reprodução da Consciência e da Conduta	Falas indígenas <sup>75</sup>
<p>3.1. <u>Problemas da Socialização no Âmbito da Etnia</u></p> <p><b>3. 1. Problemas do âmbito das regiões sócio-ambientais, dos serviços de saúde e de saneamento e de outras organizações sociais indígenas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pouca participação da comunidade em atividades solidárias</li> <li>b. Insipiente conhecimento (que gera preconceito e vulnerabilidade) a cerca de doenças como DST, AIDS e outras doenças transmissíveis</li> <li>c. Mudanças de modelo de organização dentro das aldeias</li> <li>d. Aldeias como expulsoras de índios</li> <li>e. Atitude passiva/paternalista por parte da população para melhorar sua situação habitacional e da aldeia</li> <li>f. Falta de espaços para diversão</li> <li>g. Falta de capacitação dos profissionais para lidar com as diferenças culturais</li> </ul>	<p><b>Insipiente conhecimento a cerca de doenças como DST, AIDS e outras doenças transmissíveis</b></p> <p>Numa comunidade como essa é muito fácil de pegar uma doença como essa, porque por aqui tem esse lado do preconceito, mas vamos dizer que em alguma aldeia se coloque um cano com água potável, todo mundo bebe água naquele cano, ninguém tem preconceito, vem um atrás do outro colocando a boca, aí não tem preconceito, mas se contamina com isso</p> <p>Às vezes uma doença que a pessoa tem, por exemplo, o pessoal aqui não está acostumado a conviver com o pessoal de HIV, se aparecer o pessoal vai julgar aquele aidético pela doença...</p> <p>Temos que incentivar para as doenças que tem, hanseníase, que tem gente que tem medo também, tuberculose, ainda têm hoje em dia, antigamente tinha mais, muita gente não sabe nem o que é um “CA”[câncer], é uma doença que ocorre hoje em dia com muita frequência.</p> <p><b>Atitude passiva</b></p> <p>A gente tem que fazer um trabalho de conscientização, eu mesmo falo muito isso porque tem sempre aquele pensamento de “AH! Mas é o mundo todo”, mas cada um tem que fazer a sua parte, então, se eu estou fazendo a minha parte bem feita, e todos começarem a fazer também, aquele que não faz vai dizer “Poxa, mas só eu que não estou fazendo?”. Quando eu fui morar ali naquela aldeia de retomada, tinha uma árvore lá linda, mas uma das moradoras reclamou que tava sujando a casa, mas eu acordava sempre cedo para ir apanhar aquelas folhas que caíam, mas e se eu não tivesse feito a minha parte? Só pode preservar ali porque eu fiz minha parte.</p> <p><b>Falta de capacitação dos profissionais para lidar com as diferenças culturais</b></p> <p>A saúde depende também de uma boa educação [...] Hoje no sistema nosso, dos hospitais, tem muita gente que está lá para prestar serviço, são pessoas que trabalham no serviço de saúde, mas muitas vezes não tem nem educação para atender pessoas, por não entender bem a doença tratam mal os pacientes, não atendem bem, fica um negócio complicado.</p>

<sup>75</sup> Dados secundários coletados a partir das transcrições das oficinas realizadas na etnia Xukuru do Ororubá entre novembro de 2007 e janeiro de 2008.

Problemas da Reprodução Biológica	Falas indígenas <sup>76</sup>
<p>4.1. Problemas da Reprodução Biológica no Âmbito da Etnia</p> <p>4.1.1 Saneamento da Região Sócio-Ambiental</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Abastecimento de Água</li> <li>b. Esgotamento Sanitário</li> <li>c. Problemas de Resíduos sólidos domésticos</li> <li>d. Problemas de Resíduos agrícolas</li> </ol> <p>4.1.2. Saúde da Região Sócio-Ambiental</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mortalidade</li> <li>b. Morbidade</li> </ol>	<p><b>Problemas de saneamento</b></p> <p>Eu acho que é aquela coisa, o cara ter que carregar um balde de água na cabeça por um, dois quilômetros afora, para botar no sanitário, ninguém merece, e essas bacias que você coloca duas latas de água e não desce. (<i>risos</i>) Mas é desconfortável, e você coloca duas latas de água e não desce... você vai passar a noite todinha carregando água é?</p> <p>A autonomia dos povos indígenas é de fundamental importância, temos a responsabilidade e se necessário interferir na política, poderia ser feita uma parceria com a Comesa para a distribuição da água. Tem uma grande necessidade de se construir barragem. Talvez tenha que montar um serviço autônomo de água. Lá na Aldeia de Mascarenhas temos um sistema bom de distribuição de água, mas problema é que não temos o tratamento.</p> <p>Por aqui está tendo desmatamento mais por aqui é mais pontual com pontos isolados, tem sido feito muitas campanhas, há também a questão do lixo.</p> <p><b>Problemas de Resíduos agrícolas</b></p> <p>O pessoal aqui está plantando e usando adubo, e não estão dando encaminhamento necessário.</p> <p>Agente até conversou com um aqui de Pesqueira e ele disse que não tinha transporte que não tinha como transportar esse monte de recipiente, vários índios guardam realmente e queimam, vejam a complicação.</p> <p>Mata, mata a terra também, é um veneno. ...desse jeito como agente planta, ele não vai ter lucro imediatamente, então, gradativamente ele vai se conscientizar que o que ele faz é errado. Eles fizeram sua reunião e tem uns agricultores que diz que não aceitam, não quer acordo não, querem continuar assim.</p> <p>A terra é deles, serve para alimentar por alguns anos, mas na hora que a terra dizer que não da mais para alimentar ele, ele não vai ter outro pedaço de terra para continuar com isso não, quando tiver contaminado tudo, nem ele e ninguém mais.</p> <p><b>Repercussões sobre a Saúde</b></p> <p>Agora uma menina tava tentando engravidar e não conseguia, quando fizeram exame nela descobriram que era o veneno, por isso ela não engravidava.</p> <p>Aqui mesmo na etnia Xukuru, tem um menino, nem sei se tem mais que está com um “CA” de pele no rosto.</p>

<sup>76</sup> Dados secundários coletados a partir das transcrições das oficinas realizadas na etnia Xukuru do Ororubá entre novembro de 2007 e janeiro de 2008.

## Anexo C – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas



**Título do Projeto:** Política de informação no contexto da atenção à saúde indígena: uma análise a partir da perspectiva da vigilância em saúde  
**Pesquisador responsável:** Tatiane Fernandes Portal de Lima  
**Instituição onde se realizará o projeto:** CPqAM/Fiocruz  
**Data de apresentação ao CEP:** 18/06/2008  
**Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ:** 57/08  
**Registro no CAAE:** 0056.0.095.000-07

### PARECER

O presente projeto faz parte de dois projetos maiores: *Projeto 1-* Proposição de manejo ambiental integrado e participativo para lidar com impactos das mudanças ambientais sobre as condições sócio-sanitárias das áreas indígenas de Pernambuco - Dr. André Monteiro Costa (CAAE 0025.0.095.000-06; CEP 29/06; CONEP 13131), aprovado em 30/08/2006 (Parecer CONEP nº 886/2006) e *Projeto 2-* Avaliação da Política de Atenção à Saúde Indígena no DSEI de Pernambuco na perspectiva de Usuários, Trabalhadores e Gestores - Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel (CAAE 0012.0.095.000-08; CEP 12/08), enviado para avaliação da CONEP em 23/05/2008.

Em carta-resposta às pendências indicadas na primeira versão do projeto, datada 28/07/2008, a pesquisadora responsável por este projeto indica que o mesmo fará uso somente de dados secundários oriundos ora de banco de dados de sistemas de informação, ora dos resultados provenientes dos dois projetos maiores, solicitando que seja retirado do SISNEP o cadastro deste projeto, de modo a não ser mais submetido à CONEP.

Portanto, tendo em vista a solicitação da pesquisadora, o presente projeto será arquivado.

Recife, 27 de agosto de 2008.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n  
 CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639  
 Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639  
 Recife - PE - Brasil  
 comitedeetica@cpqam.fiocruz.br

CPqAM/Fiocruz  
 PROGRAMA DE PESQUISA  
 CPqAM/FIOCRUZ

AGGEU  
 MAGALHÃES

FIOCRUZ  
 Fundação de Saúde

**Anexo D – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (para indígenas)**

(Destinado para os profissionais de saúde índios do Pólo-base Xukuru do Ororubá)

**Título do Projeto:** “Proposição de modelo de manejo ambiental integrado e participativo para lidar com impactos das mudanças ambientais sobre as condições sócio-sanitárias das áreas indígenas de Pernambuco”.

**Instituição Proponente:** NESC/CPqAM/FIOCRUZ

**Coordenador do Projeto:** André Monteiro Costa

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar dessa pesquisa, com a qual queremos avaliar as mudanças ambientais e os impactos sócio-sanitários. Queremos também discutir junto com vocês uma nova maneira de agir para uma vida mais saudável, respeitando a história, a cultura, as crenças, os valores e o modo de ser dos índios.

Você participa da pesquisa se quiser. Se você não quiser, não será discriminado e também não terá nenhum prejuízo. Você pode desistir de participar na pesquisa quando quiser e ir embora sem precisar pedir.

Queremos com essa pesquisa discutir junto com vocês uma proposta de manejo ambiental que entenda as mudanças no ambiente, na Natureza, as condições de vida e de saneamento do povo Xukuru. Além dos debates, queremos também contribuir com propostas de novas formas, novos jeitos, novas maneiras de cuidar do ambiente, que sirvam para os Xukuru e também para discutir sobre a saúde indígena no Brasil.

Para fazer a pesquisa, vamos falar sobre os problemas de saúde e ambiente e das condições de vida do território Xukuru. Para isso vamos fazer visitas, reuniões e entrevistas com algumas pessoas, lideranças, homens e mulheres. Vamos procurar conhecer o sentido que têm a terra, o ambiente e a Natureza para os índios, bem como seus problemas e a sua relação com a saúde. Depois, juntos pensaremos o que e como faremos para mudar as formas de tratar o ambiente, visando uma melhor qualidade de vida com saúde para todos.

Não se preocupe com o que você vai falar, porque garantimos que seu nome não será revelado de forma alguma. As informações servirão apenas para estudos e serão apresentadas em encontros, seminários e congressos, como também em trabalhos científicos, mas sem revelar o nome das pessoas que participaram da pesquisa.

Os benefícios dessa pesquisa são a busca de soluções conjuntas para os problemas do ambiente e suas conseqüências para saúde, contribuindo para tornar as políticas públicas de saúde e ambiente mais parecidas com a realidade Xukuru.

Se você quiser saber mais informações sobre a pesquisa, pode entrar em contato com o Coordenador, o Professor André Monteiro Costa, no Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Av. Profª Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; telefone: (81) 21012603, ou e-mail: andremc@cpqam.fiocruz.br.

Declaro que a minha participação é voluntária e, por concordar, assino esse documento em duas cópias, ficando uma cópia comigo e a outra com o pesquisador. Poderei deixar de participar da pesquisa quando eu quiser a qualquer momento, sem que isso traga nenhum prejuízo à minha pessoa.

**Pesquisador** \_\_\_\_\_

**Participante** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2008.



**Anexo E – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (para não-indígenas)**

(Destinado para os profissionais não índios da SMS- Pesqueira e do Pólo-base Xukuru do Ororubá)

**Título do Projeto:** “Proposição de modelo de manejo ambiental integrado e participativo para lidar com impactos das mudanças ambientais sobre as condições sócio-sanitárias das áreas indígenas de Pernambuco”.

**Instituição Proponente:** NESC/CPqAM/FIOCRUZ

**Coordenador do Projeto:** André Monteiro Costa

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar do estudo científico acima referido, que tem como finalidade avaliar as mudanças ambientais e os impactos sócio-sanitários decorrentes dessas mudanças, bem como propor um modelo, elaborado de forma participativa, de manejo ambiental que possibilite uma vida mais saudável, considerando a história, a cultura, crenças e valores das populações indígenas.

Sua participação não é obrigatória e sua recusa não lhe trará nenhum constrangimento ou prejuízo em relação aos pesquisadores e com a instituição proponente, bem como com as instituições colaboradoras. A qualquer momento da pesquisa você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento.

O objetivo desse trabalho é desenvolver proposta de manejo ambiental na perspectiva de lidar com os impactos das mudanças ambientais sobre as condições sócio-sanitárias e ambientais de duas comunidades indígenas de Pernambuco, os Fulni-ô e os Xukuru. Além das questões teóricas, o trabalho pretende contribuir com a proposição de um modelo de manejo ambiental, que possa vir a ser útil para essas comunidades e para a política de saúde indígena no Brasil.

Considerando a precariedade das informações em saúde indígena e a importância da intersectorialidade e complementariedade no desenvolvimento das ações de atenção à saúde indígena, dentre os objetivos específicos deste projeto pretende-se caracterizar as relações entre a Funasa e a Secretaria Municipal de Saúde do município sede das etnias estudadas.

A metodologia do estudo contará com uma descrição das condições sócio-sanitárias de todos os povos indígenas de Pernambuco por meio de dados secundários, bem como serão estudados os casos das etnias Fulni-ô e Xukuru, onde por meio de observação participante, grupos focais e entrevistas semi-estruturadas com sujeitos-chaves, pretende-se aprofundar na compreensão dos problemas ambientais. Além disso, pretende-se identificar os elementos simbólicos relevantes para a compreensão da relação das etnias com o ambiente, no sentido de construir uma proposta metodológica de abordagem para um manejo ambiental integrado e participativo para populações indígenas. Consistindo nessas formas a sua participação nesse trabalho.

Os riscos relacionados com sua participação são constrangimentos perante pessoas e instituições, caso sua identidade venha a público. No entanto, garantimos que isso não ocorrerá sob hipótese alguma. As informações obtidas poderão ser utilizadas em eventos científicos, como congressos, seminários e outras atividades científicas, ficando, no entanto, resguardada a sua identidade / participação. Os benefícios relacionados com a sua participação são no sentido de contribuir para o conhecimento acerca das relações entre ambiente e impactos sócio-ambientais, bem como uma proposta participativa de modelo de manejo ambiental. Além de contribuir para o melhor entendimento acerca do modelo de atenção à saúde e o uso das informações em saúde relacionadas aos povos indígenas de Pernambuco.

Qualquer esclarecimento que necessite poderá entrar em contato com André Monteiro Costa, Coordenador da Pesquisa, pelo endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Av. Profª Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; telefone: (81) 21012606, ou e-mail: [andremc@cpqam.fiocruz.br](mailto:andremc@cpqam.fiocruz.br).

Minha participação é voluntária e está formalizada através da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pela pesquisadora. Poderei deixar de participar a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo à minha pessoa.

**Pesquisador** \_\_\_\_\_

**Participante** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2008.



**Anexo F – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (para indígenas e não-indígenas)**

**Título do Projeto:** AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO DSEI DE PERNAMBUCO NA PERSPECTIVA DE USUÁRIOS, TRABALHADORES E GESTORES.

**Instituição proponente:** NESC/CPqAM/FIOCRUZ

**Coordenador do projeto:** Idê Gomes Dantas Gurgel

Você está sendo convidado/a a participar da pesquisa acima citada, que tem como objetivo analisar a Política de Saúde Indígena na etnia Xukuru do Ororubá em relação à qualidade da atenção, o acesso aos serviços, a resolutividade, a gestão da informação em saúde e a integralidade, na perspectiva dos usuários, trabalhadores e gestores da saúde.

Sua participação não é obrigatória e sua recusa não lhe trará nenhum constrangimento ou prejuízo em relação aos pesquisadores e com a instituição proponente, bem como com as instituições colaboradoras. A qualquer momento da pesquisa você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Considerando a precariedade das informações em saúde indígena e a importância da intersectorialidade e complementariedade no desenvolvimento das ações de atenção à saúde indígena, dentre os objetivos específicos deste projeto pretende-se caracterizar as relações entre a Funasa e a Secretaria Municipal de Saúde do município sede das etnias estudadas.

Esta pesquisa analisará o processo político em duas perspectivas. A primeira procurará compreender o processo de formulação e implementação da política a partir do sistema de crenças, idéias e valores dos sujeitos envolvidos; e a segunda, procurará analisar o processo de gestão da informação em saúde proporcionada pelo Siasi e Sisabi, desde a produção e utilização dos dados, até a ação informada dos atores envolvidos, na perspectiva de seu uso na decisão política.

Assim, os sujeitos da pesquisa serão os indígenas usuários, os trabalhadores e os gestores da saúde, representados nas diferentes esferas do Sistema Único de Saúde. A definição dos sujeitos considerará o seu tipo de inserção, selecionando-se os informantes-chave representativos destes três grupos de atores que integram o estudo.

A partir da observação participante, pesquisa documental, entrevistas semi-estruturadas e grupo focal será possível avaliar a política de atenção à saúde desenvolvida na etnia Xukuru considerando as dimensões: qualidade da atenção, o acesso aos serviços, a resolutividade, a gestão da informação em saúde e a integralidade.

Os riscos relacionados com a participação dos sujeitos da pesquisa podem ser constrangimentos perante pessoas e instituições, caso sua identidade venha a público. No entanto, nós garantimos que isso não ocorrerá sob hipótese alguma. As informações obtidas poderão ser utilizadas em eventos científicos, como congressos, seminários e outras atividades científicas, no entanto, estando resguardada a identidade/participação.

Os benefícios relacionados com a participação dos membros da comunidade são no sentido de contribuir para o conhecimento dos aspectos relacionados à saúde e gestão da informação entre os povos indígenas em Pernambuco, completando no desenho de estudo estratégias que permitirão estudar desde a produção dos dados no nível local nas aldeias e pólos-base até sua utilização e retroalimentação no DSEI. Assim, a partir da percepção de distintos atores que compõem o SUS será possível um melhor entendimento acerca do modelo de atenção à saúde oferecida aos povos indígenas de Pernambuco.

Vários estudos afirmam que é na base que se encontra a maior parte das informações mais ricas e significativas para os processos de mudanças. Essa pesquisa poderá contribuir no sentido de subsidiar o processo de reorientação da política de informação em saúde indígena, tendo seus achados aplicabilidade para os demais DSEI do país.

Sua participação desta pesquisa será feita a partir de entrevistas semi-estruturadas que representa uma técnica na qual serão feitas algumas perguntas, na qual o entrevistado poderá livremente responder e ainda incluir aspectos que ache pertinentes serem colocados. Toda a conversa será gravada em um MP3 e posteriormente transcrita.

Qualquer esclarecimento que necessite poderá entrar em contato com IDÊ GOMES DANTAS GURGEL, coordenadora da pesquisa, pelo endereço:

CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
Departamento de Saúde Coletiva  
Av. Profº Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária  
RECIFE – PE. Telefone: (81) 21012616  
Ou ainda pelo e-mail: ideg@cpqam.fiocruz.br.

---

**Idê Gomes Dantas Gurgel**  
**Coordenadora da Pesquisa**

Minha participação é voluntária e está formalizada através da assinatura do termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pela pesquisadora. Poderei deixar de participar a qualquer momento, sem que isso acarrete prejuízo à minha pessoa.

Nome do participante \_\_\_\_\_

Assinatura do participante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/200\_\_.

## Anexo G– Cartas de Anuência das instituições envolvidas



### CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO DSEI DE PERNAMBUCO NA PERSPECTIVA DE USUÁRIOS, TRABALHADORES E GESTORES.

**Instituição Proponente:** NESC/CPqAM/FIOCRUZ

**Coordenador (a) do Projeto:** Idê Gomes Dantas Gurgel

Eu, **Marcos Luidson de Araújo**, Cacique da Etnia Xukuru do Ororubá-PE, concordo e autorizo a realização da Pesquisa “AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO DSEI DE PERNAMBUCO NA PERSPECTIVA DE USUÁRIOS, TRABALHADORES E GESTORES”, que tem como objetivo analisar a Política de Saúde Indígena no Distrito Sanitário Indígena de Pernambuco em relação à qualidade da atenção, o acesso aos serviços, a resolutividade, a gestão da informação em saúde e a integralidade, na perspectiva dos usuários, trabalhadores e gestores da saúde.

Esta pesquisa terá duração de 24 meses e será coordenada pela pesquisadora **Idê Gomes Dantas Gurgel**, do Departamento de Saúde Coletiva (NESC) do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Pesqueira, 05 de julho de 2008.

**Marcos Luidson de Araújo**

**Cacique da Etnia Xukuru do Ororubá-PE**





Estado de Pernambuco  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PESQUEIRA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

---

### CARTA DE ANUÊNCIA

Venho, por meio desta, declarar que a Secretaria Municipal de Saúde de Pesqueira -PE dá o devido consentimento para a realização do projeto de pesquisa AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO DSEI DE PERNAMBUCO NA PERSPECTIVA DE USUÁRIOS, TRABALHADORES E GESTORES sob a coordenação da pesquisadora Idê Gomes Dantas Gurgel e apoiará na disponibilização dos bancos de dados bem como demais dados relacionados às etnias de Pernambuco.

Recife, 18 de março de 2008.

*Dr. Ricardo Lins Paixão*  
Secretário de Saúde

---

Dr. Ricardo Lins Paixão  
Secretário de Saúde



**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO REGIONAL DE PERNAMBUCO**

**Carta de Anuência**

Venho, por meio desta, declarar que a Coordenação Regional da Funasa em Pernambuco dá o devido consentimento para a realização do projeto de pesquisa AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO DSEI DE PERNAMBUCO NA PERSPECTIVA DE USUÁRIOS, TRABALHADORES E GESTORES sob a coordenação da pesquisadora Idê Gomes Dantas Gurgel e apoiará na disponibilização dos bancos de dados bem como demais dados relacionados às etnias de Pernambuco.

Recife, 18 de março de 2008.

Alcio Pitt da Mesquita Pimentel  
(Coordenação Regional da Funasa/Pernambuco)

## Anexo H – Modelo do Relatório do Censo Sanitário do Sisabi



Ministério da Saúde  
Fundação Nacional de Saúde

**SISABI - CENSO SANITÁRIO**  
Sistema de Informação de Saneamento  
em Áreas Indígenas



## Relatório do Censo Sanitário

NR 101

## Por Aldeia

22/06/2007

13:02

<b>Dsei:</b>	<b>Pólo Base:</b>	<b>Aldeia:</b>	<b>População:</b>
PERNAMBUCO	PESQUEIRA	RETIRO	119

Características da Aldeia							
<b>A aldeia possui:</b>							
Associação Indígena	0	Pista de Avião	0				
Campo de Futebol	0	Posto de Saúde	0				
Centro Comunitário	0	Casa Comercial	0				
Escola	0	Posto Indígena da FUNAI	0				
Igreja de não índio	0	Cemitério	0				
<b>Tipos de Energia:</b>							
Elétrica	X	Gerador a gasolina	0				
Eólica	0	Solar	0				
Gerador a diesel	0	Não tem	0				
<b>Nº de Moradias:</b>							
De Índio:	8	Não Índio:	4				
<b>Quantidade de casas com:</b>							
Reboco:	10	Sem Reboco:	2				
<b>Parede com:</b>							
Tijolo	9	Taipa ou Barro	3				
Bambu	0	Pré-moldado	0				
Pau a Pique	0	Lona	0				
Palha	0	Outros materiais	0				
<b>Piso de:</b>							
Cerâmica	0	Madeira	0				
Chão Batido	1	Paxiúba	0				
Cimentado	10	Tijolo	0				
Ladrilho	0	Outros materiais	1				
<b>Telhado de:</b>							
Palha ou sapé	0	Telha de madeira	0				
Telha de alumínio	0	Telha metálica	0				
Plástico	0	Telha de cimento amianto (eternit)	0				
Telha de barro	12	Outros materiais	0				
<b>Fontes de Água</b>							
<b>Fontes de água existentes:</b>							
Córregos	0	Igarapés	0	Ribeirões	0	Rios	0
Lagos	X	Represas	0	Poços	0	Nascentes	0
Água da Chuva	0					Minas	0
<b>Tipos de água preferidos para tomar banho:</b>							
Água encanada	0	Córregos	0	Igarapés	0	Ribeirões	0
Açudes	X	Lagos	X	Represas	0	Poços	0
Minas	0	Água da chuva	0			Nascentes	0
<b>Tipos de água preferidos para preparar os alimentos:</b>							
Água encanada	0	Córregos	0	Igarapés	0	Ribeirões	0
Açudes	X	Lagos	0	Represas	0	Poços	0
Minas	0	Água da chuva	0			Nascentes	0
<b>Tipos de água preferidos para beber:</b>							
Água encanada	0	Córregos	0	Igarapés	0	Ribeirões	0
Açudes	X	Lagos	X	Represas	0	Poços	0
Minas	0	Água da chuva	0			Nascentes	0
<b>Tipos de água preferidos para lavar roupa:</b>							
Água encanada	0	Córregos	0	Igarapés	0	Ribeirões	0
Açudes	X	Lagos	X	Represas	0	Poços	0
Minas	0	Água da chuva	0			Nascentes	0
<b>Tipos de água preferidos para lavar vasilhas:</b>							
Água encanada	0	Córregos	0	Igarapés	0	Ribeirões	0
Açudes	X	Lagos	X	Represas	0	Poços	0
						Nascentes	0

Minas	0	Água da chuva	0
<b>Abastecimento de Água</b>			
<b>A aldeia:</b>			
possui sistema de abastecimento de água			
<b>Tipo do tratamento da água:</b>			
Não tem	X	Filtração	0
Cloração	0	Tratamento completo	0
<b>Tipo da fonte do sistema:</b>			
Córrego	0	Lagos	0
Igarapés	0	Represas	0
Ribeirões	0	Poços	X
Rios	0	Nascentes	0
Açudes	0	Minas	0
<b>Forma de distribuição da água:</b>			
Rede	0	Ponto de água	0
		Chafariz	X
<b>Quantidade de equipamentos utilizados para Recalque:</b>			
Grupo gerador	0	Compressor de ar	0
Carneiro hidráulico	0	Bomba manual	0
Cata-vento	0	Bomba submersa	2
Bomba centrífuga	0	Outro tipo	0
<b>Quantidade de casas que possuem:</b>			
Água encanada dentro de casa	0	Pia de cozinha	6
Banheiro com chuveiro	0	Poço no quintal	0
Caixa d'água	2	Tanque de lavar roupa	1
Bomba de água	0	Vaso sanitário	3
Lavatório	1	Filtro d'água	2
<b>Quantidade de reservatórios:</b>			
500 litros	0	3001 a 5000 litros	2
501 a 1000 litros	0	5001 a 10000 litros	0
1001 a 3000 litros	0	acima de 10000 litros	0
<b>Tipos do material dos reservatórios:</b>			
Fibra	0	Plástico	0
Concreto	X	Metálico	0
Madeira	0	Cimento amianto	0
Fibrocimento	0	Tijolo	X
<b>Forma construtiva dos reservatórios:</b>			
Apoiado	X	Elevado	0
Enterrado	0	Semi-enterrado	0
<b>Hábitos de Higiene</b>			
<b>Quantidade de banhos tomados pela comunidade por dia:</b>			
nenhum:	0	1 banho:	X
		2 banhos:	0
		3 banhos:	0
		mais de 3 banhos:	0
<b>Na aldeia:</b>			
as pessoas utilizam cloro na água de beber?			Não
as pessoas fervem a água de beber?			Não
as pessoas coam ou filtram a água de beber ou preparar os alimentos?			Sim
as pessoas limpam ou escovam os dentes?			Sim
<b>Atitudes Relacionadas com as Fezes</b>			
<b>Local utilizado para defecar:</b>			
Privada	X	Terreno próximos às casas	X
Quintal	0	Terreno próximo à fonte d'água	0
		Fonte d'água	0
		Outros locais	0
<b>Na aldeia:</b>			
as pessoas utilização algum material para limpar a região anal?			Sim
os homens e as mulheres utilizam o mesmo local para defecar?			Sim
<b>A forma utilizada para limpar a região anal:</b>			
Limpeza com água	0	Folha	X
Sabugo de milho	0	Graveto	0
		Papel	X
		Outros materiais	0
<b>Local onde jogam o material usado para a limpeza anal:</b>			
Privada	0	Terreno próximo às casas	X
Lixéria	X	Terreno próximo à fonte d'água	0
		Quintal	0
		Outros locais	0
		Rio	0
<b>Na aldeia a urina é utilizada para alguma finalidade?</b>			
Ritual	0	Para cura de doenças	0
Outra finalidade	0	Limpeza dos dentes	0
		Não usa	X
<b>Tipos de privadas:</b>			
Não tem privada	0	Privada individual	3
Fossa seca	0	Privada coletiva	0
		Vaso sanitário ligado a fossa	X
		Vaso sanitário ligado a rede de esgoto	0
<b>Destino do Lixo</b>			
<b>Disposição do lixo:</b>			

Queimado	X	Lançado a céu aberto próximo a água de beber, cozinhar ou de banho	0
Enterrado	0	Lançado a céu aberto próximo às casas	X
Utilizado como alimento por animais	0	Recolhidos pelo serviço de coleta municipal	0
<b>Tipo de embalagem do lixo do posto de saúde:</b>			
Saco plástico	0	Recipiente metálico ou plástico	0
Saco de papel	0	Tambor	0
Outros tipos	0		
<b>Disposição final do lixo do posto de saúde:</b>			
Queimado	0	Recolhido pelo serviço de coleta municipal	0
Enterrado	0	Recolhido pela equipe de saúde	0
Lançado a céu aberto próximo a água de beber, cozinhar ou de banho	0	Outras formas	0
Lançado a céu aberto próximo as casas	0	Não tem posto de saúde	0
<b>Animais Domésticos</b>			
<b>Criação de animais:</b>			
Animais silvestres	0	Galinhas	0
Cachorros	X	Gatos	X
Cavalos	0	Ovelhas	0
Cabra/bode	0	Porcos	0
Gado	0	Outros animais	0
<b>Sistema de Comunicação</b>			
<b>Comunicação:</b>			
Rádio transceptor	0	Telefone fixo	0
		Telefone celular	0
		Não tem	X
<b>Atividades Econômicas</b>			
<b>Projetos:</b>			
Produção e venda de artesanato	0	Viveiros de mudas	0
Casa de farinha	0	Agricultura irrigada	0
Criação de peixes e crustáceos	0	Apicultura	0
Criação de galinhas e produção de ovos	0	Pecuária (bode, gado, ovelhas)	0
Criação de porcos	0	Outras	X

Fonte: Sistema de Informação de Saneamento em Áreas Indígenas - SISABI  
Censo Sanitário Indígena - SANEAMENTO

Orientações para a impressão.