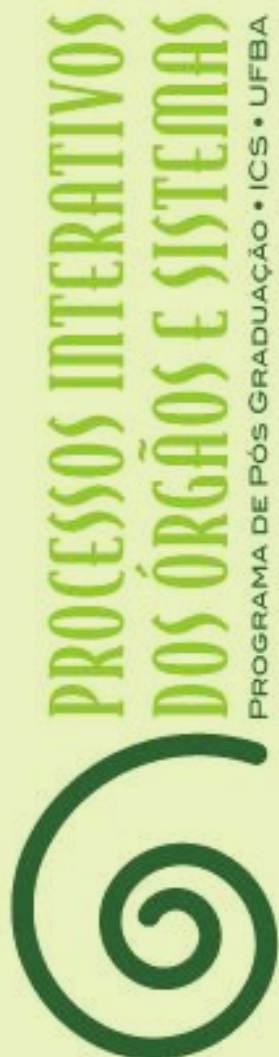


Karina Lavínia Pitta do Carmo Régis de Souza

**Avaliação normativa da gestão da Política Nacional de
Atenção à Saúde dos Povos Indígenas: um estudo de caso no
Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia**



Salvador
2016



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROCESSOS INTERATIVOS DOS
ÓRGÃOS E SISTEMAS**

KARINA LAVÍNIA PITTA DO CARMO RÉGIS DE SOUZA

**AVALIAÇÃO NORMATIVA DA GESTÃO DA POLÍTICA NACIONAL
DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS: UM ESTUDO DE
CASO NO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DA BAHIA**

Salvador
2016

KARINA LAVÍNIA PITTA DO CARMO RÉGIS DE SOUZA

**AVALIAÇÃO NORMATIVA DA GESTÃO DA POLÍTICA NACIONAL
DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS: UM ESTUDO DE
CASO NO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DA BAHIA**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Doutora.

Orientadora: Prof. Dr. Crésio de Aragão Dantas Alves

Salvador
2016

Souza, Karina Lavínia de

Avaliação normativa da gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas: um estudo de caso no Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia / Karina Lavínia de Souza. -- Salvador, 2016.

189 f.

Orientador: Crésio Alves.

Tese (Doutorado - Programa de Pós Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas) -- Universidade Federal da Bahia, Instituto de Ciências da Saúde, 2016.

1. Saúde indígena. 2. Política de saúde indígena. 3. Distritos Sanitários Especiais Indígenas. 4. Avaliação. 5. Gestão. I. Alves, Crésio. II. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



ATA DA SESSÃO PÚBLICA DO COLEGIADO DO PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO
PROCESSOS INTERATIVOS DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS

Aos seis dias do mês de dezembro de dois mil e dezesseis, reuniu-se em sessão pública o Colegiado do Programa de Pós- Graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas com a finalidade de apreciar a **Defesa Pública de Tese** da Doutoranda **Karina Lavinia Pitta do Carmo Régis de Souza**, através da Comissão Julgadora composta pelos **Professores Crésio de Aragão Dantas Alves, José Patrício Bispo Júnior, Sandra Maria Chaves dos Santos, Sandra Simone Queiroz de Moraes Pacheco e Flávia Conceição dos Santos Henrique**. O título da Tese apresentada foi **Avaliação Normativa da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos povos Indígenas: um estudo de caso do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia**. Ao final dos trabalhos, os membros da mencionada Comissão Examinadora emitiram os seguintes pareceres:

Prof. Dr. Crésio de Aragão Dantas Alves _____ APROVADO
Prof. Dr. José Patrício Bispo Júnior _____ Aprovado
Profa. Dra. Sandra Maria Chaves dos Santos _____ APROVADO
Profa. Dra. Sandra Simone Queiroz de Moraes Pacheco _____ APROVADO
Profa. Dra. Flávia Conceição dos Santos Henrique _____ APROVADO

Franqueada a palavra, como não houve quem desejasse fazer uso da mesma lavrou-se a presente ata que após lida e aprovada, foi assinada por todos.

Salvador, Bahia, 06 de dezembro de 2016

Prof. Dr. Crésio de Aragão Dantas Alves _____ Crésio Alves
Prof. Dr. José Patrício Bispo Júnior _____ José Patrício Bispo Jr.
Profa. Dra. Sandra Maria Chaves dos Santos _____ Sandra Lavinia Chaves dos Santos
Profa. Dra. Sandra Simone Queiroz de Moraes Pacheco _____ Sandra Simone de M. Pacheco
Profa. Dra. Flávia Conceição dos Santos Henrique _____ Flávia

KARINA LAVÍNIA PITTA DO CARMO RÉGIS DE SOUZA

**AVALIAÇÃO NORMATIVA DA GESTÃO DA POLÍTICA NACIONAL
DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS: UM ESTUDO DE
CASO NO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DA BAHIA**

Tese de Doutorado apresentada como requisito parcial para obtenção do grau Doutora,
Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia.

Aprovada em: _____

Profa. Dra. Flávia Conceição dos Santos Henrique
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia/Doutora em Saúde Pública pela Escola
Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz)

Prof. Dr. José Patrício Bispo Júnior
Universidade Federal da Bahia/Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde
Pública/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz)

Profa. Dra. Sandra Maria Chaves dos Santos
Universidade Federal da Bahia/Doutora em Administração Pública pela Universidade Federal
da Bahia

Profa. Dra. Sandra Simone Queiroz de Moraes Pacheco
Universidade do Estado da Bahia/Doutora em Antropologia pela Universidade Federal da
Bahia

Prof. Dr. Crésio de Aragão Dantas Alves (Orientador)
Universidade Federal da Bahia/Doutor em Medicina pela Universidade Federal da Bahia

À minha mãe, Vitória, e ao meu irmão, Humberto, por termos aprendido juntos que com fé em Deus somos capazes de vencer as barreiras visíveis e as invisíveis desta vida.

Aos indígenas, com os quais tive oportunidade de conviver ao longo desses anos de pesquisa, pois me ensinaram que para vivermos bem precisamos estar em sintonia com boas energias e com a natureza, da maneira mais pura e verdadeira.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, pela oportunidade que me foi concedida para realizar este trabalho e por sua competência.

Ao Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia, pelo assentimento da minha linha de pesquisa.

Às comunidades indígenas Reserva Thá-Fene/Bahia e Aldeia Kariri-Xocó/Alagoas, por terem me recebido com atenção, respeito, além de me permitirem traçar o rumo da pesquisa através do contato e do aprendizado que recebi sobre a realidade do cotidiano indígena.

Às minhas amigas e amigos, todos eles, pelas orações, pensamento positivo e incentivo nos momentos em que mais precisei de suporte para continuar a caminhada, dentre eles, Adriana, Carol, Cinthia, Cora, Eneida, Leonor, Luiza, Mariluce, Michelle, Neidinha.

Em especial, às minhas amigas Annalena e Tatiana, que me acompanharam em todo o percurso da construção deste trabalho e contribuíram com considerações valiosas.

Aos meus familiares, por entenderem minhas ausências e me apoiarem nos meus estudos.

Aos professores que compuseram a banca de qualificação – Flávia Henrique, Lígia Amparo, Sandra Chaves e Sandra Pacheco –, pela orientação, direcionamento e conhecimentos transmitidos com delicadeza e sinceridade.

Às revisoras do trabalho, pela seriedade com que realizaram suas atividades.

A todas as pessoas que, mesmo indiretamente, me auxiliaram para que fosse possível executar a pesquisa.

Ao Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia, por ter aprovado a concepção do estudo e pelas entrevistas conferidas.

“Ó Senhor Deus, tu és meu defensor e o meu protetor. Tu és o meu Deus; eu confio em ti!” (Salmo 91,2)

SOUZA, Karina Lavínia Pitta do Carmo Régis de. **Avaliação normativa da gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas:** um estudo de caso no Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia. 2016. 189 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

RESUMO

A população indígena brasileira, após vivenciar anos à margem da sociedade, principalmente, em relação ao direito de acesso universal e integral à saúde, acompanhou, em 1999, a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e, em 2002, da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI), como reflexo de movimentos sociais e da participação do Estado em busca de melhorias das condições de saúde desse povo. Ao considerar a insuficiência de estudos que relatem essa realidade e o desenvolvimento das diretrizes da PNASPI no âmbito dos DSEI, em especial, no estado da Bahia, este trabalho realizou avaliação normativa da PNASPI pelo DSEI/BA na perspectiva dos gestores. Empregou-se estudo de caso, descritivo e exploratório, com aplicação de entrevista por questionário semiestruturado. A análise baseou-se na interpretação de conceitos, dados coletados e literatura, além de modelo de avaliação. Os resultados demonstraram que, apesar dos recentes avanços alcançados pelo DSEI/BA na implementação da política, ainda existem entraves nesse processo. Os pontos positivos mais apontados pelos gestores foram: a estruturação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) no suporte à atenção básica, o apoio institucional à gestão do Distrito no diálogo intrasetorial e a autonomia da gestão após a criação da Secretaria de Atenção Especial Indígena. Os principais obstáculos pontuados foram: as limitações de infraestrutura desde o nível gerencial até o nível local, assim como problemas na ordem administrativa e orçamentária, afetando as áreas de logística, recursos humanos e a execução das ações de saúde e saneamento nas comunidades indígenas. Os gestores indicaram que para o fortalecimento da PNASPI pelo DSEI/BA deve haver regularização dessas ações, além de governabilidade da gestão para conduzir a política pública de saúde. Avalia-se que existem lacunas na implementação das diretrizes da PNASPI e há a necessidade de melhor alinhamento com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Assim, pensa-se que a gestão deva ser aprimorada, bem como considera-se também importante garantir a continuidade dos investimentos para implementação da PNASPI pelo DSEI/BA em favor da saúde e de condições socio sanitárias para os povos indígenas, já que os resultados positivos da política sob o modelo DSEI/SESAI começaram a ser notados com mais consistência, recentemente, apesar das dificuldades.

Palavras-chave: Saúde indígena. Política de saúde indígena. Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Avaliação. Gestão.

SOUZA, Karina Lavínia Pitta do Carmo Regis de. **Avaliação normativa da gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas: um estudo de caso no Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia.** 2016. 189 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

ABSTRACT

The Brazilian indigenous population, after living on the margins of society for years, mainly in relation to the right of universal and integral access to health, witnessed in 1999, the deployment of the Special Indigenous Health Districts (DSEI) and, in 2002, the National Policy of Attention to Indigenous Health (PNASPI), respectively, as a reflection of social movements and State's participation in search for improvements of these people's health conditions. When considering the insufficient number of studies which relate to this reality and the development of PNASPI guidelines in the context of DSEI, more particularly, in the state of Bahia, this work aimed at carrying out a regulatory assessment of PNASPI by DSEI/Bahia, regarding the managers' perspective. A descriptive and exploratory case study was employed, as well as an interview through a semi-structured questionnaire. The analysis was based on the interpretation of concepts, data collection and literature review, besides an evaluation model. The results showed that, even though the recent advances achieved by DSEI in the implementation of this policy, there are still barriers in this process. The positive points mostly pointed out by the managers were: the structuring of Multidisciplinary Group of Indigenous Health (EMSI) in the support to the basic attention, the institutional support to the District's management in the intrasectoral dialogue and the management's autonomy, after the creation of the Secretariat of Attention to Indigenous Health (SESAI). The main barriers pointed out were: the infra-structure limitations, since the management level until the local level, as well as the problems of administrative and budgetary nature, affecting the logistics, human resources and the execution of health and sanitation actions in the indigenous populations. The managers pointed out that, for the strengthening of PNASPI by DSEI/Bahia, these actions must be settled, besides a governmental capacity of managing, in order to conduct the health public policy. It is evaluated that there are still blanks in the PNASPI guidelines implementation and also, there is still a need of better alignment with the principles and guidelines of Unified Health System. Thus, it is regarded that the management should be improved, as well as it also considered important to guarantee the continuity of the investments for the PNASPI's implementation by DSEI/Bahia in favor of health and social and sanitary conditions for the indigenous populations, since the positive results of the politics based on the model DSEI-Bahia have started to be perceived with more awareness recently, instead of the difficulties.

KEY-WORDS: Indigenous health. Indigenous health policy. Special Indigenous Health Districts. Assessment. Management.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Distribuição quantitativa da população indígena no Brasil em 1991/2000/2010	28
Quadro 2	Cronologia das políticas de saúde indígena	38
Quadro 3	Esquema descritivo dos aspectos da avaliação da PNASPI – foco no processo	66
Quadro 4	Modelo de avaliação das diretrizes da PNASPI	67
Quadro 5	Pessoal a serviço do DSEI/BA distribuído por categoria profissional/ julho – 2016	78
Quadro 6	Participação de trabalhadores em eventos de educação permanente de janeiro a julho – 2016	85
Quadro 7	Avaliação normativa das diretrizes da PNASPI por dimensões de análise	130
Quadro 8	Sistematização das informações por dimensões de análise	132

LISTA DE TABELA

Tabela 1	População autodeclarada indígena no Brasil, comparativo Censo 2000/2010.....	29
----------	--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa do Brasil com localização dos DSEI.....	45
Figura 2	Estrutura organizacional do DSEI.....	47
Figura 3	Municípios de abrangência e formação do DSEI/BA.....	74
Figura 4	Composição de polos-base do DSEI/BA.....	74
Figura 5	Imagens relativas ao tratamento bucal realizado em área indígena/ BA	107
Figura 6	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e fluxo de referência e contrarreferência.....	124
Figura 7	Princípios e diretrizes do SUS.....	148

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Evolução dos recursos destinados à SESAI de 2012-2015	80
Gráfico 2	Distribuição de profissionais do DSEI/BA por área de atuação	82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Acre
ADM	Administração
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS	Agente de Saúde Indígena
AISAN	Agente de Saneamento Indígena
AM	Amazonas
BA	Bahia
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CASAI	Casa de Saúde Indígena
CHESF	Companhia Hidrelétrica do São Francisco
CIMI	Conselho Indigenista Missionário
CISI	Comissão Intersetorial de Saúde do Índio
CLSI	Conselho Local de Saúde Indígena
CNBB	Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena
CONDISI	Conselho Distrital de Saúde Indígena
COSAI	Coordenação de Saúde do Índio
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DATASUS	Sistema de Informática do Sistema Único de Saúde
DIASI	Divisão de Atenção à Saúde Indígena
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DST	Doença Sexualmente Transmissível

EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
E-SUS AB	Sistema de Informação da Atenção Básica
EVS	Equipe Volante de Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GEOSI	Sistema de Informação de Georreferenciamento Sanitário e Ambiental
GPS	Sistema de Posicionamento Global
HÓRUS	Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICS	Instituto de Ciências da Saúde
IMC	Índice de Massa Corporal
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
INSI	Instituto Nacional de Saúde Indígena
MAPA	Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
MIF	Mulheres em Idade Fértil
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
NISI	Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PB	Polo-base

PB	Paraíba
PDSI	Plano Distrital de Saúde Indígena
PE	Pernambuco
PNAD	Plano Nacional por Amostra de Domicílios
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena
PNSI	Política Nacional de Saúde Indígena
RO	Roraima
RS	Rio Grande do Sul
RT	Responsável Técnico
SASI-SUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS
SEGEP	Serviço de Gestão de Pessoas
SELOG	Serviços de Recursos Logísticos
SEOFI	Serviços de Orçamento e Finanças
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SESANI	Serviços de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena
SIAFI	Sistema Integrado de Administração Financeira
SIASI	Sistema de Atenção à Saúde Indígena
SICAF	Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAS	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SISABI	Sistema de Informação de Saneamento em Áreas Indígenas
SISCAN	Sistema de Informação de Câncer

SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer de Colo de Útero
SISPEI	Sistema de Planejamento Estratégico Institucional
SIPNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SPI	Serviço de Proteção aos Índios
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSA	Serviço de Unidades Sanitárias
TCE	Tribuna de Contas do Estado
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	21
2	OBJETIVOS.....	25
2.1	OBJETIVO GERAL.....	25
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
3	DELIMITAÇÃO TEÓRICA.....	26
3.1	OS INDÍGENAS NO BRASIL.....	26
3.2	A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS.....	31
3.2.1	Uma abordagem geral da saúde indígena no Brasil.....	32
3.2.2	Trajетória de construção das Políticas Indígenas de Saúde.....	37
3.2.3	Estruturação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas	41
3.3	AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	53
3.4	GESTÃO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	55
4	METODOLOGIA.....	59
4.1	ESTRUTURA DO TRABALHO	59
4.2	CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO	60
4.3	A ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO	61
4.4	TÉCNICA E INSTRUMENTOS DA PESQUISA	63
4.5	ESTRATÉGIA METODOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO NORMATIVA	65
4.6	PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DE DADOS	69
4.7	ASPECTOS ÉTICOS	69
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	71
5.1	A IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRETRIZES DA PNASPI PELO DSEI/BA NA PERSPECTIVA DOS GESTORES.....	71
5.1.1	A transição do DSEI/BA da FUNASA/MS para a SESAI/MS.....	71
5.1.2	A organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas – Diretriz 1.....	73
5.1.3	Preparação de Recursos Humanos para atuação em contexto intercultural – Diretriz 2.....	82
5.1.4	Monitoramento das ações de saúde – Diretriz 3.....	90

5.1.5	Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde – Diretriz 4....	93
5.1.6	Promoção ao uso adequado e racional de medicamentos – Diretriz 5.....	99
5.1.7	Promoção de ações específicas em situações especiais – Diretriz 6.....	105
5.1.8	Promoção da ética nas pesquisas e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas – Diretriz 7	113
5.1.9	Promoção de ambientes saudáveis e proteção à saúde indígena – Diretriz 8.....	115
5.1.10	Controle social – Diretriz 9.....	119
5.1.11	Responsabilidades institucionais.....	121
5.1.12	Avanços, oportunidades e resultados esperados na implementação da PNASPI pelo DSEI/BA: com enfoque na avaliação normativa	127
5.1.13	A implementação das diretrizes da PNASPI pelo DSEI/BA e sua articulação com o SUS.....	147
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	154
	REFERÊNCIAS.....	158
	APÊNDICE A – Roteiro de entrevista.....	180
	APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	182
	ANEXO A – Memorando do DSEI/BA.....	184
	ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP	185

1 INTRODUÇÃO

Neste estudo, busca-se entender como, em nível gerencial, as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas são executadas pelo Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia (DSEI/BA). A partir da avaliação normativa e das observações realizadas, pretende-se compreender como ocorre efetivamente essa implementação, discutindo, primordialmente, a proposta da política de saúde indígena, a avaliação de políticas públicas, metodologia e a implementação pelo DSEI/BA.

Para que a pesquisa fosse desenvolvida, muitas mudanças foram feitas na caminhada, devido à existência de contratemplos que afetaram a elaboração deste estudo que, a princípio, se propunha a realizar o perfil epidemiológico e nutricional com os indígenas assistidos pelo DSEI/BA, porém a dificuldade para obtenção do parecer de liberação do Conselho Nacional de Saúde (CONEP), em tempo hábil, direcionou o trabalho aos gestores atuantes na saúde indígena no referido Distrito.

Desenvolver um estudo em avaliação de implementação de política de saúde voltada para as populações indígenas é acreditar que esses indivíduos merecem atenção especial devido aos longos anos de exclusão e vulnerabilidade na sociedade brasileira. Ademais, são ainda recentes os estudos em avaliação de políticas, programas ou planos institucionais no Brasil, constando na literatura a utilização dessa prática com mais veemência a partir da década de 1990, como sinalizado por Tinôco, Souza e Oliveira (2011) e Santos e colaboradores (2006).

Sobre os indígenas, sabe-se que hoje totalizam aproximadamente 900 mil pessoas distribuídas nas cinco regiões brasileiras, em diferentes proporções, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Desse total, em torno de 517.383 habitam terras indígenas brasileiras, perfazendo em torno de 300 povos com cerca de 180 línguas conhecidas, classificadas e distribuídas (BRASIL, 2012b; CARDOSO et al., 2012; GRUPIONI, 2000).

A região Norte caracteriza-se por abranger a maior parte dessa população, enquanto a região Nordeste ocupa o segundo lugar nessa escala populacional (BRASIL, 2012a; SILVA ARAÚJO; SOUZA, 2006).

As informações do Censo do IBGE de 2010 apontam a Bahia como o terceiro estado de destaque na distribuição por grupos étnicos, sendo 36.320 índios localizados na área

urbana e 20.061 localizados na área rural, totalizando 56.381 índios distribuídos por 22 etnias, sendo os grupos étnicos predominantes: Pataxó, Pataxó Hãhãhãe, Tupinambá, Tumbalálá, Kiriri, Tuxá, Atikun, Fulni-ô, Payaya, Kariri-Xocó-Fulni-ô, Kaimbé, Kapinawá, Kantaruré, Potiguara, Pankararé, Pankararu, Pankaru, Xacriabá, Truká, Tapuia, Xukuru-Kariri e Kambiwá. Outros povos, entretanto, estão em fase de reconhecimento de suas etnias pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), o que ampliará os índices populacionais, a exemplo dos Tupã (BAHIA, 2016; BRASIL, 2012a).

Pelo evidenciado, percebe-se que as populações indígenas estão distribuídas tanto próximas a cidades quanto em regiões mais distantes, o que pode estar influenciando no quadro de saúde dessa população, que vem passando por uma série de alterações, exprimindo uma realidade que demanda atenção com a condição de vida desses cidadãos e demonstrando a necessidade do fortalecimento de políticas públicas de saúde que congreguem para esse foco (CRUZ, 2013; OLIVEIRA et al., 2014).

Alguns estudos de avaliação apontam a gravidade da situação de saúde desse povo como, por exemplo, a questão de saneamento básico e do perfil nutricional, uma vez que as condições de insegurança alimentar e nutricional afetam sobretudo crianças, com desnutrição e outros agravos que contribuem para o aumento das taxas de morbidade e mortalidade. Já outros estudos se voltam para discorrer sobre as questões sociais e gerenciais do desenvolvimento da política, sinalizando sua evolução (CHAVES, 2006; FÁVARO et al., 2007; HAQUIM, 2008; MARTINS, 2013; VARGA et. al., 2013).

Nos últimos anos, apesar dos registros censitários apontarem um crescimento do número de “índios” no país, ainda são escassos dados oficiais e trabalhos que relatem sua situação, no âmbito da política de saúde indígena, e que abordem a formação e prática dos profissionais, os modelos de gestão da saúde indígena e a atuação dos gestores, bem como a exequibilidade dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (BOLETIM..., 2009; HAQUIM, 2008; RISSARDO et al., 2014; VARGAS, 2013).

Sobre essa temática de política de saúde indígena, no Brasil, as discussões a respeito do assunto destacaram-se a partir de meados de 1980 quando, concomitantemente, aprofundava-se o debate político do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e os princípios do modelo internacional de política de cuidados primários de saúde, proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) através da declaração de Alma-Ata (CRUZ; COELHO, 2012; VERANI, [199-]). Nesse documento debatiam-se questões como o acesso integral e igualitário às ações e serviços de saúde; a hierarquização do atendimento; a descentralização;

atenção integral à saúde e a participação das comunidades por intermédio do “controle social” (NOVO, 2011).

Na sequência, em 1986, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio estabeleceu as bases para criação de um subsistema específico para a atenção à saúde indígena e, posteriormente, a Constituição de 1988 legitimou, através do Sistema Único de Saúde (SUS), o direito da referida população à atenção de saúde de forma integral (BRASIL, 2012b; CHAVES; CARDOSO; ALMEIDA, 2006; NOVO, 2011).

A partir de 1999, com a aprovação da “Lei Arouca”, a FUNAI deixou de ser responsável pelas ações de assistência à saúde indígena. Logo depois, instaurou-se a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e, posteriormente, implantou-se o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, estruturado e organizado em DSEI. A partir desse momento, a política de saúde indígena passou a ser responsabilidade exclusiva do Ministério da Saúde (ALTINI et al., 2013; CHAVES; CARDOSO; ALMEIDA, 2006).

À vista disso, em 2002 aprovou-se a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e, em 2010, criou-se a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) (BRASIL, 2002, 2010).

Nota-se, por meio de documentos, reivindicações de lideranças indígenas e estudos divulgados, a insuficiência do cumprimento dos direitos aos povos indígenas e a ineficiência do Estado no atendimento às demandas formuladas pelas sociedades indígenas e na execução de atividades propostas nas políticas de saúde voltadas para essa população (ALTINI et al., 2013; GRUPIONI, 2000).

Além do mais, estudos revelam que desde a década de 1990 a política de saúde, no Brasil, assume uma posição de repasse gradativo de suas funções públicas para empresas conveniadas, transferindo suas responsabilidades para as terceirizadas e forçando a adoção de modelos de atenção à saúde divergente dos princípios de universalização e de divulgação do Sistema Único de Saúde (SUS) (GARNELO; SAMPAIO, 2005).

Diante do problema anunciado, no que diz respeito à fragilidade da execução de medidas de saúde por parte das organizações responsáveis por gerir a saúde indígena, pensou-se em se levantar informações a respeito da situação da saúde indígena no Brasil, em especial na Bahia, além de verificar o cumprimento das ações pelos profissionais e gestores vinculados à política de saúde indígena na Bahia.

Dessa maneira, algumas questões nortearam a pesquisa e foram imprescindíveis para a elaboração deste estudo:

1. Qual a situação da saúde indígena hoje?
2. Como está sendo implementada a política de saúde indígena na Bahia?
3. As diretrizes propostas na lei estão sendo executadas como deveriam?
4. Quais as dificuldades e avanços da gestão na execução da PNASPI?
5. Quais os fatores que colaboram para o fortalecimento da política?

Esses e outros questionamentos foram construídos ao longo dos últimos quatro anos, principalmente após os primeiros estudos realizados pela pesquisadora com indígenas no sul da Bahia a partir do mestrado (2010-2012) na área de alimentação escolar, período o qual foi possível observar a precariedade na saúde e no saneamento em aldeias indígenas dessa região, além de ouvir relatos dos próprios indígenas sobre essa realidade.

Assim, procurou-se compreender alcances e limites para as diretrizes descritas na PNASPI no âmbito do DSEI/BA, entendendo sua operacionalização e averiguando a execução da política na concepção dos gestores do Distrito, a fim de colaborar na divulgação, no aperfeiçoamento e fortalecimento da política para sociedade.

2 OBJETIVOS

Nesta seção, descrevem-se os objetivos que nortearam este trabalho, compreendendo o processo de implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia.

2.1 OBJETIVO GERAL

- a. Avaliar, na perspectiva normativa, a implementação da Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas a partir do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia – dimensão da gestão.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Verificar como as diretrizes estabelecidas na PNASPI estão sendo implementadas pelo DSEI/BA;
- b. Investigar as condições de implementação da PNASPI no nível gerencial de acordo com suas diretrizes;
- c. Discutir alcances e limites para implementação da PNASPI de acordo com o marco legal;
- d. Analisar a articulação das diretrizes da PNASPI com os princípios e diretrizes do SUS.

3 DELIMITAÇÃO TEÓRICA

Antes de apresentar a avaliação da implementação da PNASPI pelo DSEI/BA sob a ótica dos gestores, a partir da avaliação normativa, é importante mostrar as relações existentes entre a teoria e a empiria, por meio do diálogo entre o campo conceitual, que orientou a análise dos dados coletados, as percepções constituídas, as evidências e as buscas constantes pela compreensão de como as diretrizes da PNASPI são desenvolvidas pelo Distrito Sanitário Especial da Bahia.

3.1 OS INDÍGENAS NO BRASIL

A compreensão da definição do termo “índio” e sua evolução na sociedade é algo presente nas discussões sobre política de saúde indígena no Brasil, dado que é para essa população que se volta a construção da política estudada nesta pesquisa.

Dessa forma, faz-se necessário debater esse conceito em um momento – na contemporaneidade – em que o indígena não pode ser visto como era conhecido em 1500. Essa percepção parte da observação divulgada pelos meios de comunicação sobre esse povo e da concepção dos cidadãos brasileiros a respeito do ser “índio” que muitas vezes acham que “[...] índios são aqueles que vivem lá no mato, tomando banho de rio [...]” (Entrevistado 1, 2016).

Nesse tocante, o Estatuto do Índio afirma que “[...] índio é todo indivíduo de origem e ascendência pré-colombiana que se identifica e é identificado como pertencente a um grupo étnico cujas características culturais o distinguem da sociedade nacional” (BRASIL, 1973).

Grupioni (2000) resgatou a problemática da necessidade de o Estado olhar para os indígenas enquanto integrantes desta nação, com características socioculturais bem específicas, e da necessidade de se garantir o cumprimento de direitos a essa população, que foram estabelecidos desde 1973 com a implantação do regulamento acima citado.

Sobre isso um dos gestores do DSEI/BA afirmou que,

[...] a população indígena do Brasil é marginalizada, se a gente passar a respeitar mais, eles vão ser mais valorizados, eles vão ser mais vistos como deveriam ter sido vistos desde a época

do descobrimento do Brasil; e a gente não vê isso no país, inclusive é um país que pode melhorar [...] (Entrevistado 6, 2016).

Em vista disso, Grupioni (2000) comenta sobre a dominação etnocida a qual os indígenas foram submetidos pelos europeus após o descobrimento do Brasil, no século XVI, como sendo absolutamente inaceitável nos dias atuais (o que de fato é). Além disso, retrata que o Estado estabelece uma posição de ambiguidade entre a proteção e a garantia dos direitos legais a essas populações e o descaso e o desrespeito para com os mesmos (GRUPIONI, 2000).

Nesse sentido, tem-se a questão de que o Estado brasileiro tem implementado políticas e programas de assistência aos índios sem o real conhecimento sobre as especificidades dessas populações e sem a participação dos mesmos em muitos desses processos, denotando preconceito, desinformação e intolerância em torno da sociedade indígena brasileira (GRUPIONI, 2000).

Por essa via, Castro (2006) defende a ideia de que esses indivíduos devem ser enxergados na sociedade atual além do individual e do termo “índio”, mas sim em um contexto de povo, “comunidade” que possui suas especificidades e que merece ser ouvida e incluída em discussões que lhes dizem respeito.

Sendo assim, deve-se atentar para a circunstância de que os indígenas não podem ser categorizados (nem entendidos) como um grupo homogêneo e genérico de índio, simplesmente por um desejo de ideologia da nacionalidade, uma vez que é inerente a essa população a diversidade de línguas, de economia, de organização política, de cultura, de religião e de costumes, incluindo o Brasil em um dos locais mais ricos do mundo sob o ponto de vista da heterogeneidade desse povo (CARDOSO et al., 2012; GRUPIONI, 2000).

Partindo desse princípio, enquanto povos culturalmente diferenciados, as políticas indigenistas implementadas pelo Estado brasileiro acreditaram, durante décadas, que essas populações se dizimariam ao longo do tempo devido ao contato dos mesmos com a sociedade nacional (CARDOSO et al., 2012).

Em adição, até meados de 1950, os prognósticos a respeito da sobrevivência das etnias indígenas foram bastante negativos, devido à existência de casos epidêmicos de doenças infecciosas, massacres e trabalho escravo (BASTA et al., 2012; COIMBRA JR et al., 2003; SOUSA, 2013; MAGGI, 2014; PINSKY; PINSKY, 2003).

Diante das colocações acima expostas, reflete-se que possivelmente não fosse interessante para os segmentos dominantes do Estado, e talvez ainda não seja, a sobrevivência das populações indígenas no país enquanto povos diferenciados, indo de encontro aos interesses em expansão territorial como subsídio para o “avanço” da nação.

Porém, a partir dos anos 1980, a formação de novas configurações de políticas públicas direcionadas para os povos indígenas, o aumento de autoidentificação e do reconhecimento dos próprios indígenas sobre suas etnias possibilitaram a elevação no número de registros desses indivíduos (CARDOSO et al, 2012; GRUPIONI, 2000).

Sobre isso, a fala de um dos entrevistados explicita o receio que os indígenas tinham, e ainda têm, em se autodeclarar “índios” devido a todo contexto histórico-político do Estado no que se refere à discriminação e vulnerabilidade desses povos.

[...] antes, muito recentemente, ainda na qualidade de tutela, ser índio era um preconceito tão grande que ninguém queria ser índio, o próprio índio não revelava, até hoje não revela, em determinados espaços institucionais o índio não diz que ele é índio, porque ele sofre preconceito, ele nega sua etnia [...] (Entrevistado 1, 2016).

Acerca do incremento no número das autodelarações, em 2010, com a divulgação do último censo demográfico do país se constatou que, no geral, de 1991 a 2010, houve um aumento de 523.832 indígenas no Brasil, correspondendo a 0,4% da população brasileira, conforme Quadro 1 (AZEVEDO, 2000; BRASIL, 2012b; PINSKY, J.; PINSKY, B., 2003; SIMÕES et al., 2015).

Quadro 1 – Distribuição quantitativa da população indígena no Brasil em 1991/2000/2010

	1991	2000	2010
Zona urbana	71.026	383.298	315.180
Zona rural	223.105	350.829	502.783
Total de indígenas	294.131	734.127	817.963

Fonte: Adaptação do IBGE, Censo Demográfico 1991/2010.

Nessa mesma lógica, na Bahia, um estudo revelou que, no início da segunda década do século XXI, existiam 15 povos indígenas com, aproximadamente, 40 mil indivíduos distribuídos em cerca de 100 comunidades locais no estado. (SAMPAIO, [20--]).

Paradoxalmente, o Censo IBGE de 2010 sinalizou que a população autodeclarada indígena no estado da Bahia era de 56.381 pessoas nesse período, 16.381 a mais do que indicado no referido estudo (BRASIL, 2012b).

Tal evidência pode estar relacionada à elevação no número de cidadãos brasileiros que se reconheceram como “índios”, embora, no estado da Bahia, a população autodeclarada indígena no ano de 2010 tenha sido 5.859 a menos do que no ano de 2000, segundo o último Censo IBGE, vide Tabela 1.

Tabela 1 – População autodeclarada indígena no Brasil, comparativo Censo 2000/2010

Grandes Regiões e Unidades da Federação	População autodeclarada residente						Crescimento absoluto - 2000/2010		Taxa média de crescimento anual (%) - 2000/2010	
	2000			2010			Capital	Municípios exclusive capital	Capital	Municípios exclusive capital
	Total	Capital	Municípios exclusive capital	Total	Capital	Municípios exclusive capital				
Total	734 127	132 707	601 420	817 963	90 109	727 854	(-) 42 598	126 434	(-) 3,8	1,9
Norte	213 443	21 402	192 041	305 873	18 201	287 672	(-) 3 201	95 631	(-) 1,6	4,1
Rondônia	10 683	1 858	8 825	12 015	1 411	10 604	(-) 447	1 779	(-) 2,7	1,9
Acre	8 009	443	7 566	15 921	711	15 210	268	7 644	4,8	7,2
Amazonas	113 391	7 894	105 497	168 680	4 040	164 640	(-) 3 854	59 143	(-) 6,5	4,6
Roraima	28 128	6 150	21 978	49 637	8 550	41 087	2 400	19 109	3,3	6,5
Pará	37 681	3 583	34 098	39 081	2 271	36 810	(-) 1 312	2 712	(-) 4,5	0,8
Amapá	4 972	800	4 172	7 408	723	6 685	(-) 77	2 513	(-) 1,0	4,8
Tocantins	10 581	674	9 907	13 131	495	12 636	(-) 179	2 729	(-) 3,0	2,5
Nordeste	170 389	38 655	131 734	208 691	24 859	183 832	(-) 13 796	52 098	(-) 4,3	3,4
Maranhão	27 571	3 130	24 441	35 272	1 815	33 457	(-) 1 315	9 016	(-) 5,3	3,2
Piauí	2 664	999	1 665	2 944	1 333	1 611	334	(-) 54	2,9	(-) 0,3
Ceará	12 198	3 314	8 884	19 336	3 071	16 265	(-) 243	7 381	(-) 0,8	6,2
Rio Grande do Norte	3 168	1 273	1 895	2 597	866	1 731	(-) 407	(-) 164	(-) 3,8	(-) 0,9
Paraíba	10 088	1 789	8 299	19 149	1 951	17 198	162	8 899	0,9	7,6
Pernambuco	34 669	5 094	29 575	53 284	3 665	49 619	(-) 1 429	20 044	(-) 3,2	5,3
Alagoas	9 074	1 716	7 358	14 509	2 420	12 089	704	4 731	3,5	5,1
Sergipe	6 717	2 628	4 089	5 219	2 175	3 044	(-) 453	(-) 1 045	(-) 1,9	(-) 2,9
Bahia	64 240	18 712	45 528	56 381	7 563	48 818	(-) 11 149	3 290	(-) 8,7	0,7
Sudeste	161 189	43 366	117 823	97 960	24 215	73 745	(-) 19 151	(-) 44 078	(-) 5,7	(-) 4,6
Minas Gerais	48 720	7 588	41 132	31 112	3 477	27 635	(-) 4 111	(-) 13 497	(-) 7,5	(-) 3,9
Espirito Santo	12 746	1 464	11 282	9 160	997	8 163	(-) 467	(-) 3 119	(-) 3,8	(-) 3,2
Rio de Janeiro	35 934	15 622	20 312	15 894	6 764	9 130	(-) 8 858	(-) 11 182	(-) 8,0	(-) 7,7
São Paulo	63 789	18 692	45 097	41 794	12 977	28 817	(-) 5 715	(-) 16 280	(-) 3,6	(-) 4,4
Sul	84 747	12 394	72 353	74 945	7 029	67 916	(-) 5 365	(-) 4 437	(-) 5,5	(-) 0,6
Paraná	31 488	5 107	26 381	25 915	2 693	23 222	(-) 2 414	(-) 3 159	(-) 6,2	(-) 1,3
Santa Catarina	14 542	931	13 611	16 041	1 028	15 013	97	1 402	1,0	1,0
Rio Grande do Sul	38 718	6 356	32 362	32 989	3 308	29 681	(-) 3 048	(-) 2 681	(-) 6,3	(-) 0,9
Centro-Oeste	104 360	16 890	87 470	130 494	15 805	114 689	(-) 1 085	27 219	(-) 0,7	2,7
Mato Grosso do Sul	53 900	4 641	49 259	73 295	5 898	67 397	1 257	18 138	2,4	3,2
Mato Grosso	29 196	2 175	27 021	42 538	1 644	40 894	(-) 531	13 873	(-) 2,8	4,2
Goiás	14 110	2 920	11 190	8 533	2 135	6 398	(-) 785	(-) 4 792	(-) 3,1	(-) 5,4
Distrito Federal	7 154	7 154	0	6 128	6 128	0	(-) 1 026	0	(-) 1,5	0,0

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000 e 2010

O IBGE (2012b) explica que, provavelmente, essa redução no número de autodeclarados “índios”, em algumas cidades ou áreas urbanas, advém de que, em 2000, muitas pessoas se classificaram genericamente como indígenas e, em 2010, foram mais realistas, pois efetivamente já não possuíam nenhuma ligação com os seus povos de origem. Segundo pesquisadores, provavelmente em 2000 essas pessoas que se declararam indígenas

estivessem vislumbrando a inclusão em programas sociais do governo para população de baixa renda que eclodiu nesse período, fato que é compreensível como já exposto devido aos anos de desamparo vividos por essa população, ainda que não tivessem mais proximidade com suas respectivas etnias.

Usando o mesmo critério, estudos realizados pelo IBGE (2012b) também demonstraram que o comportamento manifestado por esses indivíduos no ano 2000 pode estar relacionado com a conjuntura política daquele momento do país, e assim essas pessoas poderiam colaborar para a reafirmação sociopolítica desse grupo populacional devido aos anos de invisibilidade política na sociedade.

Outra questão, levantada por alguns estudiosos, é que esses registros demográficos poderiam ser ainda mais expressivos caso os recenseadores adentrassem as terras indígenas isoladas, áreas rurais e de difícil acesso, mesmo após a inclusão parcial da população indígena na categoria “indígena”, quesito “cor ou raça”, a partir do Censo de 1991 (COIMBRA JR et al., 2003; COIMBRA JR; SANTOS, 2000; MARINHO; SANTOS; PEREIRA, 2011; MAZZETI, 2015; MELATTI, 2007).

Entende-se, então, dessa conjuntura, que o aumento do número de indígenas na sociedade brasileira relaciona-se muito mais com o aumento do número de autodeclarações do que com a implementação das políticas públicas voltadas para esses indivíduos. Até porque, observa-se, ainda hoje, que não há um empenho do Estado em desconstruir a imagem equivocada que muitos cidadãos brasileiros têm a respeito desses indivíduos: de que são pouco articulados politicamente e que impossibilitam o desenvolvimento do país ao exigirem a retomada de suas terras (o que é garantido por lei), mantendo-as improdutivas. Isso pode ser comprovado, por exemplo, com o relato de um dos entrevistados ao comentar sobre a difícil relação das pessoas que atuam na gestão da saúde dos estados e municípios com o indivíduo indígena.

[...] aí entra todas as questões da subjetividade, é o preconceito com o índio, é o não gostar de índio, que o índio está tomando nossas terras [...] (Entrevistado 1, 2016).

Desse modo, interroga-se: será que partiria de governantes da nação ter um olhar direcionado com mais atenção para indivíduos que representam menos de 1% da população nacional? Responda-se que: certamente não.

Inserido nesse cenário, aprova-se a PNASPI, decorrente da luta do movimento indígena e de seus apoiadores a fim de lograr essa conquista.

3.2 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

Para compreender a política voltada à saúde das populações indígenas faz-se pertinente compreender que a política tanto pode ser decorrente das ações do Estado quanto das movimentações das atitudes humanas em função da influência dos cidadãos na “máquina” que gere e dá o direcionamento ao rumo da civilização, sob o ponto de vista da economia, meio ambiente, saúde e da construção de políticas públicas em seus inúmeros temas (ARENDR, 2009; BOBBIO; MATTEUCI; PASQUINO, 1995).

Percebe-se que a PNASPI enquanto resultado da movimentação de defensores das causas indígenas em todo o país, enquadra-se exatamente na definição de política decorrente da ação de cidadãos em prol de melhorias nas condições de vida desses povos.

Nesse sentido, as políticas de saúde indígena seguiram o mesmo caminho das políticas sociais no Brasil, que apontaram por volta de 1930, a partir da pressão da sociedade para implementação e garantia de seus direitos sociais e trabalhistas (BEHRING; BOSCHETTI, 2007; CASTEL, 1998).

Por outros autores, as políticas de saúde se voltam para garantir aos indivíduos bem-estar e qualidade de vida em decorrência dos seus determinantes sociais, ambientais e culturais (COSTA FILHO, 2015; FLEURY; OUVENEY, 2008; PAIM, 2003).

No transcorrer, outras normativas apontavam a necessidade de atenção à saúde desse povo como o Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007, que diz, no artigo 3º: “IX - criar e implementar, urgentemente, uma política pública de saúde voltada aos povos e comunidades tradicionais¹” (BRASIL, 2007).

Por isso, houve um amadurecimento nas discussões a respeito do fortalecimento das políticas direcionadas para a saúde dos povos indígenas, as quais já vinham movimentando o cenário político do país desde a década de 1990.

¹ Povos e Comunidades Tradicionais (PCTs) são: “Grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição” (BRASIL, 2007).

Sendo assim, inserido no contexto da importância da criação das políticas de saúde indígena no Brasil, considera-se ser substancial conhecer o panorama atual da saúde desses indivíduos, apesar da fragilidade dos dados disponíveis atualmente.

3.2.1 Uma abordagem geral da saúde indígena no Brasil

Diferentemente do que ocorre com a população mundial, a indígena apresenta atraso na sua transição demográfica posto que o número de nascidos vivos ainda supera os casos de mortalidade em 46,16% entre 2012-2013 (FERREIRA; MATSUO; SOUZA, 2011; OLIVEIRA et al., 2012; SIMÕES et al., 2015; TADDEI et al., 2011).

Entre esse quantitativo de nascidos vivos, as crianças indígenas de 0 a 5 anos notificadas pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) expuseram, em 2015, uma taxa para baixo peso 46,37% acima da registrada pelo país (SISVAN, 2016).

Esse dado sugere pensar que o baixo peso ao nascer de crianças recomenda maior atenção às mães indígenas durante a gravidez com a execução de programas de saúde com foco especial nesses indivíduos, como retratam Ribas e Philippi (2003).

Quanto às doenças que ainda persistem na sociedade indígena, a tuberculose, a malária, as parasitoses intestinais e as hepatites virais continuam acometendo essa população, por mais que as hepatites, por exemplo, possam ser controladas com coberturas vacinais eficientes (BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012; BRAGA et al., 2001; COIMBRA JR.; SANTOS; ESCOBAR, 2003; NUNES; MONTEIRO; SOARES, 2007; OLIVEIRA, 2013).

No caso da tuberculose, apesar da redução em 33,3% da sua taxa de mortalidade entre 1990-2012, tal patologia ainda afeta um número considerável de habitantes no país, sendo uma das 10 principais causas conhecidas de óbitos entre a população indígena, apontando valores acima de 5% de casos para menores de 15 anos contrariando o esperado para a população geral do Brasil (BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012; BRASIL, 2009, 2012b, [2013c]; RIOS et al., 2013; SANTOS et al., 2013).

Em relação à malária, conhecida como uma das principais parasitoses tropicais do mundo, ela se apresenta com uma grande influência nas causas de morbidade e mortalidade dos indígenas no país, a prova disso é que um estudo realizado de 2003 a 2007 no Amazonas sinalizou 14.945 acometidos pela doença, contrariando os registros gerais do SUS que só

notificaram um caso no ano de 2015, sugerindo a subnotificação dos dados ou registro incorreto no sistema (CONFALONIERI, 2005; DATASUS, 2016; ESCOBAR; SANTOS; COIMBRA JR., 2003; OMS, 2007; RODRIGUES; NETO LOPES, 2011).

Tais evidências apontam a probabilidade de as doenças acima citadas estarem relacionadas com as precárias condições de vida, nutricionais e socio sanitárias dos povos indígenas, consequência da vulnerabilidade social, gerando, além disso, a debilidade do sistema imunológico dessas pessoas (BARRETO et al., 2011; COIMBRA JR. et al., 2013; FERREIRA; COIMBRA JR., 2014; MARINHO; SANTOS; PEREIRA, 2011; MATSUO; SOUZA, 2011; MAZZETI, 2015; OLIVEIRA et al., 2012).

Em se tratando de doenças parasitárias e infecciosas, estas ainda exercem grande influência sobre as causas de morbimortalidade indígena, como doenças diarreicas, afetando principalmente crianças, infecções do trato respiratório e parasitoses intestinais (ASSIS et al. 2013, GARNELO, 2012; MARINHO; SANTOS; PEREIRA, 2011; SIMÕES et al., 2015).

Por outro lado, patologias como a difteria, a coqueluche, o tétano, o sarampo, a rubéola decresceram nos últimos anos, com uma observação para a coqueluche que registrou aumento de 0,4% em 2015, o que é possível de acontecer a partir do momento em que essas doenças não foram erradicadas totalmente no mundo (BRASIL, 2004; DATASUS, 2016; LUNA; SILVA JR., 2013).

Sobre as doenças emergentes ou reemergentes que estão (re)aparecendo entre os povos indígenas, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e sífilis vêm apontando um forte indício no aumento do número de casos, por motivos específicos, como o assentamento dessas populações em áreas urbanas, terras indígenas localizadas em região de fronteira, turismo e construção de barragens, estradas, projetos agropecuários, dentre outros fatores (CARVALHO; CHO; FLORES, 2011).

No que se refere às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), notificou-se elevação de 2% para o indicador acima do peso de 2014 a 2015, entre indígenas de todas as regiões brasileiras, pelo Índice de Massa Corpóreo (IMC), demonstrando a exposição dos mesmos às DCNT, estando as regiões Sul e Centro-Oeste em situação mais crítica (SISVAN, 2016).

Ademais, em 2015, o mesmo indicador de excesso de peso – sobrepeso mais obesidades I, II e III – apresentou-se 1,5% acima do percentual da população nacional

(SISVAN, 2016). Destaca-se aqui a problemática da utilização do IMC para indicação de excesso de peso e obesidade nos indivíduos, uma vez que já se discute que o ideal é a utilização da composição de gordura corporal associada ao IMC para categorizar essa patologia em um indivíduo.

Vale salientar que existe um consenso mundial sobre a elevação na prevalência de DCNT e que, por isso, pode-se afirmar que há um vasto campo de pesquisa a ser explorado sobre esse aspecto (FERREIRA; MATSUO; SOUZA, 2011; OMS, 2002b; ORELLANA et al., 2011).

Apesar dos resultados crescentes de DCNT na população indígena, a desnutrição, a anemia, especialmente em crianças e mulheres em idade reprodutiva, e o baixo peso ao nascer influenciam paralelamente na realidade desse povo, caracterizando então a coexistência de problemas antigos e recentes, inclusive com altas prevalências de sobrepeso também em crianças indígenas (BARRETO et al., 2014; BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012; COIMBRA JR., 2014; FREITAS et al., 2014; MAZZETI, 2015; ORELLANA et al., 2009; 2011; SILVA, 2014; VIEIRA, 2015).

Outras complicações como cárie bucal, deficiência visual, transtornos mentais e de comportamento, causas externas de adoecimento e morte (homicídios e suicídios) também marcam o quadro epidemiológico dessa população, acompanhando a atual conjuntura nacional no processo de transição da saúde indígena (ARANTES, 2003; BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012; BONFIM, 2011a; CARNEIRO; MACIEL; MELO, 2012; COIMBRA JR. et al., 2002, 2003; GRUBITS; FREIRE; NORIEGA, 2011; MARINHO; SANTOS; PEREIRA, 2011; PALITOT, 2005; PONTES; STAUFFER; GARNELO, 2012, SOUZA; FERREIRA, 2014; SOUZA; ORELLANA, 2013; SÁ; BRUNO, 2012).

Por isso, compreende-se que são enormes os desafios em reparar as carências e os obstáculos diários aos quais a população indígena está submetida. Além disso, deve-se continuar com as pesquisas e os investimentos na saúde pública voltada para esse povo (BERTANHA, 2012; COIMBRA JR. et al., 2013).

Realizando o estudo para o cenário do estado da Bahia, utilizou-se o sistema de informática do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde (DATASUS/MS). Por esse motivo devem ser consideradas as possíveis subnotificações ou irregularidade de registros, no entanto, as informações colaboram para conferir uma reflexão sobre o assunto. Os dados

lançados refletem que, em janeiro de 2016, dos 1394 casos registrados de morbidade hospitalar/SUS de indígenas por municípios brasileiros, apenas 0,36% (n = 5) referiram-se à Bahia (DATASUS, 2016).

Quando o comparativo é realizado entre estados do nordeste – Maranhão, Pernambuco, Ceará, Paraíba, Bahia, Sergipe, Piauí –, a Bahia ocupa o quinto lugar em número de casos de internação hospitalar com representação de 3,4% (DATASUS, 2016). Supõe-se que esse número pode refletir a dificuldade ao acesso à saúde no nível de alta complexidade pelos indígenas da Bahia.

Em relação à mortalidade, dados preliminares de 2014 indicam que dos 3520 casos, 41,84% foram no Nordeste, destes 25% foram na Bahia, sendo que nos anos anteriores os números foram de 19% (2011), 20% (2012) e 23% (2013), expressando crescimento no número de mortes entre essa população nos últimos anos (DATASUS, 2016). Vale relembrar que esse dado pode sinalizar também um maior número de registros nesse período, retratando mais fidedignamente a realidade.

Em contrapartida, o número de nascidos vivos entre indígenas na Bahia melhorou de 2011 a 2013 com valores aproximados de 17%, 20% e 21% respectivamente, apresentando uma leve redução desse valor em 2014 para 20%, não alterando a ocupação do terceiro lugar em nascidos vivos, ficando atrás do Maranhão e de Pernambuco entre os estados da região Nordeste (DATASUS, 2016).

No que se refere às doenças persistentes que acometem a população indígena da Bahia, a tuberculose e a hepatite estão incluídas, pois os registros apontam que, embora de 2011 a 2013 os casos de hepatites virais na Bahia tenham reduzido em 22% comparado ao total do Nordeste houve um crescimento aproximado de 12% entre 2013 e 2015 no referido estado.

Doenças emergentes ou reemergentes também vêm acometendo as populações indígenas na Bahia, como as DCNT, a AIDS e a dengue.

Nesse sentido, registrou-se um incremento de 2014 para 2015 de 2% de excesso de peso (sobrepeso, obesidade grau I, II e III) entre os adultos indígenas na Bahia. No ano de 2015, os adultos e idosos apresentaram 58% e 44%, respectivamente, de indivíduos com excesso de peso de acordo com o Índice de Massa Corpóreo (IMC), demonstrando uma tendência ao desenvolvimento de patologias associadas ao ganho de peso como diabetes, hipertensão e síndrome metabólica (SISVAN, 2016).

Por outro lado, as crianças de 0 a 5 anos apresentaram dados referentes ao peso muito baixo/idade e baixo peso/idade, em 2015, abaixo da média regional e nacional que foi de 4,65% para 6,15% e 7,73%, respectivamente, encontrando-se a maioria delas dentro da faixa de peso/idade, do mesmo modo para os adolescentes, segundo o SISVAN (2016).

No que corresponde aos idosos, um dado que chama a atenção é que por mais que a maioria dos idosos indígenas da Bahia tenha expressado, no ano de 2015, um quadro de excesso de peso de acordo com o IMC, o percentual de baixo peso (24,14%) está acima dos valores regionais (14,16%) e nacionais (19,46%) (SISVAN, 2016), alertando-se para a ineficiência do uso do IMC enquanto único indicador de peso para uma população.

Ressalta-se também que existe a probabilidade de esses dados não representarem inteiramente a realidade das populações indígenas da Bahia, já que a literatura indica que há muitas falhas no lançamento de informações no SISVAN.

Em se tratando do quantitativo de casos de AIDS na Bahia, o estado liderou os números de casos no nordeste com 60%, 61,5% e 50% entre 2011 e 2013, todavia não houve nenhuma notificação em 2014, e diminuição de casos de 2012 a 2013, o que provavelmente não condiz com a realidade (DATASUS, 2016).

Em relação à dengue, o sistema compunha informações até 2012, registrando que de 2011 a 2012 houve redução em 8% dos casos na Bahia, não alterando a ocupação do segundo lugar em número de casos no Nordeste.

Outra questão que merece atenção é que na Bahia, assim como no Brasil, observa-se o aumento do número de casos de violência doméstica, sexual e outras violências, pois de 2013 a 2014 evidenciou-se uma elevação de 8% desses casos, apesar da redução da notificação de 40% na região Nordeste, sugerindo um encadeamento com o uso de álcool e de outras drogas (DATASUS, 2016).

Assim, percebe-se que o prognóstico da saúde indígena no país e, em especial na Bahia precisa de atenção, porque mesmo com as falhas dos sistemas de informação, após 14 anos de aprovação da PNASPI, a situação da saúde carece de melhorias, sinalizando a necessidade de apreender qual está sendo o direcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas para reverter ou amenizar esse cenário.

Para isso, propicia-se apresentar inicialmente o percurso transcorrido pela política de saúde indígena, seus princípios e diretrizes.

3.2.2 Trajetória de construção das Políticas Indígenas de Saúde

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi oficializada pelo Ministério da Saúde em 2002 com a Portaria n° 254, de 31 de janeiro, integrando a Política Nacional de Saúde da Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (FUNASA/MS, 2002).

A elaboração da PNASPI vem ao encontro dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política das populações indígenas (BRASIL, 2002).

Não se pode deixar de considerar que embora o direito à saúde tenha sido declarado pela OMS em 1948, apenas 40 anos depois, após o Movimento da Reforma Sanitária, que ocorreu no Brasil entre 1976-1988, o SUS se consolidou enquanto pauta integrante da Constituição da República de 1988, garantindo direito social a todos os brasileiros (PAIM, 2009).

Por essa perspectiva, a Constituição de 1988 foi essencial na garantia dos direitos sociais aos cidadãos, incluindo o direito à saúde, sobretudo aos indígenas, devido ao respeito à sua organização social, costumes, crenças e tradições e ao reconhecimento de sua autonomia e cidadania (FUNAI, 2016).

Novamente, retoma-se a questão da falta de atenção do Estado por longos anos na garantia do direito à saúde aos excluídos, como os indígenas que, mesmo após a aprovação da Constituição de 1988 e da aprovação da Lei Arouca em 1999, só implementou anos depois a PNASPI.

O relato de um dos entrevistados, que era servidor do estado da Bahia na época, expõe o posicionamento do Estado após a Lei Arouca e reafirma tal reflexão.

[...] o Estado (da Bahia) não reconhecia o índio... teria de ter reconhecido desde o início, né... teria de ter enxergado o que foi que a Lei Arouca propôs. Ninguém enxergou a Lei Arouca e colocou isso em prática, né [...] (Entrevistado 1, 2016).

Na verdade, a fundamentação mais contundente para aprovação da PNASPI surgiu em decorrência, principalmente, da elaboração das diretrizes voltadas para atenção diferenciada à saúde indígena que se iniciou em 1978, nos Encontros Nacionais de Saúde Indígena, os quais

foram promovidos pelo Conselho Indigenista Missionário (CIMI), órgão vinculado à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB).

Tais diretrizes foram aprovadas na I Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena, em 1986, quando propuseram um modelo assistencial baseado nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Esse modelo foi aprovado em 1992 com a realização da IX Conferência Nacional de Saúde e, em 1993, com a realização da II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (CIMI, 2013).

Para melhor detalhar a trajetória da construção da PNASPI, demonstra-se no quadro cronológico abaixo o caminho percorrido pela história da assistência à saúde indígena.

Quadro 2 – Cronologia das políticas de saúde indígena

ANO/PERÍODO	ACONTECIMENTO	OBJETIVO
Período colonial até o início do século XX	Ações de extermínio da população indígena	Ausência de políticas públicas para saúde e educação; assistência à saúde desorganizada.
1910	Criação do Serviço de Proteção aos Índios (SPI/Ministério da Agricultura)	Assistência à saúde precária, emergencial e moldada à pacificação da população indígena pra inserção no sistema produtivo local.
1916	Criação do antigo código civil brasileiro	Estabeleceu a tutela dos índios ao Estado.
1950	Criação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA/Ministério da Saúde)	Assistência a povos indígenas e áreas rurais de difícil acesso; prevenção – ações de vacinação, odontológicos, controle de doenças transmissíveis como tuberculose.
1967	Criação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI/Ministério da Justiça) Criação de Equipes Volantes de Saúde (EVS) Construção de Casas de Saúde do Índio	Prestação de serviços médicos – sanitários esporádicos em aldeias através da ação dos EVS. Casas de apoio aos índios doentes e aos acompanhantes nos centros urbanos.
1973	Criação da Lei nº 6.001 (Estatuto do Índio)	Direitos garantidos por lei igualmente aos demais brasileiros Concepção de índio tutelado ao Estado até sua integração harmônica com a sociedade.
1978	Realização de Encontros Nacionais da Saúde Indígena	Produção inicial de diretrizes a respeito da saúde indígena.
1986	Realização da VIII Conferência	Deliberações sobre a garantia

	Nacional de Saúde e da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio	do acesso universal e integral à saúde indígena e sua participação em todas as etapas das ações desenvolvidas.
1988	Regulamentação da Constituição Federal do Brasil	Consolidação do respeito aos costumes e à cultura indígena. Desconstrução da tutela ao Estado
1991	Aprovação do Decreto nº 23/91 (primeira definição legal de DSEI) Criação da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI) pela Resolução nº 011, de 31 de outubro, pelo Conselho Nacional de Saúde Criação do Distrito Sanitário Yanomami	Cooperação entre FUNAI e FUNASA; as ações de saúde foram transferidas da FUNAI para o Ministério da Saúde através da FUNASA; criação da Coordenação de Saúde do Índio (COSAI/MS) com foco em formar os distritos em saúde indígena; Elaboração dos princípios e diretrizes das políticas de saúde indígena; acompanhamento da saúde por meio de articulação entre setores/órgão dos governos e com a sociedade civil; Projeto piloto na definição do modelo de gestão indígena, contando com recursos próprios e equipe profissional capacitada para trabalhar no contexto intercultural.
1993	Realização da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas Criação de Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (NISI)	Fortalecimento da implantação de DSEI; Representação de governos, universidades, instituições de apoio, organizações e lideranças indígenas.
1994	Decreto nº 1.141 Criação dos Distritos Sanitários Indígenas do Leste de Roraima e do Xingu	Devolução parcial das ações de saúde para FUNAI – ações curativas; coube à FUNASA – ações preventivas. Formação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS); participação indígena na gestão da atenção básica nas comunidades.
1999	Medida Provisória 1911-1918 Portaria nº 3.156, de 27 de agosto Portaria nº 1.163, de 14 de setembro Aprovação da Lei nº 9.836, de 23 de setembro (Lei Arouca)	Implantação de uma nova política para saúde indígena; Política Nacional de Saúde Indígena (PNSI). Responsabilidade de estabelecer políticas e diretrizes da saúde indígena exclusiva do Ministério da Saúde; execução das ações

	Portaria n° 852	pela FUNASA; criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) com terceirização das ações na saúde indígena. Implantação dos 34 DSEI.
2001	Realização da III Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas	Discussão sobre a terceirização da atenção à saúde indígena e restrição dos indígenas no controle social.
2002	Criação da Portaria n° 254	Aprovação da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI).
2004	Criação das Portarias n° 69 e 70	Novas diretrizes para saúde indígena, visando à redução da participação de terceiros na atenção à saúde.
2006	Instituição do Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena Realização da IV Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas	Atuar nas ações decisórias do SUS; Proposta de criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).
2007	Edição da Portaria n° 2.656	Regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas pelo órgão gestor-FUNASA, almejando a municipalização da saúde indígena.
2008	Criação das Portarias n° 3034 e 3035	Formação de grupo de trabalho de líderes indígenas no combate à municipalização da saúde.
2010	Aprovação da Lei n° 12.314 e do Decreto n° 7336; criação da SESAI	Transição para implantação de uma nova gestão da saúde indígena da FUNASA para SESAI;
2011	Publicação do edital n° 1	Seleção de empresas sem fins lucrativos para prover ações complementares na atenção à saúde indígena por meio de convênios.
2012	Realização do Dia “D” da Saúde Indígena Realização de Fórum de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) e de CISI	Movimento formado para chamar a atenção da sociedade e do poder público para o abandono à saúde indígena no Brasil mesmo com a gestão da SESAI; Reivindicação de melhorias na gestão de pessoas para saúde indígena; prazo para realização de concurso público para saúde indígena

		até 31 de dezembro de 2015.
2013	Realização da V Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas Aprovação do Decreto nº 8.065, de 7 de agosto de 2013.	Objetivo de aprovar diretrizes para as políticas de saúde executadas nas aldeias por parte dos 34 DSEI que integram o SasiSUS.

Fonte: Adaptação de informações publicadas pelo CIMI (2013).

O percurso firmado pela assistência à saúde dos povos indígenas, sistematizado acima, exprime que as conquistas alcançadas foram resultado da luta de lideranças indígenas a fim de assegurar os direitos estabelecidos desde a Constituição de 1988 e reforçados com a Lei Arouca de 1999, a qual colaborou para a oficialização da PNASPI em 2002 (BRASIL, 2002).

Nesse sentido a PNASPI possibilitou a regulamentação das ações do Estado no que diz respeito às práticas de saúde, orientadas a atender as comunidades indígenas, pretendendo melhorar as condições de vida desses cidadãos (CIMI, 2013).

Para isso, desde 2010, a gestão da saúde indígena passa a ter como base de gestão uma Secretaria Especial que, no que lhe concerne, referencia os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), enquanto unidades gestoras, a estrutura de órgãos autônomos administrativamente e financeiramente dentro da concepção de Subsistema de Saúde do SUS, segundo o Conselho Indigenista Missionário (CIMI) (2013).

3.2.3 Estruturação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

A legislação explicita que o objetivo da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é

[...] garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tomam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura [...] (BRASIL, 2002).

Salienta-se que a PNASPI surgiu como parte integrante da Política Nacional de Saúde, buscando a garantia dos direitos sociais aos povos indígenas (BRASIL, 2004).

Para esse fim, foram estipuladas nove diretrizes e uma normatização de Responsabilidade Institucional para a referida política, as quais se apresentam a seguir, juntamente com suas proposições:

Diretriz 1: A organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas

Por meio da Portaria nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, estabeleceu-se, através do Art. 1 que “a atenção à saúde indígena é dever da União e será prestada de acordo com a Constituição e com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, objetivando a universalidade, a integralidade e a equanimidade dos serviços de saúde” (BRASIL, 1999a).

Neste mesmo ano, a Lei nº 9.836 de 23 de setembro de 1999 criou os DSEI, com base também na Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/1990, dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, instituindo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas como organizações integrantes ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena sob a responsabilidade da FUNASA (BRASIL, 1999b).

Diante dessa legislação, as populações indígenas teriam o acesso garantido ao SUS, além de terem também suas especificidades culturais respeitadas na assistência em todos os níveis de atenção, no âmbito local, regional e em centros especializados, propiciando integração entre os mesmos (BRASIL, 1999b).

Dessa maneira, os DSEI foram definidos como organizações responsáveis por executar “As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo território nacional, coletiva ou individualmente [...]” (BRASIL, 1999b, Art. 19), devendo, enquanto Subsistema de Atenção à Saúde do SUS (SasiSUS) ser descentralizado, hierarquizado e regionalizado (BRASIL, 1999b).

Cabe esclarecer que dentre as diretrizes do SUS que norteiam os DSEI estão a descentralização, a integralidade e a hierarquização.

Entende-se por descentralização o repasse de verbas para estados e municípios a fim de adequar a atenção à saúde à realidade econômica, social e sanitária de uma sociedade. Já a integralidade refere-se ao atendimento integral, com foco na prevenção, contando com a participação dos cidadãos na identificação de problemas e no encaminhamento de soluções,

fiscalizando e avaliando as ações e os serviços públicos de saúde. A hierarquização pode ser interpretada como racionalização do uso de recursos em todos os níveis da organização (BRASIL, 1990, 1999b; PAIM, 2012).

Os princípios do SUS de universalidade, autonomia e igualdade também orientam o Subsistema de Saúde Indígena a partir do momento em que, através deles, a lei propõe o acesso aos serviços de saúde a todos os indivíduos e em todos os níveis de assistência, além do direito à integridade física e moral dos indivíduos e a assistência igualitária, sem privilégios aos usuários (BRASIL, 1990, 1999b; PAIM, 2012).

Em 2002, com a aprovação da PNASPI o conceito de DSEI estabeleceu-se como

[...] modelo de organização de serviços, [...] que contemplam um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social (BRASIL, 2002).

Nessa época, cabia à União o financiamento desse Subsistema, e à FUNASA o financiamento dos DSEI, existindo três formas complementares de financiamento do Subsistema: recursos da FUNASA para conveniadas/ONGs para atenção básica; da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS/MS) para os fundos municipais e estaduais de saúde/Secretarias de Assistência à Saúde (SAS/MS), autorizados pela FUNASA; ou da SPS/MS para os hospitais de referência. Ou seja, aos estados, municípios e outras instituições governamentais e não governamentais cabia o complemento do custeio e execução das ações de saúde (BRASIL, 1999a, 1999c; MARQUES, 2003).

A FUNASA atuava no processo como coordenadora das ações de saúde, buscando parcerias para condução da política e contando com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde na função de “Atuar de forma complementar na execução das ações de saúde indígena” (BRASIL, 2002).

Assim, a PNASPI adveio de um movimento (Reforma Sanitária) que se fortaleceu por volta de 1999 e que marcou o início da sua implementação, período no qual o país vivenciava o processo de descentralização administrativa e financeira da esfera federal para os níveis estadual e municipal, transferindo responsabilidade e firmando convênios com ONGs da sociedade civil (ARAÚJO, 2012; MARQUES, 2003; TEIXEIRA et al., 1995).

Alguns autores, como Araújo (2012), consideram que esse modelo de atenção à saúde indígena se dinamizou dentro do contexto da terceirização das ações de saúde indígena como consequência do posicionamento do Estado brasileiro em se eximir da execução direta dos serviços de saúde junto à população indígena.

Por conseguinte, o papel dos Distritos Sanitários integrava um novo modelo de saúde indígena que tinha como base o Subsistema de Atenção Diferenciada à Saúde – integrado ao SUS – e que se pautava no chamado “processo de distritalização sanitária” (ERTHAL, 2003).

Logo, a construção desse modelo de organização dos DSEI parte da proposta de regionalização do sistema de saúde a qual deve ser entendida não apenas na ótica burocrática-administrativa, mas também sob o ponto de vista de melhor distribuição técnico-espacial dos serviços de saúde numa dada área, possibilitando o acesso da população a todos os níveis de atenção (ALMEIDA; CASTRO; LISBOA, 1998).

Agrega-se ao processo de regionalização/distritalização da saúde, o denominado “sistema de referência e contrarreferência”, o qual é um mecanismo que garante a articulação entre os serviços de saúde dos diferentes níveis e distintos municípios para benefício de uma dada população (ALMEIDA; CASTRO; LISBOA, 1998).

A partir dessa estrutura, os Distritos Sanitários visam atender as demandas da sociedade, negociando e pactuando com os serviços de saúde do SUS, além de contar com a participação do controle social (ALMEIDA; CASTRO; LISBOA, 1998).

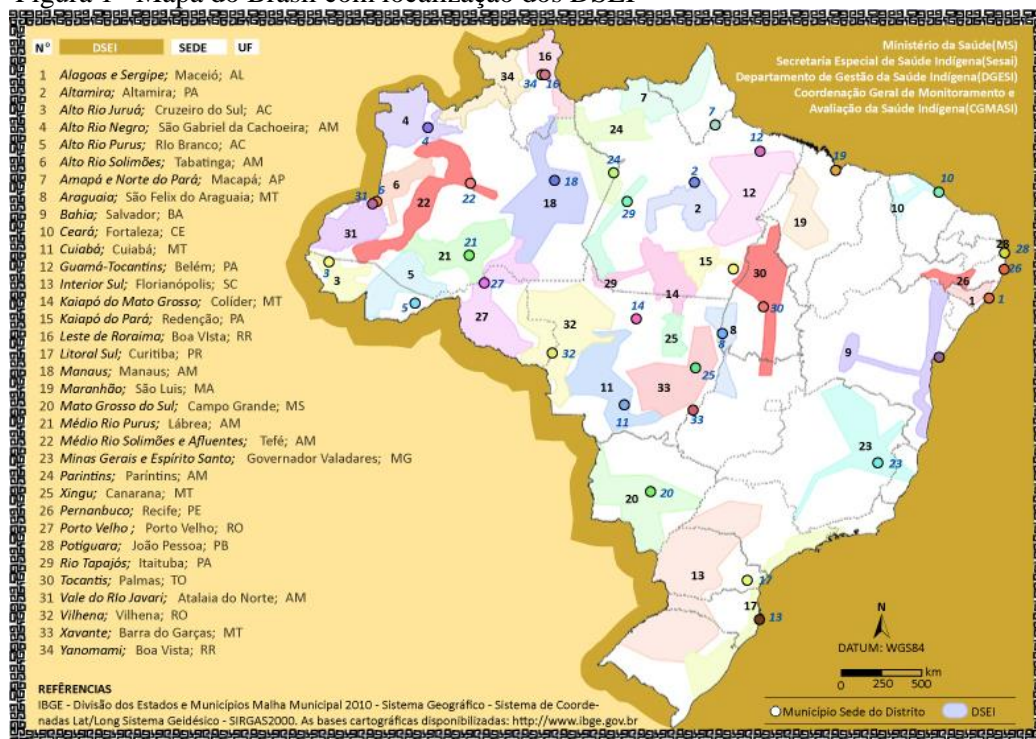
Para isso faz-se indispensável a integração das ações dos programas especiais do Ministério da Saúde, como Imunização, Saúde da Mulher e da Criança, Vigilância Nutricional, Controle da Tuberculose, Malária, Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS, entre outros, com os serviços de vigilância epidemiológica e sanitária a cargo dos gestores estaduais e municipais do SUS (BRASIL, 2002).

Por conseguinte, com base na integralidade, os DSEI passaram a ter como meta a promoção da saúde da população indígena com efetivação de medidas prioritárias a partir das quais se organizaria a atenção integral à saúde dessa população, tendo em conta as suas especificidades e cultura (BRASIL, 2004).

Sobre essa questão conceitual, Paim e Almeida-Filho (2014) discorrem que os Distritos Sanitários consistem na reorganização dos serviços com delimitação específica do território, a fim de definir a população-alvo e os serviços a ela direcionados, articulando todos os níveis de complexidade e analisando a demanda e as prioridades em saúde da população.

Seguindo esse modelo, existem hoje no Brasil 34 Distritos Sanitários que integram SasiSUS, vide Figura 1:

Figura 1– Mapa do Brasil com localização dos DSEI



Fonte: SESA/MS, 2015b

Em nível nacional, 751 postos de saúde, 354 polos-base e 68 Casas de Saúde do Índio (CASAI) fazem parte da estrutura SasiSUS através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil (SOUZA, 2011).

Os polos-base classificam-se de acordo com a complexidade das ações que executam, subdividindo-se em polo-base tipo I e polo-base tipo II (BRASIL, 2001).

Os polos base tipo I caracterizam-se por sua localização em terras indígenas, agregando às suas funções de polo-base outras atividades vinculadas aos postos de saúde e que tem a obrigatoriedade de realizar as atividades de: capacitação, reciclagem e supervisão dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e auxiliares de enfermagem; coleta de material para exame; esterilização; imunizações (quando se tratar de atividades de rotina); coleta e análise sistêmica de dados; investigação epidemiológica; informações de doenças; prevenção de câncer ginecológico (exame/coleta/consulta) e outras atividades compatíveis com o estabelecimento (BRASIL, 2001).

Os postos de saúde que integram os polos-base tipo I são unidades que funcionam dentro das aldeias onde atuam os AIS e as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) em visitas esporádicas.

Já os polos base tipo II localizam-se nos municípios de referência e possuem a estrutura física de apoio técnico e administrativo à EMSI, não devendo executar atividades de assistência à saúde. Essas atividades assistenciais acontecem então em um estabelecimento do SUS no município de referência. As atividades inerentes ao polo-base tipo II são: armazenamento de medicamentos; armazenamento de material de deslocamento para outras áreas indígenas; comunicação via rádio; investigação epidemiológica; informações de doenças; elaboração de relatórios de campo e sistema de informação; coleta, análise e sistematização de dados; planejamento das ações das equipes multidisciplinares na área de abrangência; organização do processo de vacinação na área de abrangência e administração (BRASIL, 2001).

Os polos-base são incluídos nessa organização como suporte para atender grande parte das demandas de saúde das comunidades indígenas na atenção básica, caracterizando-se como a primeira referência para as EMSI e AIS que atuam diretamente nas aldeias, ou seja, cada polo-base cobre um conjunto de aldeias e pode localizar-se numa comunidade indígena ou num município de referência (BRASIL, 1999e).

A rede referenciada do SUS volta-se para atender as demandas que não são supridas nos polos-base, oferecendo a atenção de média (segunda referência) e alta complexidade (terceira referência) através de procedimentos de referência e contrarreferência, oferecendo serviços diferenciados que promovam a recuperação dos pacientes indígenas (BRASIL, 2002).

A PNASPI enfatiza que devem pertencer a essa organização as CASAI como serviço de apoio aos pacientes indígenas encaminhados à rede do SUS e seus acompanhantes, proporcionando acolhimento, acomodação, alimentação, assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcação de exames e consultas, exames complementares ou internação hospitalar, retorno dos pacientes e acompanhantes às comunidades de origem e promovendo atividades culturais, artísticas, de entretenimento e de educação em saúde para os indivíduos enfermos (BRASIL, 2002).

Em 2010, esse modelo de organização passou a ser coordenado não mais pela FUNASA/MS, mas sim pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) devido a

constantes eventos de insatisfação da atuação da FUNASA na administração da PNASPI, de acordo com os estudos de Martins (2013).

Por conseguinte, os DSEI passaram a operar como unidades de gestão descentralizadas, com autonomia e integração com o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo subordinados aos critérios e diretrizes estabelecidos pela SESAI a qual foi criada, dentre outros pontos, para coordenar a implementação da PNASPI e o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena de acordo com o modelo demonstrado na Figura 2 (BRASIL, 2010).

Figura 2 – Estrutura organizacional do DSEI



Fonte: Souza (2011).

Na visão de Martins (2013), a SESAI surgiu como um órgão representativo da gestão da saúde indígena e como representação da conquista de reivindicações dos povos indígenas que, por muitos anos, lutaram para alcançar a existência de um órgão responsável pela assistência à saúde dos mesmos.

Corroborando com o autor acima, pôde-se notar a similaridade de opinião com a de um entrevistado do DSEI/BA ao afirmar,

[...] já existia uma reivindicação da população indígena de criar uma estrutura do Ministério da Saúde que fosse exclusiva... que tivesse exclusividade na execução do Subsistema, que antes era feito por uma autarquia que além de trabalhar com saúde indígena também tinha outra missão, saneamento e demais [...] (Entrevistado 2, 2016).

Mediante exposto, a SESAI, estruturada como um órgão da administração pública direta do poder executivo, componente da estrutura organizacional do Ministério da Saúde (MS), criada através do Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010 – Art. 42, considerando o previsto na Portaria nº 3.965, de 14 de outubro de 2010, do MS – Art. 607, apresenta como principal função,

O exercício da gestão da saúde indígena, no sentido de proteger, promover e recuperar a saúde dos povos indígenas, bem como orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), em consonância com as políticas e programas do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010).

Em decorrência, compete ao DSEI pelo Decreto nº 8.065, de 7 de agosto de 2013 – Art. 50 (que revogou o Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010), “I- planejar, coordenar, supervisionar, monitorar, avaliar e executar as atividades do Subsistema de Saúde Indígena do SUS, nas suas áreas de atuação, observadas as práticas de saúde e as medicinas tradicionais” (BRASIL, 2013a).

Concernindo à SESAI, segundo o Art. 46 do mesmo Decreto, “II - coordenar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos povos indígenas” (BRASIL, 2013a).

Nesses últimos anos, segundo o Ministério da Saúde, tem se procurado consolidar um modelo de gestão voltado para resultados que visam a garantir a ampliação do acesso com qualidade aos serviços de saúde pelos usuários e o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2015f).

No entanto, evidenciou-se que a concepção da PNASPI ao longo dos anos, com foco em melhorar a assistência à saúde, o saneamento básico, a nutrição, a habitação, o meio ambiente, a educação sanitária e a integração institucional, contemplando as peculiaridades de cada comunidade indígena, iniciou-se muito mais das reivindicações de movimentos indígenas e sociais em prol dessas melhorias do que da iniciativa propriamente dita do Estado em sanar anos de abandono e exclusão dessa população.

Então, questiona-se, sob que condições, após a criação da SESAI, os DSEI estão conseguindo cumprir suas diretrizes, atendendo as orientações fundamentais e princípios do SUS enquanto integrantes desse Sistema de Saúde?

Tal pensamento pode ser sustentado diante do relato de um gestor sobre a criação da SESAI ao se referir às boas expectativas, em 2010, com a implementação da nova gestão, ao dizer: “[...] *era uma expectativa talvez maior do que se tem hoje [...]*” (Entrevistado 2, 2016).

Diretriz 2: Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural

Essa diretriz da PNASPI reporta ao DSEI a interlocução com instituições de educação em busca do aprimoramento dos Agentes Indígenas de Saúde para que esses detenham o conhecimento da medicina ocidental e possam somar à medicina tradicional indígena (BRASIL, 2002).

Além disso, a PNASPI afirma que deve ser priorizada a capacitação dos gestores, profissionais de saúde e assessores técnicos indígenas ou não indígenas que atuam no sistema de atenção à saúde indígena, por atuarem como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS, atendendo às peculiares da atenção à saúde dos povos indígenas e às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização dos serviços (BRASIL, 2002).

Em complemento, essa diretriz aponta a participação das instituições de ensino e pesquisa como essenciais no processo de entendimento da atenção diferenciada da saúde indígena, assim como na produção de conhecimento e tecnologias voltadas para solução de problemas desse segmento (BRASIL, 2002).

Diretriz 3: Monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas

A PNASPI utiliza como base para acompanhamento, avaliação e construção de indicadores de saúde o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). A partir deste pensa-se poder medir o acesso, a cobertura e a efetividade da atenção à saúde indígena, fornecer informações a cada nível gerencial da saúde, inclusive aos municípios de referência do SUS e/ou estados e destes para os distritos (BRASIL, 2002).

Os usuários devem ter acesso assegurado ao banco de dados e quanto aos dados epidemiológicos, a PNASPI indica que deverá se facilitar o acesso aos dados para a produção

antropológica dessas informações, a fim de possibilitar o diagnóstico da situação dos problemas de saúde e pautar o planejamento e a execução de atividades (BRASIL, 2002).

Atualmente, para melhor monitoramento e levantamento da saúde indígena o governo federal divulgou que o objetivo é pactuar as informações operacionalizadas entre o SIASI e outros sistemas do Ministério da Saúde, tais como: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Câncer (SISCAN), Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e o Sistema de Informação da Atenção Básica (BRASIL, 2013c).

Diretriz 4: Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde

O princípio do respeito às tradições indígenas está posto em todas as diretrizes da PNASPI e, dentro desse princípio, a legislação preconiza que se alie às práticas e aos saberes indígenas os conhecimentos e tecnologias da biomedicina, nos serviços de saúde e na atuação dos profissionais, em busca da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2002).

Diretriz 5: Promoção do uso adequado e racional de medicamentos

Em conformidade com o atendimento à saúde, a PNASPI também incentiva o uso de práticas terapêuticas indígenas com respeito à sua medicina tradicional e divulgação da sua farmacopeia, assim como atribui essa prática às ações dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (BRASIL, 2002).

Vale ressaltar que a legislação recomenda que todo gerenciamento da assistência farmacêutica deva funcionar em torno da necessidade e da realidade epidemiológica de cada Distrito Sanitário, garantindo a existência dos medicamentos necessários (BRASIL, 2002).

Diretriz 6: Promoção de ações específicas em situações especiais

Essa diretriz é vista como essencial para implementação e consolidação da PNASPI, pois visa sanar e/ou minimizar agravos à saúde desde sua prevenção até o seu controle como no caso de DST, suicídios, homicídios, alcoolismo, desnutrição, fome, dentre outras (BRASIL, 2002).

A PNASPI aponta a necessidade de estudos específicos de impactos à saúde nas comunidades indígenas, acompanhando, monitorando e desenvolvendo ações com o objetivo de diminuir esses agravos e suas consequências devido às precárias condições de vida de muitos indígenas (BRASIL, 2002).

Em adição, direciona como imprescindível a elaboração de ações de incentivo à agricultura sustentável e ao desenvolvimento de projetos habitacionais adequados e reflorestamento para promoção da saúde dos povos indígenas (BRASIL, 2002).

Diretriz 7: Promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde em comunidades indígenas

Tanto no âmbito de pesquisas envolvendo indígenas quanto na prática médica exige-se o cumprimento das Resoluções nº 196/96, nº 304/2000 e do código de Ética Médica nº 1.246/88, respectivamente, em contextos de alta diversidade sociocultural e linguística (BRASIL, 2002).

Diretriz 8: Promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena

Esse segmento está diretamente vinculado com as ações de saneamento básico que deverão ser desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas com o foco no equilíbrio das condições ambientais e na garantia de uma atenção integral à saúde dos povos indígenas, buscando-se preservar os recursos naturais, construção de poços de água, fornecimento um sistema de esgotamento sanitário e tratamento de resíduos com base em levantamentos epidemiológicos e estratégicos (BRASIL, 2002).

Diretriz 9: Controle social

Segundo a PNASPI, “a participação indígena deverá ocorrer em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas [...]” (BRASIL, 2002) através, fundamentalmente, da constituição de Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena, integração em reuniões, encontros e Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, promovendo também a articulação das comunidades indígenas com a população da região na solução de problemas de saúde locais (BRASIL, 2002).

Responsabilidades institucionais

Conforme a PNASPI, cabe aos Distritos Sanitários a articulação entre os níveis intra e intersetorial na viabilização da assistência à saúde aos indígenas, afirmando:

Sobre a articulação intersetorial,

[...] O órgão executor das ações de atenção à saúde dos povos indígenas buscará, em conjunto com o órgão indigenista oficial, parcerias para a condução desta política, principalmente no que diz respeito a alternativas voltadas para a melhoria do nível de saúde dos povos indígenas (BRASIL, 2002).

Sobre a articulação intrasetorial,

[...] é necessário um envolvimento harmônico dos gestores nacional, estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio de um planejamento pactuado nos Distritos Sanitários Indígenas que resguarde o princípio da responsabilidade final da esfera federal e um efetivo Controle Social exercido pelas comunidades indígenas (BRASIL, 2002).

Após explanação dos componentes da PNASPI, raciocina-se se, de fato, existem condições no nível gerencial – DSEI – para executar todas as diretrizes como são delimitadas na PNASPI. Quais os avanços? Quais obstáculos? São realizados levantamentos epidemiológicos que pautem as ações de saneamento básico e saúde? Os sistemas de informação são eficientes e retratam a realidade das comunidades indígenas? Existe ética nas relações? E o respeito às tradições indígenas?

Enfim, esses questionamentos, acrescidos aos citados anteriormente, impulsionaram o estudo de avaliação da implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia.

3.3 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

São inúmeras as definições de avaliação, podendo cada avaliador construir a sua, no entanto, na tentativa de melhor explanação do conceito, sugere-se utilizar, “Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões [...]” (CONTANDRIOUPOLOS et al., 1997, p. 31).

Para Vieira-da-Silva (2014), avaliação pode ser considerada como um dos tipos possíveis de julgamento que se faz sobre as práticas sociais aplicadas na sociedade, isto é, aquelas práticas que fazem parte do cotidiano e do trabalho, até determinadas intervenções que são realizadas em planos e programas, na intenção de melhorá-los e/ ou modificá-los em uma dada circunstância, estando as práticas de saúde inseridas nesse contexto.

Para um melhor entendimento, ilustra-se que “intervenção” pode ser interpretada como uma técnica, um tratamento, uma prática, uma organização, um programa ou uma política e o julgamento desta pode ser decorrente da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa), na qual se baseia esse estudo, ou de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (CONTANDRIOUPOLOS et. al., 1997).

Nesse sentido, entende-se a política de saúde voltada para as populações indígenas – PNASPI – como a “intervenção” que possui um determinado fim junto a esse povo. Cabe registrar que, segundo Contandrioupolos e colaboradores (1997), uma intervenção pode ser avaliada de acordo com os cinco componentes que a constituem: objetivos, recursos, serviços, bens ou atividades, efeitos e contexto de um momento preciso.

Santos e colaboradores (2006), por sua vez, fazem referência aos propósitos, objetivos e modos de proceder dos envolvidos, como sendo tão importantes quanto ao objeto, e aos atores sociais no processo de avaliação.

No caso específico de avaliação de uma política pública, a mesma integra a última etapa do modelo da teoria do ciclo da política, que se inicia no processo decisório, à

formulação, tomada de decisão e implementação de planos, programas ou políticas governamentais, até a avaliação, embora alguns autores façam uma crítica à explanação do ciclo em uma sequência lógica e ordenada pelo fato dessas etapas funcionarem de forma dinâmica e por muitas vezes uma sobrepor a outra, e porque a identificação dos problemas verificados na implementação e na avaliação norteiam a formulação de novas propostas e decisões, no percurso para a elaboração de uma nova política (KINGDON, 1995; PINTO, 2004; JESUS; TEIXEIRA, 2010; PINTO; VIEIRA-DA-SILVA; BAPTISTA, 2014).

Nesse aspecto, a avaliação da implementação de uma política busca verificar de que maneira uma intervenção está sendo implantada, ou seja, como acontece a operacionalização de uma política, plano ou programa de saúde, perguntando-se se a política está sendo executada conforme sua concepção (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Sobre os modelos de avaliação, eles podem ser subdivididos entre tradicional e pluralista ou nas denominações de objetivista e construtivista, respectivamente. No modelo tradicional, a avaliação é conduzida por um indivíduo ou equipe externa à política ou organização gestora, sendo considerada mais objetiva, enquanto que no pluralista ocorre uma participação coletiva com discussões entre parceiros da política avaliada, caracterizando-se como uma avaliação subjetiva que necessita de maior articulação entre os integrantes, por isso é mais demorada (TINÔCO; SOUZA; OLIVEIRA, 2011; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Tinôco, Souza e Oliveira (2011, p. 307) caracterizam o tipo de avaliação também pela atitude do avaliador e suas funções junto ao processo avaliativo, chamando de atitude normativa aquela em que “[...] o avaliador adota os valores eleitos por ele mesmo para se referenciar na medição dos resultados observáveis [...]”, similar ao pensamento de Contandrioupolos (1997).

Ao destacar a avaliação normativa, Tinôco Souza e Oliveira (2011) expõem que esse modelo almeja levantar se a política produz o impacto desejado, se atinge seus objetivos, se gera impactos interessantes ou até se não poderia ser substituída por outras soluções mais econômicas.

Contandrioupolos e colaboradores (1997, p. 34) afirmam que,

[...] A avaliação normativa é a atividade que consiste em fazer julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas (CONTANDRIOUPOLOS, 1997).

Desse modo, avaliação é um importante componente da gestão, ainda que realizada por um avaliador externo, e pode ter objetivos variados dependendo de quem formula a pergunta do estudo. Em relação aos pesquisadores, basicamente o objetivo está em produzir conhecimento a fim de que esse possa ser aproveitado em análise de processo ou intervenções imediatas ou a médio e longo prazo (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Contandrioupolos (1997, p. 34) também afirma que o objetivo fundamental da avaliação é “contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica”, contudo o autor explica que devem ser considerados importantes os objetivos de cada avaliador inclusive aqueles que buscam ampliar conhecimentos.

Atestando a concepção do autor acima, Santos (2006) traz a significância da compreensão e explicação dos fatores que afetam positivamente ou negativamente no alcance dos resultados esperados de uma intervenção.

Logo, esse tipo de estudo pode ser tão importante quanto o estudo de seus resultados, por envolver nos seus processos de implantação a participação de profissionais de diferentes áreas e a interlocução entre eles, fazendo com que o desenvolvimento das relações interpessoais possa gerar um resultado considerável sobre a implementação proposta (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Santos (2006) retrata que estudos de avaliação de políticas ainda são muito imaturos e recentes. Por Uchimura e Bosi (2002), avaliações do gênero se desenvolveram no Brasil a partir da década de 1980, portanto se demonstra a relevância desse estudo em um campo novo em que se adota um modelo normativo de avaliação que tem como foco central os marcos legais da PNASPI, como parte do SUS, indagando sobre as condições da operacionalização no âmbito da gestão quanto ao atendimento das diretrizes da política.

3.4 GESTÃO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Ainda que haja discordâncias, gestão pode ser entendida como administração. A definição mais clássica da administração é a de Henry Fayol (1990) ao agregar os segmentos do planejamento, organização, direção e controle a essa definição, endossada por Chiavenato (2003) ao considerar que todas as atividades são planejadas, coordenadas, dirigidas e executadas por uma organização para assegurar a sua existência e o seu sucesso.

Explana-se, resumidamente, que planejamento é a etapa que trata da racionalização das ações de uma organização para se alcançar os objetivos estabelecidos, além de estipular os recursos necessários e propor soluções para os problemas existentes (TEIXEIRA, 2010). Sendo assim, o planejamento pode ser interpretado como primordial para o bom desempenho de uma instituição.

A organização tem relação com a distribuição das responsabilidades entre as pessoas e a alocação dos recursos para os setores apropriados, os quais serão mobilizados pela direção e fiscalizados quanto ao desempenho de suas atribuições, a fim de que se possa garantir o cumprimento do que é instituído como meta pelo órgão (SOUZA; VIANA, 2014).

Segundo Souza e Viana (2014), podem-se considerar a falta de coordenação das atividades, ou seja, a falta de conhecimento em como conduzir uma organização e a má conduta de profissionais fatores limitantes que trazem prejuízos ao ambiente interno e ao público a qual uma instituição se destina atender.

Trazendo para a realidade das organizações dos Distritos Sanitários, em especial os DSEI, percebe-se o quanto que esses pilares da administração devem estar associados à dinâmica de funcionamento dessas instituições, possibilitando que as intervenções sejam bem aplicadas, gerando resultados positivos e ratificando a sua importância, uma vez que cabe aos gestores padronizarem e acompanharem as ações desenvolvidas no órgão.

Para Paim (2012), além do cumprimento dos princípios da administração, a gestão em saúde precisa atentar-se para a administração de processos políticos e institucionais, por vezes conflituosos, interligando a qualidade da gestão à qualidade do desenvolvimento técnico, político e organizacional de um órgão.

Isso posto, reflete-se para o fato da avaliação contribuir no processo de gestão de um sistema, colaborando para tomadas de decisões de gestores que são formuladores e implementadores de programas e/ou políticas, pois possibilita o conhecimento das operações desenvolvidas e atuação sobre ocorrências de forma a ajustá-las quando necessário, economizando dessa forma tempo e recursos, promovendo a elevação da credibilidade das ações públicas e proporcionando a resolução de problemas (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Nesse sentido, conceitos como eficiência, a eficácia e a efetividade são bastante discutidos quando se voltam para avaliação de desenvolvimento ou execução de uma política pública (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Sobre isso, Chiavenato (2003, p. 47) diz que “Eficácia é uma medida do alcance de resultados, enquanto a eficiência é uma medida da utilização dos recursos nesse processo”, afirmando que a capacidade das pessoas para exercerem determinadas funções está diretamente relacionada com a eficiência e a eficácia com que elas desempenham suas atividades, acrescentando que além de saber como fazer as coisas, as pessoas têm de saber o que fazer, para que os objetivos sejam alcançados. Assim, considera-se um órgão eficaz quando atinge seus objetivos e resultados, e eficiente quando executa bem suas ações.

Já a efetividade é definida como o efeito de uma intervenção em uma dada situação, ou seja, seria a razão entre o impacto observado e o que foi planejado (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Inserido nessa proposição, segundo Chiavenato (2003), a capacidade de liderança das pessoas e a governança² dos gestores de uma organização são muito importantes nesse contexto, para mobilizar as pessoas de maneira estratégica quando necessário, para que o desenvolvimento das atividades seja eficiente e o resultado eficaz.

Segundo Matias-Pereira (2008) a governança no setor público deve ser entendida como a maneira que a administração irá se inter-relacionar com o controle e a supervisão feita pela organização governamental e pelos órgãos de maior instância com o objetivo de alcançar a eficiência e a eficácia.

Para Marques (2005 apud SANABIO; SANTOS; DAVID, 2013), para se atingir governança no setor público é fundamental a existência da liderança, integridade, responsabilidade, integração e transparência, pautando-se nas relações éticas, conformidade em todas as dimensões e prestação responsável de contas, com vistas a resguardar os direitos dos participantes do processo.

Mediante isso, Santos (2001), reconhece a capacidade governativa de uma instituição como a maneira pela qual ela gerenciará seus recursos e a capacidade de implementar uma política pública e sustentá-la, mobilizando meios e recursos políticos e financeiros necessários.

Em adição, Santos (2001) atribui que o termo “governabilidade” remete-se às condições sob as quais o exercício do poder de uma instituição está submetido, como as características do sistema político, a forma de governo, as relações entre os poderes e a intermediação de interesses, ou seja, engloba tanto aspectos operacionais do aparelho do

² Governança: é o nome dado à administração estratégica.

Estado, analisando eficácia e eficiência, como as dimensões sociais, econômica e política do espaço, contudo a autora explica que atualmente esse conceito tem sido substituído pela expressão “governança”.

Dentro dessa concepção, reflete-se que a governança é um fator essencial para que os DSEI, enquanto instituições públicas, consigam implementar e executar as normas preconizadas na PNASPI em conformidade com os pilares da administração.

4 METODOLOGIA

A construção desta seção apresenta inicialmente a estrutura do trabalho. Em seguida, abrange a explanação teórica através dos autores que embasam a pesquisa qualitativa com a utilização do método de estudo de caso, explicando o caminho metodológico da pesquisa.

Ao longo do texto, são expostas as proposições teóricas que direcionaram o olhar da pesquisa para a avaliação normativa da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena no âmbito da gestão do DSEI/BA.

4.1 ESTRUTURA DO TRABALHO

Para a composição deste trabalho, elaborou-se a princípio a delimitação teórica do problema acerca do tema pesquisado, utilizando-se levantamento e análise de fontes secundárias, como livros e artigos acadêmicos, os quais colaboraram para a contextualização do assunto.

No que diz respeito à catalogação de informações sobre a saúde indígena contemporânea, priorizou-se a busca por artigos científicos na base de dados do portal da Biblioteca Virtual de Saúde dos últimos cinco anos.

Convém frisar que para delimitação teórica fez-se útil explorar também dados pertinentes em sistemas de informação, fazendo levantamento estatístico de dados de órgãos como IBGE, SISVAN e DATASUS e até mesmo inserir referências complementares da internet e textos direcionados para o conteúdo.

A partir deste momento, explicita-se a metodologia aplicada no trabalho de campo da pesquisa, área de abrangência e período de execução, o desenho do estudo, as técnicas, recurso metodológico para avaliação normativa, fontes e instrumentos utilizados na coleta de dados, a análise dos dados e, ao final, as características éticas. Na sequência, exibem-se os resultados e as discussões concernentes aos pontos que instigaram a realização da pesquisa no contexto da implementação da PNASPI pelo Distrito Sanitário Indígena da Bahia. E, para finalizar, o estudo é integrado pelas considerações finais, apêndices, anexos e referências intrínsecas à tese.

4.2 CARACTERÍSTICA DO ESTUDO

O estudo designa-se qualitativo, uma vez que se propõe a avaliar normativamente a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas na Bahia a partir da ação de gestores atuantes no Distrito Sanitário Especial Indígena do estado. O caráter qualitativo justifica-se também pelo fato de induzir o encontro de respostas sobre questões pertinentes a um dado local e permitir traçar a realidade desse ambiente mesmo que parcialmente, tendo como parte do objeto de pesquisa seres humanos que oportunizam diálogos, interação e interpretação sobre o assunto desejado (MINAYO, 2015).

Ainda de acordo com a autora supracitada, a pesquisa qualitativa possui três grandes etapas que vão desde a fase exploratória e o trabalho de campo até a análise dos resultados, visando responder a questões pertinentes sobre um determinado assunto. Logo, se utilizou dessa abordagem no estudo para encontrar respostas sobre a intervenção aplicada no país, a qual estabelece normas legais na busca de melhorias para saúde indígena.

Na fase exploratória que, por Minayo (2015), se fundamenta em amadurecer as hipóteses e preparar a entrada em campo, procurou-se fazer uma análise do ambiente, integrar-se às pessoas do Distrito e apresentar o propósito da pesquisa. Foi nesse momento que algumas exigências foram feitas, como a obrigatoriedade da aprovação do Comitê de Ética para coleta de dados por meio das entrevistas, ainda que tenha sido liberado, informalmente, o acesso aos documentos.

Nessa análise prévia, seguiram-se as recomendações de Vieira-da-Silva (2014) para estudos de avaliação de, primeiramente, compreender a política, depois identificar os principais atores no processo e seus interesses, em seguida estudar o histórico de avaliação da política, finalizando com a observação do contexto da execução das ações.

Assim, no trabalho de campo, no qual se insere a teoria aplicada ao estudo, Minayo (2015), nem todos os setores oportunizaram o acesso aos documentos solicitados, fato o qual não foi desejado, mas esperado. Por isso, tentou-se em um segundo momento, através das entrevistas, a obtenção de dados e/ou informações consideradas importantes.

Com esse intuito, dentre as variadas estratégias de pesquisa, escolheu-se o método do estudo de caso para análise do processo de implementação da PNASPI a partir do DSEI/BA.

Para Yin (2005), o estudo de caso pode ser aplicado para construção do conhecimento com base em inúmeros fatores, como individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo. Além de que, parte do princípio que vai se descrever uma situação ou estudar como uma decisão foi implementada e quais os resultados foram atingidos.

Nesse sentido, o estudo de caso caracterizou-se como exploratório e descritivo, delineando as percepções dos gestores quanto aos resultados provenientes do desenvolvimento da política pública de saúde no DSEI/BA, não tendo sido encontrados estudos descritivos anteriores para a localidade a qual a pesquisa foi dirigida.

Em paralelo ao estudo de caso empregou-se o levantamento documental *in loco* e via internet, sendo que ambos podem ser considerados estudos descritivos (TRIVIÑOS, 1987). Nessa sondagem, procurou-se reunir um grande número de informações, decretos, leis, programas, planos de ação, relatórios de gestão etc., para subsidiar a contextualização da realidade do DSEI/BA.

Conforme Triviños (1987), a disposição do termo “estudo descritivo” advém do fato de que o foco desses estudos está no anseio de se conhecer uma organização, seus traços característicos, seus integrantes e/ou atores, os problemas existentes, eixos facilitadores, ou seja, tem o objetivo de descrever os acontecimentos de uma dada realidade.

Consideraram-se também a observação dos fatos e o registro das conversas informais inerentes à operacionalização da política de saúde indígena no ambiente do DSEI/BA, a fim de enriquecer a discussão e avaliação do contexto. Portanto, tais elementos mencionados foram imprescindíveis para compreensão e análise do processo de implementação da PNASPI através do DSEI/BA.

O estudo foi realizado no Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia, órgão vinculado à Secretaria Especial de Saúde Indígena – Ministério da Saúde, localizado em Salvador/BA. O desenvolvimento efetivo da pesquisa foi concebido em 2015 com a fase exploratória, todavia o trabalho de campo iniciou-se em julho/2016 e continuou até setembro/2016.

4.3 A ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO

Para se analisar o processo de implementação da PNASPI pelo DSEI/BA, exige-se que se entenda que a análise desse processo está inserida na avaliação da implementação da política pública de saúde indígena enquanto política ou prática social, isto é, avaliação em saúde com a intenção de se aferir a política para produzir conhecimento sobre tal e colaborar com o seu aperfeiçoamento (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Retoma-se que apesar do entendimento de implementação de uma política ter várias interpretações é inerente ao termo a compressão de não ser um processo constante e que pode sofrer mudanças ao longo do tempo, segundo Perez (1999, p. 66).

Diante disso, interpreta-se que a avaliação do processo de implementação da política pelo DSEI/BA pode colaborar para produção do conhecimento a esse respeito e influenciar no direcionamento de políticas e práticas sociais e de saúde no âmbito da gestão em saúde indígena.

Cabe registrar que a análise de política pública é diferente de avaliação de implementação de política pública, uma vez que na avaliação verifica-se se uma intervenção ou política está sendo implementada conforme sua concepção e na análise existe uma maior complexidade, pois se incorporam as teorias sociológicas, analisando as interferências do contexto político na execução da intervenção estudada (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Pastene (2002 apud SANTOS et al. 2006) complementam a referência acima ao declarar que o conceito de avaliação está em evolução e que novas perspectivas estão sendo incrementadas quanto aos seus objetivos e no processo de avaliar uma intervenção.

Nessa abordagem, a contextualização teórica deste trabalho mencionou que cabe ao Distrito Sanitário, entre outras diretrizes, “planejar, coordenar, supervisionar, monitorar, avaliar e executar as atividades do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS” (BRASIL, 2013a), logo está sob a responsabilidade do DSEI prover formas de atendimento adequado à população indígena, orientando as organizações locais, promovendo ações de prevenção de doenças, providenciando cuidados de saúde desenvolvidos para populações específicas, monitorando condições de vida, removendo pessoas em situações de emergência, bem como colaborando de uma maneira geral para uma melhoria na qualidade de vida dos indivíduos atendidos no subsistema (GARNELO, 2012). Pensando nisso, avaliar como o DSEI/BA está implementando a PNASPI torna o trabalho relevante no conjunto dos estudos de avaliação de políticas públicas.

Vale esclarecer que a operacionalização de uma política depende de um conjunto de atores sociais e que cada um deles tem sua própria percepção sobre a intervenção proposta (VIEIRA-DA-SILVA, 2014). Todavia, no estudo em questão, devido a algumas lacunas na execução do cronograma da pesquisa e a complexidade de pesquisar diretamente com os povos indígenas, foram entrevistados os gestores atuantes no DSEI/BA, ocorrência a qual foi considerada na interpretação dos dados, pela análise do posicionamento dos mesmos sobre a execução da PNASPI.

Entretanto inferiu-se na fase exploratória que haveria uma quantidade de dados significativos a serem explorados partindo dos atores sociais envolvidos na gestão da saúde indígena do DSEI/BA.

Quanto ao acesso às informações do DSEI sobre aspectos da saúde indígena contidas nos sistemas informatizados, houve restrições na liberação dos dados em detrimento da aprovação do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) conforme recomendação do item 1.c do Memorando Interno nº 090/2016/CONEP/CNS/GM/MS (Anexo A).

No tocante, destaca-se que durante o período de coleta de dados aconteceu uma reunião do CONDISI, ao final de setembro/2016, contudo a participação foi inviabilizada, pois a gestão compreendeu que se tratava de um momento delicado, prevendo ser um momento tenso, por fazer parte da pauta de discussão à mudança da coordenação geral do Distrito.

Dentro dessa perspectiva, o estudo propôs avaliar a implementação da PNASPI pelo DSEI/BA, utilizando-se da avaliação normativa para a gestão a qual decorre, segundo Vieira-da-Silva (2014, p. 18), “[...] do desconhecimento sobre determinados aspectos da operacionalização de um programa ou intervenção específica, em um dado contexto [...]”.

4.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DA PESQUISA

A técnica empregada para o levantamento de dados foi a de entrevistas com informantes-chave do DSEI/BA, em conjunto com observação do ambiente para registro de informações. O emprego da entrevista como fonte de informação, possibilita obter dados primários e secundários de naturezas distintas, ou seja, tanto podem ser considerados dados “objetivos” ou “concretos”, pois as informações coletadas podem ser alcançadas através de

outros meios como censos, atestados, relatórios etc., como podem ser denominados de dados “subjetivos” nos quais trazem sua ideia, suas atitudes e comportamentos a respeito do assunto, além da opinião do informante (MINAYO, 2014).

Autores como Booth, Colomb e Williams (2005) compreendem que entrevistas enquanto fontes primárias são os elementos sobre os quais estão sendo descritos, ou seja, a “matéria-prima” primordial da pesquisa. Para Minayo (2014), a entrevista pode ser classificada de quatro formas diferentes, que são: sondagem de opinião, entrevista semiestruturada, entrevista aberta ou em profundidade e entrevista focalizada.

O tipo de entrevista utilizada para a realização da pesquisa foi o de entrevista com aplicação de questionário semiestruturado, aplicando uma combinação de perguntas fechadas e abertas, dando uma maior liberdade para o entrevistado discorrer sobre o tema, como propõe Minayo (2014).

Segundo Appolinário (2004), a entrevista semiestruturada permite uma maior flexibilização na comunicação, pois embora exista um roteiro de perguntas pré-elaboradas, há espaço para uma discussão livre e informal a respeito do tema de interesse do pesquisador.

Sendo assim, optou-se pela entrevista semiestruturada por permitir abertura no diálogo e a introdução de outros quesitos pertinentes ao estudo, não se baseando por um roteiro rígido de perguntas (BOOTH; COLOMB; WILLIAMS, 2005).

Então, a partir do objetivo e das diretrizes da PNASPI foi construído o roteiro de entrevista (Apêndice A) empregado na coleta de dados, compreendendo, no geral, perguntas sobre a participação no processo de implantação do DSEI/BA, ações desempenhadas na execução da PNASPI, caracterização e resultado das ações, desempenho na atenção básica à saúde indígena, ações para fortalecimento da PNASPI, dentre outros aspectos inerentes às diretrizes da política.

Com o objetivo de levantar as informações necessárias sobre a implementação da PNASPI, em diferentes níveis de execução da gestão do DSEI/BA, atuaram como informantes-chave do estudo os integrantes da gestão do DSEI/BA lotados na sede e os sujeitos atuantes nos polos-base.

Os critérios de escolha aplicados para seleção dos participantes foram: o acesso, a representatividade das funções ocupadas na gestão e a disponibilidade em participar do estudo. Isso caracterizou a aplicação da técnica de amostragem não probabilística, como uma

amostra por julgamento ou amostra intencional, a qual é muito utilizada em pesquisas qualitativas (COSTA NETO, 2002).

Cabe salientar que todas as entrevistas foram realizadas na sede do DSEI/BA e que, em se tratando dos coordenadores de polos-base, os mesmos foram entrevistados porque se encontravam em Salvador para reuniões locais, no momento da coleta de dados.

As entrevistas foram aplicadas individualmente e variaram bastante em relação ao tempo de duração. Isso porque alguns respondentes foram mais objetivos ao esclarecer as questões e outros se prolongaram na discussão, possibilitando novas interlocuções e agregando novas informações ao roteiro de perguntas as quais foram registradas por escrito e complementadas com apontamentos.

A partir da permissão dos participantes algumas entrevistas foram gravadas e, ao final, todas foram agrupadas e transcritas por blocos de respostas, sendo classificadas em numerais sequenciais, por exemplo, entrevistado 1, 2 ou 3 e assim por diante.

Ao todo, participaram deste estudo 22 representantes do DSEI/BA, sendo: um servidor chefe/SEAD – analista técnico de políticas sociais, um servidor chefe/SEOFI, um servidor chefe/SEGEP, um servidor chefe/SELOG – administrador, um servidor chefe/DIASI – analista técnico de políticas sociais, um servidor agente financeiro/SEOFI, um servidor agente administrativo/SELOG, dois servidores coordenadores administrativos/SELOG, um administrador/SELOG, dois assistentes administrativos/SELOG, cinco coordenadores técnicos – enfermeiros/DIASI, um farmacêutico/DIASI, dois responsáveis técnicos/DIASI – enfermeiros, um apoiador técnico de saneamento – engenheiro civil/SESANI e um apoiador técnico de assistência à saúde/coordenação.

Como dito anteriormente, para além da aplicação das entrevistas foram realizadas observações e anotações em caderno de campo, abordando diferentes aspectos, como relações interpessoais, visão dos entrevistados sobre as questões socioculturais indígenas, comentários sobre a PNASPI, dentre outras questões peculiares ao foco do estudo.

4.5 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO NORMATIVA

Para concepção do estudo empregou-se a teoria normativa voltada para a intervenção – a da PNASPI –, a fim de investigar o processo de implementação da política e seus resultados,

por meio de modelo tradicional que visa identificar se uma política pública produz o impacto desejado ou encontra seus objetivos (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005; TINÔCO; SOUZA; OLIVEIRA, 2011).

Sobre a escolha da abordagem para a avaliação, o foco da avaliação é a gestão, logo se entende que a adoção do tipo de avaliação voltada para o processo de implementação da política pelos gestores do DSEI/BA enquadra-se no perfil pretendido, por ser entendida como aquela que analisa o funcionamento de uma organização e identifica os fatores que, durante o processo, propiciam ou impossibilitam que os resultados sejam alcançados Draibe (2001, apud SANTOS et al. 2006) como projetados nas diretrizes da PNASPI.

Segundo Vieira-da-Silva (2014), existem várias possibilidades de elaboração de modelos como recurso metodológico para avaliação, logo para a concretização deste estudo constituiu-se primeiramente a determinação de um esquema descritivo para organizar o estudo de caso, conforme orienta Yin (2005), contendo os aspectos da avaliação quanto ao foco na operacionalização da PNASPI, conforme Quadro 3.

Quadro 3 – Esquema descritivo dos aspectos da avaliação da PNASPI – foco no processo

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1- Como são implementadas as diretrizes da PNASPI pelo DSEI/BA?2- Quais os fatores positivos identificados?3- Quais os obstáculos identificados?4- Quais os fatores de fortalecimento da PNASPI no DSEI/BA?5- Quais os resultados esperados?6- Como funciona a articulação da PNASPI com o SUS? |
|--|

Fonte: Elaborado pela autora.

Em seguida, elaborou-se um modelo de avaliação para ampliar análise da PNASPI, o qual foi subdividido em quatro dimensões, adotando-se parâmetros para cada uma de suas subdimensões conforme as diretrizes da política, com o objetivo de formular a emissão de juízo de valor em três categorias: bom, regular e ruim, de acordo com as ações implementadas segundo as percepções dos gestores entrevistados, conforme Quadro 4.

Quadro 4 – Modelo de avaliação das diretrizes da PNASPI

Dimensão: Organização de serviços (recursos, ações de saúde, saneamento ambiental, assistência farmacêutica e articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde)	
Subdimensões	Parâmetros
Seção de finanças	Desenvolvimento de atividades conforme autonomia administrativa e financeira
Seção de logística	Realização de atividades de aquisições, licitações atas de registros de preços e contratos administrativos; planejamento na aquisição de medicamentos, procedimentos licitatórios para aquisição de insumos estratégicos da saúde; elaboração de termos de referências para contratação de bens e serviços; gestão e fiscalização de contratos continuados, dentre outras.
Seção de administração	Desenvolvimento de competências da gestão administrativa
Sector de gestão de pessoas	Quantidade e qualidade de profissionais de saúde Realização de cursos voltados para questões sociais para todos os profissionais de saúde Aperfeiçoamento técnico para todos os profissionais de saúde Capacitação técnica associada à interculturalidade para gestores, área técnica (AIS e AIS) e demais profissionais de saúde Formação escolar dos profissionais de saúde indígenas Educação continuada a todos os servidores que atuam na saúde indígena
Condição estrutural	Condições estruturais da sede, de polos-base e dos postos de saúde Existência de CASAI
Promoção de ações em saúde e saneamento ambiental	Desenvolvimento de ações na atenção primária à saúde Prevenção e controle de agravos de povos isolados e em fronteiras Estudos específicos de impactos na saúde Desenvolvimento de ações para coibir agravos de violência Combate à fome e à desnutrição Prevenção e assistência em DST Controle de endemias Desenvolvimento de projetos habitacionais Preservação das fontes de água limpa Construção de poços, sistema de captação de água potável, sistema de esgotamento sanitário, coleta de resíduos Ações de saneamento com base em levantamento epidemiológico
Acesso a média e alta complexidade	Inserção dos indígenas na média e alta complexidade
Gestão farmacêutica	Ações da assistência farmacêutica (AF) baseado na realidade Descentralização da AF

	Promoção do uso racional de medicamentos Adaptação dos protocolos às variáveis socioculturais Promoção de ações educativas Autonomia a farmacopéia dos povos indígenas
Sistemas tradicionais indígenas	Respeito à medicina tradicional indígena no ambiente do Distrito Articulação entre saberes e práticas de saúde indígenas Abordagem holística da saúde
Dimensão: Tecnologia dos Serviços (Sistemas de informação)	
Monitoramento das ações de saúde	Funcionamento dos sistemas de informação: acompanhamento e avaliação da saúde e do saneamento indígenas Sistemas que atendam às necessidades de cada nível gerencial Divulgação e identificação dos fatores determinantes da saúde Equipe técnica para manipular os instrumentos de coleta de dados Pactuação das informações com os municípios de referência Acesso a banco de dados aos usuários Facilitação do acesso de dados para produção do conhecimento
Dimensão: Garantia das Relações (Responsabilidade institucional e Participação social)	
Articulação intra e intersetorial	Execução de meios para melhorar a assistência à saúde indígena: Ampla articulação intrassetorial Ampla articulação intersetorial
Controle social	Participação dos indígenas em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento do DSEI-BA através de reuniões, fóruns, conselhos.
Dimensão: Ética	
Cumprimento da ética nas ações envolvendo comunidades indígenas	Respeito às resoluções com pesquisas que envolvem seres humanos Respeito ao código de ética das profissões das áreas de saúde: ética nas relações entre profissionais de diversas áreas com os indígenas e vice-versa Promoção de eventos com essa temática

Fonte: Elaborado pela autora.

Ressalta-se que as dimensões de análise foram classificadas quanto: à organização dos serviços (caráter interorganizacional que garante a continuidade do processo), à tecnologia dos serviços (meios que garantem a atenção à saúde indígena), à dimensão da garantia das relações (apoio institucional ao processo e controle social) e quanto à ética (CONTANDRIOUPOLOS, 1997).

Dessa forma, pretendeu-se realizar a avaliação normativa da PNASPI na perspectiva do DSEI/BA.

4.6 PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DE DADOS

Inicialmente, cada diretriz da política foi averiguada individualmente, explicando-se seus objetivos e como ocorre a sua implementação pelo DSEI/BA, proporcionando o diálogo da PNASPI com os dados coletados e a literatura, permitindo buscar teorias complementares que foram necessárias ao longo do estudo, como aconselha Minayo (2015).

Desse modo, a análise e a interpretação dos dados não objetivaram narrar a opinião dos entrevistados, mas sim traçar pontos de vista similares e heterogêneos sobre o foco pesquisado (GOMES, 2015).

Assim, foram identificadas as proposições do esquema descritivo e, em seguida, analisaram-se as informações levantadas pelas dimensões apresentadas no modelo de avaliação, em razão da avaliação normativa da PNASPI. Para tanto, respeitaram-se as etapas sugeridas por Minayo (2015) de ordenação e classificação dos dados e análise propriamente dita das informações decorrentes da sistematização das informações.

Esse tipo de análise descritiva dos dados, através de um modelo de avaliação, é consensualmente aceito entre os avaliadores por tratar dos mecanismos que viabilizam que a implementação de uma intervenção obtenha os resultados esperados (HARTZ; VIEIRA-DASILVA, 2005).

Acrescenta-se também que, para melhor entendimento sobre a operacionalização da PNASPI pelo DSEI/BA, algumas informações foram tabuladas através de representações por quadros e tabelas.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi realizado seguindo todos os padrões estipulados para realização de pesquisas envolvendo seres humanos e conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012, senda a mesma aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto

de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) através do Parecer n° 1.678.749, de 15 de agosto de 2016 (Anexo B).

Todos os sujeitos entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) e obtiveram esclarecimentos a respeito da pesquisa – como justificativa e objetivos –, bem como tiveram toda explanação sobre os riscos, mesmo que mínimos, dado que são possíveis de ocorrer na produção do conhecimento por poderem interferir no bem-estar dos sujeitos da pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção são exibidos e discutidos os resultados decorrentes dos dados coletados por meio de levantamentos bibliográficos, realização de entrevistas, observações e anotações inerentes ao processo de implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no Distrito Sanitário da Bahia na dimensão da gestão.

5.1 A IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRETRIZES DA PNASPI PELO DSEI/BA NA PERSPECTIVA DOS GESTORES

Para discorrer sobre a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no Distrito Sanitário da Bahia no âmbito gerencial, apresentam-se primeiramente os dados relativos à formação da estrutura DSEI/BA/SESAI, seguido da elucidação a respeito da execução das diretrizes da política pelo Distrito, completando com a apresentação e discussão sobre a efetivação da avaliação normativa da gestão PNASPI no DSEI/BA.

5.1.1 A transição do DSEI/BA da FUNASA/MS para a SESAI/MS

Considera-se relevante fazer uma breve discussão sobre como aconteceu a fase de transição do DSEI/BA da FUNASA/MS para SESAI/MS, uma vez que este é o atual modelo de gestão que se responsabiliza pelo cumprimento da PNASPI no Distrito, antes de iniciar a apresentação sobre as diretrizes e a responsabilidade institucional relativos à PNASPI.

Na concepção de um dos gestores,

Essa transição do município para SESAI foi uma coisa dolorida, não foi muito fácil, foi muita resistência... tudo isso trouxe uma dificuldade no diálogo do Subsistema com o município[...] (Entrevistado 1, 2016).

De opinião semelhante, Castellani (2012) declarou que esse momento de transição passou por muitos problemas administrativos e operacionais, fragmentando opiniões de gestores sobre o direcionamento da gestão do Subsistema de Saúde Indígena, fato o qual também foi percebido no ambiente gerencial do DSEI/BA, segundo as falas descritas.

Para exemplificar, remete-se a uma fala discordante à mudança:

[...] para mim foi ruim porque a infraestrutura administrativa e operacional da FUNASA era melhor [...] (Entrevistado 15, 2016).

Por outro lado, registraram-se falas congruentes:

[...] apesar das dificuldades, foi válida a separação do DSEI da FUNASA...” (Entrevistado 4, 2016).

[...] eu acho que o que nós temos é fantástico... antigamente a FUNASA não tinha funcionários, eram pouquíssimos, não existia equipe como existe hoje [...] (Entrevistado 18, 2016).

[...] com a criação da SESAI o avanço foi grande, na minha concepção (Entrevistado 5, 2016).

Sumariando, dos cinco gestores entrevistados que participaram desse momento, apenas dois foram contrários à articulação DSEI/SESAI, podendo-se notar que os que sustentaram tal opinião eram inseridos, naquela época, em setores administrativos bem estruturados da FUNASA, embora todos tivessem expressado ter sido difícil a adaptação ao novo sistema após sua efetivação, vindo ao encontro do estudo de Martins (2013) e confirmado pelas assertivas coletadas as quais delimitaram,

[...] nós fomos jogados (Entrevistado 5, 2016).

[...] na época, assim... trabalhei como um leigo [...] (Entrevistado 4, 2016).

Segundo um dos gestores, a adaptação dos indígenas também foi conturbada, já que “*Muitos deles vinham de um costume ligado à FUNAI e à FUNASA que tinham outras regras [...]*” (Entrevistado 18, 2016).

Marques (2003) traz em seu estudo que no DSEI Cuiabá ocorreu situação similar ao DSEI/BA, devido à insuficiente compreensão dos índios sobre o modelo assistencial de saúde, gerando conflitos que foram atribuídos às práticas estabelecidas nas gestões anteriores e que priorizavam a rede privada de atendimento, criando nas comunidades indígenas uma rejeição ao atendimento pelo SUS.

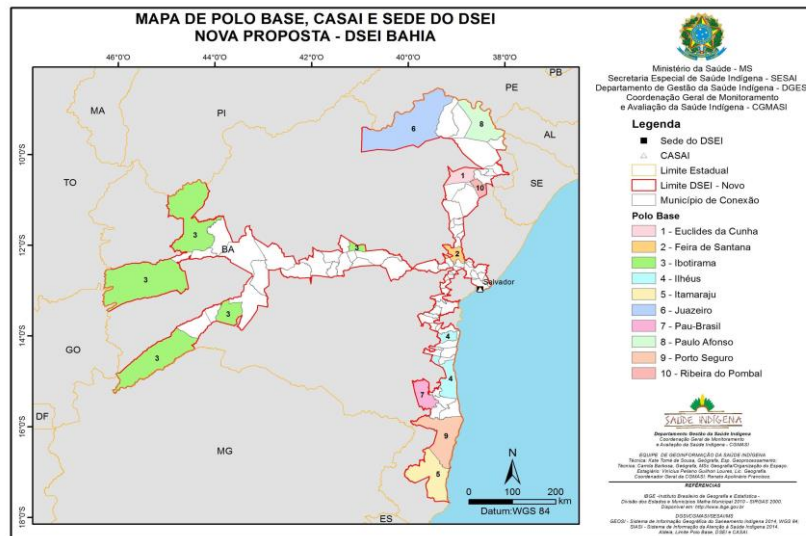
Pensa-se que este deva ser um ponto que precise ser trabalhado ainda hoje junto aos indígenas, gestores e executores da PNASPI, para que os mesmos compreendam o funcionamento do SasiSUS e a fundamental participação de cada um deles no controle desse sistema de forma colegiada e participativa, para que não venha a se perpetuar a rejeição ao SUS nem pelos usuários indígenas nem pelos gestores e profissionais atuantes na área em todos os níveis da assistência.

5.1.2 A organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas – Diretriz 1

A legislação define os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) como órgãos responsáveis pela atenção à saúde dessas populações, assegurando assim o atendimento básico nos seus territórios (BRASIL, 2002).

Nesse contexto, o DSEI/BA é o responsável por assistir à população localizada nos territórios indígenas baianos, ocupando uma grande extensão territorial e longas distâncias entre as localidades e a capital do estado. Devido a isso, é considerado um dos maiores do Brasil e, assim como os outros distritos, possui a missão de planejar e acompanhar a implementação da PNASPI por meio da execução de ações de saúde e saneamento em terras indígenas que abrangem a região, conforme Figura 3.

Figura 3 – Municípios de abrangência e formação do DSEI/BA

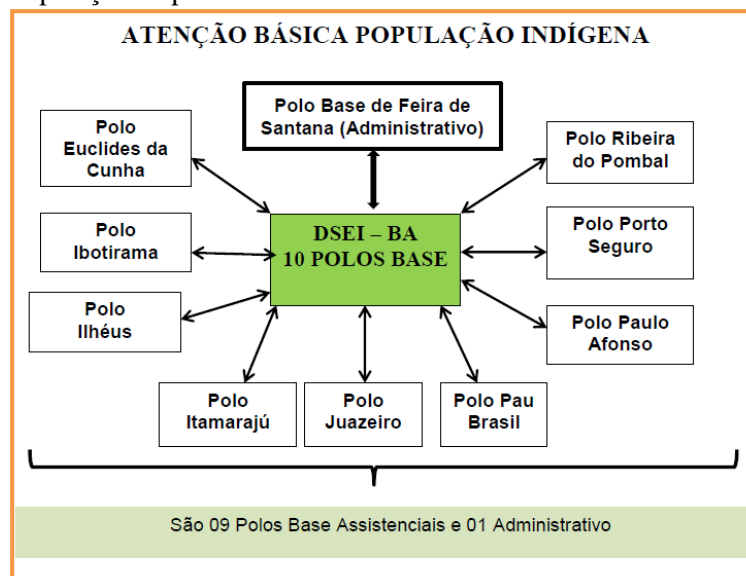


Fonte: Material interno do Serviço de Gestão de Pessoas/DSEI/BA-SESAI/MS (2016).

Aproximadamente, 27.062 indígenas estão a encargo do DSEI/BA, distribuídos em 177 aldeias, ao total de 22 etnias: Atikun, Fulni-ô, Kaimbé, Kantaruré, Kiriri, Pankararé, Pankaru, Pataxó, Pataxó Há-Há-Hae, Truká, Tumbalalá, Tupinambá, Tuxá, Xukuru-Kariri, Pankararu, Kambiuwá, Kapinawá, Payaya, Potiguara, Tapuia, Xacriabá e Neo-Pankararé.

Dentro da configuração dos Distritos Sanitários, o DSEI/BA é composto por 24 postos de saúde, 10 polos-base, sendo que nove se classificam como tipo I e apenas um como tipo II, existindo em Itabuna um ponto de apoio, referência para o polo-base de Ilhéus, porém não é considerado um polo-base, além da sede, como demonstrado na Figura 4.

Figura 4 – Composição de polos-base do DSEI/BA



Fonte: Material interno-Serviço de Gestão de Pessoas/DSEI/BA-SESAI/MS (2016).

A sede do DSEI/BA, em nível central, apresenta na sua estrutura organizacional seis departamentos: Seção de Apoio Administrativo (SEAD), Serviço de Orçamento e Finanças (SEOFI), Serviço de Recursos Logísticos (SELOG), Serviço de Gestão de Pessoas (SEGEP), Serviço de Edificações e Saneamento Ambiental (SESANI) e Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI), seguindo parcialmente o padrão da SESAI/MS por não possuir o chamado Escritório Local nem a Casa de Saúde do Índio (CASAI) (BRASIL, 2010).

No trabalho de campo da pesquisa, levantou-se que nem todas as aldeias do DSEI/BA possuem postos de saúde demarcados internamente como acontece, por exemplo, na região do polo-base de Ilhéus fato o qual é considerado um ponto crítico na atenção à saúde pelos coordenadores técnicos³.

Em decorrência disto, segundo relato de um dos coordenadores técnicos, muitos atendimentos à saúde ocorrem no improvisado, chegando a dizer que “[...] *os atendimentos estão ocorrendo embaixo de árvores [...]*” (Entrevistado 3, 2016).

Sob esse aspecto, Pontes, Rego e Garnelo (2015) apontaram que indígenas da etnia Baniwa, do Alto do Rio Negro/AM, para suprir a não conformidade no atendimento à saúde em suas comunidades, pela ausência de postos de saúde, utilizam meios próprios para minimizar essa situação como aliar os cuidados domésticos/familiares (uso de plantas medicinais, dieta, automedicação) aos recursos de apoio (ajuda dos terapeutas tradicionais indígenas e/ou o auxílio dos AIS) juntamente com a assistência do ambulatório de missão católica instalado no DSEI Rio Negro.

Situação semelhante relatou Araújo (2012) em seu estudo sobre a implementação da PNASPI pelo DSEI/Xingu, ao afirmar que em muitas aldeias não existem postos de saúde e onde existe, a maioria deles nessa região, possui condições estruturais precárias, com construções de pau a pique, cobertas por capim ou palha de palmeira, tornando-se um problema pela fácil deterioração do ambiente, expondo os medicamentos e demais materiais de farmácia ao sol, à chuva e demais intempéries.

No que se refere às CASAI, às quais são utilizadas para acolhimento dos pacientes indígenas e de seus acompanhantes (BRASIL, 2002), o DSEI/BA não as possui, explanando um dos coordenadores administrativos não concordar com a sua existência pela possível falta de estrutura física para acondicionamento dos indígenas, além de que o mesmo afirmou que

³ Coordenadores técnicos de polo-base são os responsáveis pelas atividades técnicas executadas pelas EMSI nos postos de saúde, além de possuírem atividades de gestão demandadas pelo DSEI/BA (sede).

seria necessário firmar contratos, via licitação, com empresas na área de higiene e hotelaria, assim como, caso existisse, deveria executar todas as funções descritas na PNASPI o que, segundo ele, seria inviável.

O mesmo complementou sua opinião ao dizer que os indígenas que melhor se adaptariam às instalações precárias das CASAI, se houvesse, seriam aqueles mais “*rústicos*”, ou seja, que tivessem mais ligados aos costumes indígenas como dormir no chão, o que não é recomendado pela legislação.

Mediante esse assunto, Araújo (2012) pontuou que as CASAI vinculadas ao DSEI/Xingu são muito importantes no apoio à assistência à saúde indígena dessa população, ocorrendo até atendimento médico-assistencial em uma delas, mesmo não sendo obrigatório pela PNASPI, fato que gera comumente a “superlotação” do ambiente.

Segundo relatos, o DSEI/BA aplica como medida resolutiva para resolver tal deficiência, a realização de processos licitatórios com o intuito de oficializar contratos com hotéis, na capital e nos municípios de referência do SUS, para viabilizar um suporte e acolhimento para os pacientes referenciados pela equipe do setor de Referência da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI)/DSEI/BA.

A viabilidade da manutenção constante de contratos com os diversos hotéis espalhados pelos municípios da Bahia apresenta-se como um desafio atual, segundo narrativas de integrantes do setor administrativo de logística do Distrito, pois não há pessoal suficiente para conduzir as licitações no setor, a fim de que não haja interrupções na acomodação dos indígenas e de seus acompanhantes nas cidades onde estiverem lotados para realização dos procedimentos médicos.

Sobre isso, um dos coordenadores administrativos⁴, responsável por polo-base, afirmou que:

[...] nós somos atividade meio, e faz com que aconteça a atividade fim... dá apoio para que aconteça... o coordenador de polo é vinculado ao SELOG, sem esse setor nada funciona, aqui é o setor que gere todos os contratos... hoje nós estamos lá sem contrato de hotel [...] (Entrevistado 5, 2016).

⁴ Coordenadores administrativos de polo-base: são os responsáveis pelos polos-base e por sua logística, uma vez que são servidores efetivos do governo federal.

Sobre esse aspecto, a maioria dos gestores da sede (DSEI/BA) também mencionou passar por dificuldades operacionais e estruturais, conforme as seguintes falas:

[...] são muitas as ações, mas precisa melhorar a estrutura; pouco apoio operacional... (Entrevistado 12, 2016).

[...] os pontos negativos são a quantidade pequena de veículos, só existe uma linha telefônica (no setor), faltam computadores [...] (Entrevistado 16, 2016).

A licitação é solicitada? É solicitada. E quando chega quem é que comanda? É o solicitante. Porque aqui na logística nós não temos pessoal para fazer isso. E outra coisa que não temos é almoxarifado, espaço adequado, mas quando tem um monte de coisa que é armazenado aqui embaixo, aí a gente pega o caminhão e faz a distribuição para os polos, pra a medicação que chega também já é destinada ao destino, né, pra atender as equipes dos polos [...] (Entrevistado 18, 2016).

A maior dificuldade para o saneamento e edificações é a logística e veículos, além de pessoal no SELOG para elaborar edital público/ licitação [...] (Entrevistado 13, 2016).

Acrescendo-se a essas observações tem-se o depoimento de um dos coordenadores técnicos de polo-base/DSEI/BA o qual explicou como acontece a execução de suas atividades, que se faz “*com muita dificuldade no que se refere à ferramenta de trabalho [...]*” (Entrevistado 11, 2016).

E sobre a realidade dos postos de saúde, um dos gestores comentou:

Se no posto de saúde falta ar-condicionado, o profissional chega e não tem água pra beber, não tem um café... que é o básico para fornecer para pessoa... interfere no resultado... (Entrevistado 7, 2016).

Ao interpretar as referidas falas compreende-se que os gestores e executores da PNASPI no DSEI/BA manifestam a urgência por resolução das questões críticas pontuadas que, segundo eles, inviabilizam a obtenção de resultados mais positivos para o Distrito no que diz respeito à atenção à saúde indígena e ao saneamento básico.

Nesse segmento, Araújo (2012) reportou sobre as aldeias do Alto Xingu, atendimentos de saúde e armazenamento de medicações realizados em residências de AIS, como algumas

das barreiras enfrentadas pelo DSEI/Xingu, informação a qual foi fortalecida por Azevedo (2013) ao explicar que entre a etnia da terra indígena Xukuru do Ororubá/PE a deficiência no suporte operacional está incluída entre um dos seus maiores entraves.

Apesar de poucos estudos relatarem as condições de trabalho em nível gerencial, foi possível encontrar nos achados de Martins (2013) que é necessário garantir condições estruturais, materiais, financeiras e técnicas para melhor funcionamento da gestão e do Subsistema de Saúde Indígena.

Sobre a composição da equipe do DSEI/BA, hoje, o quadro de profissionais é composto por 808 pessoas distribuídas em 41 categorias, conforme Quadro 5, sendo 93 servidores do quadro efetivo (21 lotados na sede), dois em cargos de confiança, 466 contratados pela conveniada – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), 18 médicos do Programa Mais Médicos do Ministério da Saúde e 231 contratados por empresas terceirizadas para serviços de limpeza, vigilância e locação de veículos. Para completar o quadro, existem quatro estagiários e 11 profissionais cedidos pela FUNASA, Companhia Hidrelétrica do São Francisco (CHESF) e Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA) (SEGEP/DSEI/BA, 2016).

Quadro 5 – Pessoal a serviço do DSEI/BA, distribuído por categoria profissional/ julho-2016

administrador – 2	atendente – 6	geólogo – 1
agente administrativo – 12	atendente de enfermagem – 1	guarda de endemias – 3
agente de portaria – 4	auxiliar administrativo – 1	laboratorista – 2
agente de saúde pública – 21	auxiliar de administração – 2	médico – 33
agente de vigilância – 1	auxiliar de enfermagem – 1	motorista oficial – 9
agente indígena de saneamento – 65	auxiliar de saneamento – 4	motorista – 144
agente indígena de saúde – 157	auxiliar de saúde bucal – 20	nutricionista – 4
analista técnico de políticas sociais – 3	auxiliar de serviços gerais – 46	psicólogo – 1
apoiador técnico de atenção à saúde – 1	cargos de confiança/ coordenador – 2	técnico de enfermagem – 107
apoiador técnico de saneamento – 1	dentista – 21	técnico de saneamento – 6
arquiteto – 2	digitador – 1	técnico micrográfico – 1
artífice de mecânico – 1	enfermeiro – 47	vigilante – 48
Assistente de administração – 1	engenheiro – 5	visitador sanitário – 6
Assistente social – 7	farmacêutico-bioquímico – 8	Total - 808

Fonte: SEGEPI/DSEI/BA, 2016

De acordo com informações da Associação Nacional de Ação Indigenista (ANAÍ), existem pelo menos 33 territórios indígenas na Bahia, dispersos em 27 municípios e aproximadamente 100 comunidades indígenas locais (ANAÍ, 2016).

Sob a responsabilidade do DSEI/BA existem, ao todo, 32 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) para cobrir boa parte desses municípios do estado.

Observa-se que, proporcionalmente, é como se uma EMSI assistisse em torno de três comunidades indígenas. Essa realidade denota que muitas aldeias não possuem atendimento básico suficiente, talvez não pelo número insuficiente de EMSI que, como descrito acima, possui uma oferta de profissionais de saúde significativa, mas pela impossibilidade dessas equipes em conseguir assistir esse quantitativo de aldeias devido a longas distâncias entre essas comunidades, precipuamente nas aldeias no sul e extremo sul da Bahia.

Sobre isso, um dos coordenadores administrativos de polo-base, afirmou que *[...] se não tiver veículos e motorista, não acontece... tem de dar a logística para as equipes multidisciplinares, com veículos, motoristas[...]* (Entrevistado 5, 2016).

A problemática da logística foi pontuada também por um dos Responsáveis Técnicos (RT) lotado na sede do Distrito,

[...] a função da gente também é fazer supervisão técnica (nas aldeias), embora a gente não tenha feito muito por esses tempos, mas a função de cada RT desse também, além de analisar dados, ele também faz essa supervisão técnica, ele vai e desce em área para saber como é que está sendo o trabalho desenvolvido pelas equipes, é trabalhar a questão da saúde, entendeu?... falta recursos, dinheiro, porque a gente sabe que a extensão territorial do Estado da Bahia é muito grande, então a gente tem uma população espalhada aí por 32 municípios, então entra a questão do transporte, de diárias, para auxílio alimentação, para hospedagem, e tudo isso conta né? (Entrevistado 6, 2016).

Nessa perspectiva, um trabalho administrado na terra indígena Vale do Javari/AM constatou problema semelhante ao vivenciado pelo DSEI/BA comprovado através do depoimento de um enfermeiro da região amazônica, “O plano é entrarmos na área quatro, cinco vezes por ano, mas entramos duas vezes, sempre esbarra na questão logística, falta de barco e recurso. Temos X de gasolina por mês, mas só para as remoções. Os recursos estão sempre escassos [...]” (CTI, 2011).

De forma análoga ao que acontece no DSEI/BA, Marques (2003) descreveu em seu estudo realizado no DSEI Cuiabá/MT que existe a dificuldade das EMSI para atender toda extensão territorial entre as terras indígenas na região do Mato Grosso, inviabilizando a operacionalização das ações de saúde locais como deveriam acontecer, expressando a seriedade da situação.

Sobre o financiamento do Subsistema de Saúde Indígena, apreende-se que desde a criação da SESAI/MS, em 2009, esse órgão passou a ser responsável pela gestão orçamentária

da saúde e pela coordenação da execução de ações de atenção primária à saúde para os povos indígenas residentes em terras demarcadas em território nacional por intermédio dos DSEI (BRASIL, 2009; PEREIRA; MAQUINÉ, 2013).

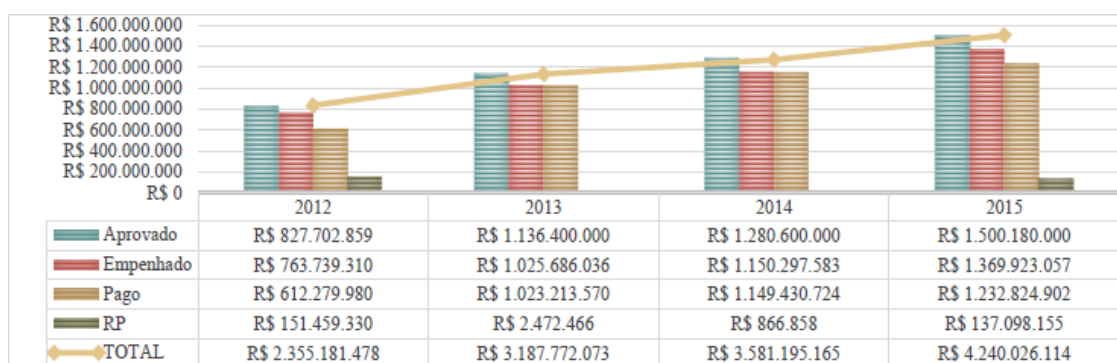
Escritos da literatura revelam que, em 2010, a SESAI não teve nenhuma governabilidade sobre seu orçamento, pois o mesmo já havia sido definido pelo órgão antecessor, até porque o período de transição da responsabilidade sobre o subsistema tinha sido prorrogado até 31 de dezembro de 2011. Desse modo, a SESAI passa a figurar com essa função a partir de 2012, enfrentando uma redução de orçamento de em média 11,6% em relação ao ano anterior (PEREIRA; MAQUINÉ, 2013).

No entanto, segundo o Relatório de Gestão da SESAI do ano de 2013, nos anos seguintes houve um acréscimo significativo na utilização das modalidades de Tomada de Preço, Pregão e Dispensa de Licitação para estruturação dos serviços de saúde, decorrente do crescimento do orçamento destinado à saúde indígena (BRASIL, 2013b).

Tanto assim, que o Relatório de Gestão da SESAI do ano de 2015, ao comparar o ano de 2014 com o de 2015, sinalizou um incremento orçamentário de 8% no país em contratação de funcionários vinculados às conveniadas, convenções coletivas de trabalho pactuadas no final do exercício de 2014 para salários em 2015, insalubridade e ajuda de custo (BRASIL, 2016b).

Para mostrar essa ascensão nos recursos financeiros destinados à SESAI, o órgão divulgou no seu relatório um gráfico no qual é possível verificar que entre 2012 e 2015 registrou-se uma elevação no aporte financeiro da instituição destinada à atenção à saúde indígena conforme demonstrado no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Evolução dos recursos destinados à SESAI de 2012-2015



Fonte: Relatório de Gestão do ano de 2015/SIAFI/SESAI (2016).

Porém, devido ao contexto econômico do país, segundo Valente (2016), para 2016, a SESAI possui um orçamento total de R\$ 1,43 bilhão, e uma previsão orçamentária de R\$ 1,45 bilhão para o ano de 2017, ambos valores abaixo do que foi aprovado em 2015, opondo-se ao período de ascensão nos recursos visualizado entre 2012-2015, ocasionando a necessidade de priorizar as ações de atenção à saúde em detrimento da área de saneamento e gestão, realidade a qual atinge todo o SUS (BRASIL, 2016b; CFM, 2016).

Dentro dessa perspectiva, um dos integrantes da gestão de finanças/DSEI/BA declarou que o orçamento do ano de 2016 para o Distrito baiano será basicamente o mesmo do ano de 2015, em torno de 26 milhões, afirmando que atualmente o aporte orçamentário do DSEI/BA está entre os maiores do Brasil, mas que nunca “*sobra*” dinheiro, necessitando-se, por vezes, a intercessão do coordenador do Distrito junto à SESAI/MS para justificar um pedido de autorização para verba complementar, principalmente para contratos acima de 500 mil reais.

Diante desse entrave, quando questionado se considera válida a autonomia administrativa dos Distritos, o gestor opinou:

Foi! Sem dúvida nenhuma! Porque antes a FUNASA fazia um contrato para atender ao órgão, à FUNASA, e aí contemplava também os DSEI, mas você não tinha uma coisa exclusiva, como é o DSEI, que tem hoje uma ação. O DSEI decide (Entrevistado 2, 2016).

Não obstante, o entrevistado considera que a autonomia não acontece no âmbito financeiro como imaginaram que seria, após a criação da SESAI, pois desejavam que o Distrito pudesse “*dirigir dentro de uma gestão seu próprio orçamento*” (Entrevistado 2, 2016).

A concepção de autonomia indicada pelo gestor encadeia-se à ideia de “autonomia gestora” e fundamentalmente orçamentária, como apontado por Cardoso (2014).

Araújo (2012) abordou que as expressões “autonomia” e “autogestão” emergiram na retórica dos líderes indígenas, principalmente quando lutavam por um órgão que gestasse exclusivamente pela saúde indígena, simbolizando um discurso reivindicatório.

Para Cardoso (2014), tal requisito reflete-se nos DSEI a partir do comportamento centralizador e técnico-funcional da gestão central (FUNASA e hoje SESAI), dificultando o processo e gerando dúvidas nos Distritos sobre o significado de autonomia administrativa e financeira, no campo na autonomia das atividades administrativo-gerenciais, relativas à prestação da saúde indígena.

5.1.3 Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural – Diretriz 2

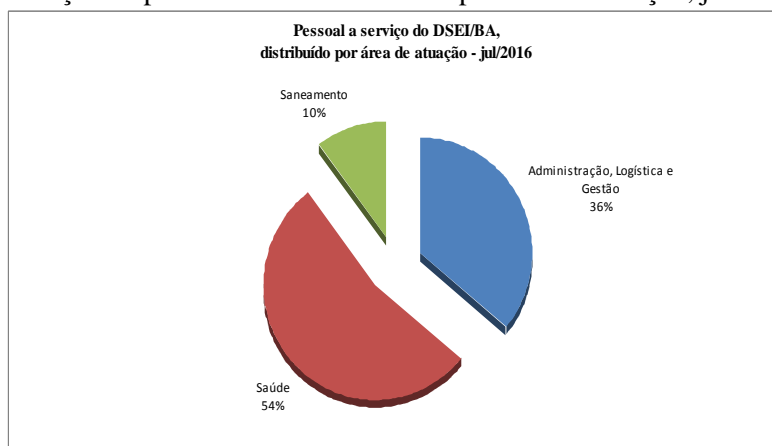
A PNASPI preconiza que sejam concretizadas capacitações aos assessores técnicos, aos profissionais de saúde associados ao DSEI ou àqueles articulados aos serviços de saúde do SUS, para que essas pessoas entendam e pratiquem nas suas atividades cotidianas o respeito às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas. Ademais, a legislação indica a concepção de cursos de formação escolar para os AIS com o intuito de apropriar esses indivíduos quanto aos conhecimentos da medicina ocidental e tradicional (BRASIL, 2002).

Nesse contexto, sob o ponto de vista de um dos gestores do setor pessoal (SEGEP/DSEI/BA), devido à insuficiência de profissionais do setor no Distrito, torna-se impraticável a formulação regular de capacitações, cursos de aperfeiçoamento e oficinas de integração que contextualizem especificamente as questões etnoculturais como preconizado pela legislação, conforme relato:

[...] Tem lugar que você tem um núcleo para cuidar de tal pasta, entendeu! Aqui não, você tem uma, duas pessoas para cuidar de n pastas[...] (Entrevistado 7, 2016).

Segundo o gestor, o déficit de pessoal abrange desde a área administrativa até a de logística, conforme relatado também por gestores de outros departamentos e como simbolizado no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Distribuição de profissionais do DSEI/BA por área de atuação, julho-2016



Fonte: SEGEP/DSEI/BA (2016).

Por outro lado, apesar da deficiência de recursos humanos na divisão gerencial do DSEI/BA, os gestores revelaram que, no geral, o quantitativo de profissionais de saúde melhorou nos últimos, segundo descrito:

[...] desde 2014 temos uma, uma... equipe de multidisciplinares para atender exclusivamente à saúde indígena, e inúmeros profissionais (Entrevistado 18, 2016).

De forma adversa, Marques (2003) notificou que o DSEI Cuiabá apresenta privação proeminente de profissionais em áreas diversas para a execução da PNASPI, sobressaindo-se pela carência de profissionais de saúde, principalmente médicos para integrar as EMSI.

Vale ressaltar que na época do desenvolvimento deste estudo ainda não havia sido aprovado o Programa Mais Médicos, o qual foi lançado em julho/2013 e vem ocupando os espaços nas EMSI onde há dificuldade de contratação desses profissionais (BRASIL, 2015e).

No entanto, mesmo após a criação do Programa Mais Médicos, alguns distritos como o DSEI Rio Negro/RN ainda vivenciam a escassez de profissionais de saúde na execução das atividades de saúde nas aldeias segundo Pontes, Rego e Garnelo (2015), diferentemente da realidade do DSEI/BA.

Sobre os cursos de aperfeiçoamento que abordem as questões etnoculturais indígenas, notou-se na fala de um coordenador administrativo de polo-base/DSEI/BA não haver treinamento específico no Distrito, conforme relato:

[...] no meu caso eu nunca, nunca passei pela capacitação antropológica ou coisa parecida pra trabalhar lá dentro, mas a convivência com as diversidades culturais, com os diversos parentes que a gente tem o privilégio de trabalhar né, porque a gente tem contato com todas as etnias do estado da Bahia... e isso vai trazendo a você a compreensão, o entendimento e, isso se torna um fator preponderante, um facilitador para que você possa é... delinear e respeitar... o costume de cada um, de cada comunidade né, suas tradições[...] (Entrevistado 4, 2016).

Em decorrência disso, o mesmo explicou como acontece a recepção de novos integrantes ao sistema e como os orienta,

[...] oriento as pessoas que estão chegando, com relação a como se comportar, de como agir, de como falar, por que o índio... eu vejo assim, você tem de ser taxativo nos aspectos, ser

verdadeiro, não se pode viver de promessa com índio... se não ele vai te cobrar[...]
(Entrevistado 4, 2016).

Apesar desse relato, apenas 14% dos coordenadores entrevistados atuantes nos polos-base/DSEI/BA pontuaram a necessidade de esclarecimentos sobre as tradições indígenas em seus espaços de trabalho.

Entretanto, 60% dos gestores entrevistados integrantes da sede do DSEI/BA demonstraram o anseio por tais informações, como evidenciado nas suas falas, quando inquiridos sobre a existência dessa pauta no nível gerencial:

Não há, porque os profissionais de modo geral necessitam conhecer mais as questões da cultura indígena (Entrevistado 6, 2016).

Não vejo muita divulgação da cultura indígena nesse espaço de trabalho (Entrevistado 19, 2016).

Por outro lado, registrou-se positivamente,

Apesar de pouco tempo para vivências coletivas, devido à grande demanda de trabalho, existe
(Entrevistado 15, 2016).

Mas está sendo iniciado um movimento para a questão em conhecimentos antropológicos (étnicos-culturais) (Entrevistado 16, 2016).

Desse modo, deduz-se que pelo fato de os coordenadores de polos-base estarem mais próximos às terras indígenas e lidarem diretamente com as comunidades, certamente não sentem tanto o distanciamento com a realidade desses povos quanto os gestores lotados no nível central.

Semelhante ao que se encontrou no DSEI/BA, Araújo (2012) discorreu que no DSEI/Xingu o conhecimento da cultura daqueles povos ocorre normalmente no próprio processo de trabalho por meio de “aprendizagem autodidata”, impactando da fragilidade da oferta de serviços de saúde.

O pesquisador visualizou o problema, pois durante o andamento do seu trabalho não registrou nenhuma orientação para os profissionais atuarem nas aldeias indígenas no que diz

respeito às especificidades da atenção à saúde desses povos, assim como foi observado no DSEI/BA (ARAÚJO, 2012).

Em contrapartida, a alta rotatividade de profissionais da área de saúde foi apontada por Erthal (2003) como sendo um dos fatores que inviabiliza maiores investimentos na formação interdisciplinar e etnocultural desses profissionais que compõem as EMSI.

Dentro desse contexto, divulgam-se os cursos oferecidos pelo setor pessoal/DSEI/BA, ao longo do ano de 2016, vide Quadro 6.

Quadro 6 – Participação de trabalhadores em eventos de educação permanente de janeiro a julho - 2016

Evento	Período de realização	Local de realização	Participante	Resp. Execução Evento
Atualização em Sala de Vacina: Curso de Normas e Procedimentos de Vacinação	25 a 27/01/2016 – 20h	Ibotirama/BA	6	Secretaria Municipal de Saúde de Ibotirama/BA
II Curso de Atualização em Imunização Indígena do DSEI/Bahia	22 a 26/02/2016	Salvador/BA	22	DSEI/BA e IMIP, (por força do Convênio nº 797438/2013)
1ª Oficina de Execução Orçamentária e Financeira – Exercício 2016	16 a 18/03/2016	Fortaleza/CE	3	SESAI/ Brasília
Oficina de Reequilíbrio Econômico-Financeiro de Contratos Administrativos: revisão, reajuste e repactuação	22 e 23/03/2016	Fortaleza/CE	1	SESAI/ Brasília
Palestra – Mobilização de profissionais, quanto à contingência ao mosquito <i>Aedes aegypti</i>	23/03/2016 – 4h	Salvador/BA	28	DSEI/BA, em parceria com o LACEN
IV Seminário dos Povos Indígenas da Bacia Hidrográfica do Rio São Francisco	01/04/2016	Paulo Afonso/BA	1	Comitê da Bacia Hidrográfica do Rio São Francisco – CBHSF
Abril Indígena da UFBA/2016	05 a 07/04/2016	Salvador/BA	2	UFBA
Palestra “Processo Administrativo e o Exercício do Poder de Polícia”	20/04/2016 – 4h	Salvador/BA	1	CGU/Escola da AGU
Palestra “Coaching e Relações Interpessoais”	28/04/2016 – 8h	Salvador/BA	4	ESAF/BA
Curso Orçamento e Planejamento Públicos – Mód.10	07/03 a 06/05/16	À Distância	1	MS e UFSC
Curso – Sistema Integrado de Protocolo e Arquivo (SIPAR)	05/2016	Curso à Distância	1	Ministério da Saúde
Seminário de Saúde Indígena na Aldeia Caramuru	05 a 06/05/2016	Pau Brasil/BA	1	Cons. Local Saúde Indígena

Treinamento sobre Sistematização da Assistência as pessoas com Doenças Crônicas, para profissionais médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família	20/05/2016	Porto Seguro/BA	3	Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Porto Seguro
Oficina em Monitoramento da Qualidade da Água	30/05 a 03/06/16	Salvador/BA	23	DSEI/BA e IMIP, (por força do Convênio nº 797438/2013)
Preparo de edital e orientações sobre Minutas da AGU de Editais, Contratos e Listas de Verificação	01/06/2016 – 4h	Salvador/BA	1	CGU e Escola da AGU
Capacitação: Diretrizes para Atenção em Saúde Bucal no DSEI/BA, com destaque no planejamento, programação e execução.	06 a 10/06/2016	Salvador/BA	40	DSEI/BA e IMIP, (por força do Convênio nº 797438/2013)
Curso de Vigilância Epidemiológica	11 a 13/07/2016	Salvador/BA	25	DSEI/BA e IMIP, (por força do Convênio nº 797438/2013)
II Jornada Norte e Nordeste de Imunizações da SBIm e da III Jornada Acadêmica da Liga de Infectologia da UFBA	21 a 23/07/2016	Salvador/BA	1	DIVEP/SESAB
Capacitação em Sala de Vacina, EAPV e Rede de Frio	25 a 29/07/2016	Salvador/BA	23	DSEI/BA e IMIP, (por força do Convênio nº 797438/2013)
PAD – Formação para Membros de Comissões	25 a 29/07/2016	Salvador/BA	2	MTFC e ESAF

Fonte: SEGEP/DSEI/BA (2016).

Ao observar o quadro acima, percebe-se que em média 55% dos cursos ofertados foram voltados para o contexto das práticas de saúde indígena e desses, poucos encontros envolveram um número representativo de participantes, com destaque à capacitação para atenção à saúde bucal que englobou 40 pessoas em parceria com a conveniada IMIP.

Se expressa assim que o setor pessoal/DSEI/BA tem direcionado boa parte das capacitações do Distrito para as áreas administrativas, dando um foco no âmbito das questões administrativas de uma forma generalizada, não cumprindo integralmente com seu papel na realização de capacitações dirigidas para o contexto das questões étnico-culturais e sociais aos profissionais indígenas e não indígenas.

Para legitimar a realidade do DSEI/BA, utilizou-se o discurso de um dos gestores do setor quando explicou o conteúdo dos encontros que são realizados eventualmente nas comunidades indígenas:

[...] A gente faz uma reunião anual em cada polo para conversar com eles, para relembrar direitos e deveres, entendeu!? O custo é alto (Entrevistado 7, 2016).

Seguindo a mesma dinâmica, em relação às orientações sobre as práticas biomédicas passadas aos profissionais das EMSI, um dos RT/DSEI/BA disse:

[...] O coordenador técnico (de polo-base) faz mais as capacitações com os técnicos locais [...] (Entrevistado 6, 2016).

Em se tratando de capacitações técnicas, após a conclusão de um curso da área para os Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN), um dos componentes do setor/DSEI/BA discorreu:

[...] muita gente está perdida sem saber qual é a responsabilidade dele e o que ele tem que fazer... (Entrevistado 13, 2016).

Esse ponto retrata que além da carência de capacitações com abordagem intercultural, percebe-se a necessidade de intensificar treinamentos com os profissionais indígenas nas áreas de saneamento e saúde, uma vez que é através dessas pessoas que se tornará possível o fortalecimento na interligação entre os conteúdos característicos das condições sanitárias e cuidados de saúde para os indígenas e dos costumes locais para os demais profissionais, facilitando o entendimento e a integração de ambas as partes.

Pelo explanado, Diehl e Pellegrini (2014) anunciaram que a educação permanente em saúde, acontecendo no cotidiano dos indígenas e das organizações, oportuniza produzir diálogos e cooperações entre profissionais, entre serviços e entre gestão, atenção, formação e controle social, ampliando a capacidade do sistema para solucionar problemas com qualidade, salientando que a abordagem da medicina tradicional indígena também deve fazer parte desses processos de aprimoramento.

Nessa perspectiva, Araújo (2012) divulgou que na tentativa de proporcionar o conhecimento sobre práticas biomédicas aos AIS do DSEI/Xingu, ocorre por vezes uma falta de “problematização” a respeito dos costumes e hábitos dos indígenas, tornando-se um modo de transmissão impositivo da prática médica ocidental, o que não é recomendado pela diretriz.

A diretriz também indica que o DSEI responsável pela execução da PNASPI organize um processo de educação continuada para todos os trabalhadores indígenas que atuam nas áreas, dentro do que está posto na Lei de Diretrizes e Bases (LDB), Lei nº 9.394/96, visando que o indivíduo se capacite desde o ensino básico até o ensino superior.

Nesse ponto, o gestor responsável por essa demanda no DSEI/BA, demonstrou dificuldades em ter de executar tal função ao citar:

[...] Aí eu paro o que é de minha responsabilidade, eu paro de fazer capacitação e vou de escola em escola (Entrevistado 7, 2016).

Na sequência, o entrevistado justificou tal insatisfação, através de sua experiência, retratando que após a entrada do aluno indígena, que também é um AIS, na escola surgem muitos problemas, como a dificuldade na metodologia de estudo e na conciliação dos horários de trabalho com os da escola, alegando o gestor, não ser obrigação do setor a resolução dessas intercorrências e que “*tem coisas que as pessoas extrapulam*” (Entrevistado 7, 2016).

Nesse sentido, Pontes, Rego e Garnelo (2015) identificaram que o grau de resolução de pessoas inseridas na operacionalização das ações de saúde no DSEI Rio Negro por vezes é muito baixo, tornando-se extremamente dependente da ação dos AIS, cabendo em algumas situações aos indígenas e seus familiares buscarem a melhor forma de atenção ao problema de saúde, em função da carência desses profissionais e da falta de cursos específicos de formação.

Interpreta-se que este estudo comprova a necessidade de incentivo à formação acadêmica dos profissionais indígenas de saúde, que são técnicos, tanto no DSEI/BA quanto em outros distritos, para melhor preparar os indígenas atuantes na saúde de suas comunidades.

Acresce-se à reflexão a sensação da falta de sensibilidade de muitos gestores quanto à importância da formação dos AIS no processo de aprendizagem desses indivíduos, a fim de se aprimorarem tecnicamente.

No entanto, em concordância com Geertz (2008), a insensibilidade de algumas pessoas não deve ser vista como algo negativo, pois considera ser compreensível tal colocação por se tratar de relações entre pessoas de valores e estilos de vida diferentes uns dos outros, porém não se pode reprimir, recriminar ou destruir valores inerentes a um povo.

Sobre isso, Oliveira, Aquino e Monteiro (2012), concluíram em seu estudo que a formação dos profissionais de saúde indígena é de extrema importância, pois com a competência adquirida, a tendência é que se criem boas relações no ambiente, com o reconhecimento de seus costumes e cultura, além disso, assegurando que os mesmos possam retornar para atuar junto a seu povo.

Sob outra esfera, segundo um dos gestores/DSEI/BA pode acontecer também de determinados profissionais de saúde não serem aceitos nas aldeias não por falta de respeito ou conhecimento à cultura indígena, mas por questões de empatia com um determinado grupo indígena – como “*falta de um sorriso*” (Entrevistado 7) – ou até mesmo por questões de intervenção de lideranças indígenas nas contratações dos mesmos, afetando as relações de trabalho e interferindo na continuidade de certos contratos.

Nesse sentido, o entrevistado chegou a afirmar em não concordar com a interferência dos líderes indígenas em seleções na área de saúde, que por diversas vezes induzem a contratação de parentes⁵, mesmo que não tão qualificados.

Dentro dessa ótica, um dos coordenadores administrativos de polo-base/DSEI/BA mencionou que:

O problema que hoje com essa politização eminente... geralmente as pessoas que estão à frente da comunidade, os conselheiros e lideranças [...] eu acho que eles têm que pensar mais na comunidade [...] por muitas vezes as pessoas pensam mais no seu lado particular, em tirar vantagem, em conseguir o trabalho [...] não estão se preocupando se você vai ter lá na ponta uma qualidade de atendimento, uma ação efetiva, pra que a comunidade de forma geral seja assistida (Entrevistado 4, 2016).

Nessa mesma concepção, um dos gestores do setor pessoal/DSEI/BA endossou:

[...] se eu estabeleci como regra a seleção e eu não obedecer, é melhor eu não fazer. Então para mim isso é um problema! (Entrevistado 7, 2016).

[...] Então a gente tem essa questão no trato com as pessoas. As relações, os contratos com as pessoas; a relação está confusa, entendeu?! (Entrevistado 7, 2016).

⁵ Parente: maneira como os indígenas se tratam e se reconhecem e que é empregado por pessoas atuantes nas causas indígenas.

A partir das declarações descritas, reforça-se a necessidade de se realizarem capacitações que atentem para o entretenimento entre as culturas, tanto com as lideranças indígenas quanto com os gestores e executores da PNASPI no DSEI/BA, para que seja percebido no ambiente que o problema não está na “politização” dos líderes indígenas, mas sim em todo um contexto histórico e etnocultural de uma dada comunidade em detrimento de outra, vivenciado ao longo dos anos, refletindo-se na debilidade nas relações pessoais as quais podem interferir também nas relações de trabalho.

Acerca disso, Novo (2011) relatou em seu estudo que muitas vezes acontece das lideranças “rejeitarem” um profissional por não sentirem o mesmo “próximo ao índio”, levando a interferências nas relações profissionais, as quais são marcadas por diversas controvérsias e desentendimentos com os líderes das aldeias.

Então, a fim de intervir para um melhor entendimento sobre esse relacionamento entre lideranças indígenas e gestores/executores da PNASPI, Silva (2013) diz que conhecer os primórdios da história no contexto da colonização e sua evolução no decorrer do tempo pode ser um fator colaborativo.

5.1.4 Monitoramento das ações de saúde – Diretriz 3

Segundo a PNASPI, o monitoramento e avaliação da saúde indígena devem ter como base o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), o qual dá o suporte para o levantamento epidemiológico das populações indígenas atendidas pelos Distritos Sanitários (BRASIL, 2002).

Gestores atuantes no DSEI/BA indicaram que a falta de estrutura física, como sala apropriada, computadores específicos, acesso à internet e disponibilidade financeira de alguns polos-base para realização das visitas constantes às aldeias são fatores que implicam na impossibilidade de coleta e acompanhamento de informações de forma eficiente para agrupamento de dados epidemiológicos.

Segundo o RT do sistema SIASI/DSEI/BA o mesmo não está funcionando com a eficiência necessária por existirem dificuldades operacionais e de espaço nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou postos de saúde.

Porém, o gestor responsável pelo sistema declarou estar havendo todo um empenho para viabilizar a ampla execução do SIASI em todos os polos-base da Bahia, relatando que desde dezembro de 2015 os coordenadores técnicos de PB foram treinados para avançar no uso do SIASI versão 4.0, estando hoje apenas os PB de Ilhéus e Porto Seguro com atraso na implementação do sistema, devido a questões internas de aprovação do Conselho Local Indígena.

Quanto a isso, um dos RT/DSEI/BA expressou sua opinião sobre o sistema, indicando que os PB de Paulo Afonso e Ibotirama são os que o exploram com mais regularidade, diferentemente de outros polos como o de Porto Seguro, afirmando:

[...] O sistema ainda está sendo implantado, está em fase de implantação, então isso dificulta para gente aqui, contabilizar os dados, porque o SIASI ainda não tá funcionando 100%... é um, dois polos. Se o SIASI estivesse funcionando bem, a gente teria como puxar todas as informações de atendimento à saúde [...] (Entrevistado 6, 2016).

Diversos estudos entendem que esse sistema de informação, implantado no ano 2000, ainda precisa ser aprimorado, pois mesmo após alguns anos de implantação nos Distritos Sanitários Indígenas não são amplamente registrados no SIASI os dados referentes a questões como o perfil nutricional de indígenas, dentre outros (CALDAS; SANTOS, 2012; SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007).

Concordando com essa questão, a SESAI lançou em 2012 uma nova versão do SIASI e, após o início de sua implantação nos DSEI, apontou que os entraves de maior proeminência nesse processo foram: a entrega de versões pelo DATASUS com atraso; a deficiência no apoio à instalação do SIASI na maioria dos distritos; as dificuldades na estrutura computacional e na rede de internet de alguns deles; a diversidade do parque computacional; e a escassez de recursos humanos capacitados na operacionalização do sistema (BRASIL, 2013b).

No entanto, o que chama a atenção é que apesar do Relatório do Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde 2011-2015 apontar que a nova versão do SIASI tem como foco a integração a outros sistemas de saúde empregados no Brasil (BRASIL, 2015f), gestores do DSEI/BA ainda parecem não ter internalizado essa informação, conforme relato:

[...] o SIASI não se comunica com os demais sistemas de saúde do país... o SISVAN web Indígena também não... ele não é disponível, nenhum dado da saúde indígena é compartilhado com outros órgãos da saúde ou sistemas de saúde... é nosso, é particular, é fechado (Entrevistado 6, 2016).

Sobre isso, um dos RT de saúde/DSEI/BA discorreu que para o levantamento de informações na área de nutrição e alimentação não se utiliza o SISVAN *web* indígena ou o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena (SISVAN-I), mas sim o SIASI, porém o mesmo informou não ser o responsável por alimentar o sistema.

Paradoxalmente, outro RT da área declarou que o SISVAN *web* indígena está ativo para lançamento de dados de alimentação e nutrição das populações indígenas da Bahia, porém os mesmos não estão disponíveis para os profissionais e demais cidadãos consultarem através da internet, conforme indicação da SESAI.

Segundo a literatura, o mesmo problema que acontece com o SIASI registra-se no SISVAN-I, o qual foi instituído em 2006 para os DSEI, com o objetivo de se conhecer com mais cuidado os problemas de alimentação e nutrição das populações indígenas no Brasil, porém não está sendo operacionalizado devidamente (BRASIL, 2006b; PANTOJA et al., 2014).

De acordo com o exposto, Caldas (2010) frisou que o SISVAN é um sistema componente do SasiSUS e que foi implementado nos DSEI como estratégia de intervenção nutricional por parte dos gestores, visando a melhoria do estado nutricional e da saúde das populações indígenas ao reconhecer os possíveis déficits nutricionais e problemas de saúde associados.

Contudo, Pantoja e colaboradores (2014) relataram em seu estudo que o SISVAN-I, apesar de utilizado por alguns DSEI do Brasil, apresenta variação no grau de implantação entre os distritos, configurando um grande desafio para gestores e executores do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, pelas suas falhas de cobertura e, sobretudo, pela sua não informatização eficiente.

Pela não aplicabilidade desses sistemas de informação, a gerência da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI/DSEI/BA) tem orientado os polos-base a utilizarem planilhas em Excel com o propósito de compilar os dados concernentes às informações gerais da saúde, para que assim a gestão possa monitorar e articular planos de ação específicos, sem

atrasos nas programações, o que não acontece na prática, segundo a fala de um dos RT/DSEI/BA,

[...] a gente tem dificuldade no repasse dos dados que demora de chegar pra gente, entendeu?! (Entrevistado 6, 2016).

Além disso, percebeu-se em campo que a centralização dos dados e a não operacionalização desses sistemas, como deveria acontecer, pode ser interpretado como algo intencional, a fim de que não se obtenha essencialmente a caracterização das comunidades indígenas ou para não se divulgar as informações, como subentendeu um dos gestores ao comentar sobre o acompanhamento do programa de saúde da mulher,

[...] a gente tem um sistema de informação absolutamente frágil que é o SIASI, que não tá nem implantado, a gente não tem essas mulheres cadastradas, assim, com o rigor que merece, que você possa dizer isso é um dado científico. Isso é a realidade do Brasil, mas eu acho que a Bahia é pior, porque aqui... é é... sei não... tá no país inteiro... isso pode ser politicamente determinado? Pode. Entendeu?! Eu também acho que é uma coisa por aí [...] (Entrevistado 1, 2016).

Para Coimbra Jr. e Santos (2002, p. 131 apud PEREIRA, 2011), essa circunstância pode ser definida como “danosa invisibilidade demográfica e epidemiológica” em função da escassez de dados disponíveis nos sistemas de informação sobre a situação de saúde dos povos indígenas no Brasil, dificultando o alinhamento das ações de saúde voltadas para os povos indígenas.

5.1.5 Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde – Diretriz 4

A diretriz a ser analisada associa-se com a questão da interculturalidade, assim como outras diretrizes da PNASPI, no entanto, a diretriz aqui estudada converge seu conceito mais para a dimensão da articulação entre os saberes e práticas ocidentais na relação do processo saúde-doença, nos serviços de saúde e no âmbito profissional, com o sistema tradicional indígena (BRASIL, 2002).

Destaca-se que as leis de criação dos DSEI, da PNASPI e da SESAI enaltecem que o modelo de gestão de saúde indígena deve considerar as especificidades da cultura dos povos indígenas, ademais que a melhoria do estado de saúde desses indivíduos não acontece pela simples transferência e execução de procedimentos biomédicos, mas pela associação de saberes e práticas ligadas ao processo de saúde-doença, respeitando a diversidade cultural na implementação de ações de prevenção, promoção e educação para saúde (BRASIL, 1999b, 2002, 2010).

Quanto a isso, um dos gestores/DSEI/BA julgou importante tal abordagem, junto aos indígenas e aos profissionais, ao demonstrar seu ponto de vista sobre o assunto:

[...] para mim uma das coisas que a gente precisa voltar a ver é a questão das práticas de saúde tradicional, a gente tinha que retomar isso, porque quando a gente fala de atenção básica, a gente fala da vida... suas crenças, sua fé, sua religiosidade, essa parte que lhe conecta, e isso tá abandonado, para mim, tá abandonado completamente pelo DSEI [...] (Entrevistado 1, 2016).

Azevedo (2013) também demonstrou, em seu estudo, preocupação sobre a relação da saúde-doença entre os índios da etnia Xucuru do Ororubá/PE, porque nessa região observa-se um modelo de saúde unilateral, que domina o modo de acesso à saúde indígena, não se preocupando em perceber o modo com que os indígenas buscam ser atendidos e nem como os mesmos lidam com essa questão, ocorrendo o que ele define como “medicalização da etnia”.

Na opinião dos coordenadores administrativos de polo-base/DSEI/BA entrevistados, as EMSI têm se esforçado para agir com respeito às práticas tradicionais no processo saúde-doença, elencando críticas positivas pelo excelente trabalho desenvolvido por algumas delas, de acordo com os depoimentos dispostos:

[...] Lá nós temos uma minoria que eu posso dizer, eu posso falar uma palavra assim... bem forte, que são abnegados com a causa [...] (Entrevistado 5, 2016).

[...] eu acho que do aspecto dos profissionais do trabalho, principalmente porque muitos profissionais hoje são índios, eu acho que esse rito de manter o respeito recíproco com relação ao costume e a crença da comunidade, isso não, não, não, não é descumprido... (Entrevistado 4, 2016).

Em posição semelhante, um dos RT/DSEI/BA chegou a afirmar que os 18 médicos interligados ao Programa Mais Médicos, entre eles 15 cubanos, desempenham suas atividades com compromisso, na manutenção de visitas regulares e atendimentos nas aldeias com ética e valorização dos costumes das etnias.

Nesse caso, um dos coordenadores técnicos considerou importante que a coordenação geral do DSEI/BA seja representada por um indígena ao declarar “*eu senti uma mudança muito grande com um coordenador indígena*” (Entrevistado 13, 2016).

Relatos congruentes sobre a atuação de profissionais que trabalham com respeito à cultura e à medicina tradicional das populações indígenas e associação entre o saber científico e tratamentos convencionais de saúde, contando inclusive com a participação dos pajés em aconselhamentos medicinais, foram encontrados nos registros de Chaves (2006) no estudo que se consumou com os índios Guarani.

Mediante a isso, demais estudos retratam a existência da aceitação à liberdade de escolha dos índios pelo qual procedimento terapêutico seguir dentro dos DSEI ou em hospitais e Unidades Básicas de Saúde (UBS), em outras regiões do país, sendo cumprido com sensibilidade, nas relações interculturais, o respeito às lideranças indígenas nos ambientes de baixa, média e alta complexidade, indicando assim um caminho a ser seguido no alcance de melhorias na atenção à saúde indígena (GUIMARÃES, 2015; PEREIRA et al., 2014; RISSARDO et al., 2014).

De acordo com o explicitado, vê-se como fator bastante positivo o acatamento do princípio de autonomia do SUS nessas regiões, o qual orienta que as pessoas devem ter a opção de escolher realizar ou não um procedimento disponibilizado pelas intervenções de saúde.

Em relação a essa questão, faz-se imprescindível também a indicação legal de se respeitar a formulação do modelo de atenção empregada aos DSEI, com inserção de formas diferenciadas de atenção à saúde, dentro das comunidades indígenas, na instância das práticas biomédicas e nas atividades tecnoburocráticas dos Distritos (AZEVEDO; GURGEL; TAVARES et al., 2014; PONTES; REGO; GARNELO, 2015).

Deve-se incluir nesse aspecto o respeito à diferença e que esses conhecimentos e tecnologias da Biomedicina não se sobreponham à diversidade social, organizacional e política dos povos indígenas, como citado por Vieira, Oliveira e Neves (2013).

Um dos motivos para essa inclusão é o fato de os indígenas comumente praticarem seus rituais tradicionais indígenas na busca por saúde, como expressou um integrante do DSEI/BA:

[...] culturalmente eles são diferenciados, acabei de ouvir de um cacique, uma liderança, que teve um problema de saúde, ela disse – a primeira coisa que eu fiz foi tomar minhas providências, com minha ‘medicina tradicional’, eu fiz antes de ir para o médico, isso me salvou – ela usou chá, usou pajelança, usou o que ela tinha de recurso [...] (Entrevistado 1, 2016).

Nessa perspectiva, Maggi (2014) discorreu em seu estudo sobre a saúde indígena no Brasil que os indígenas procuram sua cura no meio ambiente, por exemplo, na água, na chuva, nas ervas, nas plantas, no fogo, na fumaça, no sol, na lua, nas estrelas etc., alegando que é nessa atmosfera que os pajés, xamãs, curandeiros, benzendeiros, comadres, entre outros, são os verdadeiros especialistas.

Contudo, constata-se não ser incomum o desrespeito às tradições indígenas com a predominância, em diversas situações, da atuação profissional de saúde voltada à racionalidade biomédica em detrimento da desconsideração às diferenças culturais e às práticas tradicionais desses indivíduos contrário ao que se recomenda na diretriz (AZEVEDO; GURGEL; TAVARES, 2014; CARDOSO, 2014; CASTELLANI; MONTAGNER, 2012; GUIMARÃES, 2015; LORENZO, 2011; MENENDEZ, 2003; NOVO, 2011; OLIVEIRA et al., 2012; PONTES; REGO; GARNELO 2015; SOUSA, 2013; VIEIRA; OLIVEIRA; NEVES, 2013).

Registros indicam que quase sempre os profissionais de saúde tentam levar a medicina tradicional deles (biomédica, tecnológica, farmacológica, baseada em evidências) para as comunidades indígenas, acreditando ser esse o procedimento verdadeiro e eficaz (MAGGI, 2014).

Para elucidar esses acontecimentos, recorrentes no atendimento à saúde indígena, Silva (2013) trouxe que, a partir do momento em que profissionais de saúde desenvolvem seu trabalho entre os indígenas, é natural e inevitável o choque no encontro de culturas. Até porque as práticas conhecidas pelos profissionais conflitam com as diferentes tradições e percepções da visão de mundo holística dos povos indígenas.

Para Azevedo (2013), a supremacia do poder médico no microcampo da saúde indígena é algo real e factível, gerando um modelo médico-assistencial curativo e individual, destituindo a capacidade dos usuários quanto ao modo de praticar as ações de saúde de que necessitam. Tal situação, não se manifesta em dois dos polos-base do DSEI/BA, segundo seus coordenadores administrativos,

[...] o seguimento da equipe (EMSI) é que quando há alguma situação o rito é passar pelo pajé, e o pajé é que vai dar o veredito espiritual dele lá, se esse paciente vai ser direcionado para o médico atender ou não [...] (Entrevistado 4, 2016).

[...] hoje aquela equipe tá envolvida... o pessoal assim que veste a camisa, que quer ver a coisa fluir... o profissional (Entrevistado 5, 2016).

No entanto, um RT disse:

[...] eu acho que o que falta nas equipes é o conhecimento mesmo. Essa questão antropológica, dessa questão da cultura daquele povo que ele trabalha, que ele atende... nem todos os profissionais respeitam a figura do pajé nas comunidades (Entrevistado 6, 2016).

Nessa mesma visão, um dos gestores da terceira referência/ DSEI/BA aludiu o fato de ser comum nos atendimentos de média e alta complexidade dos municípios da Bahia o desrespeito de profissionais no acolhimento aos pacientes indígenas, devido ao preconceito, alertando para a importância do acompanhamento de um representante do Distrito junto ao paciente indígena.

Esse fundamento também foi citado por outro integrante do DSEI/BA, ao comentar sobre sua experiência no convívio com representantes da saúde indígena do estado da Bahia,

[...] índio para eles era índio como vive lá no norte, pelado, vivendo ainda cheio de adorno, dentro de uma relação mais primitiva, então assim, ele não reconhece esse índio que mora, que estuda, que quer acessar todos os direitos que ele tem adquiridos, porque ele não é mais tutelado, ele não consegue perceber isso e o município também [...] (Entrevistado 1, 2016).

Esse tipo de comportamento dos profissionais de saúde surge em decorrência do desconhecimento ou o não reconhecimento das etnias e de suas tradições, canalizando, ao longo do tempo, para situações de exclusão dos indígenas à rede do SUS (AZEVEDO, 2013).

Essa colocação encaixa-se com a ideia do gestor/DSEI/BA ao afirmar que se devem mobilizar as pessoas atuantes na saúde indígena para mudar a forma como elas enxergam o processo saúde-doença, pontuando que se “[...] *deve olhar o índio sem preconceito... deve-se olhar e ver*” (Entrevistado 1, 2016).

Sobre isso, Oliveira e colaboradores (2014) retrataram que o processo saúde-doença é visto pelos indígenas como resultante do tipo de relação individual e coletiva que se estabelece com as demais pessoas e a natureza, passando a saúde a não se constituir como algo isolado, mas estritamente ligado às relações sociais, às relações com a natureza, com a cosmologia, com o exercício de poder, dentre outros.

Então, apoiado em Paim e Almeida-Filho (2014), deve-se considerar todo o universo que envolve os determinantes que afetam o estado de saúde de um indivíduo, as desigualdades, as injustiças, as diferenças étnico-raciais, culturais, de gênero, de gerações e de classes sociais, os quais interferem no processo saúde-doença-cuidado e seus efeitos, associando-se às práticas de vida diárias dos cidadãos, caracterizando, dessa forma, a saúde como valor de uso, ou seja, como valor social e político, não podendo ser considerada como um bem privado.

Com base nisso, um dos entrevistados atestou concordar que os indígenas tenham certa “preferência” ao entrarem na fila da regulação para atendimento de média e alta complexidade, em prol da equidade, pois, segundo o gestor, “[...] *tem que dar mais a quem tem menos*” (Entrevistado 1, 2016).

Por Granja e colaboradores (2010), o termo “equidade do SUS” é um dos que causa mais questionamentos por ter várias interpretações e sentidos. Ao pensar enquanto diretriz do SUS, a igualdade remete a assistência à saúde sem privilégios ou preconceitos entre os cidadãos brasileiros, mas são muito presentes nessa discussão a variabilidade do termo no sentido da equidade e equanimidade e igualdade.

Para Carvalho (2011), o termo “equanimidade” está interligado à questão da conduta prática do profissional de saúde sem distinção entre os indivíduos, respeitando direito de cidadania de todos ao atendimento, embora os profissionais precisem estar atentos à pertinência de decisões e ações no exercício da função de cuidar, no cuidado aos pacientes de

uma maneira geral, com respeito e ética, endossando que é preciso posição firme na realização das práticas de saúde com justiça, fazendo com que se reflita sobre a suposição levantada pelo gestor/DSEI/BA.

Em adição, Erdmann e Lentz (2004) em seu estudo sobre conhecimentos e práticas profissionais de saúde levantaram que os princípios do SUS de universalidade, equidade e equanimidade geraram e, ainda geram, novos impasses para o setor saúde nos planos social, político, econômico e ético do país.

Nesse sentido, quando perguntado sobre o respeito aos direitos e às tradições etnoculturais no atendimento à saúde indígena, um dos gestores/DSEI/BA comentou:

[...] uma coisa é o que eu sonho, outra coisa é o que eu imagino e outra coisa é o que existe na realidade. Uma coisa sou eu estar no papel de instrutor, de estudioso do que a lei diz, e outra coisa sou eu estar executando (Entrevistado 7, 2016).

Isso posto, aprofunda-se o pensamento que para se alcançar o atendimento focado no respeito às tradições indígenas será necessária uma formação diferenciada iniciada na graduação dos profissionais, a qual já existe em algumas instituições acadêmicas como na Universidade Federal do Amazonas (UFAM), e perpetuada com treinamentos. Além do mais, devem ser superadas as barreiras geográficas que dificultam o acesso à interiorização da atenção à saúde indígena (BERTANHA et al., 2012; CARVALHO, 2011; DIEHL; PELLEGRINI, 2014; LORENZO, 2011; PINA et al., 2016).

Dessa maneira, tais indícios fazem racionar que não se pode generalizar que todos os profissionais de saúde vinculados ao DSEI/BA respeitam as tradições indígenas, percebendo-se no trabalho de campo a urgência em se trabalhar a concepção e o respeito ao processo saúde-doença dessas populações tanto entre os profissionais atuantes nas EMSI quanto entre aqueles ao nível gerencial.

5.1.6 Promoção ao uso adequado e racional de medicamentos – Diretriz 5

A diretriz em questão tem como meta traçar os caminhos da assistência farmacêutica de comunidades indígenas com base no levantamento epidemiológico de cada DSEI. Além

disso, preza pela valorização das práticas medicinais indígenas no contexto das ações de saúde (BRASIL, 2002).

Então, com a finalidade de orientar os gestores para o alcance dessa diretriz, a legislação estipulou seis requisitos compatíveis à Política Nacional de Medicamento (PNM) que vão desde a descentralização da gestão da assistência farmacêutica no âmbito dos DSEI, promoção do uso racional de medicamentos, adaptação dos protocolos de intervenção terapêutica baseadas em decisão de grupo técnico interdisciplinar, controle de qualidade, promoção de ações educativas, alertando contra a automedicação ou hipermedicação, até a autonomia dos povos indígenas quanto à divulgação da farmacopeia tradicional e da aplicação de seus conhecimentos terapêuticos (BRASIL, 2002).

Nesse contexto, quatro pressupostos que compreendem a PNM e que estão em processo de reorientação no país orientam essa diretriz conforme Gomes ([20--]):

- a. Descentralização da gestão;
- b. Promoção do acesso e uso racional de medicamentos;
- c. Otimização e eficácia das atividades envolvidas na assistência farmacêutica;
- d. Busca de iniciativas que possibilitem a redução de preços dos produtos, promovendo, inclusive, o acesso da população aos mesmos no âmbito do setor privado.

Para subsidiar a assistência farmacêutica no Brasil, implantou-se em 2012 o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus Básico/Estratégico) (BRASIL, 2015f; SILVA; COSTA, 2015).

Segundo o Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde (2015), o Hórus é:

[...] uma ferramenta de informação *web*, disponibilizada a estados, Distrito Federal, municípios e Distritos Sanitários Indígenas (DSEI) pelo Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Tem como objetivo a qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS e a promoção da melhoria dos serviços prestados aos cidadãos brasileiros (BRASIL, 2015f).

De acordo com a informação do Ministério da Saúde, o Hórus foi implantado no estado da Bahia, em 2015, totalizando o 16º estado a aderir ao sistema para gerenciamento do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2015f). Logo, se caracteriza como uma intervenção recente no processo de descentralização na assistência farmacêutica do DSEI/BA (BRASIL, 2015f).

Atribuindo-se ao funcionamento do Hórus no DSEI/BA, o RT/Farmácia/DIASI/DSEI/BA, relatou que através desse sistema, os farmacêuticos dos polos-base fazem a solicitação de seus medicamentos e, com base nessas solicitações e no perfil epidemiológico das comunidades indígenas, levantado pelas EMSI, que o setor de Farmácia faz um balanço e programa os pedidos futuros de medicamentos e insumos.

Sobre a comunicação entre a sede e os polos-base na dinâmica da assistência farmacêutica por meio do Hórus, o responsável pelo setor discorreu que:

No âmbito da Assistência Farmacêutica, ocorre muito bem. Temos um fluxo de informações ótimo o que facilita a execução dos serviços (Entrevistado 8, 2016).

No que se refere às aquisições de medicamentos do DSEI/BA, o RT/Farmácia relatou que as medicações fazem parte de uma lista chamada “Elenco Nacional de Medicamento da Saúde Indígena” com 183 remédios, os quais foram inseridos pela SESAI na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME⁶).

Hoje, esse processo de aquisição de medicamentos sofre com a lentidão dos processos licitatórios, pelo fato de o DSEI/BA ainda não possuir uma ata própria de registro de preço, induzindo, na maioria das vezes, à adesão de atas diversas em circulação no país. Devido a isso, alguns medicamentos nunca chegaram ou possuem abastecimento irregular nos polos-base pertencentes ao DSEI/BA, assinalando falhas na descentralização da gestão.

Por outro lado, a resposta de um dos responsáveis por polo-base/DSEI/BA sobre essa abordagem explanou não haver, no presente, problemas na sua região com relação ao abastecimento de medicamentos, porém esclareceu que,

⁶ RENAME: é uma lista de medicamentos que deve atender às necessidades de saúde prioritárias da população brasileira. Deve ser um instrumento mestre para as ações de assistência farmacêutica no SUS.

[...] às vezes falta insumos... de insumos estamos carentes... é a licitação em tempo hábil, né?! (Entrevistado 5, 2016).

Para o acompanhamento de todo processo da assistência farmacêutica, Silva e Costa (2015) relataram ser de suma relevância a presença do farmacêutico nas unidades de saúde, uma vez que o profissional é peça-chave na articulação do sistema com as comunidades.

Sobre esse aspecto, o DSEI/BA possui atualmente oito farmacêuticos, contudo seis estão voltados para a assistência à saúde indígena, sendo eles lotados nos polos-base de Euclides da Cunha, Ibotirama, Ilhéus, Pau Brasil, Paulo Afonso e Porto Seguro e que dão suporte aos polos-base que não possuem o referido profissional, segundo o RT/Farmácia.

No se refere ao desempenho das suas atividades, o RT citou:

Realizo gestão farmacêutica, toda a parte de entrada de produtos, saídas, controle estoque, participo da fase de aquisição de medicamentos, além de supervisionar os polos-base (Entrevistado 8, 2016).

Em vista disso, igualmente aos achados de Barreto e Guimarães (2010), a assistência farmacêutica ainda é vista como um setor responsável basicamente pelo fornecimento de medicamentos, com foco na aquisição, controle de estoque e distribuição, desvirtuando-se da proposta da PNM de entender a assistência farmacêutica como parte integrante do SUS que tende a preocupar-se com a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde dos indivíduos.

Na sequência, o gestor, ao ser questionado sobre operacionalização da política de saúde indígena, no processo de atenção básica, demonstrou conhecimento a respeito da relação entre a PNASPI e a PNM, preocupação quanto à participação na otimização dos resultados de saúde dos pacientes indígenas e esforço para proporcionar uma assistência de qualidade, enfatizando a Promoção do Uso Racional de Medicamento, ao afirmar: *“[...] isso, nós farmacêuticos realizamos o ano todo”* (Entrevistado 8, 2016).

Porém, não foram sinalizadas quais atividades são desenvolvidas nas comunidades indígenas para favorecer o uso racional dos medicamentos. Pensa-se que tal ação seja inviabilizada devido a problemas na ordem de déficit de recursos humanos, operacionais e orçamentários para implementá-las, comprometendo a execução da lei na íntegra, como destacado também no estudo de Barreto e Guimarães (2010).

A análise citada pode embasar-se na declaração do próprio RT/Farmácia, ao falar:

Ao desenvolver as atividades enfrentamos alguns obstáculos no qual dificulta/ atrasa a execução do trabalho. Muitas vezes dependemos de outros setores (Entrevistado 8, 2016).

Sobre isso, Beto Ricardo e Fany Ricardo (2011) dizem que, de uma forma geral, o que predomina hoje é o enfoque na doença, na medicalização e na desarticulação dos cuidados tradicionais dos povos indígenas ao invés do aprofundamento à atenção diferenciada.

Por outro lado, registros na literatura apontam que tem crescido o consumo de medicamentos industrializados entre indígenas, especialmente entre os jovens, substituindo os medicamentos caseiros a base de plantas medicinais, colaborando para incrementar o foco destinado aos medicamentos (ANDRADE; SOUSA, 2015).

Tais constatações sinalizam a necessidade de se aplicar o que a diretriz normatiza de promover ações educativas, no sentido de evitar o consumo de medicações sem precedentes, superpondo ao uso das práticas tradicionais.

Em se tratando da qualidade dos medicamentos, o entrevistado averbou existir intercorrências pela insuficiência de espaço para armazenar remédios, situação a qual faz com que medicações que necessitem de refrigeração sejam automaticamente encaminhadas para os polos-base após cumprimento do protocolo de recebimento, fato o qual também foi comentado por Barreto e Guimarães (2010).

Provavelmente, essa realidade comprometa a conformidade dos medicamentos aos padrões exigidos por lei, até que os mesmos cheguem aos seus respectivos destinos, podendo até interferir na saúde dos pacientes indígenas.

Outrossim, do mesmo modo que apontou o estudo de Gomes ([20--]), o RT pronunciou que o setor é muito prejudicado pela falta de iniciativa de alguns servidores em encaminhar as demandas em tempo hábil, por interferência de posicionamentos políticos nas relações interpessoais, além de ser prejudicado com irregularidades no transporte, colocando em pauta a questão de que talvez o setor de farmácia não esteja entre as prioridades do setor de logística.

Opinião semelhante expressou um dos gestores do setor administrativo/DSEI/BA ao relatar:

Cada um tem que fazer sua parte, tenho certeza que faço a minha. Deve-se esquecer políticas partidárias – pura e simplesmente – e voltar-se para a política [...] (Entrevistado 15, 2016).

Sobre o comprometimento do trabalho em detrimento de questões pessoais, registros na literatura indicam que divergências políticas sobre a responsabilização das ações de saúde em área indígena podem comprometer consideravelmente a implementação da PNASPI pelos Distritos Sanitários (MARQUES, 2003).

Complementando as informações sobre os problemas enfrentados, em sintonia aos achados de Gomes ([20--]), o RT/Farmácia afirmou existir deficiências em alguns polos-base quanto à estrutura operacional adequada para viabilizar suas atividades e comunicar-se com agilidade com a sede do Distrito, inclusive na transmissão de dados sobre as doenças caracterizadas em cada região, a fim de apoiar a elaboração do perfil epidemiológico de cada comunidade indígena e nortear a aquisição de medicamentos, como recomendado pela PNASPI, situação mencionada também por outros gestores como explanado anteriormente.

Acerca da valorização e incentivo às práticas farmacológicas tradicionais, o RT alegou que apesar de muitos indígenas assistidos pelo DSEI/BA já estarem habituados ao uso da medicação alopática, o Distrito:

Já pensa em promover ações para resgatar a utilização da medicina tradicional, até porque nem todos os medicamentos o Distrito possui (Entrevistado 8, 2016).

Reflete-se que a implementação de atitudes como esta poderá trazer não somente o benefício da valorização da cultura tradicional, mas também a redução de custos, por basearem-se em tratamentos acessíveis que colaboram para diminuição dos deslocamentos para tratamentos em municípios de referência, indicando a necessidade de fortalecimento desses princípios locais.

Em concordância, Ferreira (2013) expôs que a aplicação da medicina tradicional pode ser vista positivamente, tanto por possibilitar o acesso de pacientes a procedimentos tradicionais de saúde nos seus territórios quanto por apresentar baixo custo.

A intenção é que tal iniciativa venha evitar o que os estudos têm indicado, que na contemporaneidade um número considerável de comunidades indígenas tem associado os tratamentos à saúde com medicamentos convencionais, em uma proporção muito maior do que o desejado, quando comparado aos cuidados tradicionais indígenas, contrariando o

anunciado na legislação (AZEVEDO; GURGEL; TAVARES, 2014; CARDOSO, 2014; CASTELLANI; MONTAGNER, 2012; GUIMARÃES, 2015; LORENZO, 2011; MENENDEZ, 2003; NOVO, 2011; OLIVEIRA et al., 2012; PONTES; REGO; GARNELO, 2015; SOUSA, 2013; VIEIRA; OLIVEIRA; NEVES, 2013).

5.1.7 Promoção de ações específicas em situações especiais – Diretriz 6

Segundo a PNASPI, para a efetiva implementação dessa política é primordial que sejam priorizadas pelos DSEI ações de saúde que se destinem a dirimir os danos aos quais as populações indígenas estão submetidas. Tais ações encontram-se dispostas no combate às DST, desastres ambientais, insegurança alimentar e nutricional, violência, alcoolismo, entre outros agravos (BRASIL, 1999, 2002).

Para isso, a legislação regulamentou sete elementos os quais devem contemplar as ações e situações especiais, iniciando-se com a prevenção e controle de agravos em povos isolados e nas regiões de fronteira, realização de estudos específicos de impactos à saúde, monitoramento e execução de ações de saúde, prevenção e assistência em DST, combate à fome e à desnutrição com implantação do Programa de Segurança Alimentar (PSA), incentivando a agricultura sustentável e finalizando-se com o desenvolvimento de projetos habitacionais e reflorestamento nas terras indígenas (BRASIL, 2002).

Dessa forma, de acordo com o que preconiza o Decreto nº 8.065/2013, os DSEI devem ser orientados pelo Departamento de Atenção à Saúde Indígena na implementação de programas de atenção à saúde, segundo diretrizes do SUS, contendo a saúde sexual, saúde da mulher, saúde da criança, vigilância epidemiológica e vigilância nutricional, saúde mental, saúde bucal, imunização, assistência farmacêutica e práticas inerentes ao programa saúde da família (BRASIL, 2010; 2013a).

Com esse foco, ao final de 2011, aconteceu o I Seminário de Saúde Indígena no DSEI/BA, com o intuito de reunir conselheiros de saúde, lideranças indígenas, técnicos e gestores para definição das prioridades e estratégias para o trabalho da SESAI no Distrito na construção de melhorias na atenção à saúde indígena.

Entretanto, percebeu-se ao longo do estudo que as ações de saúde expedidas pelo DSEI/BA passaram a ser implementadas mais contundentemente nos dois últimos anos,

provavelmente, tempo necessário para se apropriar de suas atribuições e demandas, após a fase de transição da FUNASA/MS para SESAI/MS, com implantação, ainda que incipiente, dos programas de saúde bucal, saúde visual, saúde infantil, dentre outros, para a promoção e recuperação da saúde de indígena na Bahia com realização de oficinas e mutirões de saúde, percepção a qual foi contemplada por um dos gestores,

De dois anos pra cá, com essa injeção de recurso pra ampliar as equipes de saúde, para reforçar os recursos humanos, melhorou muito... não tinha médico, com o Mais Médicos tem médico em todo lugar (Entrevistado 1, 2016).

O coordenador responsável por um dos polo-base/DSEI/BA chegou a dizer que “*todos os programas do Ministério*” (Entrevistado 5, 2016) são implantados na atualidade no seu polo.

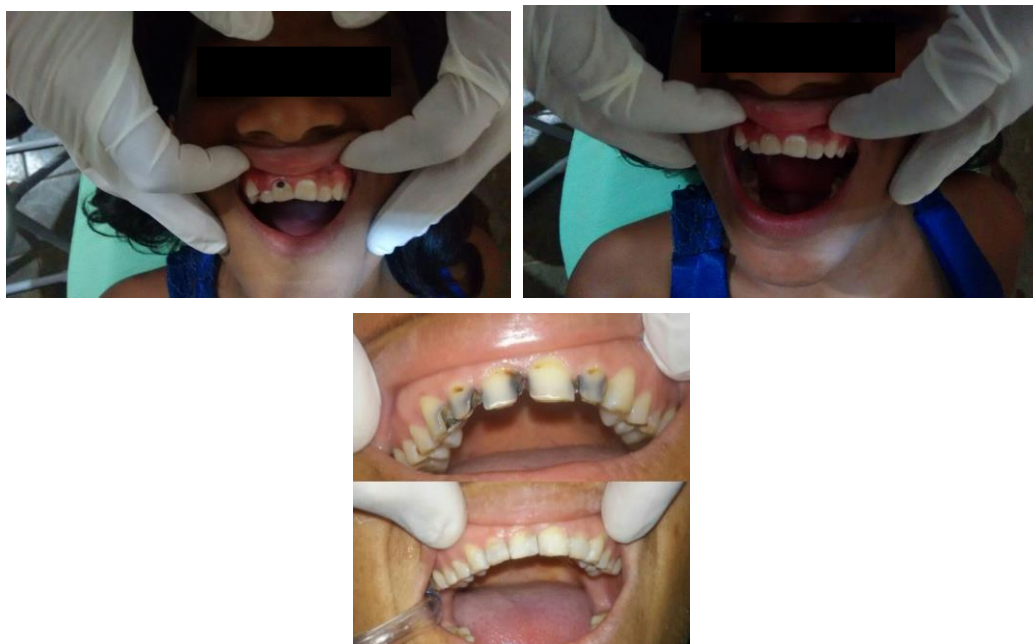
Em contrapartida, dos cinco coordenadores técnicos/DSEI/BA entrevistados quatro admitiram que a demanda de urgências, emergências, além das atividades gerenciais comprometem o planejamento das ações de saúde, conquanto todos ressaltaram a eloquência da concretização do trabalho “*na proteção, na promoção e recuperação da saúde [indígena]*” (Entrevistado 17, 2016).

A respeito do excesso de atividades voltadas para a racionalidade tecnoburocrática dos coordenadores técnicos, Novo (2011) classifica que esse modelo ocidental de prestação de serviços de saúde influencia na insatisfação de muitos indígenas quanto à qualidade do serviço oferecido, pela falta do cumprimento de demandas apresentadas por eles, evidenciando que essa estratégia é contraditória ao que propõe o subsistema de saúde e a PNASPI, posto que a mesma se superponha às demandas sugeridas pela sociedade indígena, vindo ao encontro do pensamento de Garnelo e Sampaio (2005).

Insere-se nessa composição como fator positivo para o DSEI/BA, a organização de cursos de capacitação para multiplicadores na prevenção e tratamento da cárie dentária, objetivando capacitar os profissionais vinculados à saúde bucal nos PB, desenvolver atividades curativas, preventivas e educativas no contexto da saúde indígena.

Recentemente, um dos PB organizou, juntamente com o município, um grande evento de atendimento odontológico e nutricional na região, promovendo a satisfação e a saúde do povo indígena local conforme se visualiza nas imagens abaixo:

Figura 5 – Imagens relativas ao tratamento bucal realizado em área indígena/BA



Fonte: DSEI/BA (2016).

A ação teve intensa repercussão na comunidade indígena, segundo o relato do responsável pelo polo-base:

[...] foi uma ação muito bonita... foi assim um trabalho... deixamos a saúde bucal deles bem melhor, a felicidade de muitos era evidente... diga aí a autoestima de uma pessoa dessa?! (Entrevistado 5, 2016).

O mesmo salientou:

[...] realmente nós estávamos precisando de uma ação dessa... nesse tempo que eu tenho, nunca foi feita uma atividade dessa, assim para repercutir mesmo [...] (Entrevistado 5, 2016).

O interesse pela saúde bucal advém, além de outros fatores, das transformações culturais e socioeconômicas que podem influenciar diretamente nos dados epidemiológicos da cárie nas diversas populações indígenas espalhadas pelo país, de acordo com as características regionais de cada etnia, densidade demográfica, modo de vida, convivência com não índios, além da genética, comportamento, sexo, idade, nível de escolaridade e higiene bucal desses

povos (ALVES FILHO; SANTOS; VETTORE, 2014; BASTA; ORELLANA; ARANTES 2012; LANDIM et al., 2013; PASSONI; ZAROETTO, 2011; ÚLHÔA NETTO et al., 2012).

Levantou-se também através de documentos que a SESAI/DSEI/BA desenvolveu um trabalho, em parceria com a prefeitura do município de Santa Cruz de Cabralia/BA e a ONG denominada “Voluntários do Sertão”, visando zerar a demanda reprimida de cirurgias e procedimentos de doenças diversas, principalmente a catarata, dado que o objetivo do projeto é oferecer assistência social, saúde, qualidade alimentar e nutricional, promovendo atendimento médico, odontológico, palestras e demais condutas, registrando na sua última edição, em 2015, um elevado número de atendimentos, superando os 35 mil atendimentos entre indígenas e não indígenas.

As ações de combate às doenças visuais em aldeias indígenas têm acontecido nos últimos anos, com mais intensidade, após publicação da OMS (2004) de que a estimativa da prevalência de cegueira no Brasil seja de aproximadamente 0,3% e de baixa visão de 1,7% na população geral.

Nesse sentido, um estudo publicado em 2012 revelou que crianças indígenas das etnias Guarani e Kaiowá em Mato Grosso do Sul apresentaram problemas de atrofia óptica e disfunções retinianas, sinalizando para importância de trabalhos de prevenção da deficiência visual e dos problemas oculares entre esses povos (SÁ; BRUNO, 2012).

Correspondente ainda às ações de saúde, uma atividade de destaque executada pela SESAI/DSEI/BA em parceria com os estados e municípios diz respeito ao combate ao vírus *Aedes aegypti*. O trabalho aconteceu em fevereiro de 2016 com a orientação da população indígena da Bahia sobre o combate aos criadouros do mosquito transmissor da dengue, da *chikungunya* e do vírus da zica como parte integrante do Dia Nacional de Mobilização Zika Zero do governo federal no enfrentamento ao mosquito e à microcefalia.

Outra ação importante executada por pólo-base pertencente ao DSEI/BA em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde foi a prevenção da doença de Chagas, como observado,

[...] agora mesmo... mês passado, foi feita borrifação contra o vetor... para combater o barbeiro (Entrevistado 5, 2016).

Dentro desse contexto, o II Consenso Brasileiro em Doenças de Chagas/2015 demonstrou que muitos indígenas se contaminam por transmissão oral ao consumirem sangue

de animais infectados com o *T. cruzi* e que, por isso, a integração entre os programas e os órgãos de saúde como SESAI e Secretarias de Vigilância em Saúde são imprescindíveis (DIAS et al., 2016).

Em se tratando da prevenção das DCNT, impulsionou-se em março de 2016 um debate da SESAI com a FUNAI a fim de discutir ações interministeriais que possibilitem o fortalecimento de políticas públicas nas aldeias indígenas com projetos sustentáveis, principalmente na área de segurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2013c).

No evento supracitado, abordou-se que o diabetes entre indígenas está diretamente relacionado com as mudanças no estilo de vida, como a incorporação de carboidratos e de alimentos processados/ industrializados na dieta alimentar (BRASIL, 2013c).

Não somente alterações nos padrões alimentares são percebidas na atualidade, sendo uma das razões atribuída à globalização, mas também a ruptura das fronteiras nacionais, atravessando muros e delimitações de regimes políticos, regionalismos, culturas, tradições locais e civilizações, convergindo à formação de novos polos em territórios distintos do mundo, como vem acontecendo com os povos indígenas (IANNI, 1997).

Isso posto, a necessidade de implementação de medidas direcionadas para resolver as questões de insegurança alimentar e nutricional é evidente. Tal impressão foi apoiada através das falas dos coordenadores técnicos (polos-base)/DSEI/BA, ao declararem:

Hipertensão, diabetes e alcoolismo são as doenças que mais acometem os adultos [...] (Entrevistado 9, 2016).

[...] a alimentação inadequada contribui para o quadro das principais doenças das comunidades indígenas, como alto consumo de refrigerantes (Entrevistado 9, 2016).

[...] em relação às crianças, diarreia e infecção respiratória estão bem presentes (Entrevistado 9, 2016).

A obesidade é um fato real nas aldeias coordenadas pelo polo (Entrevistado 10, 2016).

Doenças crônicas, hipertensão, diabetes, câncer, doenças coronarianas em adultos e sobrepeso em algumas crianças... outras crianças com desnutrição (Entrevistado 11, 2016).

Na saúde indígena tem muitos diabéticos, muitos hipertensos e também tem muita desnutrição (Entrevistado 6, 2016).

Agregando-se às informações apresentadas, estudos demonstram que boa parte das DCNT e suas consequências nutricionais e comportamentais são causadas pelo uso abusivo de bebidas alcoólicas em muitas comunidades indígenas (BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012; COIMBRA JR.; SANTOS, 2003; GUIMARÃES; GRUBITS, 2007; OLIVEIRA, 2000; OLIVEIRA et al., 2012; LANGDON; GARNELO, 2004; SIQUEIRA-DURAN, 2001; SOUZA; OLIVEIRA; KOHATSU, 2003).

Mediante tal assunto, desencadeou-se um estudo exploratório com famílias indígenas na Paraíba, no qual se inferiu que a hipertensão e o diabetes foram as morbidades que mais acometeram as pessoas assistidas pelo Distrito Especial Sanitário Indígena potiguara (OLIVEIRA et al., 2012).

Descrições semelhantes, reportando alterações nos padrões alimentares e nutricionais das comunidades indígenas, indicaram a introdução do sal na alimentação, a ingestão de bebidas alcoólicas destiladas, o consumo de gorduras saturadas em excessiva quantidade, o tabagismo e a redução dos níveis de atividade física, como responsáveis por consequências visíveis para a população indígena e fazendo com que doenças como as DCNT – hipertensão, sobrepeso e obesidade – se destaquem no perfil de morbidade e mortalidade dos mesmos (BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012; BORGHI; CARREIRA, 2015; COIMBRA JR.; SANTOS, 2003; LUCENA, 2012; MAZZETI, 2015; OLIVEIRA; AQUINO; MONTEIRO, 2012; RIBAS, 2008; SOUZA FILHO et al., 2015; TADDEI et al., 2011).

Nesse âmbito, um trabalho de 2011 divulgou que a maioria dos índios do Rio Grande do Sul indicou condição favorável para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e diabetes *mellitus*, sendo atribuída majoritariamente a hábitos alimentares prejudiciais à saúde humana, além de prática insuficiente de atividade física (ROCHA et al., 2011).

Sob esse aspecto, levantou-se no trabalho de campo que o DSEI/BA, em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), desde 2014, vem implementando o projeto “Conversando sobre Alimentação e Nutrição da Criança Indígena no Sertão Baiano” no contexto do programa de saúde da criança indígena.

O projeto, que tem como objetivo fortalecer as ações de aleitamento materno e alimentação complementar, conhecendo a situação de alimentação das crianças indígenas, identificando as necessidades e conferindo propostas culturalmente cabíveis para alimentação, a partir dos seis meses, começa a alcançar dados positivos nos municípios de Ribeira do Pombal e Paulo Afonso.

Essa ação tem uma grande relevância para a região localizada ao norte do estado da Bahia, onde se situa o município de Banzê, que está sob a responsabilidade do PB de Ribeira do Pombal/DSEI/BA, uma vez que, segundo um dos RT/DSEI/BA, além dos registros de DCNT em adultos,

[...] também temos muito a desnutrição, a desnutrição é mais infantil, de zero a cinco anos está demais; a região que tem mais incidência é a de Banzê, dos Kiriris [...] (Entrevistado 6, 2016).

Ratificando a fala do gestor, um estudo de Pacheco (2007) comprovou que há uma elevada prevalência de desnutrição infantil na Terra Indígena Kiriri, pelo indicador altura/idade, em 19,9%, muito acima da recomendada pela Organização Mundial de Saúde que é de 2,3% (WHO, 1995).

Em função disso, segundo informações em nível central, os PB de Ribeira do Pombal e de Paulo Afonso estão trabalhando a fim de incentivar o aleitamento materno até o sexto mês de vida de bebês indígenas, com foco também na complementação alimentar do sétimo mês até os 2 anos. Para isso, estão acontecendo oficinas sobre alimentação saudável e elaboração de receitas que valorizem insumos alimentares presentes nas aldeias, consequentemente, enriquecendo o valor nutricional das refeições desses indivíduos.

O DSEI/BA procura então a partir dessa prática diminuir os registros de diarreia, alergias alimentares e mortalidade nos dois municípios, além de aumentar os índices de aleitamento materno exclusivo, melhorando o estado nutricional das crianças e beneficiando a qualidade nutricional dos alimentos ingeridos pelas crianças e seus familiares.

Alguns estudos juntam-se à realidade da Bahia, como o de Pantoja e colaboradores (2014), ao denotarem que, entre 2008-2009, a maioria das crianças indígenas Yanomami/AM menores de 60 meses apresentaram tanto baixa estatura quanto baixo peso para idade. Esses altos índices de desnutrição podem ter colaborado para elevada taxa de mortalidade infantil nos Yanomami, em 2010, evidenciando um sério problema nutricional.

Outro estudo, realizado entre indígenas da região do Mato Grosso do Sul, chama atenção para essa dura realidade, visto que mostrou que crianças indígenas menores de 5 anos apontam elevada prevalência de desnutrição, com variação de déficit de crescimento entre duas comunidades em 14,3% e 16,1%. Entre indígenas das etnias Guarani Nhandeva e

Kaiowá foram detectados 34,1% de déficit de estatura para idade e 18,2% de baixo peso para idade, respectivamente (RIBAS, 2008).

Em relação às ações pertinentes à saúde sexual, relatos de um dos RT/DSEI/BA expuseram que ainda é um grande obstáculo o entendimento sobre as questões sexuais nas aldeias indígenas da Bahia, onde nem todos os caciques permitem que as EMSI orientem as mulheres sobre a importância do uso dos preservativos por seus parceiros, com exemplo real na região do PB de Ribeira do Pombal/DSEI/BA, entendendo-se que para essa comunidade a concepção de saúde está intrinsecamente vinculada à procriação e multiplicação dos indivíduos indígenas.

Situação parecida, de resistência ao uso do preservativo, foi declarada no estudo de Novo (2008) ao relatar o receio de um determinado AIS em orientar os indígenas a respeito do uso da camisinha na prevenção de DST, como a AIDS, uma vez que, conforme a fala do mesmo existe perigo em usar camisinha para quem tem filho com menos de um mês de vida, porque na crença do AIS o processo de formação da criança pode ser interrompido.

Nesse aspecto, levantamentos de saúde no país destacam que essas doenças merecem estrita atenção.

Sobre a sífilis, estudos de 2010 e 2012 mostram uma média de 6,7% e de 36,4% de positividade para doença em indígenas no Amazonas e em gestantes indígenas no Mato Grosso, respectivamente, sinalizando a gravidade da situação (BENZAKEN; SARDINHA; GARCIA, 2010; CANDIDO, 2012; CARVALHO; CHO; FLORES, 2011).

No que se refere aos casos de AIDS, dados oficiais do Ministério da Saúde citam que as proporções entre as raças branca, amarela, parda e indígena foram de 44,5%, 0,4%, 44,3% e 0,3%, respectivamente, em 2013 (BRASIL, 2014).

No entanto, apesar de o número de casos entre indígenas ter sido menor do que nas outras categorias, naquele ano, e de não existir registro de casos em 2014, existe a preocupação quanto à evolução do número de casos entre os índios no Brasil, uma vez que o primeiro caso foi diagnosticado em 1987 no estado do Mato Grosso e, de acordo com estudos, a tendência é que ocorra o aumento desses valores, principalmente nos grandes centros urbanos (BRASIL, 1999d, 2000, 2007; DATASUS, 2016; FERRI; GOMES, 2011).

Segundo um dos entrevistados, o cenário da Bahia enquadra-se ao nacional e enfrenta alguns obstáculos, como a insuficiência de oferta diagnóstica de testes rápidos para sífilis, HIV e hepatites virais, denotando preocupação no quadro de saúde das populações indígenas

do estado, pois ao ser indagado sobre o PB de maior incidência das DST no Distrito o mesmo disse:

[...] é Porto Seguro, inclusive soro positivo, maior incidência é lá... depois a sífilis, inclusive sífilis congênita [...] (Entrevistado 6, 2016).

Tal preocupação foi levantada também por Carvalho, Cho e Flores (2011), posto que trouxeram em seu estudo que, apesar da pouca documentação científica sobre as DST, as mesmas têm atingido números expressivos de até 15% entre as sociedades indígenas.

Conforme apresentação dos dados, as intervenções em saúde executadas pelo DSEI/BA são consideráveis, porém pontuais, no contexto da assistência à saúde indígena, designando maior amplitude, em razão da significativa prevalência das patologias descritas nos territórios indígenas do estado da Bahia.

5.1.8 Promoção da ética nas pesquisas e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas – Diretriz 7

No que diz respeito à diretriz acima proposta, ela em muito se conecta com a diretriz que aborda o respeito aos sistemas tradicionais indígenas, no entanto, buscou-se, no presente, aproximar a ética no espaço de trabalho, nas relações interpessoais e no ambiente de pesquisa envolvendo seres humanos.

Quanto ao direcionamento sobre as pesquisas acadêmicas, o DSEI/BA tem seguido as orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo Anexo A.

Acerca da realização de eventos relativos ao conteúdo da ética em meio à diversidade sociocultural e linguística de acordo com as normatizações (BRASIL, 2002; CFM, 1988), foi verificada a carência de encontros voltados para esse foco, à medida que se comentou anteriormente a fragilidade dessa pauta nos cursos de aperfeiçoamento do Distrito e no encadeamento com as questões etnoculturais, sinalizada inclusive pela maior parte dos gestores entrevistados.

Sobre a ética no ambiente de trabalho, o assunto gerou controvérsias, uma vez que um dos entrevistados relatou ser delicado tratar da questão da ética, considerando que “*a falta de*

ética pode ser de ambas as partes” (Entrevistado 7, 2016), a depender da interpretação do ato, conforme declarações:

Às vezes um procedimento pode ser considerado invasivo por um indígena e na verdade pode ter sido uma interpretação equivocada do ato (Entrevistado 7, 2016).

Acontece também de indígenas criarem situações desagradáveis, a fim de inviabilizar ou ‘queimar’ o trabalho de determinados profissionais de saúde (Entrevistado 7, 2016).

Entende-se, então, que a promoção de debates em torno desse conteúdo é indispensável no DSEI/BA, analisando o contexto das populações indígenas, sendo necessários esclarecimentos sobre formas de atendimentos, tratamentos ou procedimentos médicos e afins aos quais serão submetidos os pacientes indígenas, não podendo gerar dúvidas aos usuários em qualquer serviço de saúde, como determina o princípio da autonomia preconizado pelo SUS.

Pautando-se em Sá (2013), “[...] todas as capacidades necessárias ou exigíveis para o desempenho eficaz da profissão são deveres éticos” e, para isso, os profissionais, dentro de cada profissão, devem estar a serviço do social, aliando o saber científico ao enriquecimento da cultura profissional, a fim de beneficiar a sociedade como um todo e desenvolver suas atividades com qualidade na conduta.

Sabe-se que em populações indígenas, especificamente, a atuação dos profissionais e gestores que lidam diretamente ou indiretamente com os cuidados à saúde dos mesmos envolve uma série de singularidades por ser alvo de uma política pública.

Assim, a ética e a saúde que estão entrelaçadas entre a teoria e prática através da práxis humana direcionam-se para que a prática seja aplicada, de uma maneira geral, com sabedoria, coerência e respeito à dignidade humana, entendendo que a moralidade das ações é essencial para se obter a ética aplicada no dia a dia (KANT, 1965; LEOPOLDO; SILVA, 1998).

Desse modo, a Ética tem sido abordada, no seu sentido mais amplo, como a ciência da conduta humana diante do ser e seus semelhantes, na qual se deve aplicar na assistência à saúde, respeitando a cultura, a organização social, religiosa, política e econômica de um povo, a fim de proporcionar um atendimento digno sem o julgamento pejorativo daqueles que

praticam a medicina tradicional como charlatões, incompetentes, feiticeiros, dentre outras denominações (HELMAN, 2003).

5.1.9 Promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena – Diretriz 8

Acerca da atenção prestada às condições ambientais aos territórios indígenas assessorados pelo DSEI/BA, seguindo os princípios da preservação do meio ambiente, cuidados sanitários, disponibilidade de alimentos e de recursos naturais básicos como a água, diante do que está descrito legalmente (BRASIL, 2002), apresentam-se as considerações.

Está posto na literatura que a fim de promover o ambiente indígena saudável e favorecer a proteção da saúde desses indivíduos, a SESAI/MS desenvolveu, em 2010, o Sistema de Georreferenciamento Sanitário e Ambiental em Terras Indígenas (GEOSI), o qual tem o objetivo de atuar na análise espacial das terras indígenas por receptores GPS, possibilitando coleta, armazenamento, monitoramento e processamento de dados de forma organizada e relacionada, através de interpretações, interações e análise de informações, constituindo-se como elemento essencial de gestão sanitária da saúde indígena (BRASIL, 2013).

Dessa forma, dá-se o suporte para se fazer o levantamento de doenças que mais afetam essas populações e as suas condições de saúde-doença, face à acessibilidade aos serviços e políticas de saúde (BRASIL, 2013c).

Sobre esse sistema, um dos gestores da área/SESANI/DSEI/BA o considera de extrema relevância para o saneamento e a saúde indígena, ao dizer:

[...] é fantástico... o ministro pode acompanhar uma obra da gente por Brasília [...] (Entrevistado 13, 2016).

[...] é um cadastro da aldeia... com todas as informações, que envolve do que é que tem, do que é produzido, os animais que eles têm, alimentação, tudo tá lá lançado [...] (Entrevistado 13, 2016).

Por outro lado, um RT do setor/SESANI/DSEI/BA comentou sobre a desatualização do sistema desde o primeiro semestre do ano de 2013, devido à falta de recursos financeiros, evidenciando a problemática nesse segmento:

Bem, hoje nós não temos todas as aldeias ainda já georreferenciadas, o objetivo é a gente terminar, porque não é só fazer o georreferenciamento, você tem que atualizar o georreferenciamento, então todas as aldeias que nós já fizemos o georreferenciamento está defasado [...] (Entrevistado 14, 2016).

Em um estudo sobre os desafios e as potencialidades da análise geográfica em saúde indígena, aborda-se que é incontestável a necessidade de melhoria e aperfeiçoamento dos sistemas de informação, indicando a realização de capacitações e a integração de profissionais de diversas formações pertencentes à SESAI como caminho para o avanço dos sistemas (BRASIL, 2015a).

Desse modo, apesar de Garnelo, Brandão e Levino (2005) mostrarem a eficiência do GEOSI em determinadas comunidades indígenas, sinaliza-se que o mesmo não está sendo operacionalizado nos dias atuais conforme planejado.

Sob essa perspectiva, a redução das verbas, as deficiências na logística e a indisponibilidade de veículos foram mencionados como complicadores na implementação das ações do saneamento ambiental indígena, conforme declarações:

[...] O investimento em saneamento, eles estão fazendo pouco. Hoje faz falta, no passado não, tinha recurso. De um ano para cá piorou. Assim né, 2016 o nosso teto era... um milhão e duzentos e pouco para orçamento. Agora passou para 200 mil... 250 mil para edificações e 200 mil para saneamento. Você não faz um sistema de abastecimento de água... saneamento é uma coisa cara e a manutenção é cara. Não faz! A saúde indígena, saneamento é uma coisa cara (Entrevistado 13, 2016).

Só vai melhorar saneamento quando tiver carro (Entrevistado 13, 2016).

A falta de transporte é uma dificuldade, porque o carro é destinado para dar atendimento à população, então na maioria das vezes o carro é para assistência (Entrevistado 6, 2016).

Apesar disso, segundo o gestor/SESANI/DSEI/BA tem-se conseguido, não na velocidade desejada, executar algumas ações de construção de redes de esgoto, fossas sépticas, poços d'água, entre outras, dentro do plano distrital, por mais que muitas outras demandas surjam, além do estipulado pelo plano, em função do volume de aldeias que se formam constantemente nos territórios estaduais o que atrapalha o andamento das ações.

Em situação antagônica, Marques (2003), ao analisar as ações de saneamento no DSEI/MT, na época da FUNASA, enfatizou que eram executadas construções regularmente para abastecimento de água e, naquele período, as atribuições não decorriam da falta de recursos, mas da grande extensão territorial do estado de Mato Grosso e da precariedade das estradas que dão acesso às áreas indígenas.

Contudo, na terra indígena do Vale do Javari/AM, a inexistência de qualquer sistema de abastecimento de água e de sistema de esgoto em nenhum polo-base daquela localidade expressa a conjuntura sobre a execução dessa diretriz naquela região (CTI, 2011), assim como provavelmente vivem a maioria das aldeias indígenas assistidas pelo DSEI/BA.

Incluem-se às atividades executadas pelo DSEI/BA as ações de combate à dengue, no campo do controle das endemias, com a realização no dia 2 de agosto de 2016, na sede do DSEI/BA, de uma reunião com todos os coordenadores técnicos de PB, a fim sensibilizá-los quanto à importância de se prosseguir com a contenção dos possíveis focos do *Aedes aegypti*.

Nesse mesmo encontro, explanou-se sobre a retomada do projeto de coleta de resíduos oriundos de procedimentos de saúde, nas aldeias indígenas assistidas pelo Distrito, com distribuição de formulário para diagnóstico inicial sobre tipos e quantidade de resíduos gerados e a maneira com que são coletados atualmente.

Na palestra, divulgou-se que além dos resíduos sólidos decorrentes de procedimentos médicos, fraldas descartáveis, garrafas de vidro de bebidas alcoólicas e garrafas PET estão entre os resíduos que mais se acumulam nas comunidades indígenas visitadas pela equipe da SESANI/DSEI/BA, sinalizando as mudanças no estilo de vida dessas populações.

Nesse contexto, um trabalho realizado com os índios Potiguara, no estado da Paraíba, indicou sobre os resíduos sólidos da região, no que diz respeito ao lixo domiciliar, sem especificar quais, que das 29 aldeias, apenas 31% dispunham de serviço de coleta e transporte, havendo orientação para as que não tinham o serviço o enviassem para um local apropriado (OLIVEIRA et al., 2012).

Esse panorama indica que é preciso ação das instituições governamentais em busca de melhorias na infraestrutura e educação em saúde nas comunidades indígenas. Assim como, mais estudos devem ser executados nas esferas distritais de saúde indígena do país, fundamentados na realidade do serviço de saúde e correspondentes às características epidemiológicas de cada local (ASSIS et al., 2013; SANTOS et al., 2013).

Sob esse ponto de vista, percebeu-se em campo a importância de envolver vários profissionais em orientações sobre a assistência à saúde e saneamento indígena, principalmente quando são ministradas por profissionais indígenas, comprovando-se pela afirmação:

[...] nós temos em Pau Brasil um médico que é indígena, trabalha na aldeia. E os AISAN elogiaram demais as atuações dele nas palestras, nas coisas, porque ele ajuda (Entrevistado 13, 2016).

Quanto à qualidade da água, em 2014, o Ministério da Saúde publicou as Diretrizes para Monitoramento da Qualidade da Água para consumo humano em aldeias indígenas (BRASIL, 2014), assim, dois anos depois (julho/2016), consumou-se no DSEI/BA a I Oficina de Monitoramento da Qualidade da Água, em Porto Seguro e Feira de Santana, com vistas a capacitar a maioria dos agentes indígenas de saneamento do Distrito, que atuam nas aldeias, para que os mesmos tenham a capacidade de avaliar a qualidade da água para consumo humano dentro das terras indígenas.

Enfatiza-se que, segundo um dos integrantes do setor, esse foi o primeiro curso de aperfeiçoamento, na formatação DSEI/SESAI, com o envolvimento de um grande número de participantes, como os agentes indígenas de saneamento, uma vez que o mesmo supôs que último treinamento havia ocorrido anterior à criação da SESAI, afirmando:

E aí depois tem vários anos (mais de oito anos) acho que a última turma foi em 2008, não teve mais. Porque veio a SESAI e não fez ainda [...] (Entrevistado 13, 2016).

Tal iniciativa pode ser vista como um passo importante para a saúde indígena, uma vez que a água é essencial no processo saúde-doença e na transmissão de agravos aos indivíduos, atribuindo-se a persistência de diarreias infantis ao saneamento básico precário, à inexistência de água potável e ao destino inadequado de dejetos em muitas aldeias indígenas,

como comprovados em trabalhos científicos (BRASIL, 2009; MAZZETI, 2015; OLIVEIRA et al., 2011).

No entanto, o gestor declarou:

A qualidade da água eu acho que tem que ter mais cuidado. Eu acho assim, precisa melhorar um pouco, mas, a gente está bem melhor... a gente está montando dois laboratórios [de água] agora... Porto Seguro e Ilhéus [...] (Entrevistado 13, 2016).

Mediante isso, concordando com o estudo realizado no Vale do Javari/AM (CTI, 2011), sugere-se que sejam desenvolvidas ações educativas voltadas para a preservação da qualidade da água e do meio ambiente nas aldeias, tais como oficinas de reciclagem e descarte de materiais industrializados, no intuito de colaborar na melhoria das condições sanitárias locais.

5.1.10 Controle social – Diretriz 9

Essa diretriz trata da participação social dos indígenas por intermédio da constituição de Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais, além de Conselhos Distritais e Locais de Saúde Indígenas, em conformidade com a PNASPI e com o SUS por meio da Lei nº 8.142/90 nos ambientes da gestão da saúde indígena, conforme descrição,

§1.º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

[...]

§4.º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos (BRASIL, 1990).

Mesmo não tendo sido possível entrevistar nenhum gestor integrante dessa área, por naquele momento o DSEI/BA ter apresentado um quadro de transitoriedade de coordenação geral, percebeu-se no decorrer da realização do trabalho, através dos discursos dos demais gestores que, em nível local e distrital, as lideranças indígenas têm se esforçado para

representar seu povo e reivindicar soluções aos problemas existentes, por mais que nem todos os gestores do DSEI/BA interpretem de forma positiva tal representatividade.

Tanto que um dos gestores reverberou:

[...] para mim por mais que eu entenda a comunidade... não dá para aceitar assim... eu levo em consideração os valores que eles têm, agora eu não posso dissociar esses valores e infringir tanto o que a administração pregou [...] (Entrevistado 7, 2016).

De opinião divergente, outro gestor afirmou:

[...] o choque é assim, só do grupo de interesses. Um cacique quer botar mais gente que outro... coisas de lideranças que é comum em qualquer departamento (Entrevistado 13, 2016).

Tais afirmações fundamentam o argumento de Garnelo, Macedo e Brandão (2003), ao assegurarem que o exercício do poder político instituído entre os indígenas nas aldeias, assim como o entendimento por vezes frágil do funcionamento das instituições de saúde, podem dificultar a real efetivação do controle social entre esses povos.

Por isso, presume-se que os povos indígenas devam se apropriar do que está posto na PNASPI, sobre o papel fundamental que eles exercem em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos DSEI, que inicialmente foi elaborada pela Lei nº 8.142/90 e, depois, regulamentada pela Lei nº 3.156/99, a qual deu a característica de poder deliberativo aos Conselhos Distritais de Saúde Indígena os quais são integrados de forma paritária por (Art. 8º, parágrafo 5º), “I-representantes dos usuários, indicados pelas respectivas comunidades; II-representantes das organizações governamentais envolvidas, prestadoras de serviços e trabalhadores” (BRASIL, 1999a).

Para Cruz e Coelho (2012), devem-se aprofundar as discussões sobre a maneira como está sendo praticado o controle social nos dias atuais, primeiro porque acontece normalmente em espaços regulados pelo Estado, limitando-se ao papel de fiscalização das ações e, segundo, porque os critérios de escolha dos participantes sobrevêm de formas distantes das utilizadas nas organizações políticas indígenas.

Em adição, Cardoso (2014) relatou que os conselhos distritais e locais, de uma maneira geral, não funcionam como recomendado na lei, já que muitos deles são pouco operacionais.

Pelo exposto, julga-se ser fundamental que o controle social seja praticado tanto na comunicação entre os líderes indígenas quanto no âmbito da gestão, em todos os níveis, na luta por melhorias das populações indígenas, percepção a qual foi revalidada por um dos gestores/DSEI/BA, ao dizer:

Na minha opinião, o controle social precisa trabalhar mais a questão da PNASPI, sinalizando para as lideranças locais que a política está ligada ao SUS e que depende da Política Nacional de Saúde do país (Entrevistado 6, 2016).

Sobre esse tema, Marques (2003, p. 180) apresentou o discurso de um dos atores-chaves entrevistado na sua pesquisa, anunciando que: “O modelo de controle social proposto pela Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena seria muito da sociedade envolvente, “coisa de branco”, não fomentando um processo de avaliação que atenda a realidade dos índios”.

Dentro desse contexto, notou-se que o DSEI/BA tem procurado realizar as reuniões do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), apesar da frequência irregular, visto que os encontros aconteceram em abril/2016 e em setembro/2016, na sede do Distrito, para regulamentação do plano distrital (2016-2019).

O CONDISI foi citado por um dos gestores como fator primordial para aprovação de demandas da assistência à saúde e ao saneamento, além de demais deliberações, mencionando:

[...] 50% são trabalhadores indígenas e outros têm a parte de gestor e tem a parte de trabalhadores da saúde indígena... lá você discute tudo entendeu... o plano distrital é meu guia (Entrevistado 13, 2016).

Nessa concepção, assim como Diehl e colaboradores (2003) sinalizaram, o controle social enfrenta dificuldades para se desenvolver, mas aos poucos vêm conquistando espaços a fim de enfrentar os desafios e alcançar maior visibilidade.

5.1.11 Responsabilidades institucionais

A PNASPI recomenda que a assistência à saúde indígena ocorra em todos os níveis de atenção e, para que isso aconteça, deve haver a articulação entre os segmentos intra e intersetorial por intermédio da ação dos DSEI para se alcançar esse propósito (BRASIL, 2002).

Para Teixeira et al. (1995), a intersetorialidade é necessária pela complexidade dos problemas de saúde, os quais obrigam que o seu enfrentamento ocorra entre todos os componentes do sistema de saúde, e pelo fato de eventualmente as ações setoriais não suprirem todos os problemas, cabendo aos Distritos Sanitários a integração com outras instâncias que se comunicam com a saúde.

Nesse sentido, a legislação recomenda que sejam buscadas parcerias para condução da política, harmonia e diálogos entre os gestores que integram os órgãos vinculados ao SUS e os Distritos Sanitários Indígenas, partindo dos princípios e diretrizes do SUS, a respeito dos parâmetros da universalidade e da integralidade como referências para o direito ao acesso em todos os níveis de assistência a todos os cidadãos brasileiros, desde a prevenção até a recuperação da saúde, incluindo os povos indígenas (BRASIL, 1990, 2010).

Em busca dessa responsabilidade institucional, o DSEI/BA conta, há dois anos, com uma representatividade que auxilia a gestão no alcance da intrasetorialidade e da intersetorialidade, desenvolvendo ações na perspectiva de incluir a pauta das populações indígenas nas áreas de gestão dos municípios e do estado da Bahia.

Por ser uma função recente no Distrito, um dos responsáveis considerou importante o trabalho, sinalizando que primeiramente é necessária uma gestão colegiada no próprio Distrito, uma vez que, internamente,

[...] as ações são desempenhadas com dificuldade, quando se trata de uma ação inovadora, que traz uma discussão sobre um modelo de gestão, tem resistência, não dá pra trabalhar com setores absolutamente distantes, sem ter uma relação dialógica, tem que ser uma gestão colegiada, todos os setores, SELOG, SESANI, tem que dá um suporte às ações de saúde, apoiando a DIASI, então não dá para caminhar sem dialogar... a gente tá trabalhando para a gestão da vida de pessoas[...] (Entrevistado 1, 2016).

Compreende-se o que foi apontado acima ao pensar sobre a declaração de outro integrante do Distrito revelando a incompreensão da PNASPI na sua completude, pois quando inquirido sobre a contribuição do seu setor para o fortalecimento da política, afirmou:

[...] as políticas não são implementadas pelo SELOG, são implementadas pelas áreas técnicas, principalmente junto com a direção geral... a área de recurso logístico é uma área de apoio [...] (Entrevistado 18, 2016).

Segundo um dos entrevistados: “*ao longo dos dois anos o diálogo avançou bastante, mas com muita resiliência [...]*” (Entrevistado 1, 2016), sendo necessário que os gestores do DSEI/BA interajam, a fim de promover a inclusão do Distrito nos espaços colegiados do Estado “*para que o estado se preocupe em assumir suas ações complementares de saúde previstas no SUS*” (Entrevistado 1, 2016).

Na prática, porém, essa complementação da saúde por outras instâncias não aconteceu inicialmente de forma tranquila, ou seja, enfrentou obstáculos na articulação dos municípios com no nível federal (e ainda enfrenta) devido, dentre outros motivos, a certa “*superioridade*” dos órgãos federais naquela época, conforme relato:

[...] quando acabou o dinheiro para buscar o indígena para fazer as tomografias, para as coisas particulares... aí teve de acessar os estados e municípios, e aí, como é que estavam as relações?... horrorosas [...] (Entrevistado 1, 2016).

Dessa forma, demonstra-se a aplicação equivocada do princípio da hierarquização do SUS pelo DSEI/BA o qual, segundo o entrevistado, começou recentemente um movimento na tentativa de mudar essa prática, através da interlocução com os municípios e o estado, quebrando a ideia de “*gestão compartimentalizada*” (Entrevistado 1, 2016).

Em se tratando desse assunto, o mesmo sinalizou que não somente o diálogo entre os setores internos é importante, mas também entre o DSEI/BA e os gestores municipais, pretendendo-se avançar na integralidade da assistência à saúde indígena, exemplificando-se com a retórica que está sendo praticada perante os municípios:

[...] olhem para a população indígena, nós temos um subsistema e vocês precisam estar articulados com ele, vocês não podem mais pensar em políticas de atenção à população de vocês sem olhar as especificidades indígenas... (Entrevistado 1, 2016).

No entanto, o representante do DSEI/BA apontou existir um grande desafio na intensificação do argumento e da prática da assistência integral à saúde dos povos indígenas frente ao estado e aos municípios, porque, segundo ele, “*nem sempre o gestor está aberto*

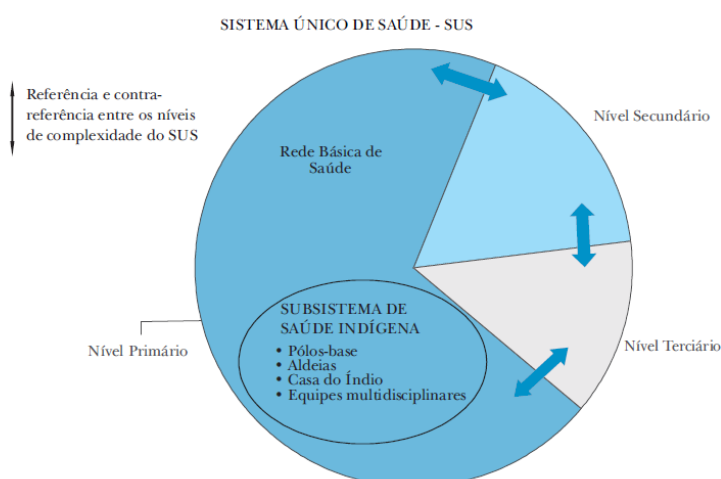
para mudanças” (Entrevistado 1, 2016), idem ao estudo de Martins (2013) ao avaliar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no país.

Em concordância, o estudo aplicado no território indígena Xucuru do Orubá/PE por Azevedo e colaboradores (2014) retratou a dificuldade que a gestão do DSEI/PE encontrava para articular o atendimento dos indígenas nas cidades, fora das suas terras, no espaço do SUS, devido à concepção que os gestores municipais tinham naquela época, em responsabilizar exclusivamente o DSEI/FUNASA pela assistência à saúde indígena, manifestando que o modo de acesso à saúde desse povo carece de atenção.

Nessa caminhada, em 2015, o DSEI/BA realizou uma oficina de saúde voltada para esclarecer aspectos sobre a regulação⁷ de pacientes e Tratamento Fora do Domicílio (TFD) com colaboração da Secretaria de Saúde do estado da Bahia, pretendendo-se desta maneira traçar um fluxo para os processos de trabalho em regulação e TFD de acordo com a legislação vigente.

Sobre isso, tanto os coordenadores técnicos de polo-base/DSEI/BA quanto um dos gestores da terceira referência/DIASI/DSEI/BA declararam atuar junto aos municípios e ao estado no mecanismo de pactuação do SUS para assegurar a atenção integral aos usuários indígenas na média e alta complexidade, conforme Figura 6.

Figura 6 – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e fluxo de referência e contrarreferência⁸



Fonte: Santos e colaboradores (2006).

⁷ Regulação do acesso à saúde: a regulação de atenção à saúde consiste em uma organização de estruturas, tecnologias e ações dirigidas aos prestadores – públicos e privados, gerentes e profissionais, de modo a viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde, respeitando a universalidade, integralidade e equidade do SUS (BAHIA, 2009).

⁸ Modelo geral de assistência à saúde.

Entretanto, segundo os gestores, além de problemas estruturais internos do DSEI/BA, que inviabilizam o funcionamento mais eficiente da terceira referência do Distrito, foi dito que há empecilhos de alguns municípios do estado no deslocamento do paciente indígena para média (hospitais secundários e ambulatórios de especialidade para apoio diagnóstico e terapêutico, além de internação hospitalar) e alta complexidade (hospitais terciários) (BRASIL, 2003), comprovado na fala de um dos coordenadores administrativos de polo-base,

[...] a média e alta complexidade é o município que tem de assumir, tudo, a gente faz a retirada do indígena da aldeia até o município, que é chamada a primeira referência, aí de lá é ele – lê-se o município (grifo próprio) – que tem de fazer, mas acontece muito hoje é o inverso, o que a SESAI está fazendo é o inverso [...] (Entrevistado 5, 2016).

O elemento “transporte” de pacientes indígenas transpassa como um obstáculo na execução da assistência à saúde desde o modelo DSEI/FUNASA, a partir dos achados de Araújo (2012), até o modelo DSEI/SESAI, uma vez que mesmo estabelecido por meio da PNASPI que os DSEI deveriam estar articulados com os serviços do SUS na promoção do acesso à maior complexidade, as discussões giram em torno da divisão de responsabilidades entre a FUNASA (agora SESAI) e as conveniadas, gerando situações desconfortáveis para os usuários dos serviços, existindo um conflito a ser solucionado entre o DSEI/SESAI e os municípios, para garantia dos direitos aos indivíduos, assim como foi relatado e está acontecendo no DSEI/BA.

Por outro lado, o coordenador administrativo expôs que quando conseguem integrar o PB ao programa TFD do município, muitos indígenas não querem aguardar como todos os outros, externando insatisfação com o processo de acordo com a descrição:

[...] a conscientização dos indígenas foi difícil... está tendo muito impasse ainda... é mais cômodo ter um carro à disposição – lê-se carro da SESAI (grifo próprio)... a gente insere eles na escada do TFD e eles não querem esperar [...] (Entrevistado 5, 2016).

Todavia, vale esclarecer que hoje os indígenas entram na regulação da mesma maneira que qualquer outro cidadão brasileiro, seguindo o recomendado pelo SUS e pela Constituição Federal, informação a qual foi assegurada também pelos coordenadores administrativos de polo-base/ DSEI/BA ao afirmarem que os indígenas seguem todos os procedimentos legais de acordo com o Art. 5 da Constituição de 1988, que diz que “Todos os são iguais perante a lei”

(BRASIL, 2012a) e, por isso, os indígenas são tratados igualmente aos não “índios”, assegurando-lhes os mesmos direitos e deveres, não havendo diferenciação ao entrarem no sistema da regulação, cumprindo o princípio da igualdade como discutido anteriormente.

O relato do gestor reforça a importância desse marco legal ao afirmar que “[...] o SUS é quem, depois da Constituição, é quem rege toda saúde no Brasil todo [...]” (Entrevistado 5, 2016).

Cabe exprimir que o relatório final da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, de 2013, descreve que além de o indígena ter o direito de participar do TFD, deve-se garantir boas condições para o mesmo e seu acompanhante para os casos de longos processos de tratamento (BRASIL, 2015c). Pensa-se que a não conformidade dos indígenas ao TFD parta dessas condições que podem não ser as mais agradáveis.

A partir do olhar de Pontes, Rego e Garnelo (2015), esse ponto levanta a discussão da atenção diferenciada, já que os mesmos julgam haver uma lacuna quanto à real definição do termo, que conflui com as conjecturas dos indígenas sobre como proceder diante do SUS, enquanto cidadãos que possuem direitos particulares como sujeitos diferenciados, inseridos no direito universal que cabe a todos os indivíduos da sociedade brasileira, fundamentado na visão de Araújo (2012).

Acerca da articulação com empresas parceiras para implementação da PNASPI, hoje, o DSEI/BA possui convênio com o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) no oferecimento de profissionais para atuarem tanto na gestão quanto nas EMSI, colaborando para que o quadro do DSEI/BA abranja um número de funcionários conveniados muito maior do que se servidores efetivos.

Outras parcerias que foram relatadas pelos gestores/DSEI/BA partiram do setor de saneamento, através de trabalho de cooperação entre o Distrito e outros órgãos como a FUNASA, o Laboratório Central de Saúde Pública da Bahia (LACEN) e o Serviço Autônomo de Água e Esgoto (SAAE) que se firmou, segundo eles, por intermédio de contatos dos gestores do DSEI/BA com os gestores dos referidos órgãos.

No que se refere às ONGs, notou-se a existência de parcerias pontuais na execução de atividades de saúde, como relatado no tópico em que se discutiram as ações de saúde do Distrito, explanando o vasto campo de possibilidades que pode ser explorado na formação de novas associações.

Dessa maneira, revelou-se que muito há de ser feito para que o DSEI/BA avance no sentido de articular-se com as entidades governamentais e não governamentais em prol da melhoria da saúde indígena e que, para isso, os entraves internos precisam ser geridos, a fim de que o objetivo maior, que é proporcionar acesso integral em todos os níveis da assistência aos indígenas, possa ser alcançado.

5.1.12 Avanços, oportunidades e resultados esperados na implementação da PNASPI pelo DSEI/BA: com enfoque na avaliação normativa

Ao longo das descrições e das discussões a respeito dos objetivos e da forma como ocorre a implementação da PNASPI no DSEI/BA, sob a ótica dos gestores, foram identificados alcances e entraves resultantes desse processo, registrando-se aproximadamente 42% (n = 11) de ações executadas, ainda que parcialmente, e 58% (n = 15) de problemas que inviabilizam a execução das mesmas, expressando as fragilidades na implementação da PNASPI pelo Distrito baiano.

Assim sendo, expõem-se inicialmente os alcances identificados:

1. Formação de 32 EMSI para atuarem nas comunidades indígenas, promovendo a atenção primária nas comunidades indígenas;
2. Execução parcial de Programas do Ministério Saúde;
3. Acompanhando de indicadores de desempenho dos polos-base, por planilhas em Excel;
4. Desenvolvimento de ações pontuais de saneamento ambiental e edificações;
5. Atendimento das demandas apresentadas pelo controle social através do PDSI;
6. Realização de cursos de capacitação na área gerencial e na área de saneamento para os coordenadores técnicos de polos-base e AISAN;
7. Conquista da autonomia administrativa após a criação da SESAI/MS;
8. Administração mais eficiente no controle de estoque das medicações através do sistema Hórus;

9. Planejamento gerencial para acompanhamentos dos pacientes indígenas e seus acompanhantes no nível secundário e no terciário;
10. Inclusão parcial de pacientes indígenas na regulação do SUS;
11. Apoio institucional em favor da gestão colegiada e integrada.

No que se refere às adversidades na implementação das diretrizes da política pelo DSEI/BA os gestores constataram que são consideráveis os entraves existentes para o cumprimento da política pública, conforme preconizada, sendo eles:

1. Problemas operacionais (restrição de linhas telefônicas e de computadores na terceira referência/DSEI/BA);
2. Deficiências estruturais e operacionais de determinados polos-base e postos de saúde para desempenho do trabalho das EMSI;
3. Limitações no transporte para: deslocamento das EMSI e demais profissionais, desenvolvimento das ações de saúde, saneamento e controle de endemias, atuação da coordenação técnica dos polos-base nas aldeias e supervisão técnica dos RT lotados na sede/DSEI/BA nos polos-base e nas aldeias;
4. Falhas na funcionalidade dos sistemas informatizados (SIASI, GEOSI, SISVAN);
5. Precariedade no levantamento epidemiológico, comprometendo as diretrizes de assistência farmacêutica, saneamento e de saúde, além de implicar no acompanhamento, monitoramento e avaliação de saúde;
6. Irregularidade no diagnóstico das condições sanitárias dos territórios indígenas do DSEI/BA por falta de recursos financeiros;
7. Carência no planejamento das ações de saúde pelo DSEI/BA (sede) em razão do atraso dos polos-base no repasse das informações de saúde das populações indígenas;
8. Deficiências na execução e, conseqüentemente, no alcance de resultados dos programas de saúde do SUS, como saúde da mulher, saúde sexual, saúde da criança por fatores citados anteriormente;

9. Redução orçamentária, principalmente para desenvolvimento das ações de saneamento e edificações, como construção de redes de abastecimento de água;
10. Excesso de trabalhos burocráticos para os coordenadores técnicos de polos-base, influenciando na frequência do acompanhamento das ações das EMSI;
11. Quadro reduzido de profissionais que atuam na logística e nos recursos humanos;
12. Deficiência na realização de licitações, fiscalização de contratos e execução de capacitações;
13. Irregularidade na aquisição de insumos, medicamentos;
14. Escassez no desenvolvimento de capacitações na área intercultural e de medicina tradicional indígena para os gestores e executores da PNASPI e na articulação com as práticas de saúde para os profissionais indígenas;
15. Fragilidades nas relações interpessoais, devido aos diferentes posicionamentos políticos, gerando morosidade nas atividades administrativo-operacionais.

Tais entraves foram entendidos como oportunidades de melhoria no desenvolvimento da política pública, acrescendo-se demais pontos que foram sinalizados como fatores de fortalecimento da política no Distrito, sendo eles:

1. “Governabilidade” por parte dos gestores em prol da promoção da saúde dos povos indígenas;
2. Melhor definição de funções conforme qualificação dos indivíduos;
3. Elaboração e execução de planejamento estratégico;
4. Aplicação efetiva da autonomia financeira;
5. Maior disponibilidade de verba para execução das ações de saneamento e edificações;
6. Consolidação quanto à participação do estado e municípios na pactuação da rede básica com as redes de média e alta complexidade e na complementação das ações de saúde, saneamento e controle de endemias em parceria com o DSEI/BA;

7. Manutenção regular das EMSI nas áreas indígenas, a fim de reforçar a atenção primária (prevenção) contra os agravos à saúde, valorizando as práticas tradicionais indígenas;
8. Reforço dos sistemas tradicionais indígenas entre profissionais de todos os níveis de assistência à saúde indígena;
9. Incentivo aos debates sobre questões sociais entre os indígenas nas aldeias;
10. Esclarecimento aos indígenas quanto ao funcionamento da rede do SUS, seus princípios e diretrizes;
11. Fortalecimento do controle social e atuação em todas as etapas na implementação da PNASPI pelo DSEI/BA;
12. Não interferência de políticas partidárias nas relações de trabalho, a fim de evitar transtornos na operacionalização das atividades;
13. Comprometimento e luta pela continuidade da PNASPI, em função do atual cenário político do país.

Deste modo, diante da proposta do trabalho de avaliação normativa da PNASPI na perspectiva gerencial, com vistas a averiguar o desempenho da gestão na operacionalização da política, julga-se o processo de implementação das diretrizes da política, a partir das considerações dos gestores do DSEI/BA, de acordo com o resultado executado por dimensão de análise, através do modelo de avaliação o qual foi exibido na metodologia deste trabalho, como demonstrado no Quadro 7.

Quadro 7 – Avaliação normativa das diretrizes da PNASPI por dimensões de análise

Dimensão: Organização de serviços (recursos, ações de saúde, saneamento ambiental, assistência farmacêutica e articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde)				
Subdimensões	Parâmetros	Executado	Alcance	Juízo de valor
Seção de finanças	1. Autonomia administrativa e financeira	Parcial		
Seção de logística	2. Realização de atividades de inerentes à área de logística	Parcial		
Seção de administração	3. Desenvolvimento de competências de gestão administrativa	Parcial		
Sector de gestão de	4. Quantidade e qualidade de	Parcial		

pessoas	profissionais		6% Sim (n=2) 68% Parcial (n=21) 26% Não (n=8)	Regular
	5.Realização de cursos voltados para questões sociais	Parcial		
	6.Aperfeiçoamento técnico para todos os profissionais de saúde	Parcial		
	7.Capacitação técnica associada à interculturalidade	Não		
	8.Formação escolar aos AIS	Parcial		
	9.Educação continuada aos atuantes na saúde indígena (atualização)	Parcial		
Condição estrutural	10.Condições estruturais da sede, de polos-base e dos postos de saúde	Irregular		
	11.Existência de CASAI	Não		
Promoção de ações em saúde	12.Desenvolvimento de ações na atenção primária à saúde	Parcial		
	13.Prevenção e controle de agravos de povos isolados e em fronteiras	Não		
	14.Estudos específicos de impactos na saúde	Não		
	15.Desenvolvimento de ações para coibir agravos de violência	Não		
Promoção de ações saneamento ambiental	16.Combate à fome e à desnutrição	Parcial		
	17.Prevenção e assistência em DST	Parcial		
	18.Controle de endemias	Parcial		
	19.Desenvolvimento de projetos habitacionais	Não		
	20.Construções e coleta de resíduos	Parcial		
Acesso a média e alta complexidade	21.Ações de saneamento com base em levantamento epidemiológico	Parcial		
	22.Inserção dos indígenas na média e alta complexidade	Parcial		
Gestão farmacêutica	23.Ações da assistência farmacêutica (AF) com base epidemiológica	Parcial		
	24.Descentralização da AF	Sim		
	25.Promoção do uso racional de medicamentos	Sim		
	26.Adaptação dos protocolos às variáveis socioculturais	Parcial		
	27.Promoção de ações educativas	Não		
	28.Autonomia da farmacopeia indígena	Parcial		
Sistemas tradicionais	29.Respeito à medicina tradicional	Parcial		

indígenas	indígena no ambiente do DSEI/BA			
	30.Articulação entre saberes e práticas	Parcial		
	31.Abordagem holística da saúde	Não		
Dimensão: Tecnologia dos Serviços (Sistemas de informação)				
Acompanhamento das ações de saúde	1.Funcionamento dos sistemas	Parcial	0% Sim (n=0) 43% Parcial (n=7) 57% Não (n=4)	Ruim
	2.Sistemas que atendam às necessidades gerenciais	Não		
	3.Divulgação e identificação dos fatores determinantes da saúde	Parcial		
	4.Equipe técnica capacitada	Parcial		
	5.Pactuação das informações com os municípios de referência e estado	Não		
	6.Acesso a banco de dados aos usuários	Não		
	7.Facilitação do acesso de dados para produção do conhecimento	Não		
Dimensão: Garantia das Relações (Responsabilidade institucional e Participação social)				
Articulação intra e intersetorial	1.Ampla articulação intrasetorial	Parcial	0% Sim 100% Parcial (n=2)	Regular
	2.Ampla articulação interssetorial			
Controle social	3.Participação social indígena	Parcial	0% Não	
Dimensão: Ética				
Cumprimento da ética nas ações envolvendo povos indígenas	1.Respeito às resoluções	Sim	33,3% Sim (n=1) 33,3% Parcial (n=1) 33,3% Não (n=1)	Regular
	2.Respeito ao código de ética: éticas nas relações	Parcial		
	3.Promoção de eventos sobre esse tema	Não		

Fonte: Elaborada pela autora.

Desta forma, antes de se contextualizar a apreciação da política na sua totalidade, divulga-se a sistematização das informações coletadas a partir das dimensões de análise aplicadas na avaliação normativa, sinalizando alcances, entraves, fatores de fortalecimento e os resultados esperados na implementação da PNASPI pelo DSEI/BA.

Quadro 8 – Sistematização das informações por dimensões de análise

Dimensão: Organização de serviços (recursos, ações de saúde e de saneamento, assistência farmacêutica e articulação dos sistemas tradicionais indígenas)				
Subdimensões da avaliação	Executado	Entraves	Fatores de fortalecimento	Resultados esperados
Seção de finanças	Conquista da autonomia	Falhas na ordenação de despesa	Maior autonomia financeira	Gerenciamento eficaz das finanças
Seção de logística	Realização de atividades conforme o fluxo	Efetivação parcial de licitações, elaboração de contratos, controle patrimonial, pesquisa e	Governabilidade da gestão Realização de concurso público	Liderança Direcionamento das atribuições Agilidade no serviço

		investigação (receita federal)	para o setor de logística	Não interferência partidária no trabalho
Seção de administração	Realização de atividades conforme o fluxo	Fiscalização de contratos irregular (locação de impressoras, veículos e motoristas, imóveis)	Planejamento estratégico Realização de concurso público Treinamento na área	Direcionamento nas atribuições e das funções
Setor de gestão de pessoas	Cursos de capacitação em práticas de saúde Cursos na área administrativa 32 EMSI Equipe de saúde qualificada	Equipe reduzida no setor pessoal Dificuldades na logística (transporte) Diminuição do orçamento Problemas com os alunos AIS Abrangência reduzida de profissionais nos cursos Ausência de cursos sobre interculturalidade	Realização de concurso público para o setor pessoal Liberação orçamentária (verba) Apoio logístico	Realização de cursos sobre interculturalidade Melhoria nas relações interpessoais Maior respeito mútuo Aperfeiçoamento técnico de profissionais indígenas e não indígenas Formação dos AIS
Condição estrutural	Conquista da própria sede do DSEI/BA Implantação de postos de saúde para EMSI	Estrutura irregular: desconfortável (sede) precariedade em alguns polos e postos de saúde ↓ Computadores e telefones/terceira referência	Liberação orçamentária (verba)	EMSI em área Melhoria nas condições de acesso às aldeias Melhoria de estrutura de postos de saúde
Promoção de ações de saúde	↑ Atendimento médico/habitante/ano ↑ Atendimento crianças 1 a 5 anos ↑ Imunização crianças e mulheres em idade fértil	Implantação irregular dos Programas do Ministério da Saúde: ↑ DCNT e outras doenças ↑ Desnutrição infantil Coordenação e supervisão técnicas irregulares	Manutenção das EMSI nas aldeias Atuação dos coordenadores técnicos (polos-base) Supervisão dos RT (sede) ↑ Verba/logística ↓ Tecnoburocracia	Regularidade das ações Operacionalização de todos os Programas de Saúde do MS Melhorar os indicadores de saúde Coordenação e supervisão técnicas
Promoção de ações de saneamento ambiental	Controle da qualidade da água Edificações Controle de resíduos	Irregularidade nas construções: redes de abastecimento de água e esgoto e no controle de resíduos	↑ Verba/logística para executar as atividades de saneamento	Regularidade das ações Melhorias das condições sanitárias dos povos indígenas
Acesso a média e alta complexidade	↑ Pacientes indígenas na regulação	Problemas na pactuação com os municípios (rede do SUS) Problemas na regulação	↑ Verba para pactuação/SUS Lutar pela PNASPI junto aos municípios	Garantia da pactuação dos municípios/SUS
Gestão farmacêutica	Controle de medicamentos por sistema de informação entre a sede e os pólos-base	Armazenamento de medicamentos e insumos deficientes Aquisição irregular de medicamentos Falhas no levantamento epidemiológico	Realização de licitações Melhor estrutura para armazenamento de medicamentos Resgate da medicina tradicional	Regularização de estoque e abastecimento de medicamentos e insumos ↓ Uso medicamentos ↑ Saúde indígena
Sistemas tradicionais indígenas	Respeito aos sistemas tradicionais na estrutura DSEI/BA (parcial)	Articulação deficiente: carência de informações antropológicas entre os profissionais, em todos os níveis da assistência	Valorização dos sistemas tradicionais indígenas em todos os níveis de assistência para melhorar o acesso	↑ Articulação da medicina tradicional e da convencional ↑ Entendimento dos indígenas sobre a PNASPI e o SUS
Dimensão: Tecnologia dos serviços (Sistemas de informação)				
	Executado	Entraves	Fatores de fortalecimento	Resultados esperados
Acompanha-	Monitoramento de	Deficiências no SIASI e	Melhoraria na	Acompanhamento e

mento das ações de saúde	indicadores de saúde e saneamento por planilhas em Excel	GEOSI Utilização insatisfatória do SIASI Não atualização do GEOSI Atrasos no recebimento e envio de dados por planilhas, comprometendo planejamento	estrutura dos polos-base Capacitação dos operadores do sistema Verba disponível Incentivo ao uso dos sistemas	avaliação da PNASPI Levantamento epidemiológico de saúde e das condições sanitárias Execução regular nas ações de saúde e saneamento Acesso a dados
Dimensão: Garantia das relações (Responsabilidade institucional e participação social)				
	Executado	Entraves	Fatores de Fortalecimento	Resultados esperados
Articulação intrasetorial e intersetorial	Incentivo à gestão interna colegiada e menos compartimentalizada Busca por parceria com municípios e estado	Articulação interna e externa com falhas: fragilidade nas relações internas e com o estado e municípios	Intensificação no apoio institucional	Maior comprometimento dos setores Gestão colegiada e dialógica Melhoria da atenção à saúde dos povos indígenas
Controle social	Atuação de indígenas em conselhos locais e no CONDISI	Irregularidade nas reuniões do CONDISI Interferências de lideranças indígenas	Maior atuação da participação indígena	Controle social atuante Articulação entre as populações
Dimensão: Ética				
	Executado	Entraves	Fatores de Fortalecimento	Resultados esperados
Cumprimento da ética nas ações envolvendo comunidades indígenas	Respeito à ética em pesquisas	Difícil de medir pelo setor pessoal Interferência de líderes indígenas Falta de interação de culturas	Realização de eventos nas áreas	Respeito e ética entre profissionais indígenas e não indígenas Melhoria das relações Interpessoais

Fonte: Elaborado pela autora.

Pelo exposto, na análise da dimensão da organização de serviços, categorizada como regular, segundo as percepções dos gestores do DSEI/BA, quanto aos parâmetros analisados, verifica-se que fatores como a estabilização dos recursos estruturais, humanos, logísticos e financeiros foram citados como elementos determinantes para um melhor empenho na execução e continuidade da política na maioria dos aspectos avaliados, conforme discutido anteriormente e reforçado através das respectivas falas:

[...] A gente tem dificuldades em relação à estrutura... a gente trabalha com licitações, são processos demorados [...] (Entrevistado 6, 2016).

[...] A gente desce para fazer um matriciamento (intervenção pedagógico-terapêutica) nos polos-base, às vezes falta computadores, às vezes falta um retroprojektor, um espaço pra gente trabalhar as questões de saúde, entendeu? [...] (Entrevistado 6, 2016).

[...] manter um sistema específico para a população indígena requer muito dinheiro, muito recurso. Então com essa política, esse cenário político do nosso país o Distrito pode deixar de existir; não que deixe de existir a assistência, mas ela pode ser fatiada ou até mesmo pode ser feita de outra forma. [...] (Entrevistado 6, 2016).

O entendimento dos gestores indica que a resolução desses problemas são essenciais para que a organização se fortaleça e melhore em quesitos como: intensificação das ações das EMSI na atenção básica; menor sobrecarga burocrática dos coordenadores técnicos de polo-base; maior inserção dos coordenadores técnicos e dos RT nas áreas indígenas; aumento das ações contra os agravos à saúde; cumprimento da diretriz do saneamento ambiental na sua totalidade, principalmente no controle de qualidade da água; implantação dos Programas do Ministério da Saúde com regularidade; realização de cursos de capacitação em sistemas tradicionais indígenas e interculturalidade, em articulação com a medicina convencional, para profissionais indígenas e não indígenas, colaborando para maior adesão dos indígenas à atenção primária e aos tratamentos de recuperação na pactuação com os serviços de saúde do SUS; viabilização de cursos de formação aos AIS, para garantia da execução das ações nas terras indígenas; celeridade das demandas do setor de logística (elaboração, fiscalização de contratos e realização de licitações); melhoria na execução da assistência farmacêutica, no suprimento de medicamentos, insumos e melhor controle de qualidade; garantia do uso racional de medicamentos, desenvolvimento de ações educativas visando à diminuição da “medicalização” dos indígenas.

Tanto assim que um dos integrantes do setor de Farmácia/DSEI/BA pontuou que, ao se iniciarem ações educativas de valorização da cultura indígena, “*os indígenas terão menos medicamentos dentro das comunidades indígenas, eles passarão a ter mais um autocuidado com a saúde deles*” (Entrevistado 6, 2016).

Quanto à análise das subdimensões anteriormente mencionadas, pensa-se que a que refere à gestão de pessoas, no que diz respeito à realização de cursos de formação aos técnicos indígenas e capacitação aos profissionais em sistemas tradicionais indígenas associados às práticas de saúde convencionais, que interferem diretamente na atenção primária à saúde indígena, deve ser intensificado pela gestão do DSEI/BA, uma vez que, segundo a apresentação da relação de cursos ministrados no Distrito no ano de 2016, tem havido carência nessa abordagem, sendo apontado também como elemento relevante por alguns gestores do Distrito, ao afirmarem:

Tem que ter um olhar pro pessoal do meio ambiente, o pessoal da qualidade, resíduos, eles dão orientação, visitam casas, dão palestras em escolas, só que eles não têm a formação; mas hoje em dia eles fazem parte do quadro da equipe multidisciplinar, além de operar o sistema (Entrevistado 13, 2016).

[...] Eu acho que com a realização de mais cursos vai ajudar de um modo geral no atendimento. Vai gerar uma assistência de qualidade, entendeu? Quando eu falo assistência de qualidade gera uma satisfação no trabalho profissional também [...] (Entrevistado 6, 2016).

Em relação a isso, Athias e Machado (2001) anunciaram que o conhecimento de dados antropológicos relativos aos grupos indígenas tem extrema relevância para a garantia adequada da compreensão dos problemas por parte dos profissionais de saúde inseridos na assistência à saúde indígena.

Cabe salientar que o desenvolvimento de ações de capacitações e qualificação da mão de obra pela seção de Gestão de Pessoas/DSEI/BA, seja em nível gerencial, seja em nível das práticas de saúde, é imprescindível para a boa resolução da política, imprimindo qualidade à concretização das atividades (LACERDA et al., 2012), pois, caso contrário, tendem a insurgir falhas recorrentes na gestão do processo e na execução de tarefas, tornando pessoas subutilizadas, provocando conflitos inoportunos entre profissionais e gerando custos ao Estado pela inoperância dos mesmos, entendendo e concordando com um dos gestores ao dizer que “[...] ao respaldar tecnicamente os profissionais, as pessoas irão trabalhar mais conscientes de seus papéis através do conhecimento da política [...]” (Entrevistado 6, 2016).

Para exemplificar, o entrevistado destacou que a capacitação influencia no desenvolvimento das atividades, afirmando “... a satisfação com o nosso trabalho melhorou muito com a visão ampla da coordenação do setor com relação à política pública de saúde indígena” (Entrevistado 6, 2016).

Em vista disso, analisando todo o contexto, além dos pontos já mencionados pelos gestores do DSEI/BA no que se refere à disponibilidade de verba, transporte e condições estruturais como fatores imprescindíveis para o alcance de melhores resultados quanto à organização dos serviços, foi pontuada a necessidade de realização de concurso público, com o intuito de regularizar o quadro de profissionais na área administrativa, de logística e do setor pessoal, minimizando os entraves nos respectivos setores e dirimindo as inseguranças vivenciadas pelos profissionais vinculados à empresa conveniada, os quais demonstraram, durante o trabalho de campo, bastante apreensão em relação à estabilidade no órgão, enquanto

responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e execução dos programas de saúde nas comunidades indígenas.

Isso porque, segundo o Fórum de Conselhos Distritais de Saúde Indígena de 2012, havia um prazo até 31 de dezembro de 2015 para finalização dos contratos dos funcionários, porém esse prazo foi estendido até o final de 2016 pelo Ministério Público Federal, na expectativa de que a SESAI efetue as providências cabíveis perante o Ministério da Saúde (PACHECO, 2016; BRASIL, 2015a).

Embora tal observação tenha sido feita em relação aos profissionais de saúde do Distrito vinculados ao gerenciamento das atividades, igualmente ao pensamento de Chaves (2006), é muito importante que se estabeleça uma política de recursos humanos, no âmbito da gestão e da execução da saúde indígena, na garantia da estabilidade do vínculo profissional, diminuindo a rotatividade, melhorando o compromisso com suas atribuições e, principalmente, proporcionando prosseguimento de condutas de saúde bem-sucedidas.

Tal ponderação baseia-se no fato de que o processo de adaptação de um profissional nas terras indígenas normalmente não é fácil, devido às dificuldades de acomodação no ambiente de trabalho, dentro das comunidades, e às deficiências operacionais, como indicado por Chaves, Cardoso e Almeida (2005).

Porém, os autores salientaram que a alta rotatividade, na maioria das vezes, não está associada à inadequação entre formação profissional e as necessidades dos serviços, mas sim à falta de estabilidade empregatícia.

Para Cardoso (2014), a dificuldade legal e administrativa de contratação de profissionais tanto das áreas técnico-administrativas quanto das áreas de execução da saúde por meio de concurso público é algo presente nos DSEI do país, fazendo com que mesmo após a criação do SasiSUS haja a necessidade da terceirização da mão-de-obra para trabalhar na implementação da PNASPI.

Para SESAI, no que se atribui à quantidade insuficiente de recursos humanos na área administrativa há prejuízo, dentre outras coisas, no desempenho orçamentário dos Distritos, pela morosidade na execução das atividades como as de realização de processos licitatórios, situação a qual foi observada no DSEI/BA, indicada como obstáculo no processo de implementação da política e constatada pela gestão (BRASIL, 2016b).

Em adição, os gestores sinalizaram que com a regularização do quadro da seção de Gestão de Pessoas/DSEI/BA contempla-se ser possível proporcionar cursos voltados para as

temáticas sociais, com abordagem na antropologia, cultura, saúde e ética, melhorando a articulação entre a medicina convencional e a tradicional, o entendimento dos gestores e executores da PNASPI sobre o comportamento dos povos indígenas em situações adversas, assim como colaborando para um melhor conhecimento dos indígenas sobre questões como a inserção dos mesmos no SUS, afirmando um dos gestores que “*compreender a cultura indígena é necessário, e que não basta só entender, tem que estudar*” (Entrevistado 6, 2016).

Nesse sentido, acerca da análise da dimensão que aborda a ética, o relato dos gestores evidenciou também a necessidade de ampliar o quadro do setor pessoal e de haver orçamento disponível para se trabalhar em toda estrutura do DSEI/BA esse critério, através de eventos e encontros que incentivem esse debate, mesmo que, segundo um representante do setor de gestão de pessoas, seja difícil mensurar a ética nas relações, já que engloba pontos de vista diferentes sobre determinadas práticas, gerando relações confusas e tumultuadas.

Por isso, analisa-se que deve ser oferecido, o quanto antes, cursos de conhecimentos antropológicos, culturais, étnicos para estimular a interação entre as pessoas e a mútua compreensão das diferenças culturais, além do respeito às práticas tradicionais de saúde indígenas, oportunizando a ética nas relações e atenuando os conflitos atuais existentes no contexto do DSEI/BA, vindo ao encontro do pensamento de Dihel e Pellegrini (2014).

Outro ponto verificado que tem causado instabilidade no ambiente organizacional da gestão do DSEI/BA é a existência de um projeto de lei que “autoriza o Poder Executivo federal a instituir um serviço social autônomo denominado Instituto Nacional de Saúde Indígena” (INSI) com o objetivo de

[...] executar ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde indígena e executar ações de saneamento ambiental e de edificações de saúde indígena no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde - SasiSUS” (BRASIL, 2015g).

Observou-se que com a existência dessa possibilidade de um novo modelo de gestão, insurgiram tensões internas, afetando diretamente o desempenho dos profissionais e, possivelmente, interferindo no planejamento e na execução das ações de saúde indígena.

Quanto à análise da dimensão sobre o uso das tecnologias através dos sistemas informatizados, os gestores responsáveis exprimiram compreender a importância desses

meios tecnológicos para o planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde e saneamento no DSEI/BA, confirmando que:

[...] teve um técnico de Brasília (da SESAI) que veio trabalhar toda essa estrutura do SIASI para fazer o repasse pra gente aqui e pra gente passar para os coordenadores de polo [...] (Entrevistado 6, 2016).

Porém, na prática, relatos demonstraram que o uso dos sistemas informatizados (SIASI e GEOSI) ainda não está sendo encadeado conforme preconiza a legislação, classificando essa dimensão de análise com ruim no seu processo de implementação, comprometendo todo planejamento e ações de saúde do Distrito em função da superficialidade dos levantamentos epidemiológicos, visto que por meio do método desenvolvido atualmente para suprir essa falha, não está sendo possível superar essa deficiência, devido ao atraso no envio das informações dos polos-base para a sede do Distrito, e no repasse das mesmas da sede para a SESAI, fazendo com que *“uma campanha que se vá fazer (nas aldeias) já seja atrasada”* (Entrevistado 6, 2106).

Desse modo, os gestores responsáveis por administrar esses sistemas no DSEI/BA apontaram que a redução do orçamento e as dificuldades estruturais, funcionais e operacionais dos polos-base são os maiores obstáculos para sua efetivação, indicando que são pontos que precisam ser revistos cuidadosamente, pois a partir da incorporação desses sistemas, de forma eficiente, em toda estrutura do Distrito, a atenção à saúde dos povos indígenas fluirá com mais precisão, embora tenha se notado que nem todos os envolvidos no processo apresentam interesse efetivo para o funcionamento eficaz dos sistemas, como discutido anteriormente.

Sobre isso, Pantoja et al. (2014) relataram que o DSEI/Yanomami enfrenta o mesmo contratempo na implantação dos sistemas de informação no seu Distrito, tendo os obstáculos logísticos, operacionais e a disponibilidade de equipamentos como os principais fatores intervenientes para o funcionamento eficaz dos sistemas.

Em complemento, deve-se atentar que a centralização das informações sobre saúde e saneamento ambiental das populações indígenas pertencentes ao DSEI/BA, além de dificultar as análises regionais, como pontuaram Coimbra Jr, Santos e Escobar (2003), não colabora para o conhecimento fidedigno das populações indígenas pelos cidadãos, através da não divulgação dos dados, impedindo inclusive que sejam sugeridas e/ou promovidas articulações no âmbito de entidades acadêmicas e ONGs, no incentivo ao aperfeiçoamento de indicadores

da saúde e de melhorias nas condições sanitárias indígenas, como postulado na lei, situação a qual já foi explanada e enfatizada na fala do gestor ao dizer “*você só encontra (as informações) aqui na nossa sede, dentro do nosso sistema...*” (Entrevistado 6, 2016).

Salienta-se que o planejamento das ações de saúde, saneamento e assistência farmacêutica dependem impreterivelmente de um bom diagnóstico e, para isso, os dados precisam ser atualizados, confiáveis e acessíveis (LACERDA et al., 2012).

Por consequência, interpreta-se que cabe aos gestores providenciarem meios para adequação da estrutura, capacitação dos operadores dos sistemas e conscientização quanto ao uso contínuo dos mesmos, pois apenas dessa maneira será possível traçar um panorama real e fiel das populações indígenas e, conseqüentemente, planejar, executar, monitorar e avaliar as ações direcionadas para o foco correto, evitando inclusive comprometer o orçamento da gestão com ações dispensáveis para um determinado momento, colaborando então para melhor gerenciamento do Distrito na implantação de ações destinadas aos agravos de maior prevalência.

Nessa perspectiva, diversos autores afirmam que há a necessidade imediata de um sistema de informação aplicável para orientar o planejamento, as ações de prevenção e controle de doenças e a assistência à saúde das populações indígenas, posto que a precariedade de dados sobre esse tema permanece em destaque e inviabiliza a visualização fidedigna do quadro de saúde das populações indígenas no Brasil (COIMBRA JR.; SANTOS, 2003; GUIMARÃES, 2011; VERANI, [199-]; PANTOJA et al., 2014).

A respeito da análise da dimensão da garantia das relações, a qual figura-se no DSEI/BA por intermédio da responsabilidade institucional e do controle social, foram categorizadas como regulares no processo de implementação pelo Distrito.

Sabe-se que através desses meios procura-se inserir “*as discussões para as redes de atenção, pensando nas políticas do cuidado à saúde indígena*”, fazendo com que seja possível alcançar melhores resultados junto a outras instituições e buscando que “*o estado comece a enxergar suas responsabilidades*” (Entrevistado 1, 2016).

Assim, com relação à análise da subdimensão do apoio institucional, o qual tem o objetivo de promover uma relação interativa entre as instituições (PEREIRA JR; CAMPOS, 2014), por intermédio da articulação entre Distrito, estado e municípios, na complementação da atenção à saúde indígena, segundo o apoiador institucional do DSEI/BA, embora tenha se iniciado no Distrito o incentivo a essa ligação entre as instituições, os reflexos dessa atividade

começaram a ser notados recentemente, praticamente 12 anos após a constituição da PNASPI, com a inserção do DSEI/BA nos espaços da gestão, como fóruns, encontros e comissões de saúde (Comissão Estadual de Saúde Indígena).

Essa realidade explicita o quanto que o processo de implementação é lento no alcance de seus objetivos e que necessita do empenho de todos os envolvidos, em todos os níveis de atenção, para se alcançar o êxito desejado, o qual vem enfrentando dificuldades na compreensão dos gestores vinculados à rede municipal de saúde, quanto às especificidades dos povos indígenas e quanto à inclusão dos mesmos em seus planejamentos municipais de saúde, afetando as relações e acometendo os atendimentos de média e alta complexidade, como exemplificado na fala de um gestor:

[...] a gente tem essas dificuldades, esses embates com os gestores municipais; a grande maioria dos municípios diz o tempo todo que a saúde indígena não é da competência deles; só que eles não atentam que a população indígena está no território daquele município, logo o indígena é munícipe [...] (Entrevistado 6, 2016).

Em visão semelhante outro gestor, averbou:

[...] os estados e municípios se mantiveram longe dos indígenas a vida toda pelo fato dos índios serem federados [...] (Entrevistado 1, 2016).

Isso posto, o próprio gestor apontou que para uma maior articulação entre os setores intra e intersetorial, em se tratando da associação com os estados e municípios e ONGs, precisa ser praticada, antes de tudo, dentro do DSEI/BA, a gestão colegiada e dialógica, a fim de lograr resultados positivos, certificando o atendimento integral e diferenciado aos povos indígenas assistidos pelo Distrito, principalmente porque se percebeu ao longo do estudo que quando os gestores/coordenadores se empenham nessa articulação para desenvolver ações pontuais de saúde e saneamento, os resultados são válidos, enfatizando na sua fala que:

[...] a gestão tem de ser coletiva; os setores (internos) têm de dialogar sobre a questão da saúde... e também a gente precisa ter uma articulação e um diálogo muito bem afinado com todos os setores da sociedade... esse diálogo tem que acontecer [...] (Entrevistado 1, 2016).

[...] a gestão tem de ser colegiada, para trabalhar com políticas voltadas para o sujeito [...] (Entrevistado 1, 2016).

Logo, denota-se que com o maior comprometimento dos gestores na intensificação dessa articulação, inclusive com a participação social, haverá uma possibilidade de expansão das ações, não as concentrando apenas em regiões específicas como se evidenciou no estudo, sobretudo através da ampliação de parcerias com ONGs e municípios, além da promoção de uma maior articulação com o SUS que, segundo o entrevistado, *“[...] é articulado no papel... agora que a coisa está se abrindo para o diálogo com os municípios”* (Entrevistado 1, 2016).

Em concordância com o apresentado, Lacerda et al. (2012) mencionaram que é necessário assegurar a articulação com setores internos e externos na área de saúde, com a participação de representantes da sociedade civil nesse processo, em busca de viabilizar ações conjuntas na promoção da saúde das populações.

Nesse sentido, quanto à participação social, apesar de gestores entrevistados terem reconhecido o mérito dos indígenas na construção do PDSI através das reuniões do CONDISI, pondera-se que se faz necessário uma maior diligência na regularidade dos encontros para que o DSEI/BA atinja o objetivo normatizado na diretriz e nas leis, que tratam da obrigatoriedade do controle social, sendo essencial que aconteçam sistematicamente as reuniões as quais discutem a elaboração e atualização do PDSI, dentre outras questões fundamentais para o desenvolvimento das comunidades indígenas, situação a qual também foi citada por Cruz e Coelho (2012) ao dizerem que no DSEI Maranhão não houve no período de 2000 a 2007 reuniões sistemáticas e regulares do CONDISI, demonstrando não ser uma prioridade para o Distrito.

Além disso, considera-se que tanto os líderes indígenas devem mobilizar-se em razão de seus objetivos quanto o Distrito deve apoiar mais fortemente a atuação do controle social e trabalhar em conjunto com as lideranças em todo processo de implementação da política, para seu fortalecimento e para que seja prioritária a atenção à saúde das populações indígenas, como comentou Cardoso (2014).

Sobre essa temática, um dos gestores do DSEI/BA sinalizou que a melhoria do processo de implementação da política pelo Distrito acontecerá por meio de conselhos locais indígenas mais presentes, afirmando:

[...] o conselho indígena é feito pelos índios, é um conselho feito mais para cobrar as ações do que para realizar as ações... o presidente do conselho indígena é o índio, não é alguém que tem inteligência ou conhecimento administrativo, é alguém que tenha poder diante das aldeias, poder político de índio, aí a coisa tende a melhorar muito lentamente [...] (Entrevistado 15, 2016).

Acerca desse assunto, Cruz e Coelho (2012) informaram que é importante que os indígenas se unam e estabeleçam estratégias de inserção nas reuniões, visando pressionar os órgãos competentes no atendimento de suas demandas, ressignificando os mecanismos de participação social, diminuindo o conflito existente entre eles, devido à competição de posições de liderança e colaborando para a não caracterização da sua participação nas reuniões do CONDISI apenas de forma simbólica, como despertaram Oliveira, Aquino e Monteiro (2012).

Então, inserido no contexto das dimensões analisadas, vale ressaltar que boa parte dos gestores aludiu que ainda que existam dificuldades na implementação da PNASPI quanto ao quadro reduzido de funcionários na área técnico-administrativa e operacional, redução orçamentária, problemas físico-estruturais e fragilidades nas relações internas e externas, há a necessidade de que fatores como “governabilidade”, planejamento estratégico e autonomia financeira sejam aperfeiçoados no Distrito para o cumprimento da política e, conseqüentemente, para se atingir os resultados esperados, em todos os parâmetros, indicando a fragilidade da gestão no que se refere à governança da instituição.

Esclarece-se que o termo “governabilidade” foi empregado quando se problematizou, nos diálogos entre os gestores entrevistados, a influência da capacidade de liderança na operacionalização da política por partes dos gestores máximos. A maioria dos gestores sinalizou que a falta dessa característica em algumas pessoas inviabiliza uma relação dialógica e uma gestão de qualidade, prejudicando o andamento das tarefas por falta de demandantes, afirmando que é necessária a “governabilidade” dos gestores na administração do Distrito, fato o qual foi observado no trabalho de campo ao se perceber o direcionamento de pessoas para certas funções sem habilidade para tal, causando insatisfação com o ambiente de trabalho pela discordância da ação, além de interferir nas relações de trabalho, logo atingindo negativamente o resultado do processo de implementação da política.

Em adição à análise apresentada, um dos coordenadores administrativos de polo-base do DSEI/BA presumiu em sua fala que a desqualificação de alguns gestores para o cargo pode ocasionar problemas gerenciais ao afirmar:

A deficiência tem, mas a dificuldade da logística também por parte dos gestores existe (Entrevistado 5, 2016).

Nessa fala, o gestor insinuou que a falta de domínio de uma determinada pessoa para gestão em logística pode fazer com que o setor não funcione eficientemente, assim como Barreto e Guimarães (2010) indicaram, ao declararem que a capacidade de governar de um gestor é fundamental para um bom planejamento organizacional, para ampliação dos recursos logísticos e gerenciais (operacionais) e para a construção de apoio e alianças capazes de favorecer a sustentabilidade das decisões e dos resultados esperados pela gestão.

Da mesma forma, foi sinalizado por gestores do DSEI/BA que um melhor planejamento estratégico da gestão propiciará o andamento regular das atividades administrativas, a partir da organização dos setores e do direcionamento de atribuições cabíveis a cada gestor.

Nessa perspectiva, em raciocínio semelhante a dos gestores entrevistados, nota-se a importância de se aplicar os componentes centrais da gestão e da governança nas atividades gerenciais do Distrito, a fim de se obter os benefícios almejados, identificando-se os problemas institucionais, oferecendo soluções, demandando ações com segurança e respaldando-se em um ambiente democrático, assim como orientam Sanabio, Santos e David (2013).

Segundo Silva (1994), o bom desempenho ou eficácia de uma gestão compreende que o planejamento, a organização, a execução, o acompanhamento e a avaliação dos serviços de saúde sejam desenvolvidos com o intuito de se obter a resolução dos problemas e de situações adversas, fatores os quais devem ser considerados para o sucesso da implementação da PNASPI pelo DSEI/BA, assim como revelou um gestor ao citar que a eficácia da implementação da PNASPI pelo Distrito vai muito mais além do que problemas orçamentários e/ou estruturais, ao afirmar que:

[...] o êxito depende da gestão... o DSEI/BA tem recursos humanos suficiente para dar um bom suporte, mas em relação à qualidade do processo de trabalho tem que se repensar [...] (Entrevistado 1, 2016).

Sarlene Moreira da Silva (2013), em um estudo sobre a gestão da saúde indígena no DSEI/Leste de Roraima, nos moldes do DSEI/FUNASA, apontou que muitas vezes a falta de

gestores comprometidos impede a evolução das atividades, assim como Chaves (2006) sinalizou a problemática diante da implementação da política de saúde indígena no município de Angra dos Reis, indicando a necessidade de definição clara de responsabilidades por parte do gestor para garantia do cumprimento das diretrizes da política.

Desse modo, é importante que a gestão do Distrito baiano trace um planejamento estratégico e se empenhe em executá-lo para auferir as conquistas aspiradas com eficácia e eficiência, delineando meios para superação dos fatores limitantes, incluindo a apropriação do controle financeiro, entendendo que cabe ao Distrito a execução do seu orçamento e não a ordenação^{9 10} das despesas orçamentárias, com administração consciente e responsável por seus recursos, contando que o orçamento disponibilizado pela SESAI/MS seja mensurado proporcionalmente à dimensão da instituição.

Frisa-se que, a partir do Decreto nº 8.065/2013, cabe à SESAI promover uma gestão democrática e participativa, competindo aos DSEI de acordo com o Art. 50, “II - desenvolver as atividades de execução orçamentária, financeira e contábil relativas aos créditos sob a gestão específica de cada Distrito Sanitário Especial Indígena” (BRASIL, 2013a, grifo nosso).

Sendo assim, analisa-se que para atestar o funcionamento da organização faz-se necessário que o DSEI/BA compactue de uma gestão qualificada, pautada nos princípios da administração, tornando-se apta a acompanhar e controlar suas finanças, a fim de que possa permear seguramente entre o ambiente interno do próprio Distrito e em nível central com a SESAI/MS, a fim de requerer, contundentemente, soluções para seus possíveis problemas, como no caso de solicitação de verba extra e/ou orientar-se sobre estratégias funcionais para operacionalização da PNASPI.

Como prova da importância da compreensão gerencial-administrativo por parte dos gestores para assegurar o sucesso da administração dos Distritos, a SESAI anunciou no seu Relatório de Gestão do ano de 2015 que, apesar dos avanços na execução orçamentária de 2014 para 2015, de um modo geral, entre os DSEI do Brasil, é necessário investir ainda mais em capacitações e no acompanhamento do controle orçamentário dos Distritos, evitando

⁹ Ordenador de despesas: “toda e qualquer autoridade de cujos atos resultarem emissão de empenho, autorização de pagamento, suprimento ou dispêndio de recursos.” (BRASIL, 1967, art. 80, § 1º); aquele decide operacionalmente a realização de quaisquer despesas que estejam previstas dentro do orçamento (TCE-RS, 2005).

¹⁰ Ordenador de despesas: “toda e qualquer autoridade de cujos atos resultarem emissão de empenho, autorização de pagamento, suprimento ou dispêndio de recursos.” (Decreto – Lei Federal nº 200/67, art. 80, § 1º); aquele decide operacionalmente a realização de quaisquer despesas que estejam previstas dentro do orçamento (TCE-RS, 2005).

perda de orçamento e garantindo mais avanços na atenção à saúde dos povos indígenas (BRASIL, 2016b).

Assim, aborda-se o quanto é primordial que a gestão do DSEI/BA se comunique com a SESAI/MS de forma clara e consistente em seus argumentos, demonstrando competência na execução das ações, principalmente sobre o orçamento e finanças, pois através da interface entre os dois órgãos será possível alcançar o reconhecimento e a confiança no desenvolvimento das atividades gerenciais. Outrossim, também espera-se transparência da SESAI/MS nos quesitos indicados.

Para Chaves, Cardoso e Almeida (2005), é necessária habilidade da gestão em negociação na implementação da PNASPI pelos Distritos Sanitários, uma vez que a articulação com as entidades interinstitucionais e intrainstitucionais envolve pessoas diferentes, ocupando cargos variados, em momentos conjunturais específicos e que, devido a isso, serão constantes os problemas interpessoais como registrado no DSEI/BA, denotando que os mesmos precisam ser administrados de forma a não prejudicar o objetivo da política de saúde indígena, em função de tribulações existentes.

Por esse ângulo, possivelmente os obstáculos serão amenizados ou até solucionados, tanto do ponto de vista físico-estrutural do DSEI/BA quanto do ponto de vista administrativo e operacional.

Além do mais, deve-se contar com o incentivo a técnicas apropriadas, para uso racional da utilização dos recursos humanos e materiais, assim como afirma Silva (1994), ao dizer que não somente os aspectos técnicos estão envolvidos na concepção de gestão, mas também aspectos organizacionais e políticos.

Portanto, observa-se que o Distrito deve promover o conhecimento não somente no âmbito da interculturalidade, mas também se faz necessário estimular a capacidade técnica e gerencial aos recursos humanos de um Distrito Sanitário, com o intuito de proporcionar maior objetividade e eficiência para a atenção à saúde indígena, em detrimento de posições partidárias ou interesses pessoais, assim como comentou Marques (2003).

Acerca disso, o Relatório do Núcleo de Políticas Públicas da Universidade de Campinas (1999), explicou o porquê que normalmente uma política não é implementada conforme formulada, atestando que, dentre as razões, incluem-se as discordâncias das prioridades estabelecidas nos objetivos do programa ou da política, fazendo com que os gestores elejam suas próprias prioridades, a depender de seus interesses, impedimentos à

capacidade fiscal e administrativa até compromissos e lealdades de ordem política, inviabilizando a realização dos objetivos traçados (NEEP, 1999), fator o qual foi percebido no ambiente do DSEI/BA.

Então, após avaliação normativa da gestão da PNASPI pelo DSEI/BA, analisa-se que, apesar dos alcances pontuais, são significativas as lacunas existentes no processo de implementação da política, impedindo que a mesma seja desenvolvida na sua plenitude pelo Distrito.

Avalia-se que por mais que não exista uma regra absoluta para que os gestores do DSEI/BA consigam implementar a PNASPI fidedignamente à sua normatização, uma vez que incorpora-se ao processo diversos atores sociais em todo um contexto político, econômico e social que interfere nas relações e no andamento do processo, é inegável que para a implementação da política acontecer com o objetivo de alcançar resultados mais satisfatórios, uma boa governança, com qualidade de recursos humanos, definição de estratégias gerenciais e construção de mecanismos que viabilizem a execução das ações com a participação de todas as instâncias e de todos os envolvidos, além da realização do controle regular dessas atividades, possibilitarão uma gestão mais eficaz, efetiva e eficiente, respeitando o que está posto na legislação e oportunizando a evolução na atenção à saúde dos povos indígenas assistidos pelo Distrito, auxiliando na diminuição das morbimortalidades e melhorando as condições de vida desses indivíduos, enquanto organização integrante do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS.

5.1.13 A implementação das diretrizes da PNASPI pelo DSEI/BA e sua articulação com o SUS

As legislações vigentes no Brasil indicam que para a atenção à saúde indígena ser implementada na íntegra, os princípios doutrinários e organizativos do SUS, os quais foram ilustrados na Figura 7, devem ser associados aos objetivos da PNASPI (BRASIL, 1990, 1999a, 1999b, 2002, 2013a).

Figura 7 – Princípios e Diretrizes do SUS



Fonte: Souza e Batista (2012).

Nessa acepção, a PNASPI, por enquadrar-se como uma política de saúde, direcionou suas proposições ao encontro dos marcos legais acima citados, a fim de adequar a capacidade do Subsistema de Saúde Indígena, visando à correção e/ou redução dos desequilíbrios sociais entre as populações indígenas propagados ao longo dos anos.

Diante do evidenciado, apesar de alguns desses princípios e diretrizes já terem sido trabalhados ao longo do texto, contextualiza-se nesse momento as características referentes aos princípios norteadores do SUS, que são a universalidade e suas nuances e a descentralização e regionalização, os quais determinam a estrutura dos DSEI na implementação da PNASPI.

A descentralização é uma forma de organização do SasiSUS, na qual a estrutura organizacional dos DSEI está inserida, tendo como base as características regionalizada e hierarquizada da rede do SUS (PAIM, 2009).

Para Sousa e Batista (2012), a descentralização parte do princípio de que a realidade local é a determinante principal para o estabelecimento de políticas de saúde.

Para isso, Paim (2009) afirma que a descentralização deve adequar o SUS às especificidades sociais, culturais, econômicas e sanitárias de uma região, contando com a cooperação técnica dos municípios, concordando com Cruz e Coelho (2012) que explicaram que o modelo regionalizado e hierarquizado apresenta uma proposta de ação pautada no respeito aos aspectos socioculturais dos povos indígenas, com execução de serviços de saúde específicos e diferenciados.

Sendo assim, analisa-se que atualmente existe uma lacuna no Subsistema de Saúde Indígena com o SUS, a partir do DSEI/BA, visto que a demanda diferenciada no atendimento por região ou território nem sempre é respeitada, segundo os achados da pesquisa, ao discorrerem sobre a falta de articulação das práticas tradicionais de saúde indígenas por

regiões do estado em todos os níveis de atenção, análise a qual foi ratificada pela fala de um dos entrevistados,

[...] o município precisa enxergar que esse paciente indígena tem suas especificidades, ele precisa ser respeitado nisso e não ser visto com preconceito, tem que haver a troca cultural [...] (Entrevistado 1, 2016).

Um ponto que deve ser ponderado é a fragilidade nos sistemas de informação, a qual interfere na delimitação do território que envolve o Distrito, além de serem essenciais na configuração epidemiológica e geográfica das populações indígenas que residem nesse ambiente, em conformidade com o pensamento de Athias e Machado (2001).

Cuervo, Radke e Riegel (2015) trouxeram em seu estudo sobre as redes de atenção à saúde indígena que o SasiSUS vem num contraponto às diretrizes de descentralização e territorialização dos serviços, pois o respeito à diferença no atendimento ainda não está sendo praticado como indica a PNASPI, abarcando a reflexão da importância da interculturalidade na compreensão da interetnicidade.

Em adição, Cruz e Coelho (2012) relataram que o modelo atual tende à “homogeneização” na organização e execução dos serviços.

Assim, remete-se à significância em se trabalhar os sistemas tradicionais indígenas referentes às particularidades de um território, seus costumes e crenças e de como adequá-las à tecnologia do cuidado, por intermédio dos profissionais de saúde e da participação indígena na implementação da diretriz do SUS, da mesma maneira que Pontes, Rego e Garnelo (2014) consideraram.

Cabe ressaltar, segundo Caloma (2010), que interculturalidade vai muito mais além do que um encontro de culturas, pois é indispensável atrelar à cultura as relações políticas e de poder entrelaçadas nas práticas da saúde nos territórios indígenas.

Ferreira (2012) adiciona a esse pensamento que na perspectiva da descentralização/regionalização, devam ser incluídas as tecnologias da comunicação social em detrimento do uso exclusivo das tecnologias médico sanitárias, estimulando os grupos de trabalho a atuarem conforme as determinações sociais das populações indígenas na promoção e na defesa das condições de vida e saúde, opinião a qual foi contemplada por um integrante do DSEI/BA ao dizer que “*é preciso (o município) entender a questão antropológica pra*

poder entender o espaço desse usuário (paciente indígena) e ver na sua saúde outros elementos que a medicina alopata não vê” (Entrevistado 1, 2016).

Evidencia-se, então, que existe uma discussão em torno da descentralização das ações de saúde do SUS para os municípios, porque se argumenta que dessa forma ocorre um afastamento do ente federal da rede de assistência à saúde indígena, contradizendo as políticas de proteção aos direitos indígenas que se estruturaram na busca por uma saúde salvaguardada basicamente pelo governo federal, através do Ministério da Saúde, de acordo com o ponto de vista de Garnelo (2012).

Para Cardoso (2014), o processo de “unificação” da assistência por meio da municipalização dos recursos e da complementação da atenção por parte dos municípios opõe-se à ideia do sistema de atenção descentralizado, hierarquizado e universal do SasiSUS.

Contrariando esse ponto de vista, analisa-se ser necessária a articulação da intrasetorialidade e da intersetorialidade no suporte à atenção à saúde indígena, pois caso não houvesse, certamente não se atingiria a resolução de problemas de maior complexidade, embora haja entraves nesse processo, em concordância com Chaves, Cardoso e Almeida (2006), que refletem que a PNASPI deve necessariamente estar vinculada às diretrizes do SUS.

De igual entendimento um dos gestores do DSEI/BA afirmou que *“não vai se resolver a questão da saúde indígena sem que o Distrito se abra para comunicação com os entes federados”* (Entrevistado 1, 2016).

No que diz respeito ao princípio da universalidade, parte-se do pressuposto de que todos os indivíduos devam ter acesso e ser beneficiados em todos os níveis da assistência à saúde, todavia, pensa-se que cidadãos indígenas assistidos pelo DSEI/BA podem não estar sendo contemplados, conforme indica a legislação, pelo fato de que nem todas as aldeias integrantes do Distrito possuem postos de saúde. Além disso, não há CASAI para integrar-se à assistência e, em complemento, o atendimento nos níveis de média e alta complexidade também registram irregularidades como discutido anteriormente, comprometendo os princípios doutrinários e organizativos da igualdade e da integralidade, respectivamente.

A respeito disso, um dos gestores do DSEI/BA alegou que:

Perante as leis, perante o SUS, o índio que está localizado, que está inserido naquele município tem que ter assistência, independente de ser índio ou não, branco ou negro, porque o SUS está para todo mundo, está para todos nós, entendeu [...] (Entrevistado 6, 2016).

O índio é munícipe, o município tem obrigação. Inclusive porque recebem repasse da saúde para atender a população indígena. Além de ter o apoio de nosso Distrito ele (o município) também recebe um incentivo para a população indígena [...] (Entrevistado 6, 2016).

Acerca do princípio organizativo da integralidade, também traz dimensões de análise diferenciadas, segundo Diehl e Pellegrini (2014), sugerindo que não se pode pensar em integralidade apenas sob o ponto de vista do acesso em todos os níveis de atenção, mas também na valorização dos atuantes no processo de produção da saúde desde os usuários até os profissionais e gestores, garantindo a integração dos cuidados e a integridade das pessoas, com respeito à autonomia e corresponsabilidade entre os envolvidos.

Para Teixeira e colaboradores (1995), a corresponsabilidade é fundamental nesse processo, por interpretar que um sistema local de saúde deve ter uma relação mútua de responsabilidade, num território, entre os recursos de saúde e uma população, possibilitando construir relações de caráter democrático devido à participação da sociedade, enquadrando-se nesse contexto, o ambiente do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, a partir do envolvimento dos integrantes dos DSEI e demais organizações.

Partindo desse ponto de vista, percebe-se o quanto que a realização de capacitações com abordagem para o conteúdo da corresponsabilidade e das especificidades étnico-culturais deve ser implementada no DSEI/BA/SESAI, uma vez que se registraram, através das informações coletadas, fatos recorrentes de vulnerabilidade em relação à qualidade do processo do trabalho entre os envolvidos no desenvolvimento da política.

Sob essa ótica, pondera-se se a responsabilidade na atenção à saúde, com base no atendimento diferenciado, no cumprimento dos direitos conquistados, é para todos os povos indígenas ou somente para os povos aldeados. Tal observação foi pontuada entre os gestores do DSEI/BA, provocando posições adversas sobre o tema.

Acerca desse assunto, o Supremo Tribunal de Justiça defendeu que as organizações responsáveis por prestar assistência médica e odontológica a indígenas, que integram o SasiSUS, são obrigadas a assistir aos que vivem fora das aldeias, sem nenhum tipo de prioridade, mas sim com tratamento igualitário para todos como estipulado na Constituição e nas Leis nº 8.080/90 e nº 3.156/99 (UNIÃO..., 2009).

Portanto, o acesso deve ser oferecido aos indígenas desde suas comunidades até os atendimentos municipais, contando com uma rede de serviços organizada e integrada, garantido por lei, vindo ao encontro do estudo de Sousa, Moura e Mai (2012), ao relatarem que a inserção do usuário indígena no SUS deve ocorrer de forma idêntica a todos os demais usuários, respeitando todos os princípios constitucionais e elementares do sistema, sendo alvo também do atendimento diferenciado, conforme suas especificidades as quais devem ser contempladas nos Planos Municipais de Saúde.

Enfatiza-se que o termo “acesso” também precisa ser entendido com mais clareza, segundo Athias e Machado (2001), pelo fato de agregar concepções diferentes entre pesquisadores, profissionais de saúde e grupos indígenas, em relação à variabilidade da percepção do processo saúde-doença de cada um deles. Assim, o planejamento de ações quanto ao acesso à saúde também fica confuso, pois a depender do problema de saúde do indígena, o nível de complexidade da doença pode ser interpretado de maneira diferente, inclusive de uma aldeia para outra, influenciando no acesso que seria mais indicado para solucioná-lo.

Mediante isso, Oliveira, Aquino e Monteiro (2012) pontuaram que nem sempre as organizações funcionam corretamente, existindo a falta de conformação no atendimento na primeira referência, nos postos de saúde indígenas, com pouca resolutividade e descontinuidade das ações, comprometendo os princípios e diretrizes propostos pelo SasiSUS e colocando em questão a eficácia do subsistema na promoção da saúde indígena, situação a qual foi citada pelos gestores do Distrito baiano, principalmente sobre a dificuldade de continuação das ações de saúde, por falta de recursos, deficiência em treinamentos, excesso de trabalhos burocráticos, interferindo no planejamento e na supervisão das ações das EMSI.

Conjuntura similar foi relatada por Ferreira (2012) ao realizar um estudo no DSEI Alto Juruá/AC, onde a dificuldade de acesso das EMSI às aldeias indígenas inviabiliza o atendimento diferencial aos indivíduos, prejudicando em especial o acompanhamento de mulheres em idade fértil e gestantes.

Assim, entende-se que para um atendimento com base na universalidade e na integralidade, objetivando a redução das desigualdades e a atenção à saúde, em especial, aos problemas de saúde prevalentes, faz-se necessário que todo o sistema compreenda o perfil saúde-doença dessa população, na promoção da assistência à saúde indígena em todos os níveis de atenção, conforme Barros et al (2011).

Portanto, reflete-se que para atender aos princípios da universalidade, igualdade e integralidade, com base nas especificidades de cada povo, devam ser estimuladas relações de cooperação entre as EMSI e os cuidadores(as) de saúde que vivem nas aldeias, através de corresponsabilidade, articulando os procedimentos médicos ocidentais às práticas de saúde tradicionais no processo de intervenção sobre os agravos de saúde, bem como ponderou Ferreira (2012), acrescentando-se ser essencial que o fundamento da corresponsabilidade seja transmitido para os níveis de atendimento na atenção secundária e terciária, não apenas para a primária, prática a qual deve ser induzida no DSEI/BA envolvendo todos os participantes que integram a implementação da política. Isso porque compreende-se que “*o problema da saúde indígena é nosso*”(Entrevistado 1, 2016), sendo esse o caminho indicado para que a política de saúde indígena seja implementada em conformidade com sua formulação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Explanar as considerações finais implica em trazer as respostas aos questionamentos levantados ao longo da pesquisa e que direcionaram o encaminhamento das reflexões no que diz respeito à avaliação normativa da PNASPI no DSEI/BA na concepção dos gestores.

A partir da descrição do estudo de caso no referido Distrito e da análise dos resultados, foi possível avaliar normativamente as diretrizes da política e verificar sua implementação pelo Distrito, no nível gerencial, investigando o cumprimento de seus objetivos, sinalizando os alcances, os limites, resultados esperados, além de sua articulação com as diretrizes do SUS.

Notou-se na análise dos resultados que os entraves superam os alcances na implementação da política pelo Distrito baiano, sinalizando que a organização precisa encontrar meios para subsidiar o desenrolar das atividades gerenciais, com o intuito de lograr resultados mais positivos.

Entre os pontos positivos foram apontados pela gestão a estruturação das 32 EMSI no suporte à atenção básica, ações pontuais de saúde e saneamento, incentivo à gestão colegiada e autonomia administrativa da gestão propiciada após a criação da SESAI/MS.

No entanto, os gestores levantaram que as limitações de infraestrutura desde o nível central (sede) até os postos de atendimento à saúde nas aldeias indígenas carecem de atenção, assim como problemas na ordem administrativa e redução orçamentária, impossibilitando avanços na implementação dos sistemas de informação, na concretização de capacitações, na execução das ações de saúde, saneamento, assistência farmacêutica e na eficiência dos recursos humanos e logísticos.

Sobre a diminuição dos recursos financeiros voltados para o DSEI/BA, registrada a partir do ano de 2015, chama-se a atenção ao fato, uma vez que com os recursos financeiros limitados, compromete-se a execução das demandas projetadas no PDSI, assim como interfere na atuação das EMSI nas áreas, na supervisão dos responsáveis técnicos nas aldeias, na contratação de bens e serviços e na supervisão gerencial nos territórios indígenas.

Do mesmo modo, constata-se que a diminuição dos recursos para o SUS, de uma maneira geral, afeta inclusive a pactuação do DSEI/BA com os municípios do estado, na assistência à saúde, refletindo-se em interrupções de tratamentos e fragilidades na atenção à

saúde dos povos indígenas e não indígenas, como tem se observado na atualidade, segundo as informações adquiridas.

Nessa perspectiva, cabe registrar que o monitoramento das ações dirigidas aos povos indígenas através dos sistemas de informação (SIASI e GEOSI) ainda não está funcionando de forma a favorecer o acesso a esses dados, impedindo o diagnóstico real dessas comunidades e a implementação de ações com a efetividade desejada, sinalizando para a demanda de sensibilização dos gestores e executores quanto à relevância na utilização dos sistemas, além da necessidade de ações corretivas frente às questões de infraestrutura dos polos-base que integram o DSEI/BA.

Inferese-se que devido à não operacionalização desses sistemas, ficam comprometidos não apenas o monitoramento das ações de saúde, mas também o planejamento, a execução e a avaliação, afetando também a programação da assistência farmacêutica e das atividades de saneamento e edificações, comprometendo o trabalho de prevenção, promoção e da recuperação da saúde das populações indígenas assistidas pelo DSEI/BA, no combate às morbimortalidades.

No que se refere ao quadro de saúde da população indígena assistida pelo DSEI/BA, embora não tenha sido a intenção deste trabalho, conclui-se que, apesar da realização de ações pontuais de saúde pelo Distrito, as mesmas não estão sendo suficientes para vencer barreiras antigas de morbimortalidade como a desnutrição, doenças infecciosas e respiratórias em crianças indígenas e nem para superar as mais atuais como as DCNT, incluindo as doenças psicossociais, além das doenças transmissíveis, diminuindo a garantia de uma melhor qualidade de vida aos indígenas.

Outro ponto que carece de melhorias é o incentivo às práticas tradicionais indígenas, tema o qual deve ser explorado no âmbito do DSEI/BA entre todos os integrantes do processo de implementação (pacientes indígenas, profissionais de saúde e gestores), a fim de que se desenvolvam competências e, por meio da corresponsabilidade, evitem situações constrangedoras, falta de ética e interferências nas relações de trabalho entre todos os envolvidos.

Por outro lado, enaltece-se o empenho da responsabilidade institucional do DSEI/BA, buscando atuar junto aos gestores municipais, para que uma quantidade maior de municípios da Bahia envolva a população indígena nas suas atividades epidemiológicas e compreendam seu papel na articulação com a rede de serviços do SUS, para garantir assistência de média e

alta complexidade aos indígenas, no controle dos agravos à saúde, como determina a PNASPI.

Dessa forma, foi pontuado e entendido que, embora existam entraves no processo, para que a PNASPI seja implementada no DSEI/BA com maior êxito, há a necessidade de que gestores conduzam a operacionalização da política pública apropriando-se de uma boa governança para atuar com capacidade de estabelecer estratégias e processos, identificar problemas, ensinar soluções, analisando o contexto social, econômico e político do órgão, implementando elementos de qualidade pessoais (liderança, integridade e compromisso), além de responsabilidade, integração e transparência na execução das tarefas.

Assim como se considera essencial que a gestão compreenda o sentido da autonomia financeira que lhe cabe, através de uma interlocução mais próxima com a SESAI/MS sobre leis orçamentárias, ordenação de despesas e controle de recursos, estreitando e aprofundando o diálogo, permitindo clareza e objetividade na relação, mutuamente.

Além disso, pensa-se que os princípios e diretrizes do SUS devam caminhar em harmonia com as diretrizes da PNASPI e que possa ser alcançado o atendimento diferenciado em todos os níveis da assistência, sem que isso seja visto como um problema por nenhum dos envolvidos no processo da atenção à saúde indígena.

Logo, compreende-se que com uma gestão de qualidade a superação das deficiências, em especial, na parte operacional e de logística certamente serão mais bem administradas, proporcionando o alcance de melhores resultados ao DSEI/BA, como melhor levantamento de perfil epidemiológico da população indígena, maior acesso à atenção primária, secundária e terciária, implementação a contento dos programas de saúde do Ministério da Saúde, concretização e fiscalização de contratos, formulações de cursos de capacitação direcionados para os sistemas tradicionais indígenas, entre outros elementos inerentes às diretrizes da PNASPI.

Para colaborar nesse processo, foi inferido que os envolvidos na implementação da política necessitam se aperfeiçoar e se capacitar a fim de se aprimorem sobre o manuseio adequado dos instrumentos de trabalho da administração pública, por ser imprescindível no controle de gastos, preservação e continuação da execução das ações de saúde e saneamento pelo DSEI/BA.

Enfim, conclui-se que há um grande desafio para gestão a fim de que não ocorra um retrocesso na implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

no DSEI/BA e nem nos demais, em função das mudanças no cenário político do país e da proposta de criação de um novo modelo de gestão, embora tal modelo proponha mais agilidade aos processos administrativos e operacionais na saúde indígena, sobretudo quando o Distrito começa a produzir resultados positivos e a se apropriar das questões administrativas e do funcionamento do órgão frente à SESAI/MS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C. G. J. E; LISBOA, C. A. **Distritos Sanitários: concepção e Organização**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

ALMEIDA, L. B.; BARBOSA, M. G. V; MARTINEZ-ESPINOSA, F. E. Malária em mulheres de idade de 10 a 49 anos, segundo o SIVEP- Malária, Manaus, Amazonas, 2003-2006. **Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba MG, v. 43, n. 3, p. 304-308, 2010.

ALTINI, E. et al. (Org.). **A política de atenção à saúde indígena no Brasil: breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas.**[S.l.]: Conselho indigenista missionário (CIMI), 2013.

ALVES FILHO, P.; SANTOS, R. V.; VETTORE, M. V. Fatores associados a cárie dental e doença periodontal em indígenas na América Latina: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 35, n. 1, p. 67-77, 2014.

ANDRADE, J. T. E.; SOUSA, C. K. S. **Práticas tradicionais de cura: políticas públicas e intermedicalidade entre os Potiguary do Ceará.** [S.l.], 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Karina/Downloads/30%20RBA%20Pr%C3%A1ticas%20tradicionais%20de%20cura.pdf>. Acesso: 10 nov. 2016.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE AÇÃO INDIGENISTA-ANAÍ. **Povos Indígenas: estado da Bahia.** 2016. Disponível em:<http://www.anai.org.br/povos_ba.asp>. Acesso: 20 out. 2016.

APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de Metodologia Científica: um guia para a produção do conhecimento científico.** São Paulo: Atlas, 2004.

ARANTES, R. Saúde bucal dos povos indígenas no Brasil: panorama atual e perspectivas. In: COIMBRA JR., C. E. A; SANTOS; R. V.; ESCOBAR, A. L. (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz: Abrasco, 2003. p.49-72.

ARAÚJO, R. S. de A. **Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: dilemas, conflitos e alianças a partir da experiência do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu.** 2012. 259 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

ARENDDT, H. Crise na Cultura: Sua importância Social e Política. In: ARENDT, H. **Entre o passado e o futuro.** Tradução de Mauro W. Barbosa. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2009. p. 221-247.

ARISTÓTELES. **A ética: textos selecionados.** Tradução de Cássio M. Fonseca. 2. ed. Bauru: EDIPRO, 2003.

ARISTÓTELES. **Ética Nicomaquéia.** Madri: Aguillar, 1960. (Obras Completas).
ASSIS, E. M. et al. Prevalência de parasitos intestinais na comunidade indígena Maxakali, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 681-690, abr. 2013.

ATHIAS, R. E; MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 425-431, 2001.

AZEVEDO, A. L. M. **O poder de acessar a saúde**: uma análise do acesso à saúde na etnia indígena Xucuru do Ororubá a partir da sociologia de Pierre Bourdieu. 2013. 202 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

AZEVEDO, M. M. Censos demográficos e “os índios”: dificuldades para reconhecer e contar. In: RICARDO, B. **Povos indígenas no Brasil 1996/ 2000**. São Paulo: Instituto socioambiental, 2000. p. 79-83.

AZEVEDO, A. L. M.; GURGEL, I. G. D.;TAVARES, M. A. O poder de acessar a saúde: uma análise do acesso à saúde na etnia indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira (PE). **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 275-280, 2014.

BAHIA. **Entendendo a regulação**. [201-?]. Disponível em: <www1.saude.ba.gov.br/regulasaude/2009/Microsoft%20Word%20-%20conceito%20atual%2019.01.2009.pdf>. Acesso em: 5 out. 2016.

BAHIA. Secretaria de Comunicação Social (SECOM). **Etnias indígenas baianas reforçam diálogo com o governo do Estado**. 2016. Disponível em: <<http://www.secom.ba.gov.br/2016/04/131937/Etnias-indigenas-baianas-reforcam-dialogo-com-o-Governo-do-Estado.html>>. Acesso: 9 set. 2016.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia-SESAB. Coordenação de Promoção da Equidade em Saúde. **Saúde dos Povos Indígenas**. [201-]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dgc/index.php?option=com_content&view=article&id=282&catid=15&Itemid=144>. Acesso em: 5 out. 2016.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia-SESAB. Plano estadual de saúde 2012-2015. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 36, n.1, p. 1-166, 2012.

BARRETO, C. T. G et al., Estado nutricional de crianças indígenas Guarani nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil, **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 657-662, mar. 2014.

BARRETO, M. L. et al. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions and research needs. **Lancet**, London, n. 377, p. 1877-1889, 2011.

BARRETO, J. L. ; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baiano, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1207-1220, 2010.

BARROS, M. B. A. et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3755-3768, 2011.

BASTA, P. C.; ORELLANA, J. D. Y.; ARANTES, R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. (Org.). **Saúde indígena: uma introdução ao tema**. 1. ed. Brasília, DF: MEC-SECADI, 2012. p. 60-107

BAUMAN, Z. **Globalização: as consequências humanas**. Tradução de Marcus Penchel Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BENZAKEN A. S.; SARDINHA J. C. G.; GARCIA E. G. Sífilis congênita em comunidades indígenas de difícil acesso: desafio a superar mediante uso de La tecnologia. **Revista de Leprologia Fontilles**, [S.l.], v. 17, p. 551-560, 2010.

BERTANHA, W. F. F. et al. Atenção à saúde bucal nas comunidades indígenas: evolução e desafios – uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Caetano do Sul, SP, v. 16, n. 1, p. 105-112, 2012.

BOBBIO, N.; MATTEUCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 1995.

BONFIM, T. E. Avaliação psicológica e saúde mental: aplicações da psicologia clínica em comunidades indígenas. **Psicólogo Informação**, São Paulo, v. 15, n. 15, p. 155-168, jan./dez. 2011a.

BONFIM, T. E. **Saúde mental e sofrimento psíquico de indígenas Guarani-Mbyá de São Paulo: um relato de experiência**. 2011. 192 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo 2011b.

BOLETIM Informativo Especial: Saúde indígena: uma década de compromisso., Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde-FUNASA. n. 8, abr. 2009.

BOOTH, W. C.; COLOMB, G. G.; WILLIAMS, J. M. **A arte da pesquisa**. Tradução de Henrique A. Rego Monteiro. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

BORGHI, A. C. E CARREIRA, L. Condições de vida e saúde do idoso indígena Kaingang. **Escola Ana Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 511-517, jul./set. 2015.

BRAGA, W. S. M. et al. Ocorrência da infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) e delta (VHD) em sete grupos indígenas do estado do Amazonas. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, MG, v. 34, p. 349-355, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em: 5 out. 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 35. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, edições Câmara, 2012a.

BRASIL. Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 27 fev. 1967.

BRASIL. Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1999a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3156.htm>. Acesso: 5 set. 2016.

BRASIL. Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do ministério da saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil** Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Decreto 8.065 de 7 de agosto de 2013. Aprova a estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2013a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8065.htm>. Acesso em: 5 nov. 2016.

BRASIL. Lei nº 6.001 de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 21 dez. 1973. disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6001.htm>. Acesso em: 21 out. 2016.

BRASIL. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 5 nov. 2016.

BRASIL. Lei 9.836, de 23 de setembro de 1999. “Lei Arouca”. 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**. Brasília, DF, 1999b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm>. Acesso em: 06 out./2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Especial Indígena-SESAI. **Desafios e potencialidades da análise geográfica em saúde na Secretaria Especial de Saúde Indígena-SESAI**. Brasília, DF, 2015a. Disponível em: <<http://187.45.187.130/~abeporgb/xxencontro/files/paper/1207-1061.pdf>>. Acesso: 5 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Cultural do Ministério da Saúde. **Mostra de saúde indígena: respeito e cuidados**. Brasília, DF, 2015b. Disponível em: <<http://www.ccms.saude.gov.br/saudeindigena/asesai/sistemasdeinformacao.html>>. Acesso em: 12 set. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena**: relatório final. Brasília, DF, 2015c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição, **SISVAN Web**. [201-?]. Disponível em: <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relatorios_publicos/relatorios.php>. Acesso em: 05 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Epidemiologia DTS/AIDS**. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde-FUNASA. **Política Nacional de Atenção à saúde dos povos indígenas**. Aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde-FUNASA. Portaria nº 984, de 6 de julho de 2006. Institui o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (SISVAN-Indígena). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000085&pid=S0102-311X201000090001000005&lng=es>. Acesso em: 5 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde-FUNASA. Portaria nº 1.163/CM, de 14 de setembro de 1999. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1999c. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_1163_1999.pdf>. Acesso em: 5 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal Brasil. **Mais médicos contribui para melhorar atendimento de povos indígenas**. Brasília, DF, 2015d. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/07/mais-medicos-contribui-para-melhorar-atendimento-aos-povos-indigenas>. Acesso: 5 out. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da saúde. **Instituto Nacional de Saúde Indígena (INSI)**. Brasília, DF, 2016a. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai/mais-sobre-sesai?start=5>. Acesso em: 9 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 479, de 13 de agosto de 2001. Estabelece as diretrizes para elaboração de projetos de estabelecimentos de saúde, de abastecimento de água, melhorias sanitárias e esgotamento sanitário, em áreas indígenas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/portaria_479_2001.pdf>. Acesso em: 5 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_70_2004.pdf>. Acesso em: 5 out. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 984 de 6 de julho de 2006**. Institui o sistema de vigilância alimentar e nutricional para os distritos sanitários especiais indígenas (SISVAN – indígena). Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Mais Médicos: dois anos: Mais saúde para os Brasileiros**. 1. ed. Brasília, DF, 2015e. Disponível em: <http://dkw4g894e1jim.cloudfront.net/images/PDF/Livro_2_Anos_Mais_Medicos_Ministerio_da_Saude_2015.pdf>. Acesso em: 29 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Diretrizes para Monitoramento da Qualidade da Água para consumo humano em aldeias indígenas**. Brasília, DF, 2014a. Disponível em <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/24/DMQAI.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena-SESAI. **Relatório de Gestão do exercício de 2013**. Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisi/doc/Relat_Gestao_2013_SESAI.pdf>. Acesso: 11 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). **Relatório de Gestão do exercício de 2015**. Brasília, DF, 2016b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/30/RG-SESAI-2015-V-Finalizada.pdf>. Acesso: 30 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde: 2011-2015: resultados e perspectivas**. 5. ed. Brasília, DF, 2015f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informações de Mortalidade**. Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Tópicos de Vigilância em Saúde – Dengue**. Brasília, DF, [2013c]. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/dados_dengue_obitos_2012_at032013.pdf>. Acesso em: 05 ago 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Informe Técnico - Campanha de Vacinação contra a Influenza 2013**. Brasília, DF, 2013c. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe_tecnico_campanha_influenza_2013_svs_pni.pdf>. Acesso em: 10 jun 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes/Coordenação Nacional de DST e Aids**. 1. ed. Brasília, DF, 1999d. Acesso em: 10 jun 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde **Povos indígenas e a prevenção às DST, HIV e Aids**: manual de diretrizes técnicas. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde-FUNASA. **Saúde indígena**: Distritos Sanitários Especiais Indígenas, 1999e. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsapi/p/fulltext/distritos/distritos.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação V-3.0.0 **SINAN – HIV/AIDS**, 2014b. Disponível em: <<http://sinan.saude.gov.br/sinan/login/login.jsf>>. Acesso em: 20 ago 2016.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 3501/2015. Autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Instituto Nacional de Saúde Indígena. Brasília, DF, 2015g. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2028634>>. Acesso em: 5 out. 2016.

CALDAS, A. D. R. **Vigilância alimentar e nutricional para os povos indígenas no Brasil**: análise da construção de uma política pública em saúde. 2010. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Dourados, RJ, 2010.

CALDAS, A. D. R. E; SANTOS, R. V. Vigilância alimentar e nutricional para os povos indígenas no Brasil: análise da construção de uma política pública em saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 545-65, 2012.

CALOMA, C. A. **A interculturalidade na atenção à saúde dos povos indígenas**: povos Indígenas e Psicologia. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, 2010.

CANDIDO, G. de. **Sífilis em gestantes na faixa de fronteira do Mato Grosso do Sul, 2007 a 2010**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Dourados, RJ, 2012.

CARNEIRO, S.; MACIEL, R. C. C. O.; MELO, J. R. F. Alcoolismo em indígenas Potiguara: representações sociais dos profissionais de Saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 32, n. 1, p. 98-111, 2012.

CAPONI, S. **A proposito Del concepto de salud**. Florianópolis: UFSC, 1997. Mimeo.

CARDOSO, M. D. et al. Políticas Públicas de Saúde para os Povos Indígenas. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2012. cap. 30, p. 911-932.

CARDOSO, M. D. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 860-866, abr. 2014.

CARVALHO, N. S.; CHO, R. E.; FLORES, L. P. DST em populações indígenas no Brasil – análise crítica e revisão de literatura. **DST: Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 142-145, 2011.

CARVALHO, V. Ética e valores na prática profissional em saúde: considerações filosóficas, pedagógicas e políticas. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 1797-802, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/28.pdf>>. Acesso: 5 nov. 2016.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

CASTELLANI, M. R. **Subsistema de Saúde Indígena**: alternativa bioética de respeito às diferenças. 2012. 151 f. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília. 2012. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/10693/1/2012_Mario%20Roberto%20Castellani.pdf>. Acesso: 6 out. 2016.

CASTELLANI, M. R.; MONTAGNER, M. A. Saúde indígena: a bioética como instrumento de respeito às diferenças. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 20, n. 2, p. 349-59, 2012.

CASTRO, E. V. **No Brasil, todo mundo é índio, exceto quem não é**: povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/files/file/PIB_institucional/No_Brasil_todo_mundo_%C3%A9_%C3%ADndio.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2016.

CENTRO DE TRABALHO INDIGENISTA-CTI. **Saúde na terra indígena Vale do Javari**: diagnóstico médico-antropológico: subsídios e recomendações para uma política de assistência. 2011. Disponível em: <https://www.socioambiental.org/banco_imagens/pdfs/saudev02baixa.pdf>. Acesso em: 5 out. 2016.

CHAVES, M. de B.; CARDOSO, A. M.; ALMEIDA, C. Implementação da política de saúde indígena no Polo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 295-305, 2006.

CHAVES, M. de B. G. **A Política de Saúde Indígena no Município de Angra dos Reis**: um estudo de caso. 2006. 156 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

COIMBRA JR., C. E. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 855-59, abr. 2014.

COIMBRA JR., C. E. A et al. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview os results. **BMC Public Health**, London, p. 13-52, 2013.

COIMBRA JR., C. E. A et al. **The Xavante in transition: health, ecology and bioanthropology in central Brasil**, Ann Arbor: University of Michigan Press. 2002.

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

COIMBRA JR., C. E. A; SANTOS, R. V. **Saúde, minorias e desigualdade**: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, v. 5, p. 125-132, 2000.

COIMBRA JR., C. E.; SANTOS; R. V.; ESCOBAR, A. L. (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz: Abrasco, 2003.

CONFALONIERI, U. Saúde na Amazônia: um modelo conceitual para a análise de paisagens e doenças. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 19, n. 53, p. 221-36, 2005.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRI-CIMI. **A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil**: breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde as comunidades indígenas. 2013.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRI-CIMI. **Indígenas Pataxó expõem situação caótica na saúde indígena na Bahia**. 2011. Disponível em: <<http://www.anai.org.br/noticias085.asp>>. Acesso: 1 mar. 2016.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRI-CIMI. **Pataxó Hã-Hã-Hãe pedem providências ao MPF em relação à saúde indígena na BA**. 2015. Disponível em: <http://www.cimi.org.br/site/pt-br/?system=news&action=read&id=8137>. Acesso em: 1 mar. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA-CFM. Orçamento previsto para saúde cai R\$ 2,5 bilhões em 2016. **Portal da Sociedade Brasileira de Dermatologia**. 2016 Disponível em: <<http://www.sbd.org.br/orcamento-previsto-para-saude-cai-r-25-bilhoes-em-2016/>>. Acesso em: 5 nov. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA-CFM. Resolução nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei no 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto no 44.045, de 19 de julho de 1958. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 jan. 1988 Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1988/1246_1988.htm>. Acesso: 31 out. 2016.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.p. 29-47.

COORDENADORIA ECUMÊNICA DE SERVIÇO- CESE. **Movimento dos Povos Indígenas da Bahia manifesta repúdio à privatização da saúde**. 2014. Disponível em: <<https://www.cese.org.br/movimento-dos-povos-indigenas-da-bahia-manifesta-repudio-a-privatizacao-da-saude/>>. Acesso em: 5 set. 2016.

COSTA FILHO, A. **Quilombos e comunidades tradicionais**, [S.l.: s.n.], 2015.

- COSTA NETO, P. L. de O. **Estatística**. 2. ed. São Paulo: Edgard Blucher, 2002.
- COSTA, S. I. F.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. **Iniciação à Bioética**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 1998.
- CRUZ, E. P. Aumenta incidência de doenças crônicas entre índios do Xingu, mostra pesquisa. **Agência Brasil**: Empresa Brasil de Comunicação. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/agenciabrasil/noticia/2013-10-20/aumenta-incidencia-de-doencas-cronicas-entre-indios-do-xingu-mostra-pesquisa>>. Acesso em: 10 out. 2016.
- CRUZ, K. R. E; COELHO, E. M. B. A saúde indigenista e os desafios da particip(ação) indígena. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 21, p. 185-198, 2012.
- CUERVO, M. R. M.; RADKE, M. B.; RIEGEL, E. M. PET-Redes de atenção à saúde indígena: além dos muros da universidade, uma reflexão sobre saberes e práticas em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 19, p. 953-963, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000500953&script=sci_abstract>. Acesso em: 3 nov. 2016.
- DENEVAN, W. M. The Aboriginal Population of Amazônia. In: DENEVAN, W. M. **The Native Population of the Americas in 1942**. Madison: The University of Wisconsin Press, 1976. p. 205-234.
- DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DOS SUS-DATASUS. **Indicadores e dados básicos – Brasil**. 2016. Disponível: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 20 abr 2016.
- DESCARTES, R. **Obra escolhida**. São Paulo: DIFEL, 1962.
- DIAS, J.C. et al. II Consenso Brasileiro em Doenças de Chagas, 2015. **Revista de Epidemiologia Serviço de Saúde**. Brasília, DF, n. 25, p. 7-86, 2016.
- DIEHL, E. E.; PELLEGRINI, M. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 867-874, abr. 2014.
- DIEHL, E. E. et al. Financiamento e atenção à saúde no Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul. In: COIMBRA JR., C. E. A; SANTOS; R. V.; ESCOBAR, A. L. (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz: Abrasco, 2003. p. 217-34.
- ESCOBAR, A. L.; SANTOS, R.; COIMBRA JR., C. E. A. Avaliação nutricional de crianças indígenas Pakaanóva (Wari'), Rondônia, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 4, p. 457-61, 2003.
- ERDMANN, A. L. E.; LENTZ, R. A. Conhecimentos e práticas de cuidados mais livres de riscos de infecções hospitalares e o processo de aprendizagem contínua no trabalho em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 13, p. 34-49, 2004. Edição especial.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13nspe/v13nspea04.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2016.

ERTHAL, R. M. de C. A formação do agente de saúde indígena Tikúna no Alto Solimões: uma avaliação crítica. In: COIMBRA JR., C. E. A; SANTOS; R. V.; ESCOBAR, A. L. (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz: Abrasco, 2003. p. 197-216.

FÁVARO, T. et al. Segurança alimentar em famílias indígenas Terena, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 785-793, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-311X2007000400006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 mai 2016.

FAYOL, H. **Administração industrial e geral**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 1990.

FERREIRA, L. O. O. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.20, n. 1, p. 203-219, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v20n1/11.pdf>>. Acesso: 10 nov. 2016.

FERREIRA, L. O. O desenvolvimento participativo da área de medicina tradicional indígena, Projeto Vijisus II/Funasa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 265-277, 2012. Suplemento. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902012000500023&script=sci_abstract>. Acesso em: 5 nov. 2016.

FERREIRA, M. E. V.; MATSU, T.; SOUZA, R. K. T. Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2327-2339, 2011.

FERRI, E. K.; GOMES, A. M. Doenças sexualmente transmissíveis e aids entre indígenas do Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul de 2001 a 2005. **Saúde Coletiva**, Mato Grosso do Sul, v. 8, n. 47, p. 7-12, 2011.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. v. 1, p. 23-64.

FREITAS, D. A. et al. Sobrepeso e obesidade entre crianças indígenas e não indígenas. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 8, n. 6, p.1687-1691, jun. 2014.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO-FUNAI. **Direitos sociais: saúde**. 2016. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/index.php/saude>>. Acesso em: 22 out. 2016.

GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, L; PONTES, A. L. (Org.). **Saúde indígena: uma introdução ao tema**. Brasília, DF: Ministério da Educação: UNESCO, 2012. cap. 1, p.18-27.

GARNELO, L.; MACEDO, G. E; BRANDÃO L. C. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde indígena no Brasil**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1217-1223, jul./ago. 2005.

GARNELO, L.; BRANDÃO, L. C.; LEVINO, A. Dimensões e potencialidades dos sistemas de informação geográfica na saúde indígena. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 634-40, 2005.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GIDDENS, A. *As conseqüências da modernidade*. São Paulo: Unesp, 1991.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa.

In: MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015. cap. 4, p. 79-108.

GOMES, A. P. C. **A assistência farmacêutica no Brasil: análise e perspectivas**. [20--]. Disponível em: <www.cgee.org.br/arquivos/rhf_p1_af_carlos_gomes.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2016.

GONÇALVES et al. Uso de agrotóxicos e a relação com a saúde na etnia XuKuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1001-1012, 2012.

GRANJA, G. F. et al. Equidade no Sistema de Saúde Brasileiro: Uma Teoria Fundamentada em Dados. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 34, n. 1, p.72-86 jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/14/19>>. Acesso em: 5 nov. 2016.

GRUBITS, S.; FREIRE, H. B. G.; NORIEGA, J. A. V. Suicídios de jovens Guarani/Kaiowá de Mato Grosso do Sul, Brasil. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 31, n. 3, p. 504-517, 2011.

GRUPIONI, L. D. B. (Org.). **Índios no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Global, 2000.

GUIMARÃES, S. M. F. O sistema médico Sanumá-Yanomami e sua interação com as práticas biomédicas de atenção à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 2148-2156, out. 2015.

GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, p. 45-51, 2007.

GUIMARÃES, V. L. B. **A qualidade da atenção à saúde indígena no Brasil**. 2011. 69 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2011guimaraes-vlb.pdf>>. Acesso: 4 jul. 2016.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva e Guaracira Lopes Louro. 11. ed. Rio de Janeiro: DP & A, 2011.

HAQUIM, V. M. **Nutrição e alimentação dos povos indígenas**: um desafio intercultural. 2008. Disponível em: <http://www.saude.br/crn_artigos.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.

HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

IANNI, O. **A era do globalismo**. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1997.

IBGE. **Censo 2010**: características gerais dos indígenas - resultados do universo. Rio de Janeiro, 2012a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/indigenas/graficos.html>. 2010. Acesso em: 4 abr. 2016.

IBGE. **Os indígenas no censo demográfico de 2010**: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Rio de Janeiro, 2012b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf>. Acesso em: 22 out. 2016.

IBGE. **Tendências demográficas**: uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostra dos censos demográficos 1991 e 2000. Rio de Janeiro, 2005.

JESUS, W. L. A. de; TEIXEIRA, C. Planejamento estadual em saúde: o caso da secretaria de saúde do estado da Bahia. In: TEIXEIRA, C. (Org.). **Planejamento em saúde**: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. cap. 5. p. 95-116.

JUNG, Carlos Fernando. **Variáveis e constantes**. Material para fins didáticos. UNICAMP, 2009.

KANT, E. **Crítica da razão prática**. Buenos Aires: Losada, 1965.

KINGDON, J. W. **Agenda, Alternatives and Public Policies**. 2nd. New York: Hallper Collins College Publishers, 1995.

LACERDA, J. L. et al. Avaliação da gestão para o planejamento em saúde em municípios catarinenses. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 17, v. 4, p. 851-859, 2012.

LANDIM, J. R. et al. Fatores demográficos e socioeconômicos associados à cárie dentária em uma comunidade nordestina de baixa renda. **Revista de Odontologia**, Passo Fundo, v. 18, n. 1, p. 75-82, jan./ abr. 2013.

LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra capa: ABA, 2004.

LEOPOLDO E SILVA, F. Da ética filosófica à ética em saúde. In: COSTA, S. I. F.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. **Iniciação à Bioética**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 1998.

LUCENA, J. R. M. de. **Atividade física e fatores associados entre os Xavante do Brasil Central**. 2012. 95 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

LORENZO, C. F. G. Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 19, n. 2, p. 329-342, 2011.

LUCIANO-BANIWA, G. S. **O índio brasileiro**: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília, DF: Ministério da Educação: UNESCO, 2006.

LUNA E. J. A.; SILVA JR., J. B. Doenças transmissíveis, endemias, epidemias e pandemias. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário. Rio de Janeiro, 2013. v. 2, p. 123-176.

LUNARDI, V. L. Problematizando conceitos de saúde, a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 26-40, jan. 1999.

MAGGI, R. S. A saúde indígena no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 14, n.1, p.13-16, jan./mar. 2014.

MARINHO, G. L.; SANTOS, R. V.; PEREIRA, N. O. M. Classificação dos domicílios “indígenas” no Censo Demográfico 2000: subsídios para a análise de condições de saúde. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 449-466, jul./dez. 2011.

MARQUES, I. M. da S. F. **A Política de Atenção à Saúde Indígena**: implementação do distrito sanitário especial indígena de Cuiabá - Mato Grosso. 2003. 228 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MARTINS, A. L. **Política de saúde indígena**: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. 2013. 126 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

MATIAS-PEREIRA, J. **Curso de administração pública**: foco nas instituições e ações governamentais. São Paulo: Atlas, 2008.

MAZZETI, C. M. da S. **Estado nutricional dos indígenas Pataxó de 5 aldeias de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2015.

MELATTI, J. C. **Índios do Brasil**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007.

MENENDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003.

MINAYO, M. C. de S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34 ed. Petrópolis: Vozes, 2015. Cap. 1, p. 9-30.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NOVO, M. P. **Os Agentes Indígenas de Saúde do Alto Xingu**. 2008. 161 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, 2008. Disponível em: <<https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/190/2073.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 3 out. 2016.

NOVO, M. P. Política e intermedicalidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1362-1370, jul. 2011.

NUNES, H. M.; MONTEIRO, M. R. C. C.; SOARES, M. C. P. Prevalência dos marcadores sorológicos dos vírus das hepatites B e D na área indígena Apyterewa, do grupo Parakanã, Pará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 2756-2766, 2007.

NUNES NETO, R. O.; SILVA, G. M. Saúde e qualidade de vida da mulher indígena: descrição de trabalhos realizados entre 2009 e 2013. 2014. Disponível em: <http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2014/saude_indigena.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2016.

OLIVEIRA, M. Alcoolismo entre os Kaingáng: do sagrado e lúdico à dependência. In: SEMINÁRIO SOBRE ALCOOLISMO E DST/AIDS ENTRE OS POVOS INDÍGENAS, 2000, Brasília, DF. **Anais...** Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 2000. p. 99-125.

OLIVEIRA, J. W. B.; AQUINO, J. M.; MONTEIRO, E. M. L. M. Promoção da saúde na comunidade indígena Pankararu. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 3, p. 437-444, 2012.

OLIVEIRA, R. C. C. et al. Situação de vida, saúde e doença da população indígena Potiguara, 2012. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 81-90, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/504>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

OLIVEIRA, R. C. C. et al. Representações sociais sobre saúde e doença construídas por índios Potiguara. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 8, n. 8, p. 2736-2745, ago. 2014. Disponível: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/5589/pdf_5900>. Acesso em: 13 maio 2016.

OLIVEIRA, G. de M. O. **Análise da soroprevalência da hepatite A em povoados de Tocantinópolis e pindios Apinajé em Tocantis – Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Instituto Oswaldo Cruz, 2013.

ORELLANA, J. D. Y. et al. Avaliação antropométrica de crianças indígenas menores de 60 meses, a partir do uso comparativo das curvas de crescimento NCHS/1977 e OMS/ 2005. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 85, n. 2, p. 117-121, 2009.

ORELLANA, J. D. Y. et al. Prevalência e fatores associados à anemia em mulheres indígenas Suruí com idade entre 15 e 49 anos, Amazônia, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 2, p. 153-161, abr./jun., 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-OMS. **The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life**. Geneva, 2002a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-OMS. **CID – 10 Classificação Estatística Internacional de doença e problemas relacionados à saúde**. 9. ed. São Paulo: EDUSP, 2002b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-OMS. **Magnitude e causas da deficiência visual**. Geneve, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-OMS. **Malaria**: fact sheet 94. Washington, 2007. Disponível em: <<http://who.int/inf-fs/en/fact094.html>>. Acesso em: 13 jul. 2016.

OSORIO DE CASTRO C. G. S. et al. Conhecimentos, práticas e percepções de profissionais de saúde sobre o tratamento de malária não complicada em municípios de alto risco da Amazônia Legal. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, 1445-1456, 2011.

PACHECO, S. S. Q. M. “**A gente é como aranha... vive do que tece**”: nutrição, saúde e alimentação entre os índios Kiriri do Sertão da Bahia. 2007. 247 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) –Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007. Disponível em: <[https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/11360/1/Tese%20Sandra%20Pacheco seg.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/11360/1/Tese%20Sandra%20Pacheco%20seg.pdf)>. Acesso: 20 out. 2016.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. S. MINAYO, M. C. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z. ALMEIDA-FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 587-603.

PAIM, J. S. E ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde coletiva: teoria e prática**. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

PALITOT, E. M. **Parecer antropológico DSEI potiguara**. João Pessoa; [s.n.], 2005.

PANTOJA, L. N. et al. Cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena (SISVAN-I) e prevalência de desvios nutricionais em crianças Yanomami menores de 60 meses, Amazônia, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 14, n. 1, p. 53-63, jan./mar. 2014.

PASSONI E ZAROETO, 2011. Dieta, flúor e cárie dental. In: TADDEI, J. A. et al. **Nutrição em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Rubio, 2011. cap.14, p. 235-250.

PEREIRA, E. R. et al. A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 1077-1090, 2014.

PEREIRA JR., Nilton; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface- Comunicação, saúde, educação**, Botucatu-SP, supl. 18, p. 895-908, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0895.pdf>. Acesso: 10 ago. 2016.

PEREIRA, N. O. M. **Os indígenas nas informações censitárias**: potencialidades e limitações com base em um estudo de caso sobre os Xavante, Mato Grosso. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/Karina/Downloads/pereiranomd1.pdf>. Acesso: 3 nov. 2016.

PEREIRA, M. L. G; MAQUINÉ, A. L. **Financiamento do subsistema de saúde indígena nos Planos Plurianuais (PPA) no Brasil**. 2013. Disponível em: <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais_painel/029.pdf>. Acesso: 5 nov.2016.

PEREZ, J. R. O. Avaliação do processo de implementação: algumas questões metodológica. In: RICO, E. M. (Org.). **Avaliação de políticas sociais**: uma questão em debate. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999. p. 65-73.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de Bioética**. 10. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2012.

PINA, R. M. et al. Ensino de enfermagem na saúde indígena: uma abordagem problematizadora-um relato de experiência. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 10, n. 3, p. 1556-1561, abr. 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Karina/Downloads/7992-85851-1-PB.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2016.

PINSKY, J.; PINSKY, B. **História da cidadania**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2003.

PINTO, I. C. de M. **Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental**: O caso das organizações sociais da saúde na Bahia. 2004. 237 f. Tese (Doutorado em A ministração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2004.

PINTO, I. C. M; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; BAPTISTA, T. V. Ciclo de uma política pública de saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. cap. 6, p. 69-81.

PONTES, A. L. M.; REGO, S.; GARNELO, L. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/ AM, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3199-3210, 2015.

PONTES, A. L.; STAUFFER, A.; GARNELO, L. Profissionalização indígena no campo da saúde: desafios para a formação técnica de Agentes Indígenas de Saúde. In: LUCIANO-BANIWA, G. S. **O índio brasileiro**: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no

Brasil de hoje. Brasília, DF: Ministério da Educação: LACED/ Museu Nacional, 2012. cap. 10. p. 265-288.

PROGRAMA DE APOIO À GESTÃO SOCIAL NO BRASIL. Subcomponente: desenho e Implantação de Estratégia de Avaliação. **Modelos de avaliação de programas sociais prioritários**: relatório final: Campinas: Universidade Estadual de Campinas: Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, 1999.

RIBAS, D. L. B. Alimentação e nutrição de povos indígenas de Mato Grosso do Sul. **CRN-3 Notícias**, São Paulo, 2008.

RIBAS, D. L. B.; PHILIPPI, S. T. Aspectos alimentares e nutricionais de mães e crianças indígenas terena, Mato Grosso do Sul. In: COIMBRA JR., C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz: Abrasco, 2003.

RICARDO, B.; RICARDO, F. (Ed.). **Povos indígenas no Brasil 2006/2010**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/Karina/Downloads/30%20RBA%20Pr%C3%A1ticas%20tradicionais%20de%20cura.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

RIOS, D. P. G. et al. Tuberculose em indígenas da Amazônia brasileira: estudo epidemiológico na região do Alto Rio Negro. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 33, n. 1, 2013.

RISSARDO, L. K. et al. Práticas de cuidado ao idoso indígena – atuação dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 67, n. 6, p. 920-7, nov./dez, 2014.

ROCHA, A. K. S. et al. Prevalência da síndrome metabólica em indígenas com mais de 40 anos no Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 29, n. 1, 2011.

RODRIGUES, E. C.; NETO LOPES, D. Controle da malária em um município amazônico. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, Nov./dez., 2011.

SÁ, A. L. de. **Ética profissional**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

SÁ, M. A.; BRUNO, M. M. G. Deficiência visual nas crianças indígenas em idade escolar das etnias Guarani e Kaiowá na região da Grande Dourados/MS: um estudo sobre a incidência e as necessidades específicas e educacionais especiais. **Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial – ABPEE**, Marília, v. 18, n. 4, p. 629-646, out./dez. 2012.

SAMPAIO, J. A. L. S. **Historia e Presença dos Povos Indígenas na Bahia**. [20--]. Disponível em: <http://www.anai.org.br/povos_ba.asp>. Acesso: 22 out. 2016.

SANABIO, M. T.; SANTOS, G. J. dos.; DAVID, M. T. **Administração pública contemporânea: política, democracia e gestão**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2013.

SANTOS, M. H. C. **Governabilidade, governança e capacidade governativa**: algumas notas. Brasília, DF: Mare/ENAP, 2001. Disponível em: <file:///C:/Users/Karina/Desktop/Capacidade%20governativa.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2016.

SANTOS, S. M. C. dos. **Contextualizando a avaliação de políticas públicas**: conceitos, propósitos, modalidades. [S.l.: s.n.], 2006.

SANTOS, S. C. dos et al. Diagnóstico da tuberculose em indígenas menores de quinze anos por meio de um sistema de pontuação em Mato Grosso do Sul. **Jornal Brasileiro de Epidemiologia**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 84-91, 2013.

SANTOS, R.V. et al. **Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil**. 2006. Disponível em: <amazonia.fiocruz.br/arquivos/category/22-historia-da-saude?download=155...30>. Acesso: 5 out. 2016.

SANTOS, S. M.C. dos et al. Subsídios para avaliação da gestão pública: processo de construção de indicadores para avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais. **Organizações & Sociedade**, Salvador, v. 13, n. 37, abr./jun. 2005.

SANTOS, S. M. C. dos. **Contextualizando a avaliação de políticas públicas**: conceitos, propósitos, modalidades. [S.l.:s.n.], 2006. (Material didático).

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-42, 1997.

SILVA, A. A. S.; COSTA, S. M. C. A descentralização do componente especializado da assistência farmacêutica na 15ª região de saúde do estado do Ceará. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde**. São Paulo, v.6, n.1, p. 37-40, 2015. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/2015060107000637BR.pdf>. Acesso 5 nov 2016.

SILVA, C. B. Profissionais de saúde em contexto indígena: os desafios para uma atuação intercultural e dialógica. **Revista de Antropologia**, [S.l.], ano 5, v. 6, p. 1-35, 2013. Disponível em: <<http://revista.antropos.com.br/downloads/dez2013/Artigo-1-Profissionais-de-saude-em-contexto-indigena-Cleonice-Barbosa-da-Silva.pdf>>. Acesso: 10 nov. 2016.

SILVA, E. M. **Perfil epidemiológico e nutricional de crianças indígenas da etnia Atikum, Pernambuco, Brasil**. 2014. 45 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/7821/1/2014_EdneideMariaDaSilva.pdf>. Acesso em: 23 out. 2016.

SILVA, F. A. B.; ARAÚJO, H. E.; SOUZA, A. L. **Diagnóstico da situação das populações indígenas no Brasil**. Brasília, DF: IPEA, 2006. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_518.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2016.

SILVA, L. M. V. A gestão dos serviços de saúde. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. *Saúde Coletiva*: textos didáticos. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1994.

SILVA, O. L. O. et al. Vigilância alimentar e nutricional de crianças indígenas menores de cinco anos em Mato Grosso do Sul, 2002-2011. **Epidemiologia Ser Saúde**, Brasília, DF, v. 23, n. 3, p. 541-546, jul./set. 2014.

SILVA, S. M. Gestão da Saúde Indígena no Brasil: os distritos sanitários especiais indígenas/DSEI e o Distrito Leste de Roraima/DSL. In: SEMINÁRIOS EM ADMINISTRAÇÃO, 14., 2013, Roraima. **Anais...** XVI. Roraima: Universidade Estadual de Roraima, 2013. Disponível em: <<http://sistema.semead.com.br/16semead/resultado/trabalhosPDF/643.pdf>>. Acesso: 1 nov. 2016.

SILVA, V. R. da. **Gestão pública do SUS na Amazônia ocidental**: problemas antigos e desafios contemporâneos da Secretaria de Saúde do Estado do Acre. 2000-2007. 2011. 198 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

SIMÕES, B. S. et al. Condições ambientais e prevalência de infecção parasitária em indígenas Xukuru-Kariri, Caldas, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 38, n. 1, 2015.

SIQUEIRA-DURAN, L. **Curso introdutório sobre síndrome alcoólica fetal/ convênio Governo do Canadá/ Brasil**. Londrina; [s.n.], 2001.

SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL-SISVAN. **Coordenação geral de Alimentação e Nutrição**. Disponível em: <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/login.php?acesso_negado=true>. Acesso em: 3 mar. 2016.

SOUSA, A. B. L. “O Sesp nunca trabalhou com os índios”: a (in) visibilidade dos indígenas na atuação da Fundação Serviços de Saúde Pública no estado do Amazonas. **História, Ciência, Saúde- Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1635-1655, out./dez. 2013.

SOUSA, M. C.; SCATENA, J. H. G.; SANTOS, R. V. O sistema de informação da atenção à saúde indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 853-861, abr. 2007.

SOUSA, R. C.; BATISTA, F. E. B. Política Pública de Saúde no Brasil. Histórias e Perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS. In: CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE PESQUISA E INOVAÇÃO - Connepi, 7., 2012, Palmas. **Anais...** Palmas: IFTO, 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/Karina/Downloads/2842-13439-1-PB.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2016.

SOUSA, V.; MOURA, M. B.; MAI, L. D. Saúde indígena urbana: interface entre ações estatais e não estatais. **Iniciação Científica-CESUMAR**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 87-98, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/iccesumar/article/viewFile/2325/1624>>. Acesso: 03 jun. 2016.

SOUZA, A.A. Apresentação – **Saúde indígena**: situação e política atual, 2011. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/AAlves.pdf>. Acesso. 06 jul 2016.

SOUZA FILHO, Z. A. et al. Prevalência de hipertensão arterial em indígenas do Brasil: uma revisão sistemática com meta-análise. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 1016-1026, 2015.

SOUZA, L. E. P. F.; VIANA, A. L. **Gestão** do SUS: descentralização, regionalização e participação social. In: PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014. **Saúde coletiva**: teoria e prática. 1 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.p.261-269. 2014.

SOUZA, M. L. P.; FERREIRA, L. O. Jurupari se suicidou? notas para investigação do suicídio no contexto indígena. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 1064-1076, 2014.

SOUZA, M. L. P.; ORELLANA, J. D. Y. Desigualdades na mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas no estado do Amazonas, Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 4, p. 245-52, 2013.

SOUZA, J. A.; OLIVEIRA, M.; KOHATSU, M. O uso de bebidas alcoólicas nas sociedades indígenas: algumas reflexões sobre os Kaingáng da Bacia do Rio Tibagi, Paraná. In: COIMBRA JR., C. E. A; SANTOS; R. V.; ESCOBAR, A. L. (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Abrasco, 2003. p. 149-168.

TADDEI, J. A. et al. **Nutrição em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Rubio, 2011.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (TCE-RS). Ordenador de despesa na administração pública. 2005. Disponível em: <https://tce-rs.jusbrasil.com.br/noticias/1518362/ordenador-de-despesas-na-administracao-publica>. Acesso: 05 nov 2016.

TEIXEIRA, C. F. Planejamento em saúde: conceito, métodos e experiências
In: TEIXEIRA, C. F. (Org). **Correntes de pensamento em planejamento de saúde no Brasil**. Salvador: EDUFBA, 2010. p 33-50.

TEIXEIRA, C. F. et al. Planejamento em saúde: conceito, métodos e experiências.
TEIXEIRA, C. F. (Org). **Correntes de pensamento em planejamento de saúde no Brasil**. Salvador: EDUFBA, 2010. 17-32.

TEIXEIRA, C. F. et al. O processo social de Distritalização da Saúde. In: MENDES, E. V. (Org.) **Distrito Sanitário**: O processo de social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 93-158.

TINÔCO, D. S.; SOUZA, L. M.; OLIVEIRA, A. B. Avaliação de políticas públicas: modelos tradicional e pluralista. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 15, n. 2, p. 305-313, jul./dez. 2011.

TRIVINÕS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas, 1987.

ÚLHÔA NETTO, E. et al. Toohh loss and need of denture in Pataxó Natives/ Perda dentária e necessidade de prótese na população indígena Pataxó. **Revista Gaúcha Odontológica**, Porto Alegre, v. 60, n. 2, p. 192-201, abr./jun. 2012.

UNIÃO e Funasa têm de prestar atendimento médico e odontológico pelo SUS a indígenas que vivem fora de aldeias JusBrasil., [S.l.], 2009. Disponível em: <<http://direito-publico.jusbrasil.com.br/noticias/1651116/uniao-e-funasa-tem-que-prestar-atendimento-medico-odontologico-pelo-sus-a-indigenas-que-vivem-fora-de-aldeias>>. Acesso em: 1 nov. 2016.

VALENTE, R. Pressionado por indígenas, ministro da Saúde revoga portarias. **Site do UOL**. [São Paulo], out. 2016. Disponível em: <ww1.folha.uol.com.br/poder/2016/10/1826533-pressionado-por-indigenas-ministro-da-saude-revoga-portarias.shtml>. Acesso: 5 nov. 2016.

VARGA, I. V. D. et al. Saúde da população indígena: do paradigma da tutela ao horizonte das políticas de promoção da igualdade racial. In. VENTURI, G.; BOKANY, V. **Indígenas no Brasil: demandas dos povos e percepções da opinião pública**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2013. p. 143-175.

VARGAS, L. C. et al. Segurança alimentar e nutricional entre os Guaranis Mbyá da Aldeia Boa Esperança, Aracruz, Espírito Santos, Brasil. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição**. São Paulo, ano 5, n. 1, p. 5-12, jan-jun. 2013.

VERANI, C. B. L. **A política de saúde do índio e a organização dos serviços no Brasil**. [199-]. Disponível em: <<http://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub705.rtf>. 2001>. Acesso em: 5 set. 2016.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

VIEIRA, H. T. G; OLIVEIRA, J. E. L.; NEVES, R. C. M. A relação de intermedialidade nos índios Truká, em Cabrobó – Pernambuco, **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 566-574, 2013.

VIEIRA, M. C. A mortalidade de crianças indígenas. **Revista Crescer**. [S.l.], nov. 2015. Disponível em: <<http://revistacrescer.globo.com/A-mortalidade-das-criancas-indigenas/noticia/2015/11/mortalidade-de-criancas-indigenas.html>>. Acesso: 23 out. 2016.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução de Daniel Grassi. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva, 1995. (Technical Report, Series 854).

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

Questionário da pesquisa intitulada: “Avaliação normativa da gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas: um estudo de caso do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia”.

Doutoranda: Karina Lavínia P. do C. R. de Souza

Entrevistado: iniciais do nome completo _____ Data: __/__/__

Introdução

- 1- Você participou do processo de implantação do DSEI/BA/SESAI? Sim () ou Não ()
- 2- Responda as questões 2 e 3 caso tenha respondido SIM na questão 1. Como ocorreu o processo de implantação do DSEI/BA?
- 3- Qual foi sua participação nesse processo?
- 4- Desde quando você atua no Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia (DSEI/BA)?
- 5- Qual sua função no Distrito Sanitário Especial Indígena?

Parte 1

- 1- No que se refere a sua atuação no DSEI/BA, quais atividades você desempenha atualmente?
- 2- Como você caracteriza a execução e/ ou operacionalização na implementação dessas ações no dia-a-dia (pontos positivos e negativos da execução)?
- 3- Como você descreve os resultados das ações que você ou seu setor desempenha?
- 4- Como essas ações ajudam no fortalecimento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas?
- 5- Como ocorre a comunicação entre o seu setor do DSEI/BA e os Polos-Base?

Parte 2

- 1- Você considera o espaço de trabalho do DSEI/BA um local etno-cultural e administrativo bem delimitado? Sim () Não () Se puder, justifique.

- 2- Suas atividades gerenciais estão ocorrendo de maneira conforme planejado?
Sim () Não () Se puder, justifique.
- 3- Você tem alguma participação no processo de atenção à saúde aos indígenas entre os Polos-Base e o a rede de serviços do SUS? Sim () Não ()
- 4- Como acontece a implementação da PNASPI na operacionalização de sua atividade específica no processo de **atenção** à saúde aos indígenas?
- 5- Você considera importante o desenvolvimento de sua função na atenção à saúde indígena? Sim () Não () Se puder, justifique
- 6- Como você ou seu setor identificam as ações necessárias que o DSEI/BA deve ter no fortalecimento da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena?

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada **Avaliação normativa da gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas: um estudo de caso do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia**. Nesta pesquisa pretendemos **estudar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI) na Bahia**. O motivo que nos leva a estudar **refere-se à realidade da saúde indígena verificada em comunidades indígenas mesmo após a implementação da PNASPI**. Para esta pesquisa, adotaremos os seguintes procedimentos: **aplicação de questionários e entrevistas junto a integrantes do Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena (DSEI/BA)**, existindo **risco mínimo de danos** à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do participante, possível de acontecer em qualquer pesquisa, além dos danos relativos à privacidade e à confidencialidade das informações durante a coleta de dados. Para isso, a pesquisadora agirá com **cautela, respeito e honestidade** na sua interação com os participantes da pesquisa, procurando acatar a disponibilidade de tempo e disposição dos mesmos, assim como tendo o cuidado de arquivar os dados coletados com a discrição necessária.

Vale ressaltar que não haverá **nenhum custo para o(a) Sr.(a)**, além de **nenhum tipo de benefício direto como dinheiro**, mas **estará contribuindo para a elaboração de um trabalho científico que poderá proporcionar benefícios futuros à sociedade, bem como melhorias na gestão da saúde indígena**.

O Sr.(a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Caso o(a) Sr.(a) tenha alguma dúvida, necessite de qualquer esclarecimento ou ainda deseje retirar-se da pesquisa, por favor, entre em contato com a pesquisadora **Karina Lavínia P. do C. R. de Souza; telefone (71) 991458790; e-mail: karilavinia@gmail.com**, a qualquer tempo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome não será liberado sem a sua permissão. O(a) Sr.(a) não será identificado em nenhuma publicação que

possa resultar. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida o(a) Sr.(a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco (5) anos e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de identidade _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa **Saúde indígena: um estudo da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena na Bahia** de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Salvador, _____ de _____ de 20____.

Nome completo (participante)

Data

Nome completo (pesquisador responsável)

Data

Nome completo (testemunha)

Data

Em caso de minha desistência em permanecer na pesquisa, autorizo que os meus dados já coletados referentes a resultados de exames, questionários respondidos e similares ainda sejam utilizados na pesquisa, com os mesmos propósitos já apresentados neste termo.

Nome completo (participante)

Data

Karina Lavínia Pitta/ Pesquisadora responsável

ANEXO A – Memorando do DSEI/BA

SIPPA - MINISTÉRIO DA SAÚDE	
Registro Número:	
25000	014928 / 2016
Date:	01/02/16

Mem. 090/2016/CONEP/CNS/GM/MS

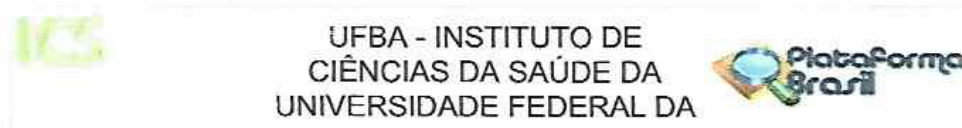
Brasília, 01 de fevereiro de 2016.

À Diretoria do Departamento de Atenção à Saúde Indígena – DASI/SESAI

Assunto: **Procedimentos relativos à autorização de pesquisa em saúde indígena.**

1. Em resposta ao memorando nº 04/2016/DIPROSI/DASI/SESAI/MS:
 - a) A Comissão Nacional de ética em Pesquisa - CONEP é uma das comissões do Conselho Nacional de saúde e é o órgão máximo do chamado Sistema CEP/CONEP, responsável pela análise ética de pesquisas com seres humanos no Brasil. Esse Sistema foi instituído em 1996 pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96 e conta, além da CONEP, com 739 Comitês de Ética em Pesquisa - CEP espalhados por todas as regiões do país. A Resolução CNS 196/96 foi recentemente revogada pela Resolução CNS 466/2012, que passou a regular a análise ética de estudos no Brasil. O processo de análise das pesquisas se dá com o encaminhamento de protocolos de pesquisa pelos pesquisadores aos CEP, normalmente das instituições onde as pesquisas serão realizadas (ou foram propostas), que podem solicitar ajustes e correções nos projetos de pesquisa antes de aprovar ou não sua execução. A grande maioria dos estudos no país pode começar após aprovação pelos CEP, mas alguns, de áreas temáticas específicas, definidas no item IX.4 da Resolução CNS 466/2012, devem ser encaminhados pelos CEP, após aprovados, para análise da CONEP, que, assim como os CEP, pode solicitar esclarecimentos e mudanças nos protocolos antes de aprovar ou não sua execução. Esse é o caso das pesquisas que envolvem populações indígenas. Assim, os pesquisadores devem se cadastrar na Plataforma Brasil (www.saude.gov.br/plataformabrasil), sistema online onde todas as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil devem ser submetidas, e, posteriormente, cadastrar seus projetos de pesquisa. Se o pesquisador não tiver vínculo com uma instituição, ou a instituição com a qual tem vínculo não tiver um CEP, caberá à CONEP designar um comitê para fazer a primeira análise do protocolo de pesquisa. Apenas após a aprovação da CONEP as pesquisas com populações indígenas podem ser iniciadas.
 - b) Os aspectos éticos preconizados pelas Resoluções ora vigentes se baseiam na premissa principal de proteção aos participantes de pesquisas e levam em consideração os quatro pilares da bioética: autonomia, justiça, beneficência e não maleficência. No caso específico das pesquisas com populações indígenas, deve-se ainda "respeitar a visão de mundo, os costumes, atitudes estéticas, crenças religiosas, organização social, filosofias peculiares, diferenças lingüísticas e estrutura política", como preconizado pela Resolução CNS 304/2000, que apresenta as especificidades, do ponto de vista da ética em pesquisa, dos estudos com indígenas.
 - c) No que tange à disponibilização de informações, o Sistema CEP/CONEP entende que o sigilo e a confidencialidades das informações dos participantes de pesquisa deve sempre ser respeitado. Por isso, deve-se sempre buscar o consentimento dos potenciais

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Uma análise da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena na Bahia

Pesquisador: KARINA LAVÍNIA PITTA DO CARMO RÉGIS DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56391916.6.0000.5662

Instituição Proponente: PÓS Instituto de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.678.749

Apresentação do Projeto:

Nos últimos vinte anos a população indígena brasileira cresceu 205% de acordo com o último Censo do IBGE realizado em 2010, sendo que, do total, cerca de 40% dessa população vive em área urbana. A história relata que ao longo do tempo, desde o século XVI muitas etnias foram dizimadas, tendo como principal agente da mortalidade as epidemias de doenças infecciosas. Problemas alimentares e nutricionais associados a precárias condições de saneamento e saúde têm colaborado para a situação atual de vulnerabilidade na qual os indígenas se encontram. Alguns estudos apontam a gravidade especificamente da situação de saúde nutricional desse povo, uma vez que as condições de insegurança alimentar e nutricional afetam, sobretudo crianças, com curso de quadros de desnutrição e doenças, que contribuem para o aumento nas taxas de morbidade e mortalidade. Porém, a partir de 1999, ações de saneamento básico associadas ao trabalho de assistência básica à saúde, colaboraram para a redução do coeficiente de mortalidade infantil no período de dez anos. Apesar do crescimento registrado em relação à quantidade de indígenas no país, ainda são escassos dados oficiais e trabalhos que relatem a situação de saúde indígena, no âmbito da política de saúde do índio, a formação e prática dos profissionais e os modelos de gestão da saúde indígena. No entanto, estudos mais recentes apontam para uma crise do atendimento à saúde indígena e, uma necessidade emergencial de medidas, que venham assegurar os direitos garantidos por lei.

Endereço: Miguel Calmon

Bairro: Vale do Canela

UF: BA

Telefone: (71)3283-8951

Município: SALVADOR

CEP: 40.110-902

E-mail: cep.icsi@outlook.com



UFBA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Parecer: 1.678.749

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

- Analisar a implementação da Política de Saúde Indígena na Bahia, seus objetivos, problemas e atividades executadas.

Objetivos específicos

- Conhecer a disponibilidade e distribuição social dos recursos voltados para as políticas de saúde indígena;
- Analisar o efeito das ações das políticas e programas de saúde do índio;
- Entender a operacionalização da política de saúde indígena no âmbito do

Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia (DSEI-BA);

- Compreender a atuação dos profissionais envolvidos na execução da política de saúde indígena na Bahia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Risco mínimo de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do participante da pesquisa.

Benefícios:

Contribuição para a elaboração de um trabalho científico que poderá proporcionar benefícios futuros à sociedade, bem como melhorias na gestão da saúde indígena.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

RESPOSTA AO PARECER CONSUBSTANCIADO Nº 1.632.405

1. Quanto ao Cronograma inserido no documento

"PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_714527.pdf", datado de 19/05 de 2016:

Endereço: Miguel Calmon

Bairro: Vale do Canela

UF: BA

Telefone: (71)3283-8951

Município: SALVADOR

CEP: 40.110-902

E-mail: cep_ics@outlook.com



UFBA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Parecer: 1.678.749

1.1. O cronograma não está adequado, pois informa que o estudo já teve início (Coleta de Dados será realizada de Dezembro de 2014 / e de julho a outubro de 2016). Solicita-se esclarecimento e, caso necessário, adequação do cronograma com relação à data de início do estudo, dado que o mesmo ainda se encontra em análise no sistema CONEP/CEP até a presente data (Item 3.3.f, da Norma Operacional CNS nº 001 de 2013).

RESPOSTA: O cronograma de execução foi corrigido e inserido na página 11 do Projeto de Tese (anexado à Plataforma Brasil).

ANÁLISE: Pendência atendida.

2. Quanto aos documentos "TCLE.pdf", datado de 13/05/2016, e "PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO 714527.pdf", datado de 19/05 de 2016:

2.1. O pesquisador cita de não haverá riscos para os participantes da pesquisa. Para o sistema CEP/CONEP não existe pesquisa livre de risco. Sendo assim, solicita-se que sejam descritos os possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, podendo-se citar os riscos inerentes à manutenção de sigilo e confidencialidade durante a coleta e uso de dados (Itens II.22 e IV.3.b da Resolução CNS número 466 de 2012). Adicionalmente, é necessário que os pesquisadores esclareçam as providências e as cautelas que serão adotadas para evitar ou diminuir os riscos associados à pesquisa.

RESPOSTA: Esclarece-se que no TCLE atual, datado de 21/07/2016, na página 1 (anexado à Plataforma Brasil), consta a explicação de que existe um risco mínimo de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do participante, possível de acontecer em qualquer pesquisa, além da possibilidade de ocorrer danos relativos à privacidade e à confidencialidade das informações durante a coleta de dados.

Sendo assim, a pesquisadora tomará as providências de agir com cautela, respeito e honestidade na sua interação com os participantes da pesquisa, procurando acatar a disponibilidade de tempo e disposição dos mesmos, assim como ter cuidado de arquivar os dados coletados com a discrição necessária.

ANÁLISE: Pendência atendida.

Endereço: Miguel Calmon
Bairro: Vale do Canela CEP: 40.110-902
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-8951 E-mail: cep.ics@outlook.com



UFBA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Parecer: 1.678.749

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde (CEP ICS), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº. 466 de 2012 e na Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP ICS de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em 15/02/2017, e ao término do estudo. O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12 em substituição à Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d). O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata. O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_PROJETO_714527.pdf	22/07/2016 10:38:34		Aceito
Outros	Cartaresposta.doc	22/07/2016 10:38:12	KARINA LAVINIA PITTA DO CARMO RÉGIS DE SOUZA	Aceito
Outros	Cartaresposta.pdf	22/07/2016 10:37:51	KARINA LAVINIA PITTA DO CARMO RÉGIS DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetoatual.doc	21/07/2016 12:58:43	KARINA LAVINIA PITTA DO CARMO RÉGIS DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLEatual.doc	21/07/2016 12:57:46	KARINA LAVINIA PITTA DO CARMO	Aceito

Endereço: Miguel Calmon
Bairro: Vale do Canela
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-8951

CEP: 40.110-902

E-mail: cep.ics@outlook.com



UFBA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Parecer: 1.678.74

Justificativa de Ausência	TCLEatual.doc	21/07/2016 12:57:46	RÉGIS DE SOUZA	Aceito
Outros	Equipedetalhada.pdf	19/05/2016 23:46:36	KARINA LAVÍNIA PITTA DO CARMO RÉGIS DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	13/05/2016 12:56:09	KARINA LAVÍNIA PITTA DO CARMO RÉGIS DE SOUZA	Aceito
Outros	Roteiroentrevista.pdf	13/05/2016 12:55:28	KARINA LAVÍNIA PITTA DO CARMO RÉGIS DE SOUZA	Aceito
Outros	Declaracaodeconfidencialidade.pdf	13/05/2016 12:52:26	KARINA LAVÍNIA PITTA DO CARMO RÉGIS DE SOUZA	Aceito
Outros	Termoderesponsabilidade.pdf	13/05/2016 12:51:04	KARINA LAVÍNIA PITTA DO CARMO RÉGIS DE SOUZA	Aceito
Outros	Cartadeencaminhamento.pdf	13/05/2016 12:49:30	KARINA LAVÍNIA PITTA DO CARMO RÉGIS DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	13/05/2016 12:48:07	KARINA LAVÍNIA PITTA DO CARMO RÉGIS DE SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 15 de Agosto de 2016

Ana Paula Corona
Assinado por:

ANA PAULA CORONA
(Coordenador)

Endereço: Miguel Calmon

Bairro: Vale do Canela

UF: BA

Telefone: (71)3283-8951

Município: SALVADOR

CEP: 40.110-902

E-mail: cep.ics@outlook.com



Instituto de Ciências da Saúde
Programa de Pós Graduação
Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas
Avenida Reitor Miguel Calmon s/n - Vale do Canela. CEP: 40110-100
Salvador, Bahia, Brasil

<http://www.ppgorgsystem.ics.ufba.br>