

Gestão da Saúde Indígena no Brasil: Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas/DSEI'S e o Distrito Leste de Roraima/DSL

SARLENE MOREIRA DA SILVA
Universidade Estadual de Roraima-UERR
sarlenesoares@yahoo.com.br

Gestão da Saúde Indígena no Brasil: Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas/DSEI'S e o Distrito Leste de Roraima/DSL

1. Introdução

A gestão da saúde indígena no Brasil ocorre por meio do Distrito Sanitário Especiais Indígenas/DSEI's via secretaria Nacional de Saúde Indígena-SESAI/Ministério da Saúde/MS no subsistema do Sistema único de Saúde-SUS. Um modelo diferenciado que contempla a organização de serviços orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo. No período de 1996 a 2006 abrangido pela pesquisa as execuções das ações de saúde ocorriam via convênios com a Fundação Nacional da Saúde FUNASA/MS através de parceria com municípios, organizações indígenas e outras instituições. Posteriormente, em 2010 o decreto nº 7.336/10 passou a competência para a Secretária Especial Indígena-SESAI/MS.

Em Roraima existem dois DSEI's, o Distrito Especial Yanomami/DSY o Distrito Especial Leste de Roraima/DSL, foco deste trabalho, que visou compreender os motivos que levaram a gestão à crise. No período estudado a gestão ocorria entre a organização conveniada Conselho Indígena de Roraima/CIR e a FUNASA por intermédio do Departamento de Saúde Indígena/DESAI. A análise permitiu identificar a necessidade de mudanças nas políticas voltada à atenção da saúde indígena, tendo em vista os critérios geográficos, epidemiológicos e culturais. Foi possível perceber ainda que umas das principais causas da crise ocorrida no período foi a deturpação do modelo original que previa autonomia política, administrativa e financeira para os DSEI's, auferência a interesses políticos e a ineficiência nos repasses dos recursos financeiros, para a contratação de recursos humanos e desenvolvimento das atividades logísticas nas comunidades. Foi possível perceber de forma mais ampla como são desenvolvidas as políticas de saúde e planejamentos no âmbito regional e nacional num momento transitório em que as organizações indígenas repensavam as políticas para a saúde, avaliando continuamente as ações por meio do controle social todas as ações desenvolvidas.

As populações indígenas envolvidas foram às etnias Makuxi, Wapichana, Taurepang, Sapará, Ingaricó, Patamona e Wai Wai, com uma população de 34.286 trinta e quatro mil e duzentos e oitenta e seis pessoas, conforme os dados da Funasa (2007), distribuídos em 283 duzentos e oitenta e três comunidades pertencentes às nove regiões: Serras, Surumu, Baixo Cotingo, Serra da Lua, Taiano, Amajari, São Marcos e Wai Wai. O convênio, objeto de pesquisa acima citado entrou em execução no início de 2000 envolvendo em torno de 80 profissionais, atualmente 104 e 372 Agentes Indígenas de Saúde/AIS responsáveis ao atendimento prévio direto nas comunidades.

A problemática levantada foi: Quais os fatores que levaram a ocorrência de crises na gestão da saúde indígena no Brasil? A gestão via terceirização no distrito foi um fator positivo ou negativo? Para responder a essas questões a pesquisa teve como objetivo analisar o contexto político e administrativo nas áreas de recursos humanos, logístico os fatores e/ou causas que levaram as ocorrências de diversas crises na gestão da saúde indígena em Roraima.

2. Revisão bibliográfica

2.1 O contexto da gestão da saúde indígena no Brasil

A gestão da saúde indígena no Brasil é um modelo diferenciado organizacional dos serviços de saúde para as áreas indígenas que ocorrem via distritalização, DSEI's um subsistema articulado com o SUS. A gestão foi proposta no âmbito das conferências Nacionais de Saúde Indígena no Brasil promovido pelo Ministério da Saúde, está embasado nas leis nº 8.080 e 8.142 e 9.836 de 23/9/1999 e na medida provisória n.º 1911-08, de 29/7/1999 (FUNASA, 2002).

Nesse período a gestão estava sob a responsabilidade da FUNASA por intermédio do DESAI. A FUNASA tinha como atribuições, estabelecer diretrizes e normas para a operacionalização da política nacional de saúde dos povos indígenas, promover a articulação intersetorial e intrasetorial com as outras instâncias do SUS, coordenar as execuções das ações de saúde, implantar e coordenar o sistema de informação e exercer a responsabilidade sanitária sobre as terras indígenas do país. Em 2010 o decreto nº. 7.336 transferiu a responsabilidade da gestão para a Secretaria Nacional de Saúde Indígena/SESAI. A criação da secretaria foi uma reivindicação das lideranças indígenas e tem como atribuição coordenar, executar o processo de gestão do subsistema de atenção à saúde indígena em todo o território nacional (SESAI, 2013). Cabendo a mesma, coordenar, avaliar as ações de atenção à saúde no âmbito do SUS na promoção, articulação e integração com os setores governamentais e não governamentais que possuem interface com a atenção a saúde indígena. Tendo como responsabilidade identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena, estabelecer diretrizes e critérios para o planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de saneamento ambiental e de edificações nos DSEI's. É constituída por dois departamentos: O de gestão da saúde indígena e o departamento de atenção à saúde indígena, que tem a responsabilidade garantir as condições necessárias à gestão do subsistema de atenção à saúde indígena promovendo o fortalecimento da gestão dos DSEI's e ainda proporcionar mecanismos para a organização gerencial e operacional da atenção e saúde indígena.

Conforme a (FUNASA, 2006), os primeiros cuidados de saúde dispensada aos grupos tribais partiram das missões religiosas. Posteriormente, na década de 50, com a criação do Serviço de Proteção ao Índio/SPI, o atendimento médico passou a ser da competência da agência governamental, que tinha como objetivo integrar o índio a sociedade nacional, no entanto, a saúde indígena continuou desorganizada e esporádica. O SPI não possuía estrutura organizada e sistemática que garantisse a assistência à saúde as populações na base, restringindo-se as ações emergenciais ou inseridas em processo de pacificação. Houve ainda experiência pioneira de Noel Nutei que se propôs inicialmente controlar a tuberculose em áreas indígenas através dos Serviços de Unidades Sanitárias Aéreo transportado/SUSA ligado ao Ministério da Saúde, atendia basicamente às situações de surtos epidêmicos advindos de isolamento. Na prática ampliou o espectro das ações de saúde diferenciada” (COSTA, 1986). Tinha como objetivo levar as ações básicas de saúde às populações indígenas e rurais em áreas de difícil acesso. As ações eram voltadas para a vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis.

Em 1967, com a extinção do SPI, foi criada a Fundação Nacional do Índio/FUNAI, que se baseou no modelo de atenção do SUS, criando as equipes volantes de saúde/EVS. Essas equipes realizavam atendimentos esporádicos nas comunidades indígenas de sua área de atuação, prestando assistência médica, aplicando vacinas e supervisionando. Após a crise da FUNAI na década de 70 a instituição teve dificuldades de organização de serviços no que diz respeito à saúde indígena e não pode contemplar a grande diversidade e dispersão geográfica das comunidades indígenas. Uma vez que não tinha suprimentos e capacidade administrativa de recursos humanos, financeiros o que causou precariedade da estrutura básica de saúde, falta de planejamento das ações e organização de um sistema de informações em saúde adequada, além da falta de investimento na qualificação de seus funcionários para atuarem junto às comunidades indígenas étnica e culturalmente diferenciadas.

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, reconhecendo o sistema das organizações socioculturais dos povos indígenas e assegurando a capacidade civil plena, estabeleceu a competência privativa da união para legislar e tratar sobre a questão indígena. Em 13 de outubro de 1991 a resolução nº 11 do Conselho Nacional de Saúde/CNS, que criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio/CISI, tendo como principal atribuição assessorar o CNS na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena. Inicialmente sem representação indígena, os membros da CISI reformularam sua composição e com a saída espontânea de representantes do CNS, abriram 04 das 11 vagas para a representação das organizações indígenas. Em sentido oposto ao processo de construção da política de atenção básica à saúde indígena no âmbito do SUS em 19 de março de 1994 o decreto presidencial nº 1.141/94 constituiu uma comissão intersectorial de Saúde - CIS com a participação de vários ministérios relacionados com a questão indígena sob coordenação da Funai. O decreto devolveu a coordenação das ações de saúde a Funai.

2.3 População Indígena no Brasil

Conforme a (SESAI, 2010), os povos indígenas estão presentes em todos os Estados Brasileiros, vivendo em 611 terras indígenas que se encontram em diferentes situações de regularização fundiária, ocupando cerca de 12% do território nacional, moram em 4.774 aldeias sendo que uma parcela desta população vivem em área urbana, normalmente na periferia. A População é estimada em 817 mil pessoas, pertencentes a 220 povos que falam mais de 180 línguas. Cada povo tem suas diferentes formas de organização social, política, econômica, de relação com o meio ambiente e de ocupação de seu território. Cerca de 60% desta população vive no Centro-oeste e Norte do país, onde estão concentradas 98,7% das terras indígenas. Os outros 40% da população estão confinados em apenas 1,3% da extensão dessas terras localizadas nas regiões mais populosas do nordeste, leste do sul do país, constituindo hoje 0,2% da população brasileira, mas com presença significativa em alguns estados brasileiros. Em Roraima a população é de 15% e no Amazonas é de 45 e 3% no estado do Mato Grosso do sul.

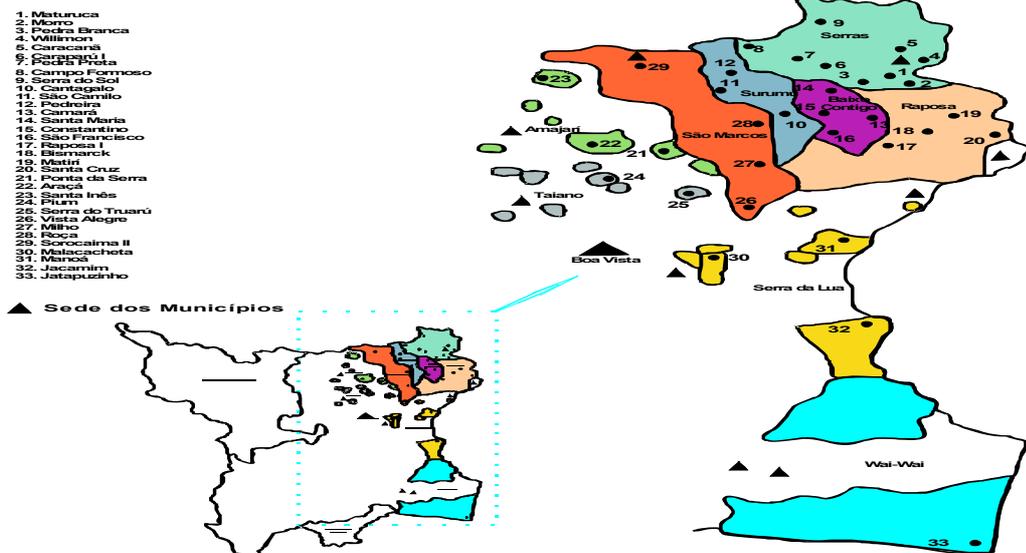
2.4 Os Distritos Sanitário Especial Indígena/DSEI's

No Brasil existem 34 DSEI's criados pela portaria nº. 852/99 são formados por uma base territorial e populacional sob responsabilidade sanitária claramente identificada, definidos por critérios sócios culturais, geográficos, epidemiológicos contando com uma rede de serviço próprio nas terras indígenas para atenção básica a saúde e articulada com a rede regional para procedimento de média e alta complexidade. Enfeixando conjunto de ações de saúde necessárias à atenção básica, para referência e contra referência, é composto por equipe mínima necessária para executar suas ações e com controle social por intermédio dos conselhos locais, e distritais de saúde. Os territórios distritais foram definidos num processo de construção com as comunidades indígenas, profissionais e intuições de saúde.

A definição destas áreas se pautou não apenas por critérios técnicos-operacionais e geográficos, mas também respeitando a cultura, as relações políticas e a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que necessariamente não coincide com os limites dos estados /ou municípios onde estão localizados as terras indígenas, consideram os próprios conceitos de saúde e doença da população e os aspectos intersetoriais de seus determinantes. São construído coletivamente a partir de um processo de planejamento participativo, possuem instâncias de controle social formalizado em todos dos níveis de gestão. A implantação dos DSEI's, pela FUNASA, iniciou em 1991 com o Decreto nº 23 do governo Collor e se consolidou com a Lei Arouca que, em 1999, que regulamentou as atribuições ministeriais para implantação de um subsistema de atenção diferenciada à saúde, baseado na distritalização sanitária (GARNELO; SAMPAIO, 2005). A lei arouca, que, acrescentando dispositivos àquela, institui um subsistema de atenção integral à saúde indígena art. 19 e atribui à união a missão de com seus recursos próprios, financiar o subsistema de atenção à saúde indígena.

Foto 1 – DSEI/LESTE-RORAIMA

DISTRITO SANITÁRIO INDÍGENA DO LESTE DE RORAIMA - DSL DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA POR PÓLO-BASE E REGIÃO



Fonte: Funasa, 2005.

Quadro1- Os DSEI's e suas principais características

Principais características dos DSEI's	
Rede de serviços	Rede interiorizada de serviços de atenção básica, cuja porta de entrada começa nas aldeias (terras indígenas), organiza-se de forma hierárquica com complexidade crescente e articula-se com a rede urbana de serviços de maior complexidade do Sistema Único de Saúde ex. As unidades hospitalares.
Posto de Saúde	Estrutura física simplificada, localizada exclusivamente em aldeias e servem de espaço para o trabalho permanente dos AIS ¹ e de suporte as equipes multidisciplinares, quando de suas visitas. Eventualmente essa unidade adquire uma característica mais diferenciada, contando com presença permanente de Enfermagem.
Polos -Base	São os centro de localização e de apoio à atuação das equipes multidisciplinares de saúde indígena composta cada uma por médicos, enfermeiros, odontólogos e auxiliares de enfermagem. Essas unidades uma micro-região, prestando assistência às aldeias sob sua responsabilidade,acompanhando, supervisionando e capacitando os Agentes Indígenas de Saúde e providenciando a remoção de casos mais graves. De maneira geral estão instalados em aldeias embora, eventualmente, possam estar localizados em sedes de municípios de referência.
Casa do Índio-CASAI	São unidades de referencia do SUS e estabelecimento de apoio, localizados em municípios, algumas nas capitais dos estados, que estão sendo readaptadas para atender a grande demanda, para facilitar o acesso de um ou mais distrito sanitários ao atendimento secundário e /ou terciário, servindo de apoio entre a aldeia e a rede de serviço do SUS.
Controle Social	É um processo de estruturação da atenção à saúde dos povos indígenas está calcado na capacitação dos princípios indígenas, com suas representações nos conselhos de saúde locais e distritais. Os conselhos locais de saúde são formados por representantes das diferentes localidades comunidade que compõem os polos base, escolhidos pelas próprias comunidades. Sua principal atribuição é identificar as necessidades locais em relação aos agravos de saúde que os acometem. Os conselheiros têm como atribuição fundamental participar da elaboração e aprovação do plano distrital, acompanhamento e avaliação de sua execução e da aplicação dos recursos. São formados paritariamente por representantes indígenas, que detêm 50% dos assentos, complementado por representantes de órgãos de Governo, trabalhadores da saúde e prestadores de serviços de saúde.

1 Agente Indígenas de Saúde-AIS

2.5 Terceirização da Saúde Indígena

A gestão em nível nacional era gerida via terceirização, concretizada através de convênio com entidades, sendo muitas delas organizações indígenas executoras integrais das ações de saúde, tal estratégia não correspondia em qualquer outra área do SUS, onde as experiências de terceirização se restringiam a contratação de serviços de terceiros em áreas específicas como atividades administrativas complementares de diagnóstico e prestação de alguns serviços especializados. Não restringe o cumprimento dos princípios constitucionais que atribuem ao governo federal a responsabilidade pela gestão da saúde indígena. Esse modelo de terceirização não afasta o risco de corrupção necessitando ter um acompanhamento técnico das ações conveniada de prestar contar para os órgãos públicos e não tem preparo adequado.

Conforme, (Magalhães, 2000) ao passar a responsabilidade da execução, o poder de estado afeta a cobrança dos destinatários do serviço, por sua vez, a entidade captora dos recursos para a sofrer uma dupla pressão a do estado e a do financiador. O formato da terceirização da saúde indígena e do funcionamento dos conselhos de saúde transformou a conveniente indígena em executora e fiscalizadora de seus próprios recursos, mas sem autonomia própria. Com isso a organização passa ter a responsabilidade duplicada por estar frente atividades complexas, passando, exigir esforços das pessoas envolvidas nos processos e instituições parceiras, que tem planos secundários nas ações de saúde e assim poder driblar o processo moroso da burocracia, como as licitações para a efetuação da compras de transportes, matérias permanentes e outros.

Rejeitamos com expressivas facilidades nossas dificuldades baseando-nos em espantalhos abstratos como o progresso, a técnica e a burocracia, quando nem as técnicas nem as formas de organização são os homens, que consciente ou inconscientemente participaram em sua elaboração. E bem ai onde reside nossa razão para a esperança e para a legitimação de qualquer combate em foco da mudança. Se os homens são culpáveis então podem aprender a ser diferentes e, nesse caso, vale a pena convencê-los. Talvez eu ousaria até mesmo aderir ao pensamento iconoclasta de que as revoltas virtuosas, essas denúncias apaixonadas e essa forma mística pelo qual os jovens gerações estão sendo temporariamente arrebatados, constituem o risco mais grave de regressão burocrática (CROZIER, 1981).

Por outro lado a terceirização veio com um ponto positivo, pois aponta para desconstrução da marca da tutela e da incapacidade política que foi atribuída aos povos indígenas pelo homem branco no processo colonizatório. O reconhecimento das organizações indígenas como parceiras por parte do Ministério fortaleceram o movimento indígena. A prática da terceirização não é novidade do mundo dos negócios, há muitos anos nas empresas praticam contratação via prestação de serviços de empresas especializadas em atividades específicas que não cabem se desenvolvidas no ambiente interno da organização. Hoje, no entanto a terceirização se investe em uma ação mais caracterizada como sendo uma técnica moderna de administração que se baseia num processo de gestão, que leva a mudança de

culturas da empresa, a mudança de cultura procedimentos, sistemas e controle capitalizando toda a malha organizacional, com um objetivo único quando adotado: atingir melhores resultados concentrando todos os esforços e energia da empresa para a sua atividade principal (GIOSA, 2005). O sucesso de sua aplicação está na visão estratégica que os dirigentes deverão ter quando, aplicarem sua ação na organização de modo que ela se consolide como metodologia prática. Os sucessos parciais são decorrentes da formatação em que a terceirização foi e está sendo implementada nas empresas. “Terceirização é a tendência de transferir para terceiros atividades que não fazem parte do negócio principal da empresa”. É uma tendência moderna que consiste na concentração de esforços nas atividades essenciais, delegando a terceiros complementares.

2.6 Gestão da Saúde indígena em Roraima

O primeiro DSEI criado Roraima foi o Distrito Sanitário Yanomami/DSY e logo após em 1993, o Distrito Sanitário Especial de Roraima-DSEI/LESTE por intermédio da assembleia geral dos tuxauas e por ocasião da II etapa Estadual de saúde e CNS a qual foi ratificada pelo núcleo interinstitucional de Saúde Indígena NISI/RR e pelas instancias regionais FUNASA e FUNAI (CIR, 2006). Em 1996 o DSEI/DSL vinha sendo coordenado pelos médicos sem fronteiras/MSF em parceria com o Conselho Indígena de Roraima/CIR, juntas executavam ações voltados à capacitação e formação de AIS microscopistas, realização de cursos para os agentes indígena de saúde iniciantes como microscopistas, parteiras, vacinadores, borrifadores com o apoio da UNICEF. A organização indígena CIR era responsável pela execução das ações nas 283 comunidades indígenas localizadas ao leste do Estado em várias etno-tegiões: Serras, Serra da Lua, São Marcos, Raposa, Taiano, Baixo Cotingo, Surumú, Amajari e região Wai Wai. Os povos beneficiados são das etnias Macuxi (aproximadamente 35.000 de setes etnias Wapichana, Taurepang, Ingaricó, Patamona e Wai Wai. O povo Makuxi vive nas áreas de lavrado e de serras na região do Rio Branco, constituem a maior população indígena do estado de Roraima, possuindo também várias aldeias na Guiana. O povo Taurepang ocupa no Brasil uma pequena região no alto rio Surumu na fronteira com a Venezuela onde vivem a maior parte de sua população. Os povos ingaricó e Patamona estão localizados no extremo norte do estado, na região atravessada pelo rio Cotingo, sendo a maior parte da população residente na Guiana. O povo Wapichana localiza-se na região sudeste do lavrado, possuindo também muitas aldeias na Guiana. O povo Wai Wai ocupa a região da floresta ao Sul do estado, em território que continua nos estados do Pará e Amazonas. Os povos Macuxi, Ingaricó, Patamona, e Wai Wai pertencem a família linguística Karib, e o povo Wapichana pertence à família Aruak. Em muitas aldeias coexistem famílias de etnias distintas. Para efeitos administrativos estão divididos em nove regiões geográficas, que se estendem pelo território de dez municípios (Boa Vista, Alto Alegre, Amajari, Pacaraima, Normandia, Uiramutã) (CIR/FUNASA, 2006). Conforme tabela abaixo:

Quadro 2 – Quadro Populacional do DSEI/LESTE

Região	Comunidade	Pop.							
		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Serras	92	6.020	7.245	6.786	7.319	7.580	8.167	8.449	9299
Serra da Lua	17	1800	4.072	4.362	2.386	4.987	5.352	5.621	5788
São Marcos	33	1.683	3.125	3.164	2.128	3.501	3.755	4.097	4333
Raposa	40	2.739	2.876	3.018	3.145	3.569	3.700	4.010	4085
Taiano	16	1.658	2.113	1.966	1.827	2.513	2.590	2.773	2857
Baixo Cotingo	34	2.678	1.849	1.910	3.268	2.325	2.340	2.621	2687
Surumú	26	3.851	1.734	2.198	4.746	2.509	2.432	2.479	2680
Amajari	17	461	1.668	1.761	551	2.180	2.156	2.469	2303
Wai Wai	08	2.113	504	529	2.254	587	614	650	664
Total	283	23.003	25.186	25.694	27.624	29.751	31.106	33.169	34.696

FONTE: Setor de Epidemiologia - Cir/Saúde - DSL/FUNASA/MS. 07/05/07

A população do DSEI/LESTE teve um aumento de 50, 8% em 9 anos equivalentes a 11.693 pessoa que nasceram.

2.7 Rede Básica de Assistência

As atividades são programadas no nível distrital em oficinas de trabalho para planejamento e avaliação envolvendo os coordenadores dos polos-bases e profissionais da saúde, com acompanhamento do conselho distrital. No nível regional as ações são planejadas e acompanhadas pelos conselhos locais de saúde, cada polo base conta com um coordenador de saúde que está responsável pela organização geral dos serviços nas comunidades em sua área de abrangência, sob supervisão dos profissionais de saúde que esta sob responsabilidade da FUNASA. A rede básica de assistência está hierarquizada em 33 polos-bases, totalizando 222 postos de saúde e 80 laboratórios de microscopia, onde atuam 308 agentes indígenas de saúde-AIS, 130 agentes indígenas de microscopia/MIM (também capacitados como agentes indígenas de saúde), 24 agentes de endemias e 47 agentes indígenas de saneamento. Todos os polos-bases contam com uma infra-estrutura mínima de mobiliários e equipamentos essenciais e 200 postos de saúde parcialmente equipados. Havia a previsão de equipar mais 22 postos de saúde e adquirir alguns materiais adicionais para os postos que já estavam equipados.

Quadro 3- Rede Básica de Assistência de Saúde

Rede básica de assistência de saúde				
Região	Postos	Laboratórios	AIS	MIM
Serras	67	24	97	38
Surumu	26	6	34	9
Baixo Cotingo	29	7	43	11
Raposa	21	6	28	8
Amajari	17	6	23	10
Taiano	13	7	16	12
São Marcos	27	9	34	13
Serra da Lua	16	11	27	24
Wai Wai	6	4	6	5
Total	222	80	308	130

FONTE: Setor de Epidemiologia - Cir/Saúde - DSL/FUNASA/MS. 07/05/07

2.8 A conveniada

A organização Indígena Conselho Indígena de Roraima-CIR, conveniada proponente é uma organização sem fins lucrativos que tem como objetivo atender as reivindicações dos povos indígenas, representando-os em todas as esferas políticas educacionais, saúde, direitos territorial, meio ambiente. As atividades da organização foram iniciadas nos primórdios dos anos setenta, quando foram formados os primeiros conselhos regionais reunindo comunidades indígenas que buscavam alternativas políticas e econômicas frente à situação de extrema violência e opressão por parte de posseiros e setores econômicos interessados na ocupação de seus territórios tradicionais.

3. Metodologia

Para o levantamento dos dados da pesquisa foram realizada a pesquisa quali-quantitativa, através de levantamento de pesquisa bibliográficas, análises de relatórios em instituições como a Fundação Nacional da Saúde/FUNASA, Ministério da Saúde/MS, Conselho Indígena de Roraima/CIR, DIOCESE/RR, participações em conferências distritais locais, regionais e nacionais de saúde indígena, entrevistas direcionada a conselheiros e gestores da saúde indígena, aplicação de questionários aos funcionários e realização de levantamento de dados etnográficos e estatísticos das populações indígenas.

4. Resultados

4.1 Recursos Humanos /Trabalhadores da Saúde

Os recursos humanos é elemento importantíssimo, sustentáculo de qualquer organização. Na gestão da saúde não é diferente, os profissionais merecem atenção especial por parte da organização, sendo necessário capacitá-los, treiná-los e dar orientações antropológicas para atuarem nas comunidades indígenas, levando em consideração o atendimento diferenciado, em respeito a cultura e a tradição dos povos indígenas. Para isso foram elaborados planejamento por profissionais da área antropológica para ministrar o curso aos profissionais voltado ao relacionamento e vida dos povos, tanto para os profissionais tanto do DSEI/LESTE como dos municípios que atuaram nas comunidades. O método aplicado na capacitação desses profissionais foi a técnica de moldagem, forma de como se conhece.

A perspectiva de valorização do sujeito que aprende e do universo sociocultural dos educandos, o princípio educativo do trabalho e a construção coletiva do conhecimento são grandes diferenciais dessa metodologia que parecem aproximar-se do pensamento ameríndio (OLIVEIRA, UNIFESP, 1996).

Nesse sentido os profissionais abordam e utilizam à metodologia problematizadora voltadas para solucionar problemas por meio de técnicas. A pesquisa contabilizou 104 cento quatro profissionais que atuavam em diversos setores da organização entre médicos, coordenadores indígenas, assessores, odontólogos, enfermeiros, auxiliares, entomólogos, laboratoristas, farmacêutica, assistentes, operadores, mecânicos, motorista entre outros que contribuem direta e indiretamente na saúde dos povos indígenas de Roraima. Salienta-se que, sem os recursos humanos não é possível garantir uma gestão sustentável em longo prazo da saúde indígena nas comunidades. Os agentes de saúde indígena também estão incluídos nessa categoria, e devem receber capacitação de forma contínua, são eles os responsáveis pela promoção e prevenções das enfermidades nas comunidades do DSEI/LESTE somam 372 com formação básica (CIR/FUNASA, 2007).

O programa de capacitação conta com quatorze enfermeiros responsáveis pelos cursos, supervisões e organização dos serviços de saúde, assim como pela coordenação do programa de imunizações com o apoio de quatorze auxiliares de enfermagem e dos AIS capacitados como vacinadores indígenas. O programa de controle de endemias conta com cinco técnicos de laboratórios, coordenado por um médico, responsáveis pelos cursos de supervisões aos microscopistas indígenas. O programa entomologia e controle de vetores contam com uma entomóloga e cinco técnicos de entomologia, que fazem capacitação e atuam em conjunto com os agentes indígenas de endemias. O serviço de epidemiologia conta com cinco auxiliares coordenados por um profissional de saúde, responsáveis pelo processamento e análise de dados, e as atividades de vigilância epidemiológica envolvem todos os profissionais de campo.

Os médicos do projeto atuavam na normalização das ações em situações de riscos ou emergenciais e na assistência direta nos polos-bases sob responsabilidade da organização conveniada. Os cinco odontólogos eram responsáveis pela implantação do programa saúde bucal, a partir das diretrizes elaboradas pelo DESAI/FUNASA nos polos-bases sob responsabilidade da organização. A assistência médico odontológica era complementada através de convênios específicos da FUNASA com as prefeituras municipais. Todas as ações no distrito eram realizadas com a participação dos AIS e outras lideranças das comunidades. As equipes de saúde se deslocavam permanentemente para as aldeias, tendo como ponto de apoio os polos-bases onde estavam centralizadas a operacionalização das ações e mantêm contato permanente com os AIS e coordenadores dos polos-bases através de uma rede de 84 radiofonias instaladas nas comunidades. O tempo de permanência em área era variável em função do tipo de atividade desenvolvida (em média de 03 a 15 dias de viagem). As distâncias em relação à capital variam de uma a oito horas por estrada a até três horas de voo em aeronave.

O setor dos recursos humanos do DSEI/LESTE passou por diversas deficiências em seu funcionamento, envolvendo a falta de profissionais em número suficiente para os desenvolvimentos das atividades nas áreas indígenas, insuficiência no fornecimento de medicamentos e insumos básicos, falta de uma melhor infra-estrutura de transporte, comunicação e equipamento para os postos de saúde. Tudo isso ocasionou no desinteresse dos profissionais que ainda encontravam problemas como adaptação a cultura indígena conseqüentemente, gerava reclamações nas reuniões na busca de soluções. Ainda assim, a mobilização comunitária conseguiu suprir muitas dessas falhas, colaborando na organização dos cursos e encontros, fiscalizando o funcionamento dos serviços, construindo postos e laboratórios reivindicando continuamente o apoio dos órgãos responsáveis e participando da luta pela implantação de um novo modelo de assistência para as populações indígenas do país.

4.2 Operacionalização e Logística

A infra-estrutura do DSEI/LESTE tem como objetivo melhorar as condições e oferecer melhor trabalho e disponibilização de equipamentos como postos de saúde, laboratórios, transporte e comunicação nas comunidades. Na sede de instalação do projeto foi estruturada de forma prevista, com a instalação dos serviços básicos de apoio logístico e administrativo, incluindo o setor de epidemiologia, farmácia, almoxarifado e uma pequena oficina mecânica. Os veículos adquiridos tiveram sua capacidade máxima de utilização devido ao acúmulo de atividades e grandes distâncias envolvidas. A rede básica teve melhorias em sua área física através do trabalho voluntário das comunidades, assim como aquisição de mobiliário, equipamentos para os postos e laboratórios, barcos, bicicletas e radio-comunicação. As condições de acesso terrestres são bastante precárias necessitando de veículos resistentes e tracionados. Contava com 18 caminhonetes, três ambulâncias e um utilitário para serviços de apoio na cidade, além de cinco barcos com motor de popa localizados em aldeias onde o acesso é fluvial. Cinco polos-bases somente são acessíveis através de aeronaves ou barcos, e em muitas áreas há necessidade de longas caminhadas. A

maioria dos postos de saúde recebeu bicicletas para o deslocamento das agentes de saúde, sendo necessária a sua reposição.

A distância geográfica para o deslocamento devido a grandes distâncias tornou-se um desafio para a gestão prejudicando a comunicação via radiofonias que se encontravam defeituosas, as ambulâncias localizadas em polos-bases estrategicamente escolhidos e uma terceira na sede do projeto para o atendimento das aldeias mais próximas da capital não eram suficientes para atenderem a demanda. O setor de transportes responsável pelo traslado dos pacientes referenciados para a CASAI ou unidades hospitalares da rede pública da capital e seu retorno às comunidades de origem. A ausência dos mesmos foi um dos principais problemas identificados, o que impossibilitava a ida dos profissionais a área para desenvolverem as atividades planejadas gerando a crise no modelo de gestão da saúde não só em Roraima bem como, em todo o Brasil. As crises tiveram repercussão em 2004 com diversas manifestações das lideranças indígenas, que elaboraram documentos solicitando medidas urgentes para saúde indígena conforme o documento abaixo:

“Nós lideranças indígenas dos povos macuxi, Ingaricó, WaiWai, Taurepang, Wapichana, Sapará e Patamona reunidos em Boa Vista para lutar por saúde indígena. Estamos extremamente preocupados com a gravidade que se avança na situação da saúde indígena no estado de Roraima em que se encontram nossos povos indígenas morrendo por problemas na assistência a saúde de nossas comunidades. Nossa população e no total hoje mais de 32. 000 mil indígenas vivendo em 260 comunidades pertencentes ao Distrito Sanitário Indígena do Leste de Roraima. Nas nossas comunidades nos anos de 2000 a 2003 diminuíram muito os casos de doenças, como malária, tuberculose, leishmaniose, diarreias e pneumonias. Em 2000 e 2005 os problemas de saúde indígenas voltaram a aumentar. No primeiro semestre deste ano aconteceu, 176 casos de malária nas comunidades indígenas, sendo a maioria localizado nas áreas de fronteiras com a Guiana e Venezuela, onde o acesso é difícil necessitando apoio de aeronaves. A mortalidade também continua alta atingindo principalmente nossas crianças, onde aconteceram 19 mortes no primeiro semestre deste ano com um coeficiente de mortalidade infantil de 35 por mil nascidos vivos. Consideramos que para resolver todos esses graves problemas é preciso ter como coordenador regional da Funasa em Roraima uma pessoa que mereça a confiança e a aprovação das lideranças e organizações indígenas (CIR-FUNASA, 2004).

Diversos documentos foram enviados as autoridades pelos Conselho Indígena de Roraima/CIR, demonstrando a insatisfação que os povos indígenas tinham diante da situação caótica em que se encontrava a gestão no Distrito Sanitário Especial do Leste de Roraima/DSL. Os processos políticos e burocráticos afetavam constantemente, o modelo que havia sido planejado para que fosse eficiente. Na tabela abaixo é possível visualizar os principais problemas que geraram as crises na gestão da saúde e também os fatores positivos que ocorreram na gestão nos DSEI's e no DSL/RR.

Quadro 4- Principais crises e avanços no DSEI/LESTE

Principais resultado da crises na gestão do DSEI/LESTE	Principais avanços na gestão do DSEI/LESTE
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ineficiência no atendimento nas comunidades, com atraso das programação dificultando o atendimento; 2. Poucos recursos humanos para atender a demanda de 283 comunidades; 3. Morosidade burocrático no repasse dos recursos federais para os Dseis via conveniada; 4. Comunidades sem atendimentos; 5. Pagamento de profissionais atrasados; 6. Problema logísticos de acesso às regiões distantes nas abrangências das fronteiras com Guiana e Venezuela que ocorre por meio de aeronaves; 7. Sucateamentos dos transportes terrestres; 8. Atraso na entrega de medicamentos e formulários devido demasiada burocracia do setor público; 9. Equipamentos de comunicação com radiofonias para atendimento saturados; 10. Falta de compromisso das instituições que compõe o conselho distrital para discutir a gestão da saúde (municípios). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Criação do Conselho Nacional dos Povos Indígenas/CNPI onde são discutido e cobrado as ações para a saúde, educação, terra, meio ambiente dentre outros assunto de interesse dos povos indígena no Brasil; 2. Capacitação de profissionais e formação de 372 Agentes Indígenas de Saúde; 3. Renovação do convênio entre a FUNASA e o Conselho Indígena de Roraima/CIR; 4. Composição dos Conselheiros Regionais de Saúde na representação nacional de saúde indígena cobrando e avaliando melhores condições e atenção voltada a saúde diferenciada e de qualidade para os povos indígenas; 5. Reestruturação e ampliação da CASAI; 6. Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena/SESAI.

5. Conclusão

Com a realização da pesquisa foi possível identificar algumas falhas que levou as crises na gestão do DSEI/LESTE no período de 1996 a 2006, tendo como umas das principais causas a deturpação do modelo original da gestão, que previa autonomia política, administrativa e financeira para os DSEI's. Na prática se observou um atrelamento aos interesses políticos partidários, que reforçou a tendência à municipalização do atendimento a saúde indígena e o constante loteamento de cargos dentro da Funasa, começando pela presidência do órgão, passando pelo DESAI até os DSEI's. Talvez essa ingerência política explique o fato de a cada ano o governo ampliar os investimentos na saúde indígena, chegando em 2006 a R\$ 450 milhões, sem conseguir melhorar as estatísticas de mortalidade infantil, tuberculose, malária e outras doenças que afetam as populações indígenas do país. Ou seja, as crises na gestão não ocorriam devido a falta de recursos financeiros nem no modelo que ocorria via terceirização e sim por falta de gestores comprometidos com a ética e responsabilidade frente à demanda dos povos indígenas. Conforme a (funasa, 2002) o volume de recursos disponibilizados cresceu extraordinariamente nos últimos anos, evoluindo-se rapidamente de um patamar de R\$ 20.000.000,00, em 1998 para mais R\$ 200.000.000,00 no ano de 2004.

A ineficiência na gestão gerou a morosidade no repasse dos recursos financeiros para a coordenação regional/CORE responsável pela administração dos recursos que por vez repassava a conveniada retardando as execuções das atividades no DSEI/LESTE. A não consideração às tomadas de decisões do controle social também foi um dos fatores que motivou a ocorrência das crises, tendo em vista que o conselho é formado por lideranças indígenas representantes das bases e conhecedores de suas realidades. A ingerência afetou a infra-estrutura nas nove regiões do DSEI/LESTE, com diversas reclamações referente ao processo burocráticos na compra de medicamentos, contratação de recursos humanos e a infra-estrutura e logística que se encontrava em condições precárias. Para superar a situação foi necessária mudança no modelo de atenção a saúde indígena criando a SESAI para garantir a autonomia administrativa dos DSEI's e o fortalecimento do controle social.

A análise das entrevistas com as lideranças indígenas e instituições, possibilitou verificar que, para que houvesse uma gestão eficiente na saúde indígena era necessária a garantia do subsistema de atenção diferenciada, continuidade da gestão federal, garantia ações do saneamento básico nas áreas indígenas, garantia de inserção da política de saúde indígena no conjunto de ações do Ministério da Saúde, abertura do canal direto entre o diretor do DESAI e o ministro da saúde, eliminar indicações políticas para os cargos nos ministérios. Indicação de diretor no DESAI com perfil determinado por capacidade de gestão, conhecimento da questão indígena, capacidade de articulação com o Ministério da saúde e movimento indígena, capacidade de solucionar a situação precária dos recursos humanos, garantir autonomia administrativa dos DSEI's transformando-os em unidades gestoras com atribuições orçamentárias e financeiras, respeito e fortalecimento do controle social, nas tomadas de decisões e formalização de acordo com escolas técnica do SUS para capacitação continuada dos agentes indígenas de saúde e dos profissionais. Comparada aos demais DSEI's no Brasil conforme o quadro 4, o DSEI/LESTE teve alguns avanços como a formação de 372 agentes indígenas de saúde/AIS em parceria com a escola técnica do SUS e outras

demandas apontadas. A atual política de gestão da saúde indígena vem sendo coordenada pela SESAI executando as políticas de saúde no âmbito nacional, é necessária a continuidade da pesquisa no novo modelo da gestão para analisar as práticas atuais.

Referências

- _____.BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. **Regulamento dos pactos pela vida e gestão/** Ministério da Saúde 2006. 9 série A. Normas e Manuais Técnicos). Editora MS. 2006/0257.
- CALLE, Juárez: **Modelo de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones praticas antropologicas social.** 1987.
- CROZIER, Michel: **O Fenômeno burocrático**, vol. 2 coleção sociedade moderna, ed. UNB, 1981.
- COSTA, Confaloniere. **O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada.** Caderno de saúde pública vol. 5 n.4 Rio de Janeiro.1989.
- DENIZI, R.; ARAÚJO, R.; CECÍLIO, L. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde.** Edição da NOB, UNIFESP, 1996.
- _____.FUNDAÇÃO, Nacional de Saúde. **100 Anos de Saúde Publica: A visão da Funasa/** Fundação Nacional da Saúde 1º impressão Brasília: Fundação Nacional de Saúde ano 2006.
- GIOSA, Lívio, Antonio: **Terceirização: Uma Abordagem Estratégica** - 5a ed. Rev. e ampliada, São Paulo: Pioneira Thomsom learning, 2003.
- KISIL, Marco. **Gestão da mudança organizacional**, vol. 4 colaboração de Tânia Regina G. B Pupo. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (série saúde e cidadania).
- MAGALHÃES, Dias. **A experiência do Distrito Leste Sanitário Yanomami reflexões sobre o Estado e a saúde indígena.** Novembro de 2001.
- MAGALHAËS, Edvard. (org) **Legislação Indigenista Brasileira e Normas Correlatadas** 3 ed. – Brasília: Funai/CGDOC, 2005.700p.
- MARQUES, Irânia. **Departamento de Atenção à Saúde Indígena-SESAI/MS.** 2010 Brasília DF.
- _____.REFERENCIAL para a formação de agentes comunitários indígenas de saúde/proposta elaborada pela Associação Saúde sem Limites. São Paulo: Saúde Sem limites, 2005.
- RELATÓRIOSde Atividades Convênio CIR/FUNASA
Anos: 1999/2000/2001/2002/2003/2004/2005/2006.
- SAMPAIO, S.; GARNELO, L. **Organizações indígenas e distritalização sanitária: Os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde.** Cad. Saúde Pública, Scielo, 2005.
- Secretaria Especial de Saúde Indígena. Disponível em: www.sesai.gov.br acesso em 24/06/2013.