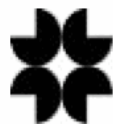




Institute of
Development Studies



SAÚDE SEM LIMITES



Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CEBRAP

Consórcio IDS-SSL-Cebrap

Modelo de Monitoramento e Avaliação da Saúde Indígena

Abril de 2009

Créditos

Equipe do Componente Monitoramento & Avaliação:

Rômulo Paes-Sousa (coordenador), Henry Lucas (consultor internacional) e Marta Azevedo

Siglário

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ABEP - Associação Brasileira de Estudos Populacionais

AIS - Agente Indígena de Saúde

AISAN – Agentes Indígena de Saneamento
COMOA – Coordenação de Monitoramento de Ações e Serviços

DECIT – Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde

DESAI – Departamento de Saúde Indígena

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

ENAP - Escola Nacional de Governo

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

Funai – Fundação Nacional do Índio

Funasa – Fundação Nacional de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde

MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

M&A – Monitoramento e Avaliação

MEC - Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SCNS – Sistema do Cadastro Nacional de Saúde

SIA (APAC/BPA) – Sistema de Informações Ambulatoriais

SIASI – Sistema de Informação de Saúde Indígena

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério de Saúde

UF – Unidade da Federação

Sumário

Apresentação.....	5
Diretrizes e estratégias do modelo de avaliação e monitoramento (M&A) da saúde indígena.....	6
1 Conceitos.....	9
1.1 Monitoramento de programas.....	9
1.2 Variáveis.....	10
1.3 Indicadores.....	10
1.4 Avaliação de programas.....	13
2 Objetivos do sistema de Monitoramento e Avaliação.....	15
3 Organização do sistema.....	16
3.1 O subsistema de monitoramento.....	16
3.1.1 Estruturação da base de dados.....	17
3.1.2 Plano de coleta e análise dos dados.....	19
3.1.3 Desenvolvimento de ferramentas informacionais.....	23
3.1.4 A construção de indicadores.....	26
3.1.5 Articulação dos sistemas de monitoramento e avaliação da atenção à saúde com os sistemas de organização, gestão e financiamento.....	31
3.2 O subsistema de avaliação.....	37
4 Estratégia de disseminação do sistema de M&A.....	40
5 Recomendações Finais.....	45
6 Referencias bibliográficas.....	47
Anexo.....	48
Quadro 4 Proposta de indicadores de monitoramento.....	48

Sistema de Monitoramento e Avaliação da Saúde Indígena

Apresentação

O objetivo desta consultoria quanto ao tema em foco é identificar as falhas de avaliação e monitoramento e apresentar recomendações para que se amplie a capacidade de monitoramento e avaliação do Subsistema de Saúde Indígena. Na etapa de diagnóstico, procuramos evidenciar as falhas do sistema de M&A da saúde indígena. No presente texto enfatizaremos as sugestões para desenvolvimento do sistema.

Inicialmente, apresentamos de forma sumarizada as diretrizes e estratégias de enfrentamento dos problemas citados ao longo do texto. Depois, trataremos dos conceitos básicos necessários ao entendimento da proposta. A principal mensagem é que o sistema de M&A trata de vigiar as políticas, programas e ações de saúde pública. Não se confundindo, portanto, com sistemas administrativos ou de auditorias.

A seguir, trataremos da organização e do conteúdo do modelo. O aspecto central é desenvolver o modelo composto por um sistema de M&A. Este se dividirá em subsistemas específicos: um de monitoramento, outro de avaliação. É importante que dados e conhecimentos produzidos estejam integrados ao processo de produção de políticas e programas de saúde. Dessa forma, se evitarão a constituição de corporação de avaliadores desconectados da operação das políticas e programas e desenvolvimento de conhecimento irrelevante para o subsistema de saúde indígena.

O subsistema de monitoramento estará voltado para o acompanhamento rotineiro das metas. Deverá aprimorar os métodos e codificação dos dados, reforçar rotinas de coleta de dados, melhorar os fluxos e ferramentas do subsistema, e buscar integração com outros sistemas de monitoramento das condições de saúde e de determinantes sociais da saúde.

Quanto ao subsistema de avaliação, duas grandes iniciativas devem ser realizadas: interagir com o DECIT na definição de agenda de estudos de avaliação da saúde indígena; e realizar estudos próprios através de contratação de intuições de pesquisa acadêmica ou aplicada.

Ao final, apresentamos estratégia de disseminação das funções M&A calcada na disseminação dos conhecimentos adquiridos através de diferentes mídias e na formação de recursos humanos.

Diretrizes e estratégias do modelo de avaliação e monitoramento (M&A) da saúde indígena

Diretrizes/Metas	Estratégias
1 - Implementar o sistema de M&A de saúde indígena	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar o subsistema de monitoramento, que busca o acompanhamento contínuo, regular e sistemático do desenvolvimento dos programas em relação a seus objetivos e metas. Busca prover informações sobre programa para seus gestores, permitindo a adoção de medidas corretivas para melhorar sua operacionalização. • Implementar o subsistema de avaliação, visando compreender os resultados da implementação dos programas de saúde indígena. Ele busca agregar qualidade a estes programas.
2 – Apoiar-se no sistema de M&A para o aperfeiçoamento da gestão da saúde indígena.	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar a capacidade de formulação estratégica, incluindo: o aprimoramento de sistemas de identificação de populações e áreas vulneráveis, acompanhamento, avaliação e divulgação dos resultados e do desempenho institucional; • Melhorar o provimento de informações adequadas à formulação de política de saúde indígena; • Favorecer a transparência, controle social, prestação de contas e conduta ética na gestão pública; • Aperfeiçoar a alocação de recursos para o alcance dos resultados desejados; • Identificar sistemas de informação, aprendizado, competências e conhecimentos necessários à excelência dos processos organizacionais; • Auxiliar na formação e capacitação de pessoal em todos os níveis envolvidos no uso e desenvolvimento de sistemas de informação e metodologias de avaliação e monitoramento de políticas de saúde indígena

Diretrizes/Metas	Estratégias
<p>3 – Atuar de forma sinérgica, organizando as iniciativas de monitoramento e avaliação, desenvolvidas pela FUNASA e demais órgãos do Ministério da Saúde, em um modelo integrado e racional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar as metodologias, ferramentas tecnológicas, e políticas de fomento ao estudo da saúde dos povos indígenas na implementação do Modelo de M&A; • Envolver os agentes desenvolvedores das experiências já consolidadas na definição e revisão do novo modelo. Técnicos da COMOA/Funasa, DECIT, DATASUS, representantes dos DSEIs, agentes de saúde, e lideranças indígenas; • Considerar iniciativas de produção de dados e informações referentes aos determinantes sociais da saúde, que são produzidos pelas seguintes instituições: FUNAI, IBGE, INEP e Ministério do desenvolvimento Social e Combate à Fome.
<p>4 – Garantir a comunicação entre todas as bases de dados e sistemas informacionais de interesse do subsistema de monitoramento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir o registro das variáveis abaixo em todas as bases de dados relacionadas ao subsistema de monitoramento: <ul style="list-style-type: none"> a) Individualização do usuário do subsistema de saúde indígena quanto a sua condição de ser índio pertencente a um determinado povo. O SIASI registra as variáveis “etnia” e “aldeia”, que são fundamentais para descrição sintética das condições sociais e culturais em que o indivíduo em questão está imerso. A variável aldeia é simultaneamente uma variável de identificação do indivíduo e do espaço onde habita. b) A identificação espacial do lugar em que reside o usuário. O SIASI registra as variáveis “aldeia”, “pólo base” e DSEI. É um aspecto diferenciador dos demais sistemas de informação demográficos e de saúde. Os primeiros têm no setor censitário o menor nível de agregação espacial possível. Os últimos permitem a agregação em município. Ambas as alternativas são insuficientes para representar, tanto a dinâmica sócio-espacial das populações indígenas, como a forma de organização espacial dos serviços de atenção à saúde indígena.
<p>5- Aumentar a qualidade e usabilidade das ferramentas básicas para a construção do subsistema de monitoramento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir a conexão à Internet: as ferramentas só ganharão credibilidade se dispuserem de modulo de alimentação via Internet. • Articular a capacitação em gestão de políticas com a de M&A. • Desenvolver Módulos de identificação para os do DATASUS. Os sistemas de mortalidade, nascidos vivos, morbidade, segurança alimentar, etc., não possuem informações de identificação étnico-espacial adequada dos usuários indígenas. Dessa forma, a estrutura de coleta de dados do sistema de M&A de saúde indígena poderia alimentar adequadamente estes sistemas, que pelo seu turno, permitiriam comparações entre indicadores de saúde indígena com os indicadores da sociedade envolvente. É importante notar que dados demográficos, de morbimortalidade, de segurança alimentar, podem ser processados pelos sistemas já existentes (SIM, SINASC, SISVAN, etc.). O foco do sistema de M&A indígena deve ser nos indicadores de políticas, programas e ações de saúde indígena. • Revisão do SIASI para que alcance os requisitos tecnológicos já alcançados pelos sistemas de informação de saúde mais antigos (SIM, SINASC, SISVAN, etc.).

Diretrizes/Metas	Estratégias
6- Construir indicadores de monitoramento a partir do desenvolvimento de rotinas de elaboração e revisão periódica dos indicadores.	<ul style="list-style-type: none"> • Listar os objetivos dos programas. • Levantar junto aos gestores dos programas e participantes do controle social as principais necessidades e problemas de cada programa. • Definir quais os efeitos relevantes esperados. • Definir rotinas para debate dos resultados e divulgação dos mesmos. • Vincular a variação nos indicadores definidos a incentivos positivos e negativos para os operadores dos programas e ações de saúde indígena.
7- Apoiar o subsistema de avaliação em estudos realizados por instituições independentes	<ul style="list-style-type: none"> • Interagir com o DECIT na definição de agenda de estudos de avaliação da saúde indígena. • Realizar estudos próprios através de contratação de intuições de pesquisa acadêmica ou aplicada.
8- Instituir política de formação e capacitação vinculada à estratégia mais geral de formação e capacitação em saúde indígena	<ul style="list-style-type: none"> • Estruturar cursos em três níveis de complexidade dos conteúdos (operacional, melhores práticas e fundamentos), utilizando abordagens diversas: no interior de encontros nacionais, cursos à distância, cursos de pós-graduação lato senso. • Disseminar as melhores práticas de M&A através de mídias específicas • Produzir e distribuir material didático sobre métodos de M&A, explorando conteúdos de menor complexidade
9 – Desenvolver e implementar política de disseminação de resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar várias mídias para disseminação dos resultados: <ul style="list-style-type: none"> ○ Revista técnica voltada aos achados das avaliações ○ Newsletters voltados aos estudos descritivos ○ Relatório estatístico anual voltado à apresentação das estatísticas oficiais da saúde indígena ○ Boletins eletrônicos voltados à divulgação de oportunidades de formação e capacitação, usos de ferramentas e métodos, melhores práticas • Produzir materiais (newsletters e seções do boletim eletrônico) nas línguas dos grupos étnicos mais numerosos, permitindo maior aproximação dos falantes dessas línguas com o tema e permitindo o desenvolvimento dessas línguas • Aumentar o relacionamento com a comunidade acadêmica através do apoio e participação em eventos científicos e da permissão do uso de dados e informações do subsistema para a realização de trabalhos acadêmicos

I Conceitos

Esta seção busca precisar os conceitos que serão usados ao longo do texto. Embora os aspectos mais gerais do monitoramento e da avaliação sejam de conhecimento da maioria dos gestores públicos e acadêmicos, existem diferenças conceituais sobre aspectos particulares dos temas. O sentido desta seção é situar de onde fala o autor, quais suas premissas e afiliações conceituais. Por razões óbvias, o debate conceitual propriamente dito não será tratado neste texto.

I.1 Monitoramento de programas

Começaremos pelo conceito de Monitoramento. É uma das funções da administração que consiste no acompanhamento contínuo, regular e sistemático do desenvolvimento dos programas em relação a seus objetivos e metas. Busca prover informações sobre programa para seus gestores, permitindo a adoção de medidas corretivas para melhorar sua operacionalização. É realizado por meio de indicadores, construídos a partir de bases dados próprias ou de terceiros. O termo programa deve ser entendido, nesta seção, como qualquer tipo de intervenção ou grupo de atividades visando atingir determinados objetivos, tais como: resposta a demandas sociais reconhecidas ou resolução de problemas identificados.

O conceito de monitoramento pode se referir a dois processos distintos, ainda que interligados (Vaitsman e cols, 2006). Pode se referir tanto a processos remotos, realizados através da observação de dados secundários, como a atividades presenciais, quando se lança mão de metodologias distintas (checagem de documentos, entrevistas com usuários e gestores, etc.) para a observação de implementação de programas e políticas em contextos locais. Este último tipo apóia-se em pesquisas rápidas, constituindo-se no método de eleição dos organismos de controle interno de nível federal.

É importante destacar que um sistema de monitoramento de programas não é a mesma coisa que um sistema de informação gerencial, ainda que os dados utilizados se constituam em fonte comum para a estruturação dos dois sistemas. A diferença básica está nos distintos objetivos de cada sistema.

1.2 Variáveis

Utilizam-se indicadores para medir as mudanças referentes aos fenômenos e processos sociais. Os componentes básicos de qualquer indicador são as variáveis. Estas se referem a qualquer atributo ou evento para o qual se faz mensuração individualizada para cada unidade de análise, seja ela referente a um indivíduo ou a grupos de indivíduos.

Em atividades de monitoramento, a coleta das variáveis pode ser de rotina ou periódica. A coleta de *rotina* implica a existência de um sistema contínuo de levantamento de dados. O Sistema de Informação de Mortalidade e o Sistema de Informação de Nascidos Vivos realizam a coleta de rotina de seus respectivos conjuntos de variáveis. A coleta *periódica* refere-se ao levantamento realizado em determinados intervalos de tempo. Por exemplo, o Censo Populacional é o exemplo mais conhecido de coleta periódica, ocorrendo decenalmente.

1.3 Indicadores

Indicador é um tipo especial de variável (ou conjunto de variáveis) que permite a aferição direta ou estimada, ou mesmo uma observação classificável capaz de representar um determinado fenômeno. Em saúde pública, os indicadores buscam representar: a exposição de populações aos fenômenos sociais, econômicos e biológicos que interferem na saúde, os perfis demográfico e epidemiológico e a resposta social organizada a esses fenômenos, isto é, as políticas sociais.

Quanto à sua construção, os indicadores podem ser simples ou compostos. O indicador *simples* inclui uma única variável. Por exemplo, o nível de escolaridade é calculado a partir do número de anos de educação formal em relação ao grupo etário determinado da população. Os indicadores *compostos* incorporam mais de uma variável. Estes são por vezes denominados índices. Por exemplo, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) inclui simultaneamente características da educação, da renda e da longevidade da população de determinadas unidades geográficas.

O Quadro I apresenta uma síntese de características de indicadores simples e compostos.

Quadro I. Características de indicadores simples e compostos

Característica	Indicadores	
	Simples	Compostos
Número de variáveis incluídas	Uma	mais que uma
Definição	Simple	complexa
Dimensões incluídas na representação do fenômeno	Restrita	mais ampla
Peso das variáveis incluídas	Não aplicável	recomendável
Interpretação	Simple	complexa
Disponibilidade das variáveis	Maior	menor
Validade externa das comparações (generalização)	Mais ampla	mais limitada
Reprodutibilidade	Mais ampla	mais limitada

Em geral, quando comparados aos indicadores simples, os indicadores compostos são de construção e interpretação mais difícil, além de implicar esforço metodológico maior para garantir validade externa e reprodutibilidade quando usado de forma mais ampla em diferentes grupos de estudo. Além disso, a atribuição de pesos é recomendável para as variáveis que compõem um indicador composto de maneira a refletir a importância dada a cada uma destas variáveis como contribuintes daquilo que se deseja mensurar com o indicador. Assim, por exemplo, como diferentes variáveis contribuem de maneiras diferentes para a qualidade de vida das pessoas, também devem ser variáveis os pesos com que elas contribuem para a construção de um indicador composto de qualidade de vida. Por outro lado, se não se

atribui nenhum peso - ou o mesmo peso - a todas as variáveis de um indicador de qualidade de vida, se estará sobrevalorizando as variáveis menos relevantes ao processo em estudo. Cuidado também deve ser tomado quanto à redundância de variáveis que compõem um indicador composto. Estes procedimentos implicam maior complexidade a metodologia de cálculo do indicador.

Quanto ao aspecto descritivo, os indicadores de monitoramento podem ser classificados como de:

- a) Estrutura – que são relativos à execução físico-financeira, à infra-estrutura, etc.;
- b) Processos – que são relativos às etapas/relações que fazem parte da implementação do programa;
- c) Resultados – que se referem à execução das metas do programa.

Quanto a sua unidade de análise, os indicadores podem referir-se aos indivíduos ou aos agregados de indivíduos. Agregados de indivíduos podem ser definidos com base nos locais onde eles habitam ou estudam, em períodos de tempo ou em outra característica ou atributo que defina um traço comum de interesse ao agregado.

A escolha e construção dos indicadores devem considerar os seguintes atributos:

- a) *Validade*: capacidade de o indicador medir o fenômeno que se pretende medir;
- b) *Confiabilidade*: qualidade dos dados que servem de base para o cálculo do indicador;
- c) *Sensibilidade*: deve ser sensível o bastante para captar o atributo que se pretende captar em relação a pessoas ou fenômenos;
- d) *Desagregação espacial*: o nível territorial ao qual se refere o indicador;
- e) *Periodicidade*: intervalo de tempo em que o indicador é atualizado. Isso depende, por sua vez, da periodicidade com que o dado bruto é registrado na base de dados original.

Também devem ser considerados na escolha de indicadores: a simplicidade de sua construção, a disponibilidade das variáveis que o compõe, a oportunidade de sua construção, e o seu poder de discriminação.

I.4 Avaliação de programas

Avaliação de programas refere-se na aplicação sistemática da metodologia científica para análise da conceituação, desenho, implementação e uso dos programas de intervenção social.

Os estudos de avaliação podem ter como objeto as seguintes dimensões (DRAIBE, 2001):

- a) *Processos*: estudos sobre os pontos que favorecem ou dificultam os processos de implementação da política ou programa, aí incluídos seus desenho, dimensões organizacionais e institucionais.
- b) *Resultados*, que englobam:
 - *desempenho* (ou resultados em um sentido estrito, *outputs*): que se referem aos “produtos” do programa, tais como definidos em suas metas;
 - *impacto*: que se refere a mudanças na situação dos beneficiários, provocadas diretamente pelo programa. As avaliações de impacto procuram, por meio de desenhos quase-experimentais, comparar dois grupos similares da população, medindo as diferenças observadas entre os dois grupos, decorrentes da exposição e da não-exposição a um programa.
 - *efeitos*: referem-se a outros resultados sociais ou institucionais do programa, que acabam se produzindo em decorrência do programa. Tratam-se tanto de resultados esperados, como de resultados não previstos.

O Quadro 2 apresenta uma comparação das características das funções de monitoramento e de avaliação.

Quadro 2. Comparação entre as principais características dos subsistemas de monitoramento e de avaliação

Característica	Monitoramento	Avaliação
Processo	Contínuo	Descontínuo
Foco	Implementação e produtos	Implementação e resultados
Fontes de informações	Procedimentos de rotina/Ferramentas eletrônicas	Estudos
Produção de dados	Regular	Irregular
Aplicações	Rotina administrativa	- Aprendizado - Melhorias na implementação - Accountability - Planejamento e alocação de recursos
Indicadores	Estrutura, processo e resultado	Os mesmos desde que haja repetição na coleta dos dados

2 Objetivos do sistema de Monitoramento e Avaliação

Embora alguns objetivos do sistema de M&A já tenham sido mencionados na seção acima, exploramos este tema com maior profundidade nesta seção.

A implementação do sistema de M&A deverá permitir a instituição gestora da política de saúde indígena alcance os seguintes objetivos gerais:

1. Desenvolver e implementar instrumentos de avaliação e monitoramento das políticas programas e ações de saúde indígena;
2. Elaborar, propor, coordenar e apoiar a implementação de planos, programas, projetos e ações de avaliação e monitoramento da saúde indígena.

Em relação aos objetivos específicos temos:

1. Ampliar a capacidade de formulação estratégica, incluindo: o aprimoramento de sistemas de identificação de populações e áreas vulneráveis, acompanhamento, avaliação e divulgação dos resultados e do desempenho institucional;
2. Melhorar o provimento de informações adequadas à formulação de política de saúde indígena;
3. Favorecer a transparência, controle social, prestação de contas e conduta ética na gestão pública;
4. Aperfeiçoar a alocação de recursos para o alcance dos resultados desejados;
5. Identificar sistemas de informação, aprendizado, competências e conhecimentos necessários à excelência dos processos organizacionais;
6. Auxiliar na formação e capacitação de pessoal em todos os níveis envolvidos no uso e desenvolvimento de sistemas de informação e metodologias de avaliação e monitoramento de políticas de saúde indígena

3 Organização do sistema

O sistema de Monitoramento e Avaliação proposto é constituído por dois subsistemas: o de monitoramento e o de avaliação. Os dois subsistemas, embora relacionados, são independentes entre si e organizados com base em distintos procedimentos, metodologias e instrumentos. A seguir, descrevemos os componentes e a metodologia de construção dos dois subsistemas.

3.1 O subsistema de monitoramento

O objetivo principal da construção do sistema de monitoramento de programas é a instituição de um processo contínuo de acompanhamento do desempenho dos programas em relação às metas, de forma que resultados possam ser medidos por meio de indicadores produzidos regularmente com base em diferentes fontes de dados e disponibilizados *on line*. Uma característica típica desse tipo de sistema é sua alta complexidade. Precedendo a sua implementação, é preciso estabelecer uma série de definições quanto aos procedimentos de coleta e fontes utilizadas. O pleno funcionamento do sistema exige: a estruturação de uma base de dados adequada, a construção de indicadores de programas, e a adequação de ferramentas informacionais para o tratamento da informação.

A COMOA vem implantado o subsistema de monitoramento voltado a saúde indígena. Seus pontos positivos estão no conhecimento da atenção à saúde indígena e desenvolvimento das funcionalidades necessárias a um subsistema de monitoramento. Estes esforços estão materializados no SIASI. Suas principais debilidades estão na ausência de pessoal na unidade central, implementação incompleta da ferramenta, sobretudo de algumas funcionalidades, em toda a rede de atendimento e déficits tecnológicos presentes na ferramenta.

Não obstante, o conhecimento adquirido permite que a unidade assuma a condição de coordenação do subsistema de monitoramento. Caso reforçada com

recursos humanos e financeiros, ela poderá elevar o SIASI a um patamar superior aos produtos desenvolvidos pelo DATASUS. Observa-se que os técnicos responsáveis estão cientes da obsolescência técnica das ferramentas informacionais da saúde, que demandam desenvolvimento quanto: à navegabilidade, à amigabilidade e à interoperabilidade. Para tanto, é muito importante que esta unidade de monitoramento reduza o escopo de indicadores que deseja implantar, focalizando os que específicos do subsistema de saúde indígena e apoiando-se nos sistemas do DATASUS, quando se tratar de dados que possam ser fornecidos por este, conforme descrevemos mais abaixo.

Detalhamos a seguir os aspectos essenciais do subsistema de monitoramento.

3.1.1 Estruturação da base de dados

A principal matéria-prima de um sistema de monitoramento de programas sociais são os dados operacionais dos programas. No caso do subsistema de saúde indígena, é preciso considerar as duas variáveis que permitem a discriminação estatística de seus usuários:

- a) Individualização do usuário do subsistema de saúde indígena quanto a sua condição de ser índio pertencente a um determinado povo. O SIASI registra as variáveis “etnia” e “aldeia”, que são fundamentais para descrição sintética das condições sociais e culturais em que o indivíduo em questão está imerso. A variável aldeia é simultaneamente uma variável de identificação do indivíduo e do espaço onde habita.
 - É necessário ainda que cada indivíduo possua código que seja reconhecível pelos sistemas de maior utilização destes usuários. A solução adotada pelo grupo 3 do GT de transição (MS, 2009) parece apontar para adoção do sistema de códigos do cartão SUS, que por sua vez guarda identidade com o sistema de numeração adotado pelo Cadastro Único. Trata-se de uma boa solução desde que se reveja o processo de crítica do sistema de cadastramento, para evitar a redundância no registro de um indivíduo, e se defina uma rotina de recadastramento anual, como recomendamos mais adiante.
- b) A identificação espacial do lugar em que reside o usuário. O SIASI registra as variáveis “aldeia” e “pólo base”. É um aspecto diferenciador dos demais sistemas

de informação demográficos e de saúde. Os primeiros têm no setor censitário o menor nível de agregação espacial possível. Os últimos permitem a agregação em município. Ambas as alternativas são insuficientes para representar, tanto a dinâmica sócio-espacial das populações indígenas, como a forma de organização espacial dos serviços de atenção à saúde indígena.

A ausência de registro dessas variáveis diluirá os dados sobre povos indígenas e seus espaços nas variáveis genéricas “índio ou indígena”, “município” e “área rural”. A principal consequência é impossibilidade de desenvolvimento de um sistema centralizado de monitoramento e gestão. Para dar conta dessa dificuldade, o nível subnacional acabará por manter sistemas paralelos onde essas variáveis estarão presentes, mas, pelo fato de não se articularem com o nível central, não possibilitarão o desenvolvimento de um sistema integrado e padronizado.

As variáveis “nome da pessoa”, “nome do pai”, “nome da mãe”, presentes no SIASI, possuem rotina fonética em processo de consolidação. Ainda que tal rotina apresente algumas dificuldades já mencionadas (PAES-SOUSA, 2008) de conversação com sistemas convencionais, indica um avanço importante na área. Os sistemas convencionais de dados em saúde não possuem rotinas de grafia de nomes nas línguas indígenas.

O Quadro 3 indica as variáveis de identificação originais do SIASI referente aos atributos ser índio e residir em área indígena.

Quadro 3. Variáveis ou rotinas fonéticas originais do SIASI quanto aos atributos dos indivíduos e do espaço

Indivíduo		Espaço
Atributos	Rotinas	Atributos e rotinas
Aldeia	Nome da pessoa	Aldeia
Etnia	Nome do pai	Pólo base
	Nome da mãe	DSEI

A ausência da precisão étnica e sócio-espacial nos outros sistemas de saúde impede que os dados produzidos por outros órgãos sejam utilizados com frequência pelos gestores do subsistema de saúde indígena. Com efeito, os dados produzidos pelo DATASUS, IBGE, MEC, e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

(MDS), são de uso limitado para os que gerenciam o subsistema. Isto não deverá se alterar enquanto esses produtores de dados da situação social e de saúde dos indígenas não desenvolver, em seus sistemas de informação, módulos de identificação sócio-espacial adequados aos indígenas.

3.1.2 Plano de coleta e análise dos dados

Nesta seção, o plano de coleta e análise de dados será tratado a partir da distinção de três aspectos relacionados ao processo de execução desta atividade: fluxo de dados, processo de coleta de dados e análise dos dados. Começaremos pelo fluxo dos dados, já que aí reside o aspecto no qual o subsistema de monitoramento da FUNASA pode apresentar melhorias mais imediatas.

O fluxo de dados tem como centro articulador o pólo-base. Este recebe as planilhas referentes ao SIASI. Os pólos consolidam ainda dados a serem enviados: à COMOA, ao Ministério da Saúde, e às prefeituras. A Figura 1 indica o processo de tramitação dos dados entre as unidades da FUNASA e demais agentes intervenientes na provisão de serviços de saúde indígena.

O processo de coleta não possui um fluxo de agregação progressiva da micro-área até o nível central. Além disso, o SIASI permite apenas a consulta de dados, impedindo que seus usuários tenham maior interatividade com o Sistema.

O principal problema no fluxo é a ausência de rotinas adequadas para armazenamento dos dados. Abaixo, descrevemos quatro conseqüências da ausência dessas rotinas.

1. Redundância no registro de dados já coletados por outros sistemas. Isto ocorre nos dados referentes ao nascimento e ao óbito.
2. Concorrência com sistemas informais baseado em planilhas eletrônicas. Tratam-se de procedimentos onde não há padronização dos dados, não integração com o SIASI. Na Oficina de Cuiabá, alguns gestores informaram utilizar planilhas eletrônicas para suprir deficiências do SIASI. Alegam tratar-se de uma prática realizada em vários pólos, que o fazem de forma isolada.
3. A ausência da codificação individual permite repetidos registros por parte de um indivíduo. Fato registrado no relatório de diagnóstico.

4. Instabilidade no fluxo de dados entre os pólos-base e os municípios. Embora os gestores municipais necessitem de informações sobre as populações indígenas de seus territórios, e devam informar aos pólos dos atendimentos realizados pelo SUS a estas populações. O fluxo depende da interação dos governos municipais com a FUNASA. Em vários casos, conflitos de várias ordens impedem que este fluxo se dê com regularidade.

O plano de coleta de dados realizado pelo SIASI possui um aspecto importante que é a existência de um processo de coleta de dados associado à rotina dos serviços locais de saúde. É exatamente por estar associado à rotina dos serviços primários de saúde, dispõe de profissionais que possuem acesso aos usuários e conhecem os contextos culturais em que vivem. É uma vantagem do sistema que deve ser fortalecida, pois segue as melhores práticas dos sistemas de informação em saúde. Contudo, há que se reduzirem as deficiências formação dos profissionais mencionados, os hiatos entre a ocorrência do evento vital e o registro deste, e a consolidação de uma rotina de coleta dos dados.

Por exemplo, apesar dos AIS serem em geral da própria comunidade, eles não possuem nem formação escolar adequada nem treinamento suficiente para saber precisamente: os que estão preenchendo, para quem servem essas informações, qual seu destino, e, principalmente, os AIS não usuários dessas informações. De maneira que, não vêem muito sentido naquilo (Souza, 2008; Azevedo, 2009¹).

Os AIS no Alto Rio Negro, por exemplo, são responsáveis por mais de uma comunidade, tendo portanto que viajar em canoa própria ou em embarcação da FUNASA para outras comunidades para o preenchimento e atualização do cadastro de uma população que possui a grande mobilidade. Muitas vezes, os AIS não conhece toda a população de sua área de abrangência. E ainda, como o AIS tende a ser homem e jovem, as mulheres, comumente, não reportam a ele o nascimento de um filho, ou a morte de um parente².

Em outro DSEI observado, o Sudeste-Leste, numa comunidade guarani do litoral de SP, o AIS desconhece todas as famílias que saem e chegam da comunidade. É

¹ Não existe ainda bibliografia específica sobre a questão da formação dos AIS e sua relação com a coleta de informações nos DSEIs, e etnografias elaboradas sobre o sistema de coleta de informações do SIASI. As observações aqui registradas foram feitas por Marta Azevedo, em três viagens a campo para esta consultoria. Duas viagens foram para comunidades guarani do litoral de SP, DSEI Sudeste-Leste, em julho e agosto de 2008, e outra viagem a campo foi para o DSEI Alto Rio Negro, onde trabalho há 15 anos.

² Ver FOIRN, depto de Mulheres, relatório do VIII Encontro de Mulheres do Alto Rio Negro, outubro de 2008

amplamente sabido as famílias Guarani se mudam com muita frequência para visitar parentes, permanecendo até 2 anos na aldeia visitada. Portanto, esta mobilidade frequente dificulta que o AIS tenha domínio de todos os presentes na comunidade, que em geral é formada por 4 ou 5 tekoha (aldeia).

A partir das observações em dois DSEIs distintos e com povos indígenas diferentes, reforçamos a iniciativa da Funasa em implementar a melhoria da formação do AIS no que diz respeito a todas as suas atribuições.

Nossas recomendações são:

- a) Promover oficinas de formação para os AIS, AISAN, e equipes dos pólos base sobre a metodologia de coleta. É importante que estes sejam alertados para o preenchimento de todos os campos dos formulários, inclusive os relacionados aos nomes do pai e da mãe do indivíduo observado. É importante que se destaque a relevância das duas variáveis citadas para os estudos de fecundidade.
- b) Ampliar o acesso às tabelas e relatórios do SIASI aos envolvidos na coleta primária de dados. Convém, ainda que todos os envolvidos tenham acesso ao banco de dados e seus relatórios eletrônicos, para que possam fortalecer seus conhecimentos sobre o tema;
- c) Definir uma rotina de revisão do cadastro. Recomendamos que o cadastro seja revisto anualmente. Permitindo que o AIS reveja toda a população sob sua responsabilidade, especialmente seus novos “clientes”, advindos de processos migratórios ou nascimento. Sobre o grau de domínio de um AI sobre sua população de referência, deve-se observar o relatório de diagnóstico revisto sobre o sistema de M&A da FUNASA (Paes-Sousa, 2009).

Na seção seguinte trataremos das recomendações para a melhoria do SIASI, que impactará no fluxo de dados. Contudo, convém indicar desde já qual o fluxo que propomos para as informações de monitoramento do subsistema de saúde indígena. A Figura I indica o fluxo de dados proposto seguindo a hierarquização e territorialização proposto no modelo de atenção.

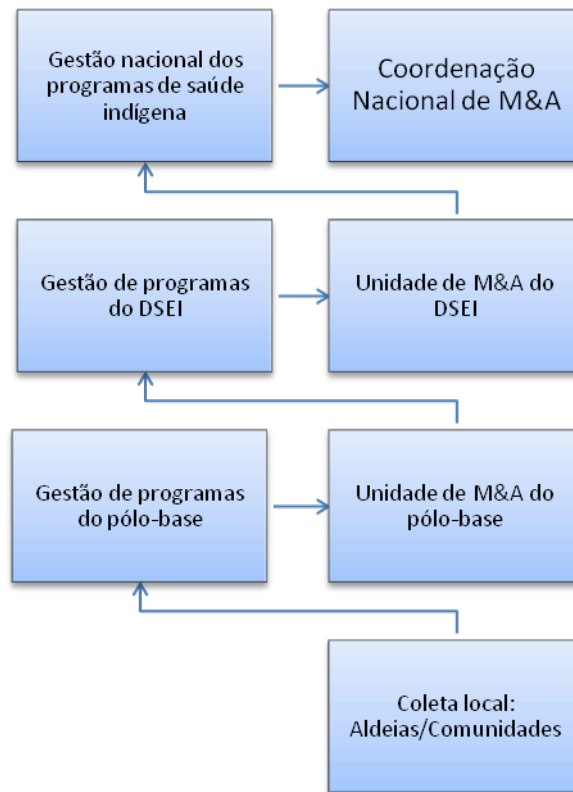


Figura 1. Fluxo de dados de acordo com o modelo hierarquizado de gestão do subsistema de Saúde Indígena.

O aspecto mais importante do modelo proposto é permitir que as informações transitem entre as unidades de monitoramento e as unidades de gestão de programas em cada nível da hierarquia organizativa. Dessa forma, será evitada a constituição de estruturas verticais de coleta-consolidação-análise dos dados que não se comunicam adequadamente com as unidades de gestão dos programas. O modelo proposto reafirma as unidades de gestão como àquelas que detêm a propriedade dos dados. E que incorporam esses dados em suas rotinas administrativas.

Outra vantagem do modelo proposto é permitir um processo de crítica dos dados no processo de apropriação progressiva de informação pelas instâncias superiores. Dessa forma, o Distrito poderia comparar os dados de vários pólos, observando: plausibilidade e consistência dos dados. O mesmo poderia ser feito pela instância nacional, que compararia os agregados de distritos e de pólos, no interior de cada distrito.

Por fim, o novo modelo permitirá a execução de um sistema de monitoramento baseado em resultados. O modelo de monitoramento disporá: de uma

estrutura hierarquizada, de relacionamento integrado com as unidades finalísticas, de instrumentos de aferição da performance destas, e de articulação com as ações de avaliação. A Figura 2 indica o processo proposto de monitoramento (e avaliação) focado em resultados.

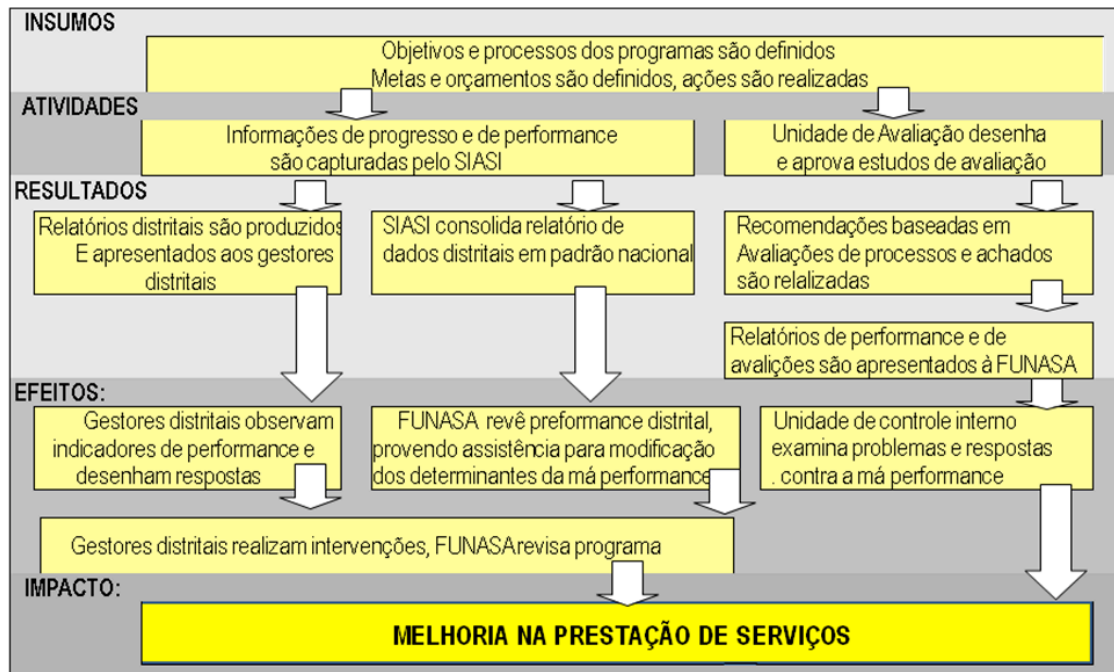


Figura 2. Modelo do subsistema de monitoramento baseado em resultados

3.1.3 Desenvolvimento de ferramentas informacionais

As ferramentas informacionais são elementos indispensáveis aos sistemas de informação contemporâneos. Quando desenvolvidas com regras claras de armazenamento e extração dos dados, elas permitem que o sistema de monitoramento produza indicadores padronizados quanto ao conteúdo, ao tempo e ao espaço.

A Tabela I indica o número e percentual de DSEIs que informaram a pesquisa realizada por este consórcio quanto a sua condição frente à implantação de sistemas ou módulos de sistemas.

Tabela 1. Distritos com ferramentas ou processo implantados: respostas positivas em 30 DSEI

Sistema ou módulo de sistema implantado no DSEI	Nº e percentual de distritos com ferramentas ou processo já implantados
SISVAN	26 (86.67)
Módulo demográfico do SIASI alimentados online	11 (36.67)
Outros módulos do SIASI alimentados online	9 (30.00)

Pode-se observar que apenas o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), desenvolvido pelo DATASUS e alimentado pela FUNASA, possui grande cobertura entre a população indígena. Os módulos do SIASI ainda possuem baixa implementação nos Distritos.

O trecho abaixo de Athias e cols (2008), em estudo para este consórcio, indica que o Distrito do Alto Rio Negro possui condições favoráveis para a implementação do SIASI, mas as deficiências de infra-estrutura – sobretudo sua disponibilização online - e de formação dos recursos envolvidos produzem baixa confiança na ferramenta. As rotinas apoiadas nas planilhas eletrônicas acabam por competir com o próprio SIASI nas tarefas de gerenciamento do Distrito.

“O departamento responsável pelo SIASI é composto por seis técnicos administrativos, cada um responsável por três ou quatro Pólos-base. Esta distribuição propicia maior conhecimento de cada técnico por uma área específica. Somente em 2008, com a vinda da Coordenação de Monitoramento e Serviços (COMOA/DESAI) para a realização de uma oficina, é que o sistema pôde ser compreendido pelos técnicos do DSEI. Mesmo assim, somente o módulo demográfico está implantado.

“Até 2007, o DSEI trabalhava apenas com planilhas de Excel, impossibilitando a consolidação expressa dos dados em uma escala distrital. Atualmente, o DSEI ainda mantém a informação através de diversas planilhas (por programas, por municípios, por pólos, por morbidades), considerando esta a forma mais segura de sistematização de dados. Além do SIASI não ter todos os seus módulos implantados no DSEI, também não está conectado em rede, aspecto que

dificulta o trabalho de alimentação de dados, como já ressaltado nos relatos sobre a infra-estrutura”.

As recomendações tecnológicas desta consultoria para fortalecimento das ferramentas já desenvolvidas são:

1. Melhoria dos sistemas de telecomunicação: a Funasa deve realizar avaliação sistemática da infra-estrutura de telecomunicação das unidades do subsistema de Saúde Indígena, a partir dos pólos base. A meta é prover acesso: a Internet para uso interativo do SIASI e outros sistemas de interesse, e rápido acesso a treinamentos à distância. Para revisão do modelo atual, recomendamos a realização de oficina nacional que seria capaz de produzir as diretrizes do modelo de telecomunicações necessário.
2. Conexão: as ferramentas ganharão maior credibilidade se dispuserem de modulo de alimentação via Internet. Os usuários, como indicados acima, não possuem garantias de que os dados enviados são recebidos e processados. Dependem da disponibilização dos mesmos no SIASI. Portanto, a implementação do módulo e/ou provimento da infra-estrutura necessária para conexão do sistema é fundamental para o sistema obter legitimidade junto aos colaboradores do sistema. Como estratégia de contornar os déficits de infra-estrutura na ponta do sistema, recomendamos o desenvolvimento de um modelo híbrido de alimentação de dados. O SIASI seria alimentado via Internet, quando a unidade em questão dispusesse de capacidade para tanto, e via remessa de CD, quando a alimentação online não fosse possível. Dessa forma, o sistema seria nivelado por cima, i.e., teria como meta permitir a alimentação online em todo o sistema, admitindo apenas residualmente outras formas de alimentação.
3. Capacitação: este tema será desenvolvido com bastantes detalhes mais adiante. Cabe apenas ressaltar que ele é um dos maiores desafios na implementação do sistema.
4. Módulos de identificação para os do DATASUS: os sistemas de mortalidade, nascidos vivos, morbidade, segurança alimentar, etc., não possuem informações de identificação étnico-espacial adequada dos usuários indígenas. Alguns dos sistemas citados, como o de mortalidade e de nascidos vivos, são bastante maduros, dispondo de ampla cobertura entre a população não-indígena. O

principal desafio para que eles forneçam os dados básicos para o sistema de M&A da saúde indígena é possuir detalhamento para as variáveis de identificação e espaço. Dessa forma, a estrutura de coleta de dados do sistema de M&A de saúde indígena poderia alimentar adequadamente estes sistemas, que pelo seu turno, permitiriam comparações entre indicadores de saúde indígena com os indicadores da sociedade envolvente. É importante notar que dados demográficos, de morbimortalidade, de segurança alimentar, podem ser processados pelos sistemas já existentes (SIM, SINASC, SISVAN, etc.), o foco do sistema de M&A indígena deve ser nos indicadores de políticas, programas e ações de saúde indígena. Para estas últimas variáveis não há sobreposição de responsabilidades. Somente ao gestor da saúde indígena estes dados serão cobrados.

5. Revisão do SIASI para que alcance e mesmo supere os requisitos tecnológicos já alcançados pelos sistemas de informação de saúde mais antigos (SIM, SINASC, SISVAN, etc.). Isto só será possível com uma intensificação da parceria dos técnicos da FUNASA, que possuem experiência com sistemas de informação de populações indígenas, com técnicos do DATASUS.

3.1.4 A construção de indicadores

A construção dos indicadores de monitoramento depende do desenvolvimento de rotinas de elaboração e revisão periódica dos indicadores. Nesta seção, trataremos de um roteiro para a construção desses indicadores e da apresentação de uma listagem para o debate inicial sobre o tema (Quadro 4). Mais importante do que possuir uma lista consistente de indicadores, é possuir uma política clara de produção e revisão sistemática dos mesmos.

A seguir, descrevemos alguns passos para produção dos indicadores

Primeiro passo: Liste os objetivos dos programas

Segundo passo: Debata com os gestores dos programas e com participantes do controle social

- Descubra quais são as principais necessidades e problemas

Terceiro passo: Defina quais os efeitos relevantes esperados.

Por exemplo:

- Mortalidade
- Morbidade
- Situação nutricional e antropometria
- Acesso a bens e serviços de saúde
- Aspectos da dinâmica populacional (fecundidade e migração)

Exemplo

A partir das ações recomendados por Pellegrini e cols (2009), nas “Diretrizes e estratégias do modelo de atenção à saúde indígena”, poderíamos definir metas e indicadores de monitoramento:

Política / Programa / Ação	Objetivo	Metas a serem definidas	Indicadores
Adotar o “ciclo da assistência farmacêutica” como modelo organizacional, conforme diretrizes da Política Nacional de Medicamentos, da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar capacitação permanente dos profissionais de saúde para a gestão da assistência farmacêutica e o uso racional de medicamentos. • Adotar relações de medicamentos essenciais, conforme critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos. • Articular com todos os níveis de atenção à saúde visando garantir o acesso aos medicamentos, especialmente no que se refere aos programas de medicamentos estratégicos e excepcionais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de profissionais a serem capacitados, prazos para a capacitação, alocação do pessoal capacitado, prioridade de capacitação quanto aos conteúdos. • Prazo para definição das relações em cada unidade de referência, prazo para recebimento de cada medicamento, cobertura mínima esperada, prazo para o início do uso dos medicamentos, consumo esperado, desperdício máximo esperado, demanda não atendida esperada 	<ul style="list-style-type: none"> • Número • Proporção • Taxas de cobertura • Gasto total • Gasto médio • Indicadores de qualidade da prescrição, i.e, prescrição de medicamentos de baixa eficácia terapêutica.

Quarto passo: Defina uma rotina para debate dos resultados e divulgação dos mesmos.

Quinto passo: Vincule variação nos indicadores definidos a incentivos positivos e negativos para os operadores dos programas e ações de saúde indígena.

A estratégia de implementação do subsistema de monitoramento recomendações deve considerar alguns princípios:

1. Seja simples: No princípio, é importante ter informações básicas, como: número de atendidos, número de procedimentos realizados, gasto. Embora, esses indicadores pareçam triviais, eles indicam acesso às informações individualizadas, o que é muito difícil para alguns programas ou microrregiões. Contudo, ao definirmos um conjunto de indicadores básicos, aplicáveis a toda a população alvo, permitimos que os profissionais envolvidos começassem a compreender os aspectos principais da produção de dados e informações.
2. Seja compreensivo (mas não obsessivo): alguns programas não conseguem produzir os dados mais básicos no nível individual. O nível nacional recebe apenas dados agregados. Dessa forma, não se pode estimar a confiabilidade ou completude do dado. Muitas vezes o que é indicado como população atendida nada mais é do que a meta de atendimento. Não é necessário dispor de uma base de dados de grande cobertura espacial, antes de iniciar publicação dos primeiros catálogos relatórios sistematizados de monitoramento. Além disso, alguns programas podem sofrer grandes mudanças³, antes que se comece a publicar os primeiro indicadores de monitoramento. Então, no começo, não é necessário possuir indicadores para todos os programas. Então, o mais importante é ter, no princípio, indicadores que representem programas: de maior relevância, de maior gasto, que envolvem o maior volume de recursos humanos, que sejam mais relevantes na melhoria das condições de saúde das populações indígenas, que sejam objeto de maior problematização⁴ por parte do controle social.

³ Não estou me referindo ao processo de transição administrativa em curso, mas ao ativismo mudancista praticado pela administração pública brasileira.

⁴ O conceito de problema adotado no texto é: aquilo que é socialmente tematizado enquanto demanda ou oferta precária de política pública.

3. Seja rápido na disseminação: comece a disseminação dos resultados tão logo disponha de um conjunto de indicadores confiáveis. O processo de construção de um sistema de M&A é complexo e demorado. Após a seleção e produção do conjunto primário de indicadores de monitoramento, é necessário testá-lo junto à comunidade de profissionais de saúde e representantes do controle social. Alguns serão rejeitados por parecerem pouco confiáveis. As unidades gestoras do sistema de M&A deverá: checar as bases de dados, rever os processos de coleta de dados, verificar a consistências dos dados com indicadores correlatos, consultar especialistas em M&A e gestores. Na verdade, todo indicador é sempre precário e provisório. O que mais pode por em risco a credibilidade do sistema é a capacidade instalada no nível federal em responder adequadamente as respostas que virão, após o anuncio do sistema. Isto é mais importante do que do que dispor da capacidade de produzir de imediato um grupo consistente de indicadores.
4. Agregue novos indicadores, quando puder produzi-los: este é um processo contínuo. É possível seguir agregando novos indicadores, assim que eles seguirem o processo requerido de confirmação. Mas, é importante definir de antemão quando os novos indicadores ou revisões serão publicados porque os resultados, ou ausência deles, podem produzir muito desconforto entre os técnicos ou outros atores sociais. Sempre haverá pressão para que novas revisões sejam divulgadas. Algumas reclamações podem ser justas, outras não. Os diversos níveis de coordenação devem desenvolver rotinas para lidar com este tipo de conflito. Do contrário, os níveis de coordenação podem terminar emparedados entre os compromissos futuros e respostas a resultados já divulgados. O melhor é publicar, com antecedência, o cronograma de divulgação, indicando as seguintes datas:
 1. Anúncio dos resultados periódicos;
 2. Prazo de recurso ou esclarecimento;
 3. Data de anuncio anual de revisão de todos os resultados questionados;

4. Seminário periódico (anual ou bianual dos usuários dos dados e indicadores).
5. O nível central de coordenação deve estar apto para produzir indicadores produzidos a partir de desenhos robustos de investigação. Algumas dimensões dos serviços prestados pelo estado ou terceiros só podem ser observadas através de metodologias que permitem comparações. Por exemplo: para se produzir informações sobre estrutura e funcionamento de uma ONG que produz serviços de atenção primária a saúde, é necessário que se obtenha os seguintes dados: recursos humanos (número, qualificação profissional, e rendimentos), fontes de volume de financiamento, serviços oferecidos, infra-estrutura. Estes dados também devem ser coletados dos serviços equivalentes providos pelo estado. Uma linha de base pode então ser construída, permitindo que se observem resultados e mudanças nas unidades de intervenção em saúde indígena. Este é um tipo de estudo onde as funções monitoramento e avaliação estão sobrepostas.
6. Reveja periodicamente os indicadores: Trata-se de uma recomendação válida, tanto para os indicadores, quanto para seus resultados. É recomendável que se reveja os indicadores, mudando componentes, métodos de cálculo dos numeradores e indicadores, ou mesmo revendo os resultados a luz de um novo conjunto de dados. Contudo, deve ser acordado entre os atores da rede de M&A um cronograma para disciplinar o processo. Isto é mais importante quando os resultados podem afetar política ou economicamente atores interessados nos indicadores. Por exemplo, IBGE, MEC, FUNAI e MDS, Governos Estaduais que possuem órgãos de pesquisa social e econômica, têm grandes chances de produzir indicadores paralelos com o mesmo teor dos que venham a ser produzidos pelo sistema de M&A da Saúde Indígena. Caso ocorram divergências, isto tenderá a ser utilizado caso os indicadores em questão sejam referência para alocação de recursos nos DSEIs ou prefeituras.
7. Seja flexível em relação ao tempo de referência e ao nível de agregação geográfica. Diferentes indicadores têm diferentes referências, quanto a estas variáveis. O nível de agregação geográfica e a referência temporal

variam em relação aos programas. Por exemplo, alguns serviços só estão disponíveis em poucos Distritos, sendo referência para um número muito maior de Distritos. Então não é necessário produzir estatísticas desse serviço para todos os distritos, já que o resultado já é conhecido. Outro exemplo, algumas atividades podem produzir pequenas diferenças ao longo dos meses. Então, o melhor é considerar a variação esperada no tempo, antes de definir a forma de agregação temporal dos eventos em observação.

3.1.5 Articulação dos sistemas de monitoramento e avaliação da atenção à saúde com os sistemas de organização, gestão e financiamento

Os sistemas de rotina essenciais para as operações diárias de qualquer instituição fornecem fontes essenciais de dados sobre M&A, mas não devemos considerá-los simples componentes do sistema de M&A. Uma gama de atividades incluindo contabilidade, administração de pessoal, alocação de recursos, compras e provisão de serviços geram dados para suprir necessidades de suas próprias áreas, bem como demandas de maior abrangência das instituições. Da mesma forma como operações de compras e contabilidade terão necessidades sobrepostas para alguns dados, M&A deverá se valer da informação gerada e usada em outras áreas. Uma variedade de tais sistemas de dados é discutida nas outras descrições do modelo. Aqui, indicamos brevemente aspectos desses sistemas que apresentam relevância particular à M&A.

O princípio central estabelecido no Modelo Organizacional indica que M&A adota a territorialização de cinco níveis proposta no Modelo de Cuidados: Micra-área (comunidades e unidades de suporte AIS, AISAN); Área (conjunto de micro-áreas onde os EMSIs operam); os Sub-distritos (área coberta por um centro de base); os Distritos (DSEIs correntes); e a Autoridade Nacional. Funções do M&A serão adotadas em níveis da administração dentro do seguinte sistema: Sub-distrito, Distrito e Autoridade Nacional.

O modelo combina duas abordagens. Uma, direcionada por gerenciamento baseado em resultados, busca meios de traduzir ações conduzidas pelo subsistema em indicadores que possam ser agregados e monitorados e que servem de base para a

criação de um sistema de incentivos que contribui para a atração de melhores administradores e provedores de serviços. A outra, direcionada por gerenciamento participativo, busca enfatizar as especificidades locais, isso é, as diferenças e desigualdades entre distritos são refletidas em parcerias e acordos gerenciais.

O ente responsável pelo território estabelecerá acordos sobre o grupo de serviços a serem fornecidos com a autoridade à qual esse ente é responsável e com as autoridades de controle social daquele território, ambas devendo aderir ao M&A. Por exemplo, o chefe do Sub-distrito estabelecerá acordos de administração com o provedor de serviços responsável pelo centro de base e com o conselho do Sub-distrito. O provedor de serviços estabelecerá acordos com o CONDISI e o administrador do Distrito, responsável pela performance do provedor de serviços, assim como pela qualidade do grupo de serviços em acordo com o Distrito. Procedimentos de monitoramento e indicadores, que permitirão verificar a implementação dos planos de trabalho, serão acordados pelos conselhos locais, o provedor de serviços, e o chefe do Distrito. Os indicadores acordados serão apresentados e discutidos pelo conselho do Distrito. Com o intuito de promover o acompanhamento das ações nas micro-áreas e sub-distritos, membros do conselho devem estar envolvidos com a análise dos dados produzidos pelo sistema M&A. Isso demandará ampla publicidade das resoluções, atividades, e datas e locais das reuniões do CONDISI.

A Autoridade Nacional será responsável pelo desempenho dos distritos e reportará ao Ministério da Saúde e ao controle social. O partido responsável na Autoridade Nacional será apoiado pelas equipes matrizes propostas que incluirão especialistas em M&A. Caberá à Autoridade Nacional promover e avaliar desempenho no alcance de metas de equidade e qualidade. Também caberá a esta a totalidade dos acordos de administração assinados entre a Autoridade Nacional e os Distritos. Procedimentos de monitoramento, indicadores e incentivos acordados entre a Autoridade Nacional e os chefes dos DSEIs serão apresentados e discutidos no CISI do Conselho Nacional de Saúde e no Fórum dos Presidentes dos CONDISIS. Sugestões de Fórum e Conselho serão encaminhadas aos Distritos e aos Conselhos dos Distritos.

O modelo de financiamento propõe o fortalecimento dos Distritos como entidades financeiras e orçamentárias. Isso inclui a unificação das fontes de financiamento para a saúde indígena, que seria transferida a um Fundo Distrital de

Cuidado à Saúde Indígena. Isso é visto como um facilitador da administração dos recursos e seu monitoramento e controle, aumentando a eficiência dos gastos. O processo de alocação e ajuste dos custos e recursos ao longo do tempo, baseado nas metas de desempenho do Distrito proporcionará incentivos substanciais para monitoramento financeiro eficiente, mas criará a necessidade de treinamento e mecanismos de controle de qualidade. A proposta de criação, no médio ao longo prazo, de um Sistema de Apropriação de Custos pretende aumentar a transparência de gastos e permitir M&A muito mais eficiente, levando a maior eficiência produtiva e de alocação.

O Modelo de Autonomia Gerencial propõe um aumento da autonomia relativa para autoridades de cuidados à saúde. Como discutido acima, a estratégia central envolve a introdução de Acordos Gerenciais que almejam assegurar que: a produção de serviços alcance os níveis acordados; a qualidade dos serviços mantenha os padrões acordados; recursos sejam efetivamente usados dentro dos orçamentos totais; e que os vários agentes trabalhem de uma maneira colaborativa para assegurar atenção total à saúde da população atendida. Em linha com o Modelo Organizacional, um papel de liderança na promoção do monitoramento desses Acordos deve ser dado os times matriciais, possivelmente operando na forma de grupos de coordenação regional.

A definição e supervisão de metas de desempenho são vistas como elemento chave para o alcance desses objetivos. Metas não devem ser impostas e sim definidas através de um processo de negociação que deve assegurar que sejam realistas, levando em consideração a situação atual, realidade regional, prazos e recursos disponíveis. Entretanto, eles também devem ser desenhados para estimular o desempenho em direção a uma evolução positiva. Cada meta deve ser associada com indicadores específicos, mensuráveis, realistas e temporais que podem ser monitorados usando dados rotineiros. O acordo gerencial inicial deve, onde necessário, incluir a coleta de dados necessários para o estabelecimento de um ponto de referência confiável. Isso permitirá a especificação de mudanças focalizadas a partir dessa referência que forem alcançadas ao longo do primeiro ano.

Cerca de dez indicadores de desempenho são vistos como apropriados para um primeiro período do Acordo Gerencial, definidos de acordo com as prioridades estratégicas para cada Distrito. Outros indicadores devem ser adicionados e metas revisadas com o aumento da capacidade administrativa. O Acordo Gerencial deve especificar a frequência com a qual essas revisões devem acontecer, mas sugere-se que

sejam, n mínimo, anuais. Melhoras na quantidade e qualidade devem ser inicialmente buscadas através de gerenciamento mais eficiente, sem a alocação de recursos adicionais.

Os pontos iniciais para a definição de indicadores devem ser aqueles adotados para a população como um todo. Adicionalmente, cuidados à saúde da criança de tribos indígenas devem, geralmente, ser acompanhados dos mesmos indicadores dos cuidados à saúde pediátricos na população regional. Entretanto, deve ser levado em consideração o fato de episódios de doença e morte em pequenos grupos humanos não deverem ser negligenciados, subestimados ou superestimados. Por exemplo, devemos sempre almejar a redução das taxas de mortalidade infantil em qualquer população, mas essa redução deve ser acompanhada em números absolutos, em cada grupo de humanos, aldeia por aldeia, no caso de populações indígenas. Na definição de indicadores, crianças e idosos devem constituir a preocupação inicial, tendo em vista que sua vulnerabilidade fornece um aviso antecipado de problemas de saúde iminentes.

Muitas propostas organizacionais e gerenciais discutidas acima são refletidas no Modelo de Atenção à Saúde. Isso também enfatiza o papel chave a ser desempenhado pelos Agentes de Saúde Indígena como intermediários entre as comunidades e outros profissionais de saúde. Imagina-se que esses indivíduos também terão grande importância em termos de efetivo M&A, permitindo que o conhecimento de membros da comunidade local possa ser difundido pelo sistema de saúde. Treinamento em métodos epidemiológicos no nível distrital é visto como um componente importante na construção de informações de monitoramento de situação de saúde e supervisão de doenças. Como discutido anteriormente, a incorporação de um sistema de identificação baseado em etnia e aldeia em notificação de doenças é visto como um requisito essencial.

Visto que a atenção à saúde para populações indígenas não pode ser completamente fornecida por Distritos, o Modelo também dá ênfase à necessidade de definição clara de procedimentos em termos de fluxo de informações entre distritos, municípios e estados. Isso está ligado ao Modelo Gerencial proposto para que planos do Distrito sejam preparados em colaboração com gerentes do SUS locais ou regionais, com supervisão técnica de especialistas da Autoridade Nacional.

Ainda sobre este tema, o Ministério da Saúde tem buscado constituir 34 grupos de sistemas de informação, que se encontram em graus de maturidade diferentes quanto ao seu nível de implantação (Sousa, 2005). Abaixo, destacamos os grupos de

sistemas gerenciais que devem ser considerados no desenho de um sistema que integre informações quanto ao atendimento, promoção e prevenção da saúde com informações gerenciais mais amplas.

- Sistemas de informações sobre insumos, drogas, medicamentos e correlatos;
- Sistemas de informações sobre recursos físicos e materiais, humanos, financeiros, e funcionais dos estabelecimentos de saúde;
- Sistema de informações sobre formação e capacitação de recursos humanos para o setor saúde;
- Sistema de informações de administração de recursos humanos;
- Sistema de informações sobre legislação;
- Sistema integrado de protocolo e arquivo;
- Sistema de informações de administração de recursos patrimoniais;
- Sistema de informações sobre planejamento;
- Sistema de informações de auditoria médica;
- Sistemas de informações sobre administração e gerência de: sistemas de saúde, rede de serviços, e unidades de saúde.

O subgrupo 3 do grupo de trabalho de integração dos sistemas de informação do Ministério da Saúde com os do Sub-Sistema de Saúde Indígena iniciaram o diagnóstico dos sistemas listados abaixo, visando sua interoperabilidade (Ministério da Saúde, 2009).

- SCNS – Sistema do Cadastro Nacional de Saúde
- SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos
- SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
- SIASI – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
- SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SIA (APAC/BPA) – Sistema de Informações Ambulatoriais
- SIHD (SISAIH01) – Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado

Os dois últimos sistemas listados acima permitem o conhecimento financeiro e contábil dos atendimentos realizados nos dois níveis hierárquicos de atendimento, realizados em unidades de saúde pública, conveniadas, filantrópicas, e ligadas às universidades. A possibilidade de identificação adequada da população indígena permitirá que se conheça quantidade, tipo de procedimentos realizados, e custos

envolvidos no atendimento de saúde da população indígena. A integração destes sistemas com o SIASI pode agregar novas dimensões de análise ao sistema de M&A proposto já estas não estão presentes no SIASI.

3.2 O subsistema de avaliação

O objetivo principal da construção do sistema de avaliação é compreender os resultados na implementação dos programas de saúde indígena. Ele busca agregar qualidade a estes programas.

A avaliação tende a ser perseguida pelo Estado quando o serviço em foco é realizado por terceiros. Contudo, quando este é realizado pelos próprios agentes públicos, o interesse se reduz ao monitoramento. Afinal, as corporações de servidores públicos, em todos os níveis, tendem a resistir as avaliações, entendendo que elas podem enfraquecer políticas, instituições, grupos de servidores e indivíduos. Por exemplo, na saúde indígena, que possui agentes públicos e privados atuando de forma articulada, é de se esperar que os gestores públicos prefiram a avaliação, quando se tratar de ações desenvolvidas por entes do setor privado, e monitoramento, quando se tratar de ações desenvolvidas pelo Estado.

Um aspecto já descrito na etapa de diagnóstico deve ser lembrado: o órgão responsável pelo subsistema de saúde indígena deve interagir com o DECIT na definição de agenda de estudos de avaliação da saúde indígena. O DECIT como expusemos, detalhadamente, fomenta estudos de avaliação da saúde indígena com baixa interação com os gestores da política de saúde indígena.

Ainda neste item, deve-se considerar a experiência do próprio VIGISUS II que desenvolveu rotinas de avaliação de suas metas, considerando as dimensões: demográficas, epidemiológicas, alguns procedimentos de atenção à saúde, e econômico-financeira (FUNASA, 2007). A unidade apresenta domínio conceitual referente ao M&A e capacidade de formulação e disseminação de achados de estudos de avaliação. Este conhecimento deve ser agregado ao modelo de M&A proposto. Recomendamos que esta unidade converta-se na unidade de referência em avaliação da FUNASA.

Recomendamos que esta unidade seja reforçada, agregando expertise especializado para, principalmente, proceder a contratação de estudos de avaliação. Podendo, em situação excepcional, realizar ela própria tais estudos. A ênfase na contratação está menos centrada na independência que os estudos realizados externamente podem permitir, e mais na possibilidade de produção em larga escala de

vários estudos de avaliação de diferentes conteúdos e áreas do conhecimento. Dessa forma, a unidade poderia contratar ao mesmo tempo estudos: epidemiológicos, demográficos, nutricionais, sociológicos, farmacológicos, etc. Obviamente, seria possível constituir uma grande equipe de avaliação no interior da FUNASA com técnicos de todas as áreas de interesse. Contudo, o custo-efetividade de tal equipe inviabilizaria o projeto.

A seguir, descrevemos alguns passos para produção dos estudos de avaliação:

Primeiro passo: Liste os objetivos dos programas e seus modelos conceituais

Segundo passo: Debata com os gestores dos programas e com participantes do controle social

- Descubra quais são as principais necessidades e problemas
- Discuta as opções metodológicas
- Defina o modelo causal

Terceiro passo: Defina quais os impactos relevantes esperados.

- Qualidade da atenção a saúde recebida
- Coesão social e outros determinantes sociais da saúde
- Efeitos inesperados ou de segunda ordem: empoderamento da mulher, ativismo social, alteração da auto-estima do usuário, etc.

Quarto passo: Defina as perguntas da investigação

- Qual é o impacto do programa quando comparado a uma dada situação?
- Qual é o impacto do programa em um tempo dado se variarmos a dose e o tempo de exposição?
- Como varia o impacto do programa em relação à qualidade da implementação? Quais são os fatores de sucesso para uma efetiva implementação do programa?

Quinto passo: Contrate um estudo de avaliação de programa

- Produza o termo de referência
- Elabora o contrato
- Defina conceitos e metodologia com gestores e pesquisadores contratados

Sexto passo: Se possível, supervisione o processo de avaliação

- Receba e avalie os relatórios parciais
- Visite pesquisadores em trabalho de campo
- Mantenha os gestores e participantes do controle social informados do desenvolvimento do estudo
- Forneça dados e suporte aos pesquisadores

Sétimo passo: Usando os resultados da avaliação

- Corrija erros na seleção da população alvo
- Proveja alternativas de redesenho do programa
- Reveja as normas de implementação
- Aumente a legitimidade do programa junto ao controle social, à opinião pública e aos especialistas.

Oitavo passo: Confira periodicamente, com a principal autoridade da instituição, se a política de avaliação está alinhada com a política de atenção a saúde. Esta rotina busca prevenir que as lideranças do subsistema de avaliação se desviem do seu principal objetivo, que é agregar qualidade à gestão de saúde das populações indígenas.

A Figura 3 indica de forma esquemática as recomendações apresentadas acima quanto ao ciclo de contratação e apropriação de resultados de um estudo de avaliação.

1. Discussão	2. Termo de Referência	3. Contratação
UA/UF •Definição da avaliação a ser realizada •Relevância do estudo proposto	UA/DF •Elaboração do TOR pela UA •Revisão do TOR pela UF	Unidade Administrativa FUNASA e/ou VIGISUS •Aprovação do TOR •Elaboração de edital •Contratação da instituição executora (IE) que apresentar melhor projeto
4. Definições importantes	5. Acompanhamento	6. Resultados Finais
UM/DF/IE •Definição de questões relevantes para o estudo •Disponibilização dos dados necessários para a realização da pesquisa	UA/IE •Desenvolvimento dos instrumentos de pesquisa •Visitas ao campo •Avaliação e aprovação de relatórios parciais e do relatório final	UA/DF/IE •Recomendações da avaliação (IE) •Reuniões com os gestores •Retroalimentação dos programas
7. Divulgação dos Resultados	8. Publicações	
UA/DF/IE •Apresentação dos resultados finais à FUNASA •Seminários abertos ao público externo	UA •Revistas •Relatórios de pesquisa •Livros	
UA = Unidade de Avaliação / UF = Unidade Finalística / IE= Instituição Executora do Estudo		

Figura 3 Ciclo de avaliação proposto à Unidade de Avaliação da FUNASA

4 Estratégia de disseminação do sistema de M&A

A etapa decisiva para a internalização e divulgação dos achados referentes ao M&A é a disseminação dos resultados. Estes devem ser endereçados a distintos públicos interessados no desempenho das políticas públicas. Basicamente, estamos falando de divulgação e treinamento de dados e informações. Abaixo, descrevemos algumas recomendações que podem ajudar o desenvolvimento do sistema de M&A.

1. Produza uma versão em CD para o começo imediato das atividades de treinamento. A versão em CD pode ter os seguintes usos: rápida divulgação dos métodos que serão utilizados, e validação imediata dessas escolhas metodológicas. No início, é importante que novas versões do CD possam ser carregadas do portal do Sistema de M&A.
2. Nos CDs ou nas versões *on line* voltadas para a capacitação, use sempre dados “frios”, i.e., dados com pelo menos dois anos de diferença em relação a data do treinamento. Isto busca evitar os debates apaixonados quanto aos resultados apresentados. O objetivo desta mídia é desenvolver as capacidades de manejo de determinada metodologia por parte de técnicos e representantes do controle social. Em outra oportunidade, os relatórios estatísticos com dados mais recentes serão apresentados. Dessa forma, é importante diferenciar as bases de dados que serão usadas para a produção dos indicadores dos materiais em foco. Se o material didático se converter em anuário estatístico, ele perderá a sua qualidade atemporal, atraindo um debate agitado sobre os dados apresentados que poderá obscurecer os objetivos de capacitação dos treinamentos.
3. Disponibilize uma versão *on line*, contendo dicionário de variáveis, indicadores, programas e fontes de dados. Permita ainda que os usuários possam carregar os dados que informam os indicadores. A produção do dicionário permitirá a documentação dos conceitos, fontes e métodos de cálculo. Ele também permitirá que os usuários tenham melhor compreensão dos indicadores e do processo de monitoramento

de programas. Uma outra alternativa de uso do dicionário eletrônico é construir uma ferramenta para a produção de indicadores apoiada em comunidade virtual. Pessoal autorizado poderia sugerir novos indicadores, usando metodologias “Wiki”. Isto poderia fortalecer as relações entre os participantes da rede de M&A.

4. Apóie as experiências de produção e indicadores no nível infra-estadual, como por exemplo as experiências dos distritos de Vilhena, Mato Grosso do Sul e Rondônia. Obviamente, iniciativas desta ordem só terão efeito se forem de interesses de ambas as partes. O nível nacional deverá buscar trabalho conjunto com universidades e ONGs que possuem experiências relevantes de monitoramento em saúde indígena com o intuito de desenvolver soluções que possam ser utilizadas em outras áreas. As experiências mais avançadas devem ser apoiadas para busquem soluções que possam utilizadas por outrem. Suas experiências podem ser úteis na definição de indicadores e produção de ferramentas, sobretudo para atividades no nível local. O nível nacional deve ser parceiro e não competidor destas instituições.
5. Defina as responsabilidades na estrutura organizacional. A recomendação é que a atividade de avaliação seja concentrada e o monitoramento esteja integrado às ações de saúde. A unidade de coordenação do sistema de M&A deve ser responsável pela definição metodológica, suporte técnico na implementação do sistema, e disseminação de tecnologias de M&A. Quanto aos níveis sub-nacionais, unidades de M&A devem ser organizadas, cabendo ao nível nacional fornecer: ferramentas, publicações e treinamentos articulados com as Secretarias Estaduais de Saúde.
6. Estime a demanda de treinamento em M&A. A estratégia para atingir toda a rede de M&A deve considerar:
 - I. Publicações. Abaixo apresentamos algumas recomendações:
 - a. Uma revista, apresentando estudos sofisticados, dirigida a um público mais qualificado. O cerne da publicação deve ser estudos de avaliação contratados pela coordenação do sistema e seus parceiros dentre as secretarias estaduais e municipais de saúde. Seu objetivo é ser

influyente junto a alguns gestores e acadêmicos. Alternativamente, podem-se propor edições especiais da Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde, que é editada pela SVS. É uma revista de grande tiragem, já reconhecida pelo público de interesse, cujos temas em discussão teriam plena aderência temática à Revista.

- b. Uma newsletter direcionado ao pessoal responsável pelas atividades de M&A. O cerne da publicação seriam estudos descritivos, baseados nos bancos de dados disponíveis, e material de conteúdo pedagógico sobre epidemiologia, estatísticas, e métodos de monitoramento. Por exemplo, pequenos artigos descrevendo a dinâmica populacional dos índios, cobertura de serviços de saúde nos DSEIs, etc.
 - c. Relatórios estatísticos anuais, indicando as características sócio-demográficas da população, perfil epidemiológico das populações indígenas e do Brasil, procedimentos de saúde realizados, medicamentos consumidos, hospitalizações ocorridas.
 - d. Uma série de publicações didáticas sobre M&A poderia ser patrocinada pelo sistema. Algumas publicações estrangeiras sobre M&A de populações indígenas poderiam ser traduzidas e adaptadas para o leitor brasileiro.
 - e. Boletins eletrônicos poderiam circular informando: atividades de treinamento, dicas sobre pacotes estatísticos, pequenas entrevistas com usuários das ferramentas eletrônicas de M&A.
2. Treinamento: No sentido de estruturar a disseminação em três níveis de complexidade do conteúdo, recomendamos as seguintes abordagens:
- a. Encontro nacional, no qual seriam apresentadas as melhores práticas. Neles, também pequenos cursos e oficinas sobre teoria e prática de M&A. Eles visam reunir

atores envolvidos com a rede de M&A, incluindo representantes do controle social, secretarias estaduais e municipais de saúde.

- b. Cursos à distância, buscando disseminar o conhecimento de ferramentas e metodologias de monitoramento na rede de M&A. A maioria dos custos envolvidos na produção de um curso que requeiram monitores não é afetado pelo tamanho da audiência. Contudo, se se desejar desenvolver um curso com monitores, o número de usuários causará grande impacto financeiro na implementação do curso. As dificuldades identificadas para este tipo de curso são: deficiência no acesso a computadores e à Internet, ausência de apoio dos gestores, problemas lingüísticos, baixa qualificação para o entendimento dos conteúdos, alto “*turn over*” entre os potenciais participantes.
 - c. Cursos de aprofundamento para os gestores sobre política de saúde para populações indígenas e teoria e prática de M&A. No governo federal, duas iniciativas devem ser consideradas por apresentarem grande aderência institucional e temática: Escola Nacional de Governo (ENAP) e Escola de Governo Sérgio Arouca da Fiocruz. Ambas estão desenvolvendo cursos de pós-graduação lato senso com conteúdo de M&A. Elas teriam capacidade de desenvolver cursos específicos para a clientela ligada a produção do sistema de M&A em saúde indígena.
7. Produza materiais adaptados, com linguagem acessível e utilização de recursos gráficos, para facilitar a apropriação dos dados e conceitos pelos conselheiros usuários, e considere a possibilidade de produzir materiais nas línguas dos grupos étnicos mais numerosos. Trata-se de uma iniciativa já experimentada em outras áreas. Veículos em línguas indígenas poderiam ser utilizados para disseminar informações sobre o comportamento de epidemias nas populações indígenas.

8. Dissemine as melhores práticas locais, não-governamentais, de extensão acadêmica, em seminários, boletins eletrônicos.
9. Aumente o relacionamento com os acadêmicos, aumentando a massa crítica sobre os programas de saúde indígena. O nível central deve apoiar eventos científicos sobre o tema. Seria importante participar de eventos científicos, nos quais são apresentados estudos de avaliação de políticas sócias de interesse das populações indígenas. Destacamos os encontros da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e os da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP). Estes eventos podem ser usados para disseminar os estudos junto à comunidade científica, além de distribuir publicações técnicas do sistema de M&A. Progressivamente, acadêmicos começarão a considerar os estudos de avaliação e bases de dados do sistema. Isto permitirá que os estudos e dados sejam validados pela comunidade científica, produzindo melhoras no sistema e lhe conferindo legitimidade. Além disso, novos estudos emergirão das bases de dados do sistema, aumentando o conhecimento sobre as condições de saúde das populações indígenas. Também é importante que os dados e informações produzidos pelo sistema tenham autorização para ser usados por todos os interessados para: teses e dissertações, artigos científicos, encontros científicos.

5 Recomendações Finais

No debate que seguiu a apresentação da primeira versão deste documento, observaram-se, além das críticas que foram incorporadas ao longo do texto, a ausência de protocolos para redução ou supressão dos seguintes problemas: redundância de registros, concorrência de sistemas informais baseados em planilhas eletrônicas, instabilidade no fluxo de dados entre o pólo-base e o município. Nossa recomendação é que tais temas sejam remetidos para a etapa de implementação dos modelos. Como pudemos expor nos debates, a variabilidade de contextos ao longo do subsistema de saúde indígena demanda o desenvolvimento de protocolos que compreendam as várias possibilidades. Portanto, estamos convencidos que somente a documentação da implementação em processo de pilotagem permitirá o desenvolvimento de uma tipologia de contextos e respostas adequadas aos problemas listados.

Duas outras questões levantadas, no curso dos debates, referem-se ao processo de construção imediata de elaboração de uma agenda de avaliação e ao processo de definição dos indicadores de monitoramento.

Tais questões podem ter um tratamento integrado, tanto na forma, quanto no processo. Recomendamos a constituição de um Comitê Gestor do Sistema de M&A. Este seria composto por representantes: das unidades ligadas a coordenação do sistema de M&A, das unidades finalísticas e por representantes de alguns DSEIs. O Comitê assumiria responsabilidade de validar metodologias de M&A utilizados na saúde indígena, elaborar agenda de avaliação - que posteriormente seria finalizada com a direção da FUNASA – e validar opções tecnológicas propostas ao sistema de M&A.

Em seu primeiro ano de existência, o Comitê realizaria quatro reuniões. A primeira cobriria a validação de uma dimensão dos indicadores de monitoramento presentes no SIASI e a revisão dos estudos de avaliação financiados pelo DECIT. Em cada reunião, recomendações sobre os temas abordados seriam exarados. A duas reuniões seguintes, tratariam de mais duas dimensões dos indicadores do SIASI e do exame de proposta de agenda de avaliação a ser desenvolvida pela unidade de avaliação. Na quarta reunião, Seriam definidas o conjunto indicadores básicos de

monitoramento, e a agenda de avaliação para o ano seguinte. O ponto de partida para o debate sobre os indicadores seria a proposta de indicadores apresentado por esta consultoria.

6 Referencias bibliográficas

- ATHIAS, R. e DA SILVA, G. Diagnóstico Situacional da Saúde Indígena: Estudos de Caso. S. Paulo: Consórcio IDS-SSL-Cebrap, 2008
- DRAIBE, S. M. Introdução. In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. do C. B. de (Org.). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001.
- FUNASA. Relatório de dados e informações sobre saúde indígena: análise de processo dos indicadores do projeto VIGISUS II, 2004-2006. Brasília: FUNASA, 2007.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório da oficina ocorrida nos dias 03 e 04 de fevereiro de 2009 do SUBGRUPO 3: SISTEMAS DE INFORMAÇÃO NACIONAIS, ENVOLVIDOS NA INTEGRAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- PAES-SOUSA, R. Sistema de monitoramento da FUNASA. S. Paulo: Consórcio IDS-SSL-Cebrap, 2008.
- PELLEGRINI, M. & cols. Modelo de atenção. S. Paulo: Consórcio IDS-SSL-Cebrap, 2009.
- SOUZA, M. C. Sistemas de informações da atenção à saúde indígena: potencialidades e limitações. Dissertação de mestrado. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso/Instituto de Saúde Coletiva, 2005.
- VAITSMAN, J.; RODRIGUES, R. W. S. & Paes-Sousa, R. *O Sistema de Avaliação e Monitoramento das Políticas e Programas Sociais: a experiência do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome*. Policy Papers no.17, Brasília . UNESCO, 2006.

Anexo

Quadro 4 Proposta de indicadores de monitoramento

INDICADOR	MÉTODO DE CÁLCULO	TIPO	JUSTIFICATIVA	FONTE	ÁREA PROGRAMÁTICA
Razão de Sexos	Número de homens pela faixa etária em relação ao número de mulheres pela mesma faixa etária, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Faixas etárias: <1; 1-4; 5-9; 10-14; 15-19; 20-24; 25-29; 30-34; 35-39; 40-44; 45-49; 50-54; 55-59; 60-64; 65-69; 70-74; 75-79; 80 e mais.	resultado	Indicador demográfico básico.	SIASI-LOCAL	
Taxa Bruta de Natalidade	Número de nascidos vivos, por mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	resultado	Indicador demográfico básico.	SIASI-LOCAL	
Taxa Bruta de Mortalidade	Número total de óbitos, por mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	resultado	Indicador demográfico básico.	SIASI-LOCAL	
Taxa de Mortalidade Infantil	Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	resultado	Saúde materno-infantil. Indicador demográfico básico.	SIASI-LOCAL	

INDICADOR	MÉTODO DE CÁLCULO	TIPO	JUSTIFICATIVA	FONTE	ÁREA PROGRAMÁTICA
Taxa de Mortalidade Neonatal	Número de óbitos de crianças de 0 a 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	resultado	Saúde materno-infantil. Indicador demográfico básico.	SIASI-LOCAL	
Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce	Número de óbitos de crianças de 0 a 6 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	resultado	Saúde materno-infantil. Indicador demográfico básico.	SIASI-LOCAL	
Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia	Número de óbitos de crianças de 7 a 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	resultado	Saúde materno-infantil. Indicador demográfico básico.	SIASI-LOCAL	
Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal	Número de óbitos de crianças de 28 a 364 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	resultado	Saúde materno-infantil. Indicador demográfico básico.	SIASI-LOCAL	
Cobertura de consultas de pré-natal da população adstrita.	Número de consultas de pré-natal realizadas /nº de gestantes no mesmo período.	processo	Saúde materno-infantil. Indicador demográfico básico.	DESAI	2
Taxa de prevalência de CA de Colo de Útero.	Número de casos de CA de Colo de útero em residentes, no período / população total residente no período X 100	resultado	Saúde da mulher. Alinhamento com programas nacionais.	DESAI	2
Taxa de prevalência de CA de Mama.	Número de casos de CA de Mama em residentes no período /população total residente no período X 100	resultado	Saúde da mulher. Alinhamento com programas nacionais.	DESAI	2

INDICADOR	MÉTODO DE CÁLCULO	TIPO	JUSTIFICATIVA	FONTE	ÁREA PROGRAMÁTICA
Coeficiente de tuberculose de todas as formas	número de todos os casos / população total x 1.000	resultado	Endemia, incidência nas populações indígenas maior que a população geral, aumento da incidência.	DESAI	1
Incidência de casos de leishmaniose	número de casos / população x 1.000	resultado	Área endêmica.	DESAI	10
Incidência de casos de raiva silvestre	número de casos / população x 1.000	resultado	Área endêmica.	DESAI	10
Prevalência de IPA	total de positivos / população x 1.000	resultado	Malária: Área endêmica.	DESAI	10.1
Incidência de IFA	número de falcíparos / total de malária x 1.000	resultado	Malária: Área endêmica.	DESAI	10.1
Incidência de casos de febre amarela	número de casos / população x 1.000	resultado	Área endêmica.	DESAI	10.2
Incidência de casos de dengue	número de casos / população x 1.000	resultado	Área endêmica.	DESAI	10.2
Coeficiente de indígenas com AIDS	número de casos / população total x 1.000	resultado	Alinhamento com programas nacionais.	DESAI	4
Taxa de mortalidade por suicídio	número de suicídios / população X 1000	resultado	Área endêmica.	DESAI	7

INDICADOR	MÉTODO DE CÁLCULO	TIPO	JUSTIFICATIVA	FONTE	ÁREA PROGRAMÁTICA
Taxa de mortalidade por patologias associadas ao consumo de álcool ou outras drogas	número de casos /população x 1.000	resultado	Área endêmica.	DESAI	7
Taxa de mortalidade por violências associadas ao consumo de álcool ou outras drogas	número de casos /população x 1.000	resultado	Área endêmica.	DESAI	7
Percentual de pessoas com esquema vacinal completo	número de pessoas com esquema vacinal completa / população x 100	processo	Prevenção de doenças. Acesso à atenção básica.	DESAI	6
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas*	Número de consultas médicas nas especialidades básicas em determinado local e período / População total no mesmo local e período SIA/SUS IBGE	processo	Acesso à atenção básica.	Pacto Indicador Principal	
Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	Número de procedimentos odontológicos básicos individuais* em determinado local e período / População total no mesmo local e período	processo	Saúde bucal. Acesso à atenção básica.	Pacto Indicador Complementar	

INDICADOR	MÉTODO DE CÁLCULO	TIPO	JUSTIFICATIVA	FONTE	ÁREA PROGRAMÁTICA
Taxa de internação	Categorias de análise: Motivos de internação e motivos de internação infantil	processo	Indicador de resultado da atenção básica á saúde e de programas de gerenciamento de risco e de doenças.		
Proporção da receita própria aplicada em saúde conforme previsto na regulamentação da EC 29/2000.	Despesas financiadas por recursos próprios (despesas totais deduzidas as transferências de outras esferas de governo para a Saúde) / Receita de impostos e transferências constitucionais e legais	resultado	Regulação do sistema de saúde.	Pacto Indicador Principal	
Índice de Contratualização	Quantidade de unidades conveniadas e contratadas pelo SUS que estão com contrato regular e informada a data de publicação / Total de unidades prestadores de serviço ao SUS (privados e/ou filantrópicos) por município e/ou estado* x 100	processo	Regulação do sistema de saúde.	Pacto Indicador Principal	
Taxa de baixo peso entre crianças menores de 5 anos e gestantes	números de crianças menores de 5 anos de baixo peso / total de crianças menores de 5 anos	resultado	Saúde materno-infantil	DESAI	5
Taxa de Fecundidade Total	Número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher, por faixa etária específica do período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Faixas etárias: 15-19; 20-24; 25-29; 30-34; 35-39; 40-44; 45-49	resultado	Indicador demográfico básico	SIASI-LOCAL	

INDICADOR	MÉTODO DE CÁLCULO	TIPO	JUSTIFICATIVA	FONTE	ÁREA PROGRAMÁTICA
Coeficiente de BK+	Número de casos pulmonares positivos / população total x 1.000	resultado	Transformar em categoria de análise	DESAI	1
Proporção de gestantes com acompanhamento pré-natal.	Número de nascidos vivos de mães residentes, com 5 e + consultas de pré-natal / total de nascidos vivos de mães residentes X 100	processo		DESAI	2
Proporção de partos acompanhados na aldeia.	Número de partos acompanhados /total de nascidos vivos de mães residentes X 100	processo		DESAI	2
Taxa de mortalidade materna.	Número de óbitos de mulheres residentes , por causas e condições de óbito materno / número de nascidos vivos, de mães residentes;	resultado		DESAI	2
Proporção de crianças menores de 5 anos acompanhadas no ACD.	Número de crianças acompanhadas no ACD/ N° total de crianças menores de 5 anos residentes	processo		DESAI	2

