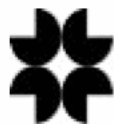




Institute of  
Development Studies



SAÚDE SEM LIMITES



Centro Brasileiro de Análise e Planejamento  
CEBRAP

*Consórcio IDS-SSL-Cebrap*

# **Modelo de Organização**

*Abril de 2009*

# **Créditos**

## **Componente de Organização**

Vera Schattan P. Coelho, Renato Athias e Patricia Rech

## **Siglário**

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ABA – Associação Brasileira de Antropologia

ABEn/FENTAS – Associação Brasileira de Enfermagem

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

AIDS (SIDA) – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIS – Agente Indígena de Saúde

AISAN – Agente Indígena de Saneamento

CASAI – Casa de Saúde do Índio

CFF – Conselho Federal de Farmácia

CIB – Comissão Intergestora Bipartite

CIMI – Conselho Indigenista Missionário

CISI – Comissão Intersetorial de Saúde Indígena

CNBB – Conferencia Nacional dos Bispos do Brasil

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COIAB – Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONDISI – Conselhos Distritais de Saúde Indígena

CORE – Coordenação Regional (Funasa)

DESAI – Departamento de Saúde Indígena

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EMBRAPA/MAPA – Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária do Ministério da Agricultura

EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

Funai – Fundação Nacional do Índio

Funasa – Fundação Nacional de Saúde

GM – Gabinete do Ministro

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social

MEC – Ministério da Educação

MMA – Ministério do Meio Ambiente

MS - Ministério da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SIASI – Sistema de Informação de Saúde Indígena

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SPIV – Sistema de Planejamento e Informação do Vigisus

SSL – Associação Saúde sem Limites

SUS – Sistema Único de Saúde

VIGISUS – Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde no Sistema Único de Saúde

# Sumário

Introdução.....	5
I Propostas: Princípios, Desafios e Diretrizes.....	10
I.1 Concentrando a Autoridade e Simplificando a Estrutura .....	11
I.2 Organizando Equipes Multidisciplinares para a gestão do subsistema .....	17
I.3 Promovendo Autonomia, Suporte e Parcerias.....	20
I.4 Promovendo a Interface com o SUS.....	22
I.5 Governança.....	24
I.6 Comentários Finais .....	28
Referências bibliográficas.....	30
Anexos.....	31
Anexo I Tabelas de população, estrutura física, recursos humanos e equipamentos.....	31
Anexo II Pressupostos teóricos de modelos organizacionais com enfoque sistêmico-contingencial .....	40
Anexo III Possibilidades de parcerias.....	42
Anexo IV Composição da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI.....	43
Anexo V Relação de Entrevistados .....	45
Anexo VI Resposta ao Parecer sobre o Produto 4 – Modelo de Organização .....	47

# **Modelo de Organização**

## **Introdução**

O modelo de organização define as estruturas e arranjos institucionais que garantem a operação do Subsistema de Saúde Indígena, o qual deve responder às tarefas de adequar a atenção primária às especificidades das populações indígenas e, ainda, garantir seu acesso aos serviços de saúde de maior complexidade oferecidos pelo Sistema Único de Saúde. Buscando ampliar a transparência e o desempenho do Subsistema na consecução dessas tarefas, elaboramos um conjunto de sugestões que são apresentadas a seguir. Essas sugestões foram pensadas a partir da análise das estruturas que hoje organizam o subsistema e das propostas apresentadas no Modelo de Atenção.

As propostas desenvolvidas pelo Modelo de Organização são apresentadas de forma sintética no quadro abaixo.

## Quadro I - Eixos e estratégias do Modelo de Organização

Eixos	Estratégias
<b>Concentrar a Autoridade</b>	<p>Atualmente DSEI, CORE, DESAI e Presidência da Funasa respondem por atividades técnicas, financeiras e administrativas que acontecem tanto nas comunidades, quanto nos pólos base e nos distritos, o que tem promovido a dispersão de responsabilidades e de autoridade. Para enfrentar esse problema recomenda-se:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Definir 5 níveis territoriais, dos quais 3 são níveis de gestão: 1) e 2) Micro-área e área, formadas pelas comunidades, unidades de apoio e postos onde atuam os AIS, AISAN, EMSI; 3) Subdistrito, que engloba microáreas e áreas cobertas por um pólo base; 4) Distrito, os atuais DSEIs e; 5) Autoridade Nacional</li><li>• Subdistritos, DSEIs e Autoridade Nacional são níveis de gestão e contarão com um gestor responsável pelo conjunto de atividades técnicas, de financiamento e administrativas que acontecem no respectivo território</li><li>• O responsável pelo território pactuará o conjunto de serviços a serem prestados com a autoridade a quem responde e com as instâncias de controle social daquele território</li><li>• O chefe do distrito passa a responder diretamente ao responsável pela Autoridade Nacional</li></ul>
<b>Simplificar a Estrutura</b>	<p>Nossa proposta, inspirada nos “modelos orgânicos” de Donaldson (1999), sugere relativizar a rígida separação entre atividades técnicas e administrativas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• As estruturas do DESAI e dos DSEI passam a ser mais flexíveis e horizontalizadas, contando com equipes matriciais;</li><li>• No caso do DSEI, equipes pequenas e integradas passam a ser responsáveis pelo conjunto de atividades técnicas e administrativas do distrito;</li><li>• As COREs, deixam de atuar como nível intermediário entre o gestor federal e o distrital, à medida em que se investe na maior integração entre o nível central e o distrito.</li></ul>

<b>Eixos</b>	<b>Estratégias</b>
<b>Equipes Matriciais</b>	<p>O DESAI e os DSEI poderão contar com equipes de especialistas nas áreas de medicina, assistência social, biologia, nutrição, enfermagem, farmácia, terapia ocupacional, odontologia, psicologia, terapia ocupacional, antropologia e educação. Sugere-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer equipes matriciais, no nível federal, que permitam coordenar os trabalhos desses especialistas e sejam responsáveis por conjuntos de DSEIs. Essas equipes seriam coordenadas por um especialista em Gestão e contariam com especialistas em Monitoramento e Avaliação; Recursos Humanos e Educação Permanente; Programas e Protocolos; Relações Interculturais; Assistência Farmacêutica e Assessoria Jurídica (licitações, assessorias e patrimônio).</li> <li>• Estabelecer equipes no distrito que sejam responsáveis pelo acompanhamento dos subdistritos. Essas equipes contariam com Chefe do Distrito; médico responsável técnico para orientar a implantação de programas; farmacêutico; auxiliares administrativos; responsável administrativo pela gerência das compras e da contabilidade, além de outros especialistas cujos serviços se fazem necessários em função das especificidades epidemiológicas e socioculturais do DSEI (ver orientações do Modelo de Atenção).</li> </ul>
<b>Autonomia</b>	<p>O atual debate sobre autonomia está centrado na autonomia distrital, mas é importante estar atento para os limites da ação distrital. Para enfrentar esses limites sugere-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A definição de alçadas de gasto também para áreas (incluindo o fornecimento de combustível e outros suprimentos para micro-áreas via cotas definidas com o gestor do sub-distrito), sub-distritos e CASAls de modo a que possam assumir atividades de manutenção e compras compatíveis com sua estrutura e agilizar a prestação de serviços.</li> <li>• Abrir a possibilidade de formação de consórcios inter distritais que possam promover licitações para a compra de medicamentos e equipamentos, bem como organizar e negociar a gestão da referência e contra-referência dos casos que não se resolvem no âmbito do DSEI e que requerem a intermediação de CASAls “regionais”.</li> <li>• A busca permanente de parcerias entre gestores federais, distritais, estaduais e municipais.</li> </ul>

<b>Eixos</b>	<b>Estratégias</b>
<b>Promovendo a Interface com o SUS</b>	<p>A interface entre o sistema e o subsistema é um dos pontos críticos na gestão do subsistema. Para melhorar a integração entre ambos recomenda-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir o encaminhamento de pacientes como responsabilidade da equipe médica do pólo base e o apoio logístico ao encaminhamento de pacientes como responsabilidade da equipe do distrito.</li> <li>• Estabelecer um grupo de trabalho intersetorial no nível distrital que reúna representantes dos vários órgãos envolvidos (Secretaria Municipais, Hospitais e demais instâncias) para garantir o comprometimento e a continuidade das ações de referência e contra referência.</li> <li>• Promover a responsabilidade do gestor distrital por pactuar com as Secretarias Municipais e Estaduais e instâncias federais acordos que facilitem o atendimento secundário e terciário às populações indígenas.</li> <li>• As equipes matriciais da Autoridade Nacional desenvolverão instrumentos que permitam agilizar os mecanismos de referência e contra-referência a começar pela padronização de formulários e rotinas. O trabalho conjunto do DESAI com a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde será decisivo nesse sentido.</li> <li>• Garantir aos pólos estrutura tecnológica compatível com a atenção básica. Nos casos onde há forte demanda por procedimentos de maior complexidade justifica-se proceder a análise de custo efetividade para avaliar a possível adoção de tecnologias mais complexas.</li> </ul>

<b>Eixos</b>	<b>Estratégias</b>
<b>Governança</b>	<p>Atualmente os controles do subsistema são essencialmente de caráter administrativo e não favorecem o monitoramento, a pactuação de prioridades e a revisão de diretrizes. Para promovê-las sugere-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer o controle social <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Os conselhos locais passariam a estar referidos aos postos de apoio nas aldeias e postos de saúde sendo importante encontrar maneiras de registrar as reuniões dos Conselhos Locais para que possam ser lidas por parte de falantes da língua nacional. Caso não se definam mecanismos para garantir a tradução, será improvável que o subsistema consiga ouvir as mensagens elaboradas pelos conselhos locais.</li> <li>2) Criar os conselhos de subdistrito que passariam a ser deliberativos ganhando funções de pactuação e monitoramento.</li> <li>3) Capacitar gestores para que desempenhem o papel de facilitadores do controle social, organizando reuniões que estimulem o debate e promovam a inclusão de todos os participantes.</li> <li>4) Garantir mecanismos mais robustos para que os debates que acontecem nos Conselhos sejam de fato incorporados ao processo de negociação dos acordos de gestão, via interlocução permanente com a equipe da Autoridade Nacional responsável pelo acompanhamento dos DSEIs.</li> <li>5) Promover a participação de representantes municipais e estaduais nos Conselhos de Saúde Indígena, e a participação de representantes indígenas em todas as esferas deliberativas (conselhos municipais e estaduais) e de representantes dos DSEIs nas instâncias de negociação intergestores (bipartites e tripartites).</li> <li>6) Avançar na discussão sobre como transformar a CISI e o Fórum de presidentes do CONDISI em uma instância nacional paritária de controle social.</li> <li>7) Identificar a totalidade de recursos destinados ao controle social e trabalhar na definição de parâmetros que permitam estimar de modo mais acurado o montante necessário para operá-lo adequadamente.</li> </ol> </li> <li>• Criação de uma câmara técnica nacional composta por especialistas e usuários que possa revisar periodicamente os resultados alcançados pelo subsistema e sugerir correções de rota.</li> <li>• Incentivo à divulgação para pesquisadores e meios de comunicação tanto das práticas inovadoras adotadas pelas unidades gestoras e pelos serviços de saúde, como dos resultados das avaliações.</li> </ul>

Fonte: quadro elaborado pela equipe da consultoria – CEBRAP, 2009

# I Propostas: Princípios, Desafios e Diretrizes

À luz das apresentadas no Diagnóstico do Modelo de Organização entendemos que os principais desafios a serem enfrentados pelo modelo de organização são: **unificar a autoridade** nos vários **níveis territoriais**; promover a **autonomia** dos gestores do subsistema, no sentido de ampliar sua **capacidade de gestão** e de **coordenar pactos** entre as várias instâncias envolvidas na sua operação; fortalecer as instâncias de **governança**, no sentido de garantir o bom funcionamento dos controles – social e por pares - e sua capacidade de promover processos permanentes de avaliação e revisão do desempenho e da estrutura do subsistema.

Para avançar nessa direção sugerimos um conjunto de ações norteadas por dois princípios:

**Transparência:** Garantir a transparência quanto às responsabilidades, aos recursos alocados, às metas acordadas e aos indicadores usados para aferir seu cumprimento. Indicar claramente o papel e as metas atribuídas a cada um dos agentes envolvidos no subsistema.

**Desempenho:** Buscar maximizar o aproveitamento dos recursos que vêm sendo canalizados para a saúde indígena responsabilizando indivíduos e equipes pelo cumprimento das metas acordadas.

Tomando os desafios e princípios acima descritos procedemos, a seguir, a uma revisão da atual estrutura organizacional indicando ações que podem contribuir para seu aperfeiçoamento.

## **I.1 Concentrando a Autoridade e Simplificando a Estrutura**

O Subsistema conta hoje com autoridades que atuam em diferentes níveis (DSEI, CORE, DESAI, presidência) e que respondem por atividades técnicas, financeiras e administrativas que acontecem tanto nas comunidades, quanto nos pólos base e nos distritos. Essa estrutura, como já se apontou nas seções anteriores, tem promovido a dispersão tanto de responsabilidades, quanto de autoridade reduzindo o desempenho e a transparência do subsistema. Para enfrentar essa fragilidade, vários módulos da consultoria sugeriram ser importante definir um responsável, em cada nível da estrutura organizacional, que seja capaz de traduzir, de forma sintética, as atividades aí realizadas. No sentido de dar subsídios para operacionalizar essa recomendação, sugere-se que os vários módulos (organização, gestão, financiamento, monitoramento e avaliação) adotem a territorialização proposta pelo modelo de assistência. Essa territorialização trabalha com 4 níveis territoriais: a micro-área (as comunidades e unidades de apoio AIS, AISAN); o subdistrito (a área coberta por um pólo base); os distritos (os atuais DSEIs) e a autoridade nacional. Cada um desses níveis contaria com um gestor responsável pelo conjunto de atividades técnicas, de financiamento e administrativas daquele território.

O responsável pelo território pactuará com a autoridade a quem responde e com as instâncias de controle social daquele território o conjunto de serviços a serem prestados. Por exemplo, o chefe do pólo base responde à prestadora de serviços responsável por aquele pólo e pactuará com ela e com o conselho local seus acordos de gestão. A prestadora pactuará seus acordos com o CONDISI e o gestor distrital, responsável pelo desempenho da prestadora de serviços, assim como pela qualidade do conjunto de serviços pactuados no distrito.

O quadro a seguir detalha essa proposta indicando os níveis de gestão, os equipamentos associados a esse nível, a autoridade responsável por cada um desses níveis, descrevendo suas principais atribuições, e os mecanismos de governança.

## Quadro I – Estrutura Organizacional, Proposta Modelo de Organização

Território	Estabelecimento	Responsável	Governança
<p><b>Microárea e Área</b> Número total de aldeias <b>4.750</b>. O número de aldeias por distrito varia de 16 a 745</p>	<p>Unidade de apoio AIS, AISAN (Posto simples de aldeia) Postos de Saúde (de Aldeias grandes, funciona também como unidades de apoio de AIS e AISAN, principalmente no Sul, NE, MS)</p>	<p>Em comunidades com mais de um AIS é importante indicar o responsável que responderá ao chefe do pólo-base<sup>1</sup>. Os AIS respondem pelo atendimento local e o chefe do pólo é responsável pelo desempenho dos AIS. O chefe do pólo negocia com o AIS o plano de trabalho. Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena que atuam em um território da atenção, ou seja, o conjunto de micro-áreas (aldeias/comunidades)</p>	<p>O plano de trabalho é pactuado no conselho local, sediado no pólo base Incentivo a mecanismos para troca de informações sobre o trabalho feito por AIS em outras comunidades. Nas unidades de apoio e nos postos haverá um Conselho Local.</p>

<sup>1</sup> Uma meta a ser alcançada pelo subsistema é que o AIS responsável tenha concluído o Curso de Formação.

<b>Território</b>	<b>Estabelecimento</b>	<b>Responsável</b>	<b>Governança</b>
<p><b>Subdistrito</b></p> <p>O número de pólos por distrito varia de 1 a 35.</p>	<p>Pólo-base, área física compatível com a de UBS. Quando necessário avaliar a incorporação de “mini-Casai”</p> <p>Casai</p>	<p>O chefe do pólo é responsável pelas micro-áreas e pelo pólo e pelo cumprimento do plano de trabalho detalhado no acordo de gestão.</p> <p>O chefe da Casai responde pelo acolhimento de vários subdistritos.</p> <p>O chefe do pólo, assim como o chefe da Casai, responderão à prestadora de serviços, a qual é a responsável pela implantação do plano de trabalho.</p> <p>O responsável pelo desempenho da prestadora de serviços e pela qualidade do conjunto de serviços pactuados é o chefe do distrito.</p> <p>O Pólo Base assume funções administrativas, podendo receber recursos. Deve cuidar dos encaminhamentos e dialogar com municípios.</p>	<p>O plano de trabalho é negociado entre a prestadora e o responsável seja pelo pólo, seja pela Casai.</p> <p>Haverá um Conselho de Subdistrito em cada pólo, esse conselho terá funções de pactuação e monitoramento. As sugestões e deliberações desse Conselho serão encaminhadas às comunidades, ao pólo, à Casai e ao Conselho Distrital.</p> <p>Os indicadores que permitirão aferir a implantação do plano de trabalho serão pactuados entre os conselhos locais, o prestador de serviços e o chefe do distrito.</p> <p>Os indicadores pactuados serão apresentados e discutidos no Conselho Distrital.</p> <p>É importante promover a participação das equipes dos pólos e dos conselhos locais no processo de pactuação entre prestadores de serviços e o chefe do distrito, bem como abrir a possibilidade de “ascenderem” para a equipe do distrito.</p>

Território	Estabelecimento	Responsável	Governança
<p><b>Distrito</b> A população dos distritos varia de 2.276 a 65.984 índios</p>	<p>Sede do distrito</p>	<p>Chefe de distrito,<sup>2</sup> é o gestor com autoridade máxima no nível distrital. Deve planejar e coordenar as ações de saúde na área de abrangência do distrito, que incluem os procedimentos e serviços ligados à referência e contra-referência e a gestão de parcerias.</p> <p>O chefe do distrito responde à autoridade nacional do subsistema e será apoiado pelo grupo de gestão responsável por aquele DSEI. A autoridade nacional é responsável pelo desempenho do distrito.</p> <p>O DSEI tem competências para execução orçamentária e financeira dos recursos da saúde indígena, o que significa ser capaz de ordenar despesas, realizar licitações, adquirir bens e insumos e gerir contratos. A compra direta ou a coordenação de equipamentos e medicamentos e sua entrega aos pólos e CASAI está dentro das atribuições do distrito.</p> <p>O chefe do DSEI pode autorizar o MS a fazer transferências financeiras para as prefeituras e ONGs dos valores contratados com as prestadoras de serviços.</p> <p>Cabe à equipe do distrito realizar inspeções periódicas nos serviços dos sub-distritos e microáreas com a finalidade de fiscalizar a execução das atividades e metas pactuadas no contrato de gestão (essa é uma atividade a ser pactuada entre o DSEI e a autoridade nacional).</p>	<p>O plano de trabalho é negociado entre o chefe do distrito e a autoridade nacional.</p> <p>Haverá um Conselho Distrital que deverá contar com secretaria executiva, espaço físico e orçamento para viabilizar as reuniões e trabalhos. Cabe ao gestor distrital garantir as condições de funcionamento dos conselhos distritais e locais.</p> <p>Os indicadores que permitirão aferir a implantação do plano de trabalho no Distrito serão pactuados entre a autoridade nacional e o chefe do distrito.</p> <p>Os indicadores pactuados serão apresentados e discutidos no Conselho Distrital, na CISI e no Fórum Nacional.</p> <p>É importante promover a participação da equipe dos distritos nos processos de planejamento e avaliação da autoridade nacional do subsistema bem como abrir a possibilidade das equipes dos distritos “ascenderem” para a equipe nacional.</p>

<sup>2</sup> Uma possibilidade discutida pela equipe da consultoria é que o chefe do distrito seja vinculado a uma carreira federal e que os demais funcionários do DSEI sejam recrutados conforme orientação preconizada pela equipe de gestão. O chefe do distrito deve necessariamente ter nível universitário, formação na área da saúde ou administração; experiência de mais de 5 anos em saúde indígena; experiência em gestão de serviços de saúde pública. Esses objetivos serão buscados através de um processo de educação permanente a ser fomentado pelo subsistema.

<b>Território</b>	<b>Estabelecimento</b>	<b>Responsável</b>	<b>Governança</b>
<b>Autoridade Nacional</b>	Secretaria ou Departamento Nacional de Saúde Indígena	<p>Responsável pela secretaria ou departamento é a autoridade nacional responsável pelo desempenho dos DSEI. A autoridade nacional responde ao Ministro da Saúde e ao controle social.</p> <p>O responsável será apoiado por equipes matriciais. Essas equipes serão coordenadas por um especialista em gestão e contarão com especialistas em Monitoramento e Avaliação; Recursos Humanos e Educação Permanente; Programas e Protocolos; Assistência Farmacêutica e Assessoria Jurídica (licitações, assessoria jurídica e patrimônio).</p> <p>Cabe à autoridade nacional a promoção da equidade e das metas de qualidade e a responsabilidade pela totalidade dos acordos de gestão firmados entre a autoridade nacional e os Distritos.</p>	<p>Os indicadores e incentivos pactuados entre a autoridade nacional e os chefes de DSEI serão apresentados e discutidos na CISI no Conselho Nacional de Saúde e no Fórum de presidentes distritais . As sugestões do Fórum e do Conselho serão encaminhadas aos Distritos e aos Conselhos Distritais.</p> <p>Será criada uma Câmara Técnica de Saúde Indígena composta por representantes do controle social, dos gestores e dos prestadores. Essa câmara deverá rever anualmente a política de saúde indígena, analisando seus sucessos e deficiências e propondo correções de rota a serem apresentadas à CISI e à autoridade nacional.</p> <p>Publicações e conferências para avaliação por pares serão financiadas pela Autoridade Nacional</p>

Fonte: quadro elaborado pela equipe da consultoria – CEBRAP, 2009

Definida a autoridade em cada um dos territórios, deve-se promover uma estrutura organizacional que favoreça a implantação de formas de gestão orientadas para resultados. Do ponto de vista organizacional isso significa fomentar a articulação entre os fluxos de recursos, de planejamento e de avaliação e ampliar a autonomia do gestor para que ele possa dispor dos recursos que são necessários para a prestação adequada de serviços e, assim possa ser responsabilizado pelo desempenho dos serviços daquele território.

Essa orientação implica em promover mudanças significativas na forma de organização de trabalho das unidades gestoras do subsistema, sobretudo, DESAI, CORE e DSEI. A segregação que existe hoje entre as atividades técnicas e administrativas terá que ser repensada para viabilizar a organização de equipes responsáveis pelo suporte técnico-político e administrativo às equipes prestadoras de serviço.

Sobre a adequação da capacidade instalada do subsistema para suportar o modelo organizacional consideramos que, mesmo tendo em conta os testemunhos apresentados em outros relatórios, bem como nos nossos estudos de caso quanto a uma distribuição bastante desigual de recursos (enquanto algumas áreas contam com infra-estrutura, equipamentos e insumos suficientes outras reportam carência sistemática em todos esses aspectos) entendemos que, do ponto de vista organizacional, a média nacional de 0,6 pólos base por 1.000 habitantes viabiliza o projeto proposto por essa consultoria de consolidar processos de gestão do subsistema já a partir dos subdistritos. Os dados referentes à distribuição de recursos humanos, apresentados no Anexo I, vão na mesma direção.

A seguir fazemos um primeiro exercício no sentido de indicar formas de viabilizar essa proposta.

## **I.2 Organizando Equipes Multidisciplinares para a gestão do subsistema**

A proposta que segue é inspirada pelo ideário dos “modelos orgânicos” tal como descrito por Donaldson (1999)<sup>3</sup>. Nessa proposta cabe ao gestor e sua equipe um papel proativo, orientado pela perspectiva de promover mudanças no território sob sua responsabilidade. Os processos de trabalho devem ser pensados para atender a demandas menos previsíveis e por isso são menos rotinizados, programáveis e regulamentados. Em contrapartida eles devem ser mais permeáveis a inovações e integrações laterais com organizações parceiras. A própria estrutura organizacional que acolhe o gestor e sua equipe é flexível e aberta às parcerias, sendo a comunicação mais informal e multidirecional.

Informados por esse ideário sugerimos a organização de equipes qualificadas que possam ser preparadas para lidar de forma estruturada com as diversas demandas, a pouca rotina e os novos desafios que aparecem permanentemente nos vários níveis de gestão do subsistema. No quadro a seguir são sugeridas equipes modulares que possam assumir a gestão da estrutura organizacional nos vários territórios do subsistema.

---

<sup>3</sup> Para uma exposição mais detalhada desse modelo ver Anexo 2

## Quadro 2 – Organização das equipes de gestão

<b>Território</b>	<b>Equipamento</b>	<b>Equipe de gestão</b>	<b>Responsabilidades</b>
<b>Subdistrito</b>	Pólo base  Unidade de apoio Posto de serviço Casai	Chefe do pólo e um auxiliar – equipe vinculada à prestadora de serviços    Chefe da Casai; técnico responsável pela gerência das compras e da contabilidade = 1 NS + 1 NM – equipe vinculada à prestadora de serviços	Organização do pólo Pactuação e administração dos acordos de gestão com os AIS e com as prestadoras Monitoramento da implementação dos planos de trabalho dos AIS Interface e operacionalização dos procedimentos de coleta e processamento de dados Encaminhamento da referência e contra referência Dar suporte ao Conselho Local e Conselho do Subdistrito
<b>Distrito</b>	Sede do distrito	Chefe do distrito; médico responsável técnico para orientar a implantação de programas; farmacêutico; auxiliar administrativo; responsável administrativo pela gerência das compras e da contabilidade = 4 NS + 1 NM Estima-se que essa seja a equipe básica para cobrir distritos com até 3 pólos. Em distritos com mais de 3 pólos deve-se ampliar a equipe incluindo-se técnicos que venham a assumir a coordenação dos trabalhos de um conjunto de subdistritos. Distritos com mais de 3 pólos contariam com mais 1 profissional; com mais de 10 pólos somariam mais um; e acima de 15 pólos somariam mais 1 profissional perfazendo um máximo de 8 profissionais por sede de distrito. Cabe considerar a ampliação desse quadro para distritos populosos e com mais de 15 pólos.	Realizar atividades técnicas e administrativas e garantir suporte técnico e administrativo aos subdistritos. Garantir a interlocução com a Autoridade Nacional, as prestadoras, os Municípios, os pólos e as Casai. Garantir os fluxos de referência e contra-referência Garantir os insumos e monitorar a prestação de serviços nos subdistritos e micro áreas. Interface e operacionalização de procedimentos de coleta e processamento de dados Promover parcerias entre gestores, prestadores, fornecedores e usuários. Gerir compras, almoxarifado, licitações, assessoria jurídica. Garantir suporte ao Conselho Distrital e Conselhos dos Subdistritos

<b>Território</b>	<b>Equipamento</b>	<b>Equipe de gestão</b>	<b>Responsabilidades</b>
<b>Autoridade Nacional</b>	Secretaria ou departamento	<p>Diretoria com o responsável pela secretaria ou departamento; 6 equipes matriciais; corpo administrativo responsável pela totalidade dos contratos firmados entre a autoridade nacional e os Distritos, as licitações nacionais e o processamento das informações.</p> <p>As equipes matriciais permitem coordenar os trabalhos das equipes de Monitoramento e Avaliação; Recursos Humanos e Educação Permanente; Programas e Protocolos; Relações Interculturais; Assistência Farmacêutica e Assessoria Jurídica (licitações, assessorias e patrimônio). Cada equipe será responsável por um conjunto de DSEIS.</p> <p>Os DSEI serão agrupados por contigüidade geográfica ou outra tipologia.</p>	<p>Organizar o conjunto de procedimentos, normas, diretrizes e informações consoantes à totalidade do subsistema.</p> <p>Garantir suporte técnico e promover a qualificação dos quadros distritais para assumirem a gestão dos seus territórios.</p> <p>Promover a integração com o serviços municipais, estaduais e federais do SUS.</p> <p>Promover a integração com as instâncias federais que atuam junto às populações indígenas.</p> <p>Garantir suporte técnico e promover a qualificação dos quadros de gestão distritais para assumirem a gestão dos seus territórios.</p> <p>Garantir suporte e promover interlocução com o Controle Social no plano nacional.</p>

Fonte: quadro elaborado pela equipe da consultoria – CEBRAP, 2009

Essa proposta considera que conquanto devam ser levadas em conta as dificuldades logísticas e os indicadores epidemiológicos desfavoráveis das populações indígenas deve-se compatibilizar a estrutura organizacional com a população coberta, sendo importante não perder de vista que, de um total de 34 distritos, pelo menos 15 contam com menos de 10.000 indivíduos (3 dos quais contam com menos de 5.000), enquanto apenas 8 contam com mais de 20.000 (sendo que apenas um Mato Grosso do Sul, conta com mais de 40.000). Tendo essas considerações em mente e tomando por base os valores sugeridos nesse primeiro exercício, teremos algo entre 260 e 300 técnicos, de nível médio e superior, envolvidos na gestão do subsistema. As equipes, tal como descritas, se apóiam, sobretudo, em gestores de nível superior. Importantes ganhos de escala podem, no entanto, ser alcançados se técnicos de nível médio forem alocados para trabalhar diretamente com esses profissionais apoiando a gestão local e o monitoramento.

A seguir apontamos para algumas estratégias que podem contribuir para orientar os esforços das autoridades e equipes de gestão do subsistema no sentido da implantação de uma estrutura organizacional voltada para a gestão por resultados.

### **1.3 Promovendo Autonomia, Suporte e Parcerias**

A profunda heterogeneidade que existe entre os distritos de saúde indígena é reconhecida entre os que trabalham no subsistema sendo amplamente discutida a necessidade de se investir em processos que contribuam para ampliar tanto a resolutividade, quanto a equidade no interior do subsistema. Para se avançar nessa direção devem ser levadas em conta as diferenças que existem entre os Distritos, em termos de acessibilidade, população, perfil epidemiológico e estrutura organizacional. Alternativas que permitam tanto ampliar a capacidade dos distritos que se encontram em piores condições, como preservar as condições de operação daqueles com bom desempenho devem ser alcançadas.

Para enfrentar esse desafio propomos duas estratégias principais: **fortalecer os fluxos de comunicação verticais dentro do subsistema e investir na promoção de parcerias horizontais.** Essas estratégias devem permitir que o

desejado avanço da autonomia distrital seja acompanhado de uma redução das iniquidades que hoje caracterizam o subsistema. A estrutura organizacional proposta deve, dessa perspectiva, facilitar as parcerias e troca de experiências entre os vários agentes do distrito, entre os distritos e, ainda entre os vários ministérios, secretarias estaduais e municipais e agências envolvidas com a questão indígena.

A estratégia de fortalecer os fluxos de comunicação vertical deve resultar no fortalecimento das capacidades, sobretudo, dos agentes distritais e subdistritais. As equipes multidisciplinares posicionadas no nível federal devem garantir suporte técnico e administrativo que permita interpretar as necessidades e apoiar os distritos e pólos na implantação dos programas, na administração dos contratos, na promoção de licitações para a compra de medicamentos e equipamentos e no desenvolvimento de parcerias estáveis. Outro fator crucial para o sucesso desse modelo é a qualificação do gestor.

A estratégia de promover as parcerias deve levar em conta maior diálogo com as instâncias representativas do SUS no nível local. Nesse sentido, tanto a participação de representantes municipais e estaduais nos Conselhos de Saúde Indígena, como a efetiva participação de representantes indígenas em todas as esferas deliberativas (conselhos municipais, bipartites e tripartites) deve ser buscada.

Outro aspecto fundamental de parceria no nível local refere-se ao âmbito técnico, devendo-se alcançar maior articulação das ações e programas do Distrito com as recomendações e programas do nível estadual. Parcerias bem sucedidas de alguns distritos com o programa estadual de DST/AIDS podem servir de exemplo sobre como ampliar a capacitação técnica da equipe distrital (ver sugestões de parcerias no Anexo 3).

A necessidade de garantir o estabelecimento de ações integradas e o recurso às parcerias e à capacitação e suporte às equipes distritais e subdistritais reforçam o argumento de que a autonomia é um programa que não se limita ao distrito e não deve ser confundida com localismo, uma vez que através dela se busca a melhor combinação de competências, reconhecendo-se desde ações que devem ser inteiramente administradas desde o nível local, até outras que ganharão qualidade graças à escala ou à excelência técnica de quadros qualificados para tratar de temas altamente especializados.

Nessa linha sugere-se investigar as possibilidades legais de se organizarem consórcios inter distritais que possam promover licitações para a compra de medicamentos e equipamentos, bem como organizar e negociar a gestão da referência e contra-referência dos casos que não se resolvem no âmbito do DSEI e que requerem a intermediação de CASAI “regionais”. De forma complementar, para que o gestor responsável por cada um dos territórios disponha dos recursos necessários para a prestação adequada de serviços e possa ser responsabilizado pelo desempenho dos serviços, será preciso definir alçadas de gasto também para micro áreas, subdistritos e CASAI de modo a que possam assumir atividades de manutenção e compras compatíveis com sua estrutura e agilizar a prestação de serviços. O controle sobre o uso adequado desses recursos caberá às várias autoridades territoriais e deverá ser feito tanto através do monitoramento dos acordos de gestão, quanto da fiscalização direta. O controle social também deverá desempenhar um papel central, monitorando e fiscalizando a efetiva implementação desses acordos.

Depreende-se dessas recomendações que o sucesso desse modelo em promover autonomia com equidade dependerá de sua capacidade de fortalecer tanto o eixo vertical do subsistema, garantindo suporte aos vários níveis territoriais do subsistema, quanto seu eixo horizontal, garantindo instrumentos que favoreçam a promoção de parcerias estáveis entre os vários agentes. Caberá ainda ao nível federal, a partir das equipes matriciais, da Câmara Técnica e dos mecanismos de controle social, definir mecanismos de avaliação de desempenho da gestão distrital.

#### **1.4 Promovendo a Interface com o SUS**

À medida que o subsistema avança, fica cada vez mais clara a fragilidade da sua interface com os serviços de media e alta complexidade do SUS. Nessa seção indicamos algumas estratégias que se espera que possam contribuir para facilitar essa interface.

Um ponto notado repetidamente nos estudos de caso é a falta de padronização nos documentos que acompanham os processos de referência e contra referência. Há também, em vários casos, falta de clareza sobre quem encaminha os pacientes.

Sugerimos assim que concomitantemente a adoção de formulários padronizados se generalize a prática de identificar o responsável clínico do pólo-base, preferencialmente um médico, como responsável pelo encaminhamento dos doentes. Nesse sentido, mesmo que o encaminhamento seja feito por outro profissional (enfermeiro, técnico de enfermagem, agente indígena de saúde), deve ser com o respaldo de um médico, através de contato por algum meio de comunicação. Já o acompanhamento do processo de encaminhamento ficará sob responsabilidade da equipe distrital. Os encaminhamentos de casos eletivos (que aguardam agendamentos) também devem ser organizados pela equipe do pólo. Periodicamente essa relação de casos deve ser atualizada pela equipe do Distrito com a equipe da CASAI.

Os serviços de especialidades ambulatoriais e hospitais de referência secundária devem ser definidos no âmbito do Distrito com suporte das autoridades estaduais e nacional. O Conselho Distrital deve assegurar a representação desses serviços entre seus membros. Esses representantes esclareceriam as responsabilidades e limites de um serviço de referência, prestariam contas dos recursos obtidos a título de incentivo e receberiam as sugestões e críticas dos usuários. É possível, ainda, pensar na elaboração de um plano de trabalho a ser pactuado entre o DSEI, os serviços de saúde de maior complexidade e o Conselho e monitorado periodicamente. No plano federal recomenda-se replicar esse modelo para a referência a serviços de alta complexidade, esses procedimentos seriam pactuados entre a autoridade nacional, os serviços de alta complexidade e a instância nacional de controle social.

Para aprimorar os processos de referência e contra-referência recomendamos, ainda, estabelecer um grupo de trabalho intersetorial no nível distrital que reúna representantes dos vários órgãos envolvidos (Secretaria Municipais, Hospitais e demais instâncias), a fim de promover comprometimento e continuidade nas discussões e encaminhamentos dos problemas. Tais parcerias, com os diversos órgãos imprescindíveis ao bom funcionamento do subsistema, devem ser estabelecidas a partir de princípios, acordos e responsabilidades claramente definidos.

Os hospitais de referência terciária devem ser definidos no Conselho Nacional de Saúde com respaldo técnico da autoridade nacional. Nos serviços de alta complexidade deve-se ampliar as práticas que respeitam as especificidades culturais das populações indígenas. O sistema de referência deve ser aprimorado no sentido de minimizar os impactos da peregrinação diagnóstica e terapêutica a que são submetidos

os pacientes que necessitam de atenção de alta complexidade. Ações nesse sentido são: acompanhar os pacientes durante a internação hospitalar, adequar dietas, facilitar o diálogo entre o doente e família com as equipes de saúde das especialidades, possibilitando informação e maior poder de decisão do usuário sobre os diagnósticos, tratamentos e procedimentos terapêuticos. Do ponto de vista organizacional deve-se promover a pactuação de metas e acordos de nível de serviço entre as unidades de alta complexidade que são referência regional, e nacional, as Casas de Saúde do Índio e a autoridade nacional.

## **1.5 Governança**

Um dos desafios importantes a serem enfrentados pelo subsistema é desburocratizar as funções de controle, estabelecendo formas mais orgânicas de monitoramento, avaliação e revisão das suas rotinas e diretrizes. Para tanto, será preciso investir em mecanismos de governança que contribuam para a promoção de parcerias e de formas de monitoramento que favoreçam a permanente reflexão sobre o que está funcionando bem, onde estão os problemas e que adequações podem ser testadas.

A seguir comentamos com maior detalhe as especificidades do controle social, que é hoje o principal canal de governança do subsistema, e fazemos algumas sugestões para seu aprimoramento.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas define os Conselhos Locais de Saúde, como a instância situada mais próxima a aldeia; o Conselho Distrital de Saúde, situado na sede do distrito, detêm atribuição específica de deliberar sobre as questões em todo território distrital e a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) situada no âmbito do Conselho Nacional de Saúde<sup>4</sup>.

As entrevistas e estudos de caso feitos por essa consultoria confirmaram um avanço significativo na formação dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde Indígena

---

<sup>4</sup> No Anexo 4 descreve-se a composição da CISI. Note-se que nessa composição os representantes do Sistema de Saúde municipal e estadual entram apenas como suplentes, o que contribui para afastar o subsistema de saúde indígena do restante do SUS.

atestado pelo fato de que praticamente todos os distritos submetem seus planos distritais à sua aprovação. Atualmente existem 34 Conselhos Distritais de Saúde Indígena (sem a definição do DSEI Sul-Sudeste, com esse seriam 35), organizados de forma paritária, sendo 50% de usuários, 25% de Gestores e 25% de trabalhadores da saúde indígena. Os conselhos locais estão associados aos 337 Pólos Bases. Esses conselhos, diferentemente dos Conselhos Distritais, não são paritários e têm suas regras próprias de funcionamento, respeitando-se as organizações sociais de cada comunidade Indígena. De acordo com as normas existentes, esses conselhos são formais e homologados pelo Coordenador Regional da FUNASA em suas respectivas áreas.

No sentido de adequar essa estrutura à territorialização proposta, se sugere a criação dos Conselhos dos Subdistritos que devem contribuir para a pactuação dos acordos de gestão entre os pólos, as prestadoras e os Distritos. Passariam a ser atribuições dos Conselhos subdistritais de Saúde Indígena: participar da elaboração dos pactos entre os pólos e a prestadora de serviços; aprovar o Plano do subdistrito; participar do monitoramento da execução das ações de saúde planejadas; analisar e aprovar a prestação de contas das instituições executoras. Esses Conselhos seriam formados de acordo com os preceitos da Lei 8.142/90, contemplando a composição paritária de 50% de usuários (indígenas) e 50% de representantes de organizações governamentais (FUNASA, FUNAI, SES), prestadores de serviços (SMS, ONGs) e trabalhadores do setor de saúde.

Em relação às instâncias já existentes vale a pena considerar que em muitas regiões o Conselho Local de Saúde agrupa várias comunidades (aldeias) de um mesmo povo, sendo que em poucos casos agrupa povos diferentes, o que torna mais fácil pensar em formas de compatibilizar o controle social com as tradições do grupo. É importante lembrar que em muitas situações o idioma falado nas aldeias não é a língua nacional, e que para muitos povos indígenas a separação das intervenções de saúde, educação, assistência é vista como uma novidade, uma vez que na maior parte das culturas indígenas essa fragmentação não existe. Dessa perspectiva, cabe ao controle social buscar mecanismos de avaliação das necessidades, e da satisfação dos usuários dos serviços que não provoquem distúrbios nas suas formas próprias de organização social, bem como encontrar formas de registro das reuniões que possam ser lidas por parte de falantes da língua nacional. Ou seja, caso não se defina mecanismos para

garantir a tradução, será improvável que o subsistema consiga ouvir as mensagens elaboradas pelos conselhos locais.

Aos conselhos distritais de saúde cabe garantir a representação de cada povo, sendo o espaço de encontro de todos os povos indígenas residentes no mesmo Distrito Sanitário. É o espaço de deliberação, fiscalização, atuação consultiva que, em cada um dos distritos sanitários, contribuirá para a formulação de uma política regionalizada de assistência à saúde. São atribuições dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena: participar da elaboração do Plano de Saúde Indígena; aprovar o Plano Distrital; avaliar a execução das ações de saúde planejadas, propondo, se necessário, uma reprogramação; aprovar a prestação de contas dos órgãos e instituições executoras (Funasa, 2000a:32). Dentre os usuários, todos os povos ou regiões da área distrital deverão estar representados, conforme indicação das comunidades, sem predominância hegemônica de algum povo ou região distrital. Aos conselheiros que não dominam o português deve ser facultado acompanhamento de intérpretes indicados (Funasa, 2000a:20-21).

Os estudos de caso realizados pela consultoria mostram uma forte dependência desses conselhos em relação à Chefia dos Distritos e das COREs, sendo que a pauta e a decisão sobre a convocatória de reuniões ficam sempre a cargo do chefe do distrito. Conquanto nos pareça importante garantir o apoio das autoridades ao funcionamento do Conselho Distrital chamamos a atenção para a necessidade de que ganhem autonomia e algum poder deliberativo, pois só assim poderão exercer o controle social. Entendemos, assim, que a consolidação do Conselho Distrital como espaço de pactuação e monitoramento depende de um movimento delicado onde o gestor terá que desempenhar um papel central, mas no sentido do fortalecimento e desenvolvimento de autonomia do conselho. Nesse processo tanto conselheiros, quanto gestores terão que ser preparados para assumir funções de monitoramento, pactuação e discussão de alternativas. Para subsidiar o acompanhamento das ações nas microáreas e subdistritos seria recomendável buscar formas de envolver os conselheiros na análise dos dados produzidos pelo SIASI. O sucesso deve esforço depende ainda da ampla divulgação das resoluções, atividades, datas e locais de reunião dos CONDISI.

No plano nacional atuam a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), junto ao Conselho Nacional de Saúde e o Fórum de Presidentes de CONDISI. Embora

nenhuma das duas instâncias tenha caráter deliberativo, é inegável o papel político que ambas têm desempenhado junto às autoridades federais. Cabe encontrar em futuro próximo um formato que institucionalize esse papel, transformando-as efetivamente em uma instância nacional paritária de controle social.

Se, como já indicado nas sessões anteriores, a vitalidade da organização dos serviços de saúde indígena está estreitamente vinculada à sua capacidade de produzir indicadores que permitam aferir sua efetividade e eficácia, ela também depende de se garantirem canais de comunicação que traduzam a satisfação das populações indígenas com os serviços que estão recebendo. Para garantir que esses canais funcionem adequadamente será preciso promover a capacitação e o treinamento dos gestores na facilitação do controle social. Essa capacitação será crucial para que os conselhos possam vir a assumir o papel protagonista que lhes cabe nos processos de discussão, inovação, pactuação e monitoramento.

Além dessas instâncias deve-se notar que em inúmeros municípios e Estados há cadeiras reservadas para representantes indígenas nos respectivos Conselhos de Saúde o que contribui para abrir canais de comunicação entre essas populações e as comissões tripartites. A tabela 7 apresenta o total de recursos do Vigisus que foram destinados ao controle social nos últimos três anos e inclui os gastos da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena.

**Tabela 3 - Gastos do VIGISUS com Controle Social – Brasil, 2005/2008**

<b>Anos</b>	<b>Total Financeiro Executado</b>	<b>Total PNUD</b>	<b>Total Funasa</b>	<b>Total Executado</b>
2005	3.109.159,33	396.562,86		3.505.722,19
2006	836.507,00	3.005.733,91		3.842.240,91
2007	28.132,36	438.877,44	244.426,93	711.436,73
2008	8.890,62		112.728,30	171.618,92
<b>Total</b>	<b>3.973.798,69</b>	<b>3.900.064,83</b>	<b>357.155,23</b>	<b>8.231.018,75</b>

Os valores das tabelas constituem-se os totais dos anos de 2005 a 2007 utilizados dentro do Componente I do VIGIGUS para o controle social. Fonte: Componente I - Vigisus

É difícil interpretar a grande variação nos valores indicados na tabela. É possível que essas variações assumam um caráter menos dramático se pudermos identificar os recursos destinados pelo Ministério da Saúde a essa atividade. De qualquer forma sabe-se que os recursos apresentados nessa tabela foram destinados na sua quase totalidade para a participação de representantes indígenas em encontros e reuniões. Uma vez que tenhamos maior clareza sobre a totalidade de recursos provenientes das várias fontes poderemos fazer um juízo mais exato dos recursos que vêm sendo destinados ao controle social, e, assim, trabalhar na definição de parâmetros que permitam estimar de modo mais acurado o montante necessário para operá-lo adequadamente.

Em paralelo à dinamização das formas de controle social existentes sugerimos, ainda, a criação de uma câmara técnica nacional composta por especialistas e usuários que possa revisar periodicamente os resultados alcançados pelo subsistema e sugerir correções de rota. Finalmente chamamos a atenção para a necessidade de incentivar a divulgação tanto das práticas inovadoras adotadas pelas unidades gestoras e pelos serviços de saúde, como dos resultados das avaliações para pesquisadores e meios de comunicação.

## **1.6 Comentários Finais**

A proposta delineada nesse relatório procura garantir condições para que: 1) Os especialistas nacionais disponibilizem suporte aos gestores locais, para que esses viabilizem a prestação do conjunto de serviços assistenciais sob responsabilidade do subsistema, ou seja, as equipes dos distritos e subdistritos devem ter clareza quanto aos serviços e programas sob sua responsabilidade e devem receber orientação logística sobre como organizar os serviços, as parcerias e os acordos de gestão para viabilizar a sua prestação; 2) Os acordos de gestão que detalham o resultado esperado desse processo devem permitir a construção de um campo comum onde gestor, prestador e usuário pactuam acordos sobre o que acreditam ser necessário e possível dentro da realidade de cada subdistrito; 3) A prática de monitoramento desses acordos abre espaço para a criação de incentivos que permitam recompensar os melhores gestores e prestadores por seu desempenho.

Essa proposta resulta de um esforço para combinar duas abordagens. Uma delas, orientada para a gestão por resultados, busca formas de traduzir as ações realizadas pelo subsistema em indicadores que possam ser pactuados, monitorados e sirvam como base para a criação de um sistema de incentivos que contribua para atrair melhores gestores e prestadores. A outra, orientada para gestão participativa, procura assegurar que as especificidades locais, isto é as diferenças e as desigualdades entre distritos estejam refletidas nas parcerias e nos acordos de gestão. Com isso, espera-se alcançar uma combinação ótima entre os agentes nacionais e locais na estruturação dos processos que sustentam o subsistema.

## Referências bibliográficas

- Athias R; Machado M. **A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários:** temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. Cad. Saúde Pública. 2001; 17 (2).
- Coelho VS; Favareto A. **Dilemas da Participação e Desenvolvimento Territorial.** In Dagnino E; Tatagiba L. Democracia, Sociedade Civil e Participação. Chapecó: Argos, 2007; p. 97-126.
- Coelho, VS; Silva N. **Has the distribution of public health services become more equitable? Reflecting on the case of São Paulo.** In Shantayanan S; Widlund I. The Politics of Service Delivery in Democracies. Better Services for the Poor. EGDI. Ministry for Foreign Affairs. Stockholm. 2007
- Coelho VS. **Brazilian Health Councils: Including the Excluded?.** In: Cornwall A; Coelho VS. Spaces for Change? The Politics of Participation in New Democratic Arenas. London: Zed Books; 2006.
- Donaldson, L. (1999). **Teoria da Contingência Estrutural,** in: Clegg, SR., Hardy C; Nord, WR. (organizadores). Handbook de Estudos Organizacionais, vol. I, cap. 3 (pp. 105-136), Atlas.
- MS - Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Relatório Anual de Atividades de Atenção à Saúde Indígena – 2007.** Brasília: Departamento de Saúde Indígena, FUNASA; 2007
- MS - Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena - 27 a 31 de março de 2006 - relatório final.** Brasília: Funasa; 2007
- MS - Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2002
- ISA. Instituto Socioambiental. **Povos Indígenas no Brasil.** Disponível em [www.socioambiental.org](http://www.socioambiental.org). Consulta em janeiro de 2009.

### Documentos Analisados

Sites para mapeamento da Legislação:

[www.funasa.gov.br](http://www.funasa.gov.br)

[www.saúde.gov.br](http://www.saúde.gov.br)

[www.legislação.planalto.gov.br](http://www.legislação.planalto.gov.br)

## Anexos

### Anexo I Tabelas de população, estrutura física, recursos humanos e equipamentos

A Tabela 3 apresenta dados agregados da distribuição da população indígena.

**Tabela 3 – Cadastro da População Indígena, Brasil 2007**

<b>Variável</b>	<b>Fonte: SIASI/Funasa, 2007</b>	<b>Fonte: Portaria 2656 17/10/07</b>
DSEI	34	34
Estados	24	24
Municípios	388	388
Aldeias	4.095	
Etnias	287	
Residências	92.049	
Famílias	118.915	
Pessoas	488.441	482.184
Relação Pessoas/Residência	5,3	

Fonte: SIASI/Funasa, 2007; MS, 2007

A tabela 4 apresenta a distribuição dos pólos base existentes.

**Tabela 4 - Distribuição da População Indígena e dos Pólos-base por DSEI**

<b>Estados</b>	<b>DSEI</b>	<b>Pop. N</b>	<b>%</b>	<b>Pólo. N</b>	<b>pólo/pop</b>
AL/SE	Alagoas e Sergipe	14.613	2,8%	10	0,7
PA	Altamira	2.205	0,4%	1	0,5
AC	Alto Rio Juruá	7.824	1,5%	7	0,9
AM	Alto Rio Negro	10.579	2,0%	25	2,4
AC/AM/RO	Alto Rio Purus	28.079	5,4%	6	0,2
AM	Alto Rio Solimões	33.289	6,3%	11	0,3
AP / PA	Amapá e Norte do Pará	9.074	1,7%	6	0,7
GO/MT/TO	Araguaia	3.996	0,8%	4	1,0
BA	Bahia	24.869	4,7%	6	0,2
CE	Ceará	22.405	4,3%	16	0,7
MT	Cuiabá	5.833	1,1%	5	0,9
MA/PA	Guamá-Tocantins	6.326	1,2%	8	1,3
MT/PA	Kaiapó do Mato Grosso	4.669	0,9%	3	0,6
PA	Kaiapó do Pará	3.600	0,7%	4	1,1
RR	Leste de Roraima	35.054	6,7%	35	1,0
AM	Manaus	14.805	2,8%	14	0,9
MA	Maranhão	26.300	5,0%	6	0,2
MS	Mato Grosso do Sul	65.491	12,5%	13	0,2
AM	Médio Rio Purus	9.739	1,9%	10	1,0
AM	Médio Rio Solimões e Afluentes	5.685	1,1%	12	2,1
MG/ES	Minas Gerais e Espírito Santo	13.830	2,6%	14	1,0
PR	Paraná	12.574	2,4%	3	0,2
AM/PA	Parintins	9.789	1,9%	12	1,2
PE	Pernambuco	38.223	7,3%	11	0,3
RO/AM	Porto Velho	8.824	1,7%	5	0,6
PB	Potiguara	10.457	2,0%	3	0,3
PA	Rio Tapajós	7.127	1,4%	11	1,5
RJ/RS/SC/SP	Sul – Sudeste	34.560	6,6%	16	0,5
RJ	Asin Sul Sudeste – RJ	564	0,1%		
RS	Asin Sul Sudeste – RS	6.205	1,2%		
SC	Asin Sul Sudeste – SC	8.719	1,7%		
SP	Asin Sul Sudeste – SP	19.072	3,6%		
TO	Tocantins	8.731	1,7%	5	0,6
AM	Vale do Javari	4.060	0,8%	8	2,0
MT / RO	Vilhena	6.210	1,2%	4	0,6
MT	Xavante	13.470	2,6%	6	0,4
MT	Xingu	5.223	1,0%	4	0,8
AM / RR	Yanomami	17.090	3,3%	35	2,0
<b>TOTAL</b>		<b>524.603</b>	<b>100,0%</b>	<b>339</b>	<b>0,6</b>

Fonte: SIASI/ DESAI/FUNASA 2008. Dados preparados pela equipe da consultoria

Como se pode observar na Tabela 5 tem-se hoje um incremento considerável de recursos humanos na saúde indígena: 1529 profissionais de nível universitário compondo as equipes multidisciplinares de saúde indígena, sendo 293 médicos (17% do total de recursos humanos de nível universitário), 705 enfermeiros (42%) e 368 odontólogos (22%).

**Tabela 5 – Distribuição dos Recursos Humanos por Distrito e Categoria**

DSEI	População N	RH 1 – NS*		RH 2**		RH 3***	
		N	rh/p op <sup>1</sup>	N	rh/p op <sup>2</sup>	N	rh/p op <sup>3</sup>
ALAGOAS E SERGIPE	14.613	43	2,9	78	5,3	52	3,6
ALTAMIRA	2.205	10	4,5	63	28,6	52	23,6
ALTO RIO JURUÁ	7.824	22	2,8	21	2,7	49	6,3
ALTO RIO NEGRO	10.579	55	5,2	386	36,5	39	3,7
ALTO RIO PURUS	28.079	30	1,1	171	6,1	106	3,8
ALTO RIO SOLIMÕES	33.289	47	1,4	441	13,2	87	2,6
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	9.074	25	2,8	239	26,3	48	5,3
ARAGUAIA	3.996	19	4,8	111	27,8	166	41,5
BAHIA	24.869	69	2,8	183	7,4	70	2,8
CEARÁ	22.405	38	1,7	60	2,7	74	3,3
CUIABÁ	5.833	38	6,5	159	27,3	177	30,3
GUAMÁ-TOCANTINS	6.326	40	6,3	208	32,9	141	22,3
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	4.669	14	3,0	93	19,9	20	4,3
KAIAPÓ DO PARÁ	3.600	14	3,9	100	27,8	80	22,2
LESTE DE RORAIMA	35.054	72	2,1	441	12,6	106	3,0
MANAUS	14.805	38	2,6	322	21,7	54	3,6
MARANHÃO	26.300	75	2,9	805	30,6	120	4,6
MATO GROSSO DO SUL	65.491	146	2,2	380	5,8	388	5,9
MÉDIO RIO PURUS	9.739	21	2,2	122	12,5	32	3,3
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	5.685	23	4,0	198	34,8	123	21,6
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	13.830	59	4,3	208	15,0	190	13,7
PARANÁ	12.574	64	5,1	122	9,7	78	6,2
PARINTINS	9.789	22	2,2	154	15,7	12	1,2
PERNAMBUCO	38.223	59	1,5	305	8,0	119	3,1
PORTO VELHO	8.824	50	5,7	311	35,2	31	3,5
POTIGUARA	10.457	38	3,6	112	10,7	26	2,5
RIO TAPAJÓS	7.127	25	3,5	106	14,9	79	11,1
SUL SUDESTE – RJ	564	14	24,8	17	30,1	16	28,4
SUL SUDESTE – RS	6.205	91	14,7	260	41,9	48	7,7
SUL SUDESTE – SC	8.719	41	4,7	86	9,9	70	8,0
SUL SUDESTE – SP	19.072	46	2,4	104	5,5	56	2,9
TOCANTINS	8.731	37	4,2	365	41,8	110	12,6
VALE DO JAVARI	4.060	18	4,4	116	28,6	20	4,9
VILHENA	6.210	26	4,2	208	33,5	88	14,2
XAVANTE	13.470	28	2,1	359	26,7	153	11,4
XINGU	5.223	32	6,1	143	27,4	132	25,3
YANOMAMI	17.090	40	2,3	402	23,5	72	4,2
<b>TOTAL</b>	<b>524.603</b>	<b>1529</b>	<b>2,9</b>	<b>7959</b>	<b>15,2</b>	<b>3284</b>	<b>6,3</b>

Fonte: SIASI/ DESAI/FUNASA 2008. Dados preparados pela equipe da consultoria

**rh/pop<sup>1</sup>** - Número de profissionais de saúde nível universitário por mil habitantes

**rh/pop<sup>2</sup>** - Número de profissionais de saúde nível médio e fundamental por mil habitantes

**rh/pop<sup>3</sup>** - Número de profissionais administrativos por mil habitantes

**\*RH 1 – profissional de saúde nível universitário:** médico, enfermeiro, odontólogo, nutricionista, farmacêutico, antropólogo, assistente social

**\*\*RH 2 – profissional de saúde médio e fundamental:** AIS, AISAN, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnico laboratório, microscopista

**\*\*\*RH 3 – pessoal administrativo :** Administrador, contador, auxiliar administrativo, apoio (motorista, piloto fluvial, outros)

A tabela 6 dá uma visão geral da distribuição de recursos físicos entre os DSEI

**Tabela 6 – Consolidado de equipamentos por DSEI**

<b>DSEI</b>	<b>Veículos terrestres</b>	<b>Proporção veic.ter./ polo base</b>	<b>Veículos aquáticos</b>	<b>Proporção veic.aquat./ polo base</b>	<b>Radio de comunicação</b>	<b>Proporção radio/aldeia</b>
ALAGOAS E SERGIPE	30	3,0	7	0,7	0	0,0
ALTAMIRA	9	9,0	33	33,0	21	1,3
ALTO RIO JURUÁ	13	1,9	26	3,7	0	0,0
ALTO RIO NEGRO	9	0,4	84	3,4	58	0,1
ALTO RIO PURUS	24	4,0	38	6,3	100	0,9
ALTO RIO SOLIMÕES	16	1,5	48	4,4	0	0,0
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	21	3,5	51	8,5	48	0,4
ARAGUAIA	27	6,8	48	12,0	11	0,4
BAHIA	69	11,5	0	0,0	0	0,0
CEARÁ	20	1,3	0	0,0	0	0,0
CUIABÁ	79	15,8	8	1,6	46	0,5
GUAMÁ-TOCANTINS	34	4,3	32	4,0	44	0,7
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	15	5,0	37	12,3	15	0,6
KAIAPÓ DO PARÁ	18	4,5	20	5,0	10	0,2
LESTE DE RORAIMA	33	0,9	33	0,9	126	0,4
MANAUS	7	0,5	72	5,1	65	0,3
MARANHÃO	28	4,7	2	0,3	0	0,0
MATO GROSSO DO SUL	156	12,0	5	0,4	187	2,5
MÉDIO RIO PURUS	7	0,7	54	5,4	38	0,4
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFL.	11	0,9	76	6,3	0	0,0
MINAS GERAIS E ES	70	5,0	0	0,0	0	0,0
PARANÁ	68	22,7	6	2,0	0	0,0
PARINTINS	5	0,4	69	5,8	0	0,0
PERNAMBUCO	44	4,0	0	0,0	0	0,0
PORTO VELHO	40	8,0	24	4,8	24	0,2

<b>DSEI</b>	<b>Veículos terrestres</b>	<b>Proporção veic.ter./ polo base</b>	<b>Veículos aquáticos</b>	<b>Proporção veic.aquat./ polo base</b>	<b>Radio de comunicação</b>	<b>Proporção radio/aldeia</b>
POTIGUARA	18	6,0	0	0,0	0	0,0
RIO TAPAJÓS	8	0,7	65	5,9	46	0,4
SUL-SUDESTE	72	4,5	0	0,0	0	0,0
TOCANTINS	55	11,0	12	2,4	99	0,8
VALE DO JAVARI	7	0,9	34	4,3	25	0,5
VILHENA	32	8,0	17	4,3	51	0,3
XAVANTE	37	6,2	0	0,0	114	0,7
XINGU	11	2,8	28	7,0	0	0,0
YANOMAMI	13	0,4	102	2,9	40	0,2
<b>TOTAL</b>	<b>1106</b>	<b>3,3</b>	<b>1031</b>	<b>3,0</b>	<b>1168</b>	<b>0,2</b>

Fonte: SIASI/ DESAI/FUNASA 2008

\*Esses dados foram fornecidos em resposta à solicitação da consultoria por informações sobre recursos tecnológicos:,equipamentos, instrumentos e ferramentas, investimentos e custos, encaminhada por de Hernan Gomez Bruera em sua visita ao DESAI em dezembro de 2008 e consolidados posteriormente pela equipe da consultoria.

A tabela 7 apresenta a distribuição combinada de DSEIs, CASAls e Pólos Base

**Tabela 7 - Distribuição dos 34 DSEI, Casas do Índio e Pólos-Base em território nacional por região geográfica.**

(Fonte: Portaria ° 1776 – MS – 08-09-2003 e Dados RENISE/FUNASA-2006)

<b>Coord. Regional (CORE)</b>	<b>Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI)</b>	<b>Casa de Saúde do Índio (CASAI)</b>	<b>Pólo Base</b>	<b>População</b>
Região Norte				
CORE do Acre	DSEI Alto Juruá	CASAI de Rio Branco	07	10.646
	DSEI Alto Purus		06	7.895
Sub-total	02	01	13	18.541
CORE do Amapá	DSEI Amapá/Norte do Pará	CASAI do Oiapoque	7	9.122
		CASAI de Macapá		
Sub-total	01	02	7	9.122
CORE do Amazonas	DSEI Alto Rio Negro	CASAI de São Gabriel da Cachoeira	26	28.445
			13	5.712
	DSEI Vale do Javari	CASAI de Atalaia do Norte	8	4.064
	DSEI Manaus	CASAI de Manaus	15	14.974
	DSEI Parintins	CASAI de Parintins	18	9.858
	DSEI Alto Solimões	CASAI de Tabatinga	11	33.308
	DSEI Médio Solimões		12	9.793
Sub-total	07	05	103	106.154
Coordenação Regional do Pará - CORE-PA	DSEI Kaiapó do Pará	CASAI de Redenção	4	3.600
	DSEI Guamá-Tocantins	CASAI de Belém	7	6.562
		CASAI de Marabá		
	DSEI Tapajós	CASAI de Itaituba	11	7.174
DSEI Altamira	CASAI de Altamira	01	2.276	
Sub-total	04	05	23	19.612
CORE de Rondônia	DSEI Porto Velho	CASAI de Porto Velho	5	9.070
		CASAI do Humaitá		
		CASAI de Guajará Mirim		
	DSEI Vilhena	CASAI de Vilhena	4	6.386
		CASAI do Ji-Paraná		
		CASAI de Cacoal		
Sub-total	02	07	9	15.456

<b>Coord. Regional (CORE)</b>	<b>Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI)</b>	<b>Casa de Saúde do Índio (CASAI)</b>	<b>Pólo Base</b>	<b>População</b>
CORE de Roraima	DSEI Leste de Roraima	CASAI de Boa Vista	35	35.152
	DSEI Yanomami		35	17.090
Sub-total	02	01	70	52.242
CORE de Tocantins	DSEI Tocantins	CASAI de Araguaína	5	
		CASAI do Gurupi.		
Sub-total	01	02	5	
Total Região Norte	19	23	230	
<b>Região Centro-Oeste</b>				
CORE de Goiás	DSEI Araguaia	CASAI de Goiânia	4	4.046
Sub-total	01	01	4	4.046
CORE do Mato Grosso do Sul	DSEI Mato Grosso do Sul	CASAI de Amambaí	13	65.984
		CASAI de Campo Grande		
Sub-total	01	02	13	65.984
CORE do Mato Grosso	DSEI Cuiabá	CASAI de Cuiabá	5	5.838
		CASAI de Rondonópolis		
		CASAI de Tangará da Serra		
	DSEI Kaiapó do Mato Grosso	CASAI de Colider	3	4.669
	DSEI Xavante	CASAI de Barra do Garça	6	13.470
		CASAI de Xavantina		
DSEI Xingu		4	5.228	
Sub-total MT	04	06	18	29.205
Total Centro-Oeste	06	09	35	
<b>Região Nordeste</b>				
CORE de Alagoas	DSEI Alagoas e Sergipe		10	15.650
Sub-total	01	0	10	15.650
CORE da Bahia	DSEI Bahia		5	25.012
Sub-total	01	0	5	25.012
CORE do Ceará	DSEI Ceará		16	22.405
Sub-total	01	0	16	22.405

<b>Coord. Regional (CORE)</b>	<b>Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI)</b>	<b>Casa de Saúde do Índio (CASAI)</b>	<b>Pólo Base</b>	<b>População</b>
CORE do Maranhão	DSEI Maranhão	CASAI de Imperatriz	6	26.673
		CASAI de Barra do Corda		
Sub-total	01	02	6	26.673
CORE da Paraíba	DSEI Potiguara		3	11.569
Sub-total	01	0	3	11.569
CORE de Pernambuco	DSEI Pernambuco		11	38.320
Sub-total	01	0	11	38.320
Total Região Nordeste	06	02	51	139.629
Região Sul / Sudeste				
CORE de Minas Gerais	DSEI Minas Gerais/Espírito Santo	CASAI de Governador Valadares	18	14.084
Sub-total	01	01	18	14.084
CORE do Rio de Janeiro				
Sub-total	0	0	0	
CORE Paraná	DSEI Litoral Sul	CASAI de Curitiba	3	12.738
		CASAI do Rio de Janeiro		
		CASAI de São Paulo		
Sub-total	01	03	3	12.738
CORE de Santa Catarina	DSEI Interior Sul		17	
Sub-total	01	0	17	
Total Região Sul	02	03	38	
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>34</b>	<b>38</b>	<b>354</b>	

## **Anexo II Pressupostos teóricos de modelos organizacionais com enfoque sistêmico-contingencial**

Uma arquitetura organizacional adequada é aquela que proporciona um alinhamento entre as estratégias e seus elementos essenciais: estrutura (arranjo hierárquico de unidades organizacionais), processos (conjuntos estruturados de ações que geram produtos/serviços entregues aos beneficiários), quadros (conjunto de pessoas que atuam nos processos e suas competências) e sistemas informacionais. Nesse caso, a estratégia é a variável ordenadora: estruturas, processos, quadros funcionais e recursos informacionais devem ser “formatados” para colocar em ação opções estratégicas específicas.

Estratégias alinhadas com contextos de baixa complexidade, caracterizados pela previsibilidade e estabilidade de demandas alinham-se com modelos de gestão de feição mais **burocrático-mecanicista**. Já estratégias alinhadas com contextos de alta complexidade, caracterizados pela incerteza, ambigüidade, pluralidade e instabilidade das demandas alinham-se, por sua vez, com modelos de gestão de feição mais **orgânica**.

Os modelos orgânicos, entre eles o **modelo sistêmico- contingencial**, possuem as seguintes características: a) predomina a estratégia mutante, emergente e proativa; b) o conjunto de produtos é mais diversificado; c) os processos de trabalho são estruturados, mas menos rotinizados, menos programáveis e menos regulamentados, sujeitos a inovações e integrações laterais com organizações parceiras; d) as estruturas são mais flexíveis e horizontalizadas (menos níveis hierárquicos e eliminação de “intermediários” na média gerência) e buscam uma integração entre a cúpula e a base operacional, que ganha maior autonomia/empowerment); e) a cultura organizacional tende a destacar valores tais como iniciativa, ousadia e sensibilidade; f) a comunicação é mais informal e multidirecional; e g) os sistemas informacionais são descentralizados e acessíveis a todos (Donaldson, 1999).

Essa abordagem teórica possibilita compreender como as organizações funcionam em diferentes ambientes, privilegiando a organização por processos, em

detrimento da visão da estrutura organizacional (organogramas), da departamentalização e das relações formais de autoridade. Na definição das unidades organizacionais, é desejável que o critério de departamentalização seja por área de resultado, mas outros critérios podem se aplicar (produto, função, processo).

A unidade central deve adquirir maiores competências e habilidades de gestão, coordenação e avaliação, enquanto as unidades descentralizadas devem passar por um amplo processo de capacitação, no sentido de assumirem as atividades de integração e operacionais junto às organizações e cidadãos-beneficiários.

O processo de descentralização deve levar em conta pontos fundamentais: definição de marco legal que aponte regras para garantir a unidade de ação; definição clara das competências e funções do órgão central e das unidades descentralizadas; detalhamento dos procedimentos técnicos necessários para implementar a transferência das ações; gradualismo no processo de descentralização para avaliar a real capacidades das unidades de dar respostas às atribuições que lhes serão descentralizadas; progressividade a partir da definições de prioridades em avanço crescente; transparência no processo decisório; estimular a criação de mecanismos que possibilitem à população o exercício de cobrança e fiscalização das ações.

Donaldson, Lex. (1999). Teoria da Contingência Estrutural, in: Clegg, Stewart R., Hardy Cynthia & NORD, Walter R. (organizadores). Handbook de Estudos Organizacionais, vol. 1, cap. 3 (pp. 105-136), Atlas.

## Anexo III Possibilidades de parcerias

<b>Ações</b>	<b>Instituições</b>	<b>Papel</b>
Formação de agentes indígenas de saúde, conselheiros, profissionais de nível universitário.	Escolas Técnicas do SUS.	Acompanhamento do processo de formação e certificação dos agentes.
	Ministério da Educação/Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde.	Escolarização, educação de jovens e adultos.
	Instituições de ensino e pesquisa	Formação de profissionais indígenas e não indígenas. Apoio no nível nacional para promover equalização dos pressupostos teóricos na elaboração de estratégias.
	Entidades conveniadas com a Funasa (ONGs, OSCIPs, Prefeituras)	Formação e acompanhamento dos agentes indígenas de saúde e saneamento.
Educação Permanente em Saúde	Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde	Capacitação básica nos protocolos dos programas estratégicos
	Instituições de ensino e pesquisa	Participação na formação da rede de apoiadores. Criação de cursos à distância.
	Organizações indígenas e não-governamentais	Desenvolvimento de projetos de capacitação de conselheiros de saúde. Participação na formação da rede de apoiadores.
Abastecimento de água e saneamento ambiental	Departamento de Engenharia e Saúde Pública/Funasa	Orientação para elaboração de projetos adequados à realidade das comunidades indígenas.
Educação em saúde	Organizações indígenas	Projetos de educação entre pares
Promoção da saúde	Ministério do Desenvolvimento Social	Apoio na elaboração execução de projetos de sustentabilidade econômica
	Ministério do Desenvolvimento Agrário	
	Organizações não governamentais	
Adequação de infraestrutura e meios de comunicação.	Departamento de Engenharia e Saúde Pública/Funasa	Estudos, projetos e construção de estabelecimentos de saúde.
	Ministério das Comunicações	Instalação de telefones públicos em comunidades e estabelecimentos de saúde. Instalação de equipamentos para conexão à internet em regiões remotas.
	Ministério das Minas e Energia.	Instalação de sistemas de geração de energia elétrica para estabelecimentos de saúde e sistemas de abastecimento de água.

## **Anexo IV    Composição da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI**

A Comissão Intersetorial de Saúde Indígena foi instituída pela Resolução CNS nº 011, de 31 de outubro de 1991. Sua composição busca incluir a diversidade regional das populações indígenas, instituições de pesquisa, ensino e extensão e segmentos do controle social. São 11 (onze) titulares e os respectivos suplentes, mais o coordenador e coordenador adjunto que, por força regimental, são conselheiros nacionais. A CISI tem a missão de assessorar o Conselho Nacional de Saúde no acompanhamento da saúde dos povos indígenas por meio da articulação intersetorial com governos e com a sociedade civil organizada. Atualmente a sua composição está definida na Resolução CNS nº 380, de 14 de junho de 2007.

Art. 1º Estruturação da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena

I - Coordenador: Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo - APOINME;

II - Coordenador Adjunto: Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira - COIAB.

III - Titulares:

- a) um representante Indígena da Região Norte;
- b) um representante Indígena da Região Nordeste;
- c) um representante Indígena da Região Centro Oeste;
- d) um representante Indígena da Região Sudeste;
- e) um representante Indígena da Região Sul;
- f) um representante da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO;
- g) um representante da Associação Brasileira de Antropologia - ABA;
- h) um representante do Conselho Indigenista Missionário - CIMI;
- i) um representante da CNBB - Pastoral da Criança;

j) um representante da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA;

k) um representante da Fundação Nacional do Índio - FUNAI;

IV - Suplentes:

a) um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS;

b) um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS;

c) um representante do Ministério da Educação - MEC;

d) um representante do Ministério do Meio Ambiente - MAA;

e) um representante do Ministério do Desenvolvimento Social - MDS;

f) um representantes dos Prestadores de Serviço de Saúde;

g) um representante da Força Sindical;

h) um representante da Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn/FENTAS;

i) um representante da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária do Ministério da Agricultura - EMBRAPA/MAPA;

j) um representante do Ministério do Desenvolvimento Agrário - MDA;

k) um representante do Conselho Federal de Farmácia - CFF.

Art. 2º Serão convidados representantes de instituições, das entidades e de áreas do Ministério da Saúde, com atuação respectiva a temáticas tratadas pela CISI e que sejam imprescindíveis para o andamento dos trabalhos da Comissão.

## **Anexo V Relação de Entrevistados**

**Corpo Técnico da Casai Manaus,** entrevista coletiva, 19/11/08

**Aguiar, Kelly,** Coordenação de Seleção e Desenvolvimento de Recursos Humanos, FUNASA, 27/11/08.

**Aparecida da Silva, Fátima,** Coordenação de Operações do DESAI, 25/11/08.

**Araújo, Meire,** Núcleo de Assessoramento e Acompanhamento em Saúde - CORE MANAUS, 21/11/08.

**Biaggio, Bosco,** Núcleo de Assessoramento e Acompanhamento em Saúde – CORE MANAUS, 21/11/08.

**Barreto, Rosangela,** Coordenação-Geral de Planejamento e Avaliação de Saúde Indígena do DSAI, 5/12/08.

**Castro, Gisele,** Núcleo de Assessoramento e Acompanhamento em Saúde – CORE MANAUS, 21/11/08.

**Cerqueira, Gislene da Silva,** técnica de enfermagem, Pólo base de São Paulo, São Paulo, 16/1/2009

**Ferreira, Raimunda Nonata,** Coordenação de Apoio à Gestão e Participação Social do DESAI, 26/11/08.

**Guimarães, César,** Coordenação de Monitoramento das Ações e Serviços do DESAI, 25/11/08.

**Lissandra, Keyla,** Secretária de Capacitação da CORE MANAUS, 21/11/08.

**Malinovsky, Cristina,** Responsável Farmacêutica da CORE – MANAUS, 21/11/08.

**Martins, Issac Augusto,** AIS, Pólo base, Aldeia do Jaragua, São Paulo, 19/1/2009

**Martins, Jonatas Fernandes,** ACD, Pólo base, Aldeia do Jaragua, São Paulo, 19/1/2009

**Pacagnella, Raquel de Carvalho,** odontóloga, Aldeia do Jaragua, Pólo base, São Paulo, 19/1/2009

**Pedrosa, Moreira Ubiratan,** Responsável pelo Grupo de Trabalho instituído pela Portaria GM 1.922/2008, Ministério de Saúde, 1/12/08.

**Pereira, Erica Ribeiro**, enfermeira responsável pelo Ambulatório do Índio, Hospital São Paulo, São Paulo, 16/1/2009

**Pereira, Flavio Nunes**, Coordenação Geral de Atenção à Saúde Indígena do DESAI, 24/11/08.

**Rodrigues, Einajara**, Assessora da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, ex-funcionária da CORE- MANAUS, 21/11/08.

**Salata, Daniela Aparecida**, técnica de enfermagem, Pólo base de São Paulo, São Paulo, 16/1/2009

**Santos Jr, Marcos Schaper dos**, médico, coordenador do Projeto Xingu, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 16/1/2009

**Schilling, Claunara Mendonça**, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministerio da Saúde, 26/11/08

**Silva, Leidiane Maria da**, enfermeira responsável pelo Ambulatório do Índio, Ambulatório do Índio, Hospital São Paulo, São Paulo, 16/1/2009

**Silvestre, Fátima Rocha**, Coordenadora de Programas e Projetos de Saúde Indígena do DESAI, 25/11/08.

**Souza, Carlos Antonio de**, gerente de enfermagem, Casa de Saúde do Índio, São Paulo, 16/1/2009

**Veja, Wilma José da Silva**, enfermeira chefe, Pólo base, Aldeia do Jaraguá São Paulo, 19/1/2009

**Werã, Lucas**, AIS, Pólo base, Aldeia do Jaragua, São Paulo, 19/1/2009

**Zanzine, Soraia**, coordenadora geral do CECI Jaraguá, Aldeia do Jaraguá, São Paulo, 19/1/2009

## **Anexo VI Resposta ao Parecer sobre o Produto 4 – Modelo de Organização**

Contrato: Definição e Implantação das Metas e dos Modelos de Atenção, de Organização, de Gestão, de Financiamento e de Monitoramento e Avaliação do Subsistema de Saúde Indígena.

A equipe responsável pelo Modelo de Organização recebeu o Parecer elaborado pela Coordenação Técnica e a partir de entrevistas com especialistas da Funasa, com especialista da consultoria, pesquisa documental e de discussões internas elaborou a resposta que segue.

I. Em relação ao item 2 do Parecer que trata da adequação do conteúdo documento ao Termo de Referência foram levantadas as seguintes questões:

- Item b1) Não apresenta uma proposta para a infra-estrutura do subsistema.
- Item b2) Quanto aos recursos tecnológicos se limita a apresentar dados incompletos (tabelas) embora disponíveis na FUNASA. O texto não possui uma proposta concreta a respeito dos recursos físicos, com definição de abrangência geográfica, necessidades de novas unidades de saúde, sejam elas pólos-base ou Casais.
- Recomendação: o documento deve esclarecer o posicionamento da consultoria a respeito da infra-estrutura física e conformação geográfica dos distritos. A situação atual é adequada? Quais as recomendações?

Respondendo a esses itens:

- Item b1) e b)2 e recomendação

A estratégia que havíamos concebido para avaliar a adequação da infra-estrutura era problematizar a distribuição a partir de uma comparação inicial sobre a disponibilidade de equipamentos por mil habitantes nas várias áreas distritais. A partir dessa comparação entraríamos com o fator densidade populacional para avaliar até que ponto ele explicaria as diferenças encontradas e onde seria necessário proceder a ajustes.

Por exemplo: em regiões densamente povoadas e próximas a centros urbanos, como nos DSEI Alagoas, Bahia, Paraná, Pernambuco, seria coerente encontrar um valor de menos de um Pólo Base/UBS por mil habitantes, tal como ocorre atualmente. Já em áreas com baixa densidade demográfica, alta dispersão da população e isolamento geográfico esperávamos outros resultados. Ou seja, entendemos que para levar adiante essa avaliação será preciso adequar à saúde indígena a abordagem do Ministério da Saúde que recomenda uma Unidade Básica de Saúde em grandes centros urbanos para cada 12 mil habitantes (portaria 648 de 28/03/06 GM).

Para avaliar a adequação dos recursos tecnológicos entendíamos ser preciso seguir duas estratégias. Por um lado, quando se avalia a adequação de recursos como veículos, barcos e rádios é preciso levar em conta que por vezes o recurso deve estar associado ao equipamento de saúde, mas que há casos, como a disponibilidade de rádio em aldeias isoladas, onde deve estar associado à comunidade indígena, garantindo a sua comunicação com o sistema de saúde. Já quando se avalia a adequação de recursos para a assistência médica é preciso levar em conta tanto os recursos requeridos para a prestação de assistência básica como avaliar a adequação de, em determinadas circunstâncias, disponibilizar serviços mais complexos como, por exemplo, exames laboratoriais. Nesse último caso, deve-se recorrer a avaliações de custo-efetividade para orientar a decisão.

Partindo desses princípios procuramos identificar a infra-estrutura existente. Para tanto buscamos dados secundários – uma vez que não caberia no escopo dessa consultoria um levantamento censitário de dados primários - sobre o número e tipos de estabelecimentos de Saúde Indígena, os prestadores de serviço e a complexidade dos estabelecimentos de saúde junto a diferentes fontes. As respostas dadas ao questionário enviado aos DSEI não permitiram estabelecer um quadro completo que apresentasse a infra-estrutura disponível nos DSEI. Os consolidados da Assessoria Técnica Gerencial do DESAI sobre recursos físicos e equipamentos nos DSEI e estabelecimentos de saúde/equipamentos hospitalares por sua vez nem sempre apresentam valores compatíveis com os que encontramos em outros instrumentos e tabelas. Em relação aos recursos tecnológicos o Parecer Técnico chama a atenção para o fato de que o produto apresentado pelo Modelo de Organização se limitou a apresentar dados incompletos (tabelas) embora disponíveis na FUNASA. Cabe lembrar que em nossa visita à Funasa em dezembro de 2008 solicitamos verbalmente e por

escrito informações referentes a recursos tecnológicos: equipamentos, instrumentos e ferramentas, investimentos e custos, e que esses foram os dados que nos foram encaminhados.

Essa experiência aponta para a dificuldade de avançar no diagnóstico sobre a infra-estrutura trabalhando-se com os dados secundários atualmente disponíveis e aponta para a necessidade de investir na consolidação de uma base de dados unificada, georeferenciada e de domínio público que disponibilize informações sobre a infraestrutura do subsistema.

- Respondendo à solicitação de Posicionamento da consultoria a respeito da infra-estrutura física e conformação geográfica dos distritos

A Consultoria entende que para um posicionamento sobre adequação da infraestrutura física e a conformação geográfica dos distritos faz-se necessário proceder a um levantamento sistemático da capacidade instalada o que, como procuramos apontar na resposta acima, envolve atividades não passíveis de serem contempladas nos termos dessa consultoria. Para levar esse levantamento adiante sugerimos uma estratégia que combine levantamento de dados secundários e primários.

Para além das bases de dados consultadas nesse trabalho recomendamos sistematizar as informações contidas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, no Plano Diretor de Regionalização e nos levantamentos realizados pelo IBGE sobre Perfil dos Municípios Brasileiros além dos dados disponíveis na própria FUNASA. Essas informações deverão ser complementadas com aquelas trazidas por um questionário respondido pelos responsáveis pelos DSEIs. Esse mapeamento deve contemplar tanto a capacidade própria do subsistema, quanto aquela que poderá ser disponibilizada pelas secretarias municipais de saúde. Será preciso definir uma estratégia metodológica que permita compatibilizar e integrar essas informações.

Sugerimos também que se lance mão de forma mais sistemática do recurso à espacialização dos dados e ao cálculo de taxas que permitam uma fácil aproximação às realidades locais.

Em paralelo poderão ser selecionados 6 DSEIs para levantamento primário de dados. Esse procedimento permitirá entre outras coisas a validação dos dados secundários levantados.

Uma vez que esses dados estejam disponibilizados e integrados será possível gerar polígonos das áreas atendidas pelos pólo-base e proceder a uma análise baseada em evidências sobre a adequação da infra-estrutura e da conformação geográfica dos distritos.

- Respondendo ao item d) que Recomenda: fazer referência às Linhas de Cuidado

As Linhas de Cuidado na atenção à saúde indígena estão amplamente tratadas no Modelo de Atenção e aparecem reportadas no documento preparado para orientar a implementação desse modelo. Quanto à integração dos Modelos de Atenção e Organização cabe destacar a preocupação de integrar as ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, permitindo não só o encaminhamento adequado dos pacientes pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, como também, uma visão global das condições de vida das populações indígenas.

Para a adoção do modelo de vigilância da saúde, recomendada no relatório do Modelo de Atenção, será preciso proceder a um cuidadoso planejamento das etapas de formação dos trabalhadores, desde o nível de gestão federal até o de execução nas aldeias. As Linhas de Cuidado adotadas devem garantir o atendimento integral e humanizado aos usuários da saúde indígena, considerando a pessoa como eixo central da atenção à saúde e os pressupostos de continuidade no cuidado, acolhimento, vínculo, responsabilização e resolutividade.

- Respondendo ao Item f) que Recomenda incluir as metas do modelo.

## METAS PROPOSTAS

<b>CURTO PRAZO</b>			
<b>Eixo</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ações</b>
Concentrar Autoridade	Definir territórios e mapeá-los Definir sede de subdistrito, mapeando áreas sob sua responsabilidade Definir número e localização dos pólos sob responsabilidade de um distrito	Número de distritos com equipamentos do subsistema e do SUS mapeados Georeferenciamento dos equipamentos	Levantamento de dados secundários Levantamento telefônico de dados junto aos Distritos Elaboração de cartografias
Simplificar Estrutura	Definir DSEIs pilotos onde equipes pequenas e integradas passam a ser responsáveis pelo conjunto de atividades técnicas e administrativas do distrito	Escolha de 6 DSEIs para implementação de pilotos	Em conjunto com as demais equipes identificar indicadores de saúde, de gasto, de capacidade instalada que orientem a escolha dos 6 distritos
Organizar Equipes para gestão	Definir grupos de DSEIs que serão acompanhados por equipes matriciais nacionais Definir grupos de subdistritos que serão acompanhados por equipes distritais Organizar equipes matriciais no plano federal	Identificação de 6 grupos de DSEIs Mapa com polígonos atendidos pelos postos e pólos base Taxas de capacidade instalada por aldeia e por 100 hab.	Discussão com atores envolvidos sobre critérios de agrupamento de DSEIs para acompanhamento das equipes matriciais Gerar polígonos atendidos pelos postos e pólos base Elaborar proposta descrevendo a composição da equipe
Desenvolver Autonomia	Estabelecer uma classificação que permita identificar o grau de autonomia compatível com os recursos disponíveis no DSEI	Indicador terá que ser definido em conjunto pelos 5 modelos	
Interface com o SUS	Padronização de formulários	Formulários para referência e contra-referência	Elaboração e produção de formulários
Desenvolver Governança	Exercícios de pactuação de acordos de gestão Levantamento dos custos associados ao Controle Social	Reuniões entre gestores, prestadores e usuários nas áreas distritais e nos conselhos locais Definição de parâmetros para financiamento do controle social	Organização de reuniões com treinamento de facilitadores Organizar atividade em conjunto com o grupo de financiamento para levantamento de custos envolvidos no controle social

<b>MÉDIO PRAZO</b>			
<b>Eixo</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ações</b>
Concentrar Autoridade	Indicar responsáveis Responsabilizar prestadora pelo desempenho do subdistrito Responsabilizar o chefe do Distrito pelo desempenho do Distrito	Lista de responsáveis pelas equipes matriciais nacionais, pelos distritos, pelos subdistritos, pelos postos	Definir equipes matriciais nacionais, definir área de abrangência dos distritos, definir área de abrangência dos subdistritos,
Simplificar Estrutura	Ampliar a experiência dos DSEI pilotos para a totalidade dos DSEI	Plano indicativos das atividades que em cada distrito podem ser repassadas para subdistritos	Definir equipes multidisciplinares que assumam tarefas técnicas e administrativas Com base nos levantamentos, mapeamentos e na análise dos indicadores disponíveis iniciar processo de ampliação da autonomia dos subdistritos
Organizar Equipes para gestão	Capacitar gestores distritais para assumir autonomia distrital Capacitar gestores municipais e estaduais sobre o significado e especificidades do subsistema Organizar equipes dos subdistritos	Definir perfil do gestor distrital Número de reuniões com gestores municipais e estaduais Definir perfil do gestor do subdistrito Preparação de lista das equipes dos subdistritos disponível no Distrito	Em conjunto com equipe do modelo de gestão preparar perfil do gestor do distrito e do sub distrito Desenvolver metodologia para a capacitação dos gestores municipais e estaduais
Desenvolver Autonomia	Transferência das atribuições das COREs para DSEIs e consórcios de DSEIs Fortalecimento das parcerias no interior dos distritos e com demais instâncias envolvidas na gestão das políticas para as populações indígenas	Modelo de Convênio para consórcio de DSEIs Número de reuniões para discutir planos distritais e subdistritais	Mudanças legais e infra-legais Treinamento de facilitadores para mediação de reuniões entre gestores, usuários e prestadores

<b>MÉDIO PRAZO</b>			
<b>Eixo</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ações</b>
Interface com o SUS	Melhorar a interface com o SUS aperfeiçoando a referência e contra-referência	Número de reuniões entre autoridades de saúde para definir fluxos de referência e contra-referência Definição de ações de saúde de média complexidade que sob determinadas condições valha a pena incluir entre as ações prestadas pelo subsistema	As equipes matriciais da autoridade nacional desenvolverão instrumentos que permitam agilizar os mecanismos de referência e contra-referência. O trabalho conjunto do DESAI com a Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde será decisivo nesse sentido Estabelecer um grupo de trabalho intersetorial no nível distrital que reúna representantes dos vários órgãos envolvidos (Secretaria Municipais, Hospitais e demais instâncias) Estudos de custo efetividade
Desenvolver Governança	Treinar gestores para implantar pactuação dos acordos de gestão em parceria com Conselhos Desenvolver mecanismos que contribuam para dar visibilidade às propostas dos usuários, a adoção de tradução para os debates dos Conselhos Locais vai nesse sentido Criar Câmara Técnica Nacional	Número de gestores treinados em organização e mediação de reuniões Indicadores específicos para sinalizar o grau de satisfação dos usuários com os serviços prestados pelo subsistema. Documento semestral sintetizando as propostas dos conselhos Portaria criando Câmara Técnica de Saúde Indígena	Desenvolver metodologia para treinamento de mediadores Identificar e disponibilizar Indicadores que devem ser disponibilizados nos processos de pactuação Criar indicadores de satisfação Criar Bancos de dados com as Minutas das reuniões dos Conselhos e elaborar documento semestral para divulgação dos principais pontos da pauta Mudanças legais e infra legais para criação da Câmara Técnica

<b>LONGO PRAZO</b>			
<b>Eixo</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ações</b>
Concentrar a Autoridade	Definir um quadro de responsáveis pelos Distritos com formação universitária e especialização em gestão de saúde indígena Definir um quadro de prestadoras com histórico de desempenho	Número de chefes de Distrito com formação universitária e perfil compatível com aquele definido pelos modelos de gestão e organização na etapa anterior Banco de Dados de domínio público com histórico de desempenho dos prestadores	Disponibilizar treinamento e suporte em saúde indígena para gestores Organização e alimentação de Banco de Dados dos prestadores de serviço
Simplificar a Estrutura	Comunicação imediata entre chefes de distrito e Autoridade nacional	Número de reuniões entre Autoridade Nacional e Chefes de Distrito	Disponibilizar canais de acesso imediato entre chefia de DSEI e autoridade nacional
Desenvolver Autonomia	Transferência de atribuições dos DSEIs para Subdistritos e Áreas	Definição das atribuições técnicas, administrativas e de gestão essenciais a serem assumidas pelos distritos e transferência de atividades administrativas, técnicas e de gestão para os sub-distritos	Análise da situação e negociação com os distritos para definição ajustada à realidade de cada distrito da divisão adequada de tarefas entre o distrito e os subdistritos
Interface com o SUS	Integrar o subsistema ao SUS de tal forma que a atenção adequada às populações indígenas seja feita sem que seja necessário o recursos ao subsistema	Indicadores de saúde indígena compatíveis com os indicadores nacionais Rede SUS com capacidade para atender adequadamente as populações indígenas	Sistema de M&A implantado Treinamento dos profissionais e adequação da Rede SUS para atender as populações indígenas
Desenvolver Governança	Definir parâmetros que permitam planejar de modo mais acurado o financiamento do controle social Documentar a contribuição do controle social para os processos de pactuação, monitoramento e inovação	Valor e regularidade dos recursos disponibilizados para o controle social Publicação semestral com avaliação do subsistema e sistematização das propostas elaboradas pelo controle social	Banco de dados de domínio público com valores destinados ao controle social Tradução e Sistematização das Minutas Edição das Minutas

Em relação ao item 3 que trata da análise crítica do conteúdo

- Respondendo ao item que Recomenda: apresentar os critérios de cálculo de recursos humanos após entrevista com Chefes de DSEI e DESAI para promover as modificações necessárias.

A partir da discussão da proposta apresentada pela Consultoria ficou claro que há vários pontos da proposta que precisam ser pensados com maior cuidado. Assim, antes de entrar no mérito dos pontos questionados faremos uma breve explanação dos pontos que a nosso ver merecem maior reflexão conjunta.

Em nossa proposta inicial procuramos avançar 3 pontos: responsabilização, integração de atividades técnicas e administrativas e parcerias. Também propusemos um cenário onde a autonomia distrital caminha no sentido de garantir, sobretudo, suporte e monitoramento para os sub-distritos. Enfim, os distritos seriam, primordialmente, unidades de gestão e de coordenação do subsistema. Depois de termos ouvido as reações a essa proposta gostaríamos de ressaltar que entendemos que em muitos casos falta capacidade local no âmbito do distrito e falta ainda mais capacidade nas áreas e micro-áreas o que torna, em muitos casos, a proposta de garantir maior autonomia aos subdistritos inviável no curto prazo. Entretanto, há experiências bem sucedidas como os pólos avançados de Pernambuco que já apontam na direção daquilo que estamos nomeando como fortalecimento dos subdistritos, isto é, o aproveitamento da atual estrutura dos pólos base para gerar capacidade de gestão local. À medida que os pólos assumam funções de coordenação poderão contribuir para reforçar a capacidade de operação do próprio pólo e dos postos de saúde da região. Ou seja, nossa proposta é que os subdistritos tenham sua sede nos pólos-base, embora isso não signifique que todo pólo base passará a ser um subdistrito.

Entendemos assim que cabe considerar a possibilidade de que os subdistritos possam no médio prazo assumir maior autonomia técnica e administrativa, embora isso não signifique, sob hipótese alguma, que passarão a operar dentro de regras próprias e independentes do subsistema.

A partir das questões levantadas no parecer da FUNASA pensamos na possibilidade de considerar uma revisão na atual hierarquia dos distritos. Essa revisão implicaria na diminuição do número de distritos (para algo em torno de 10 distritos) e na criação de até 10 subdistritos por distrito. Essa reordenação justificaria a criação de estruturas mais complexas no nível distrital e deveria contribuir para facilitar a

interlocução entre os distritos e a autoridade nacional (pois seriam aproximadamente 10 chefes de distrito reportando-se à autoridade nacional), bem como entre os distritos e subdistritos (na medida em que a cada chefe de distrito se reportam no máximo 10 chefes de subdistrito).

No plano federal e distrital operariam equipes nas áreas de: programas; monitoramento e avaliação; administração e tecnologia; finanças; jurídico e recursos humanos. O desenvolvimento de ferramentas para dar suporte ao planejamento, à execução e à gestão dos serviços seria garantido basicamente pelo plano federal e distrital. Os subdistritos seriam preparados para implementar parte substantiva dos processos de planejamento, gestão, monitoramento e avaliação. Entendemos e acatamos a observação de que os subdistritos possam vir a ser executores de gastos, mas não ordenadores de gastos. Também entendemos que nem todos os distritos estejam igualmente equipados para levar adiante um processo dessa natureza e sugerimos que a capacidade dos subdistritos seja um dos fatores levados em conta na tipologia de distritos a ser elaborada.

Sobre o dimensionamento das equipes distritais entendemos que será preciso garantir uma equipe que responda à autoridade nacional; dê conta de orientar o planejamento subdistrital (áreas e micro-áreas) e compatibilizar esse processo em um plano distrital; garanta o funcionamento das instâncias de controle social; realize, quando necessário, compras e manutenção de equipamentos (embora isso deva idealmente ser progressivamente assumido pelos subdistritos); oriente e reforce o monitoramento subdistrital; gere indicadores que permitam acompanhar o desempenho dos distritos e subdistritos; participe do planejamento nacional e acompanhe a avaliação do conjunto de distritos; sustente parcerias com atores locais e regionais. Há uma percepção generalizada entre os atores do subsistema de que há carência de recursos humanos nos distritos para cumprir essas funções. No entanto, criar 34 equipes desse porte talvez seja excessivo e, nesse sentido, cabe considerar a idéia de avançar um estudo sobre a viabilidade de criar algo em torno de 10 equipes distritais com esse nível de complexidade.

- Respondendo ao item que Recomenda: Há necessidade de melhores esclarecimentos entre a relação de subdistrito e pólo base (atribuições e níveis de autoridade). Caso a proposta de modelo aponte para a execução de gastos

(compras) pelo subdistrito, deve apontar as estratégias para se atingir esta função.

Como indicamos acima estamos sugerindo a definição de 5 níveis territoriais, dos quais 3 são níveis de gestão:

- 1) e 2) Micro-área e área, formadas pelas comunidades, unidades de apoio e postos onde atuam os AIS, AISAN, EMSI;
- 3) Subdistrito, ou seja determinados pólos-base (não todos) assumiriam atividades de coordenação e gestão sobre microáreas e áreas
- 4) Distrito, os atuais DSEIs e;
- 5) Autoridade Nacional.

Subdistritos, DSEIs e Autoridade Nacional passariam a ser níveis de gestão.

Propormos que exista uma fase de implantação, onde aconteça a definição de atribuições que atualmente são executadas pela equipe do DSEI e que poderiam passar gradativamente para a equipe do “subdistrito”. Tal passagem só será viável à medida que exista tanto no distrito, quanto no subdistrito uma equipe adequadamente preparada para assumir funções básicas de gestão, monitoramento e avaliação.

- Em resposta às 2 Recomendações: de retirar a sugestão onde aparecem o controle social e a CASAI como ordenadores de despesas ou apresentar estratégia para alcançar esta meta e de explicar a proposta de modificação das atribuições e de representação da CISI.

Em relação ao controle social nossa sugestão não é criar novas instâncias de controle social, esse mal entendido deve ter sido gerado pela falta de um maior esclarecimento sobre o papel que acreditamos que os pólo-base podem vir a assumir como sede de subdistrito. Sugerimos, assim, manter as estruturas existentes nas comunidades, nos pólos-subdistritos e nos distritos, seguindo com 3 níveis. Sobre o financiamento, julgamos importante avaliar o custo do controle social e garantir recursos para suas atividades, mas acreditamos que a responsabilidade legal por garantir as condições de funcionamento do controle social são do gestor público e que esses recursos devem, portanto, ficar sob a alçada do distrito e do subdistrito.

Retiramos a proposta de que a CISI se torne uma instância deliberativa, pois entendemos que é preciso preservar a soberania do Conselho Nacional de Saúde

Estamos de acordo com a recomendação sobre a CASAI e retiramos tal proposta. Sugerimos que dentro do possível se garanta às CASAIs capacidade de executar despesas.

- Indicações de problemas no texto referente à parte do diagnóstico

Estamos encaminhando versão do diagnóstico e do modelo corrigidas. Esperamos ter respondido satisfatoriamente às questões levantadas. Agradecemos a cuidadosa leitura do material e contamos ter novas oportunidades para discutir esse trabalho com a Coordenação Técnica da Funasa.

A equipe do Componente de Organização,

Vera Schattan P. Coelho, coordenadora

