Consórcio IDS-SSL-Cebrap

Modelo de Financiamento para a Saúde Indígena

Maio de 2009

Créditos

Equipe do Componente Financiamento:

Geraldo Biasoto Júnior (coordenador) e Luciana Teixeira

Siglário

AIS - Agente Indígena de Saúde

AISAN - Agente Indígena de Saneamento

CASAI – Casa do Índio

CORE – Coordenação Regional

DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde

DESAI – Departamento de Saúde Indígena

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

EMSI - Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

IAB-PI – Incentivo para Atenção Básica aos Povos Indígenas

IAE-PI - Incentivo para Atenção Especializada aos Povos Indígenas

MS – Ministério da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

SIA (APAC/BPA) – Sistema de Informações Ambulatoriais

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SUS – Sistema Único de Saúde

UF – Unidade da Federação

Sumário

Apresentação 4

Eixos de estratégias do Modelo de Financiamento para a Saúde Indígena 5

1 Introdução 7

2 Pré-requisitos e fases para a montagem da nova estratégia de financiamento 11

3 Fórmula para alocação inicial de recursos para custeio e rodadas de ajuste 14

4 Detalhamento de fatores para definição da fórmula de alocação inicial 17

5 A Fórmula de Alocação Inicial do Distrito 32

6 Metas de Investimento 33

7 Metas de Financiamento 34

8 Um Sistema para Apropriação de Custos 35

9 Compra de Serviços e Formas de pagamento 38

10 Prestação de Contas 40

11 Considerações Finais 41

Anexos 42

Tabelas dos valores utilizados nos cálculos do Modelo 42

Apresentação

O relatório apresenta um Modelo de Financiamento para a saúde indígena. Propõe-se um modelo cujo desenho seja flexível – de forma a comportar as particularidades sociais, étnicas e culturais dos povos indígenas e a diversidade regional do Brasil – e que se beneficia de uma concepção modular, que permite o financiamento de padrões mínimos de atendimento para populações definidas. Assim, foram definidos oito fatores para a Fórmula de Alocação Inicial de Recursos, que refletem estimativas de gastos com a gestão e a prestação da atenção à saúde indígena e, portanto, incorporam previsões de despesas com pessoal, trabalhistas e previdenciárias, correntes, com gestão e operacionais, com contra-referências de média e alta complexidades, bem como um fator epidemiológico e sócio-cultural.

Para implementar o novo modelo, sugerem-se reformulações na organização do fluxo de recursos pelo Ministério da Saúde: centralização dos repasses em um mesmo órgão e dos recursos recebidos na Autoridade Nacional e em 34 unidades gestoras (os DSEIs), fortalecimento dos DSEIs como fundos financeiros ou orçamentários, contratação de procedimentos de média e alta complexidade pelos DSEIs e pactuação dos investimentos.

Por fim, são debatidas metas de investimento e de financiamento para a saúde indígena; a criação de um Sistema para Apropriação de Custos, a começar por uma experiência piloto; formas de pagamento e compras de serviços, sujeitos a critérios de custo/benefício; e prestação de contas, voltada à avaliação de metas e resultados.

Eixos de estratégias do Modelo de Financiamento para a Saúde Indígena

Eixos	Estratégias
1. Centralização dos repasses de recursos para a saúde indígena em um mesmo órgão	• Viabilização política da reunião dos recursos em um único órgão e canal financeiro.
2. Centralização dos recursos na Autoridade Nacional e em 34 unidades gestoras (DSEIs)	• Criação do Fundo Distrital de Saúde Indígena, para onde os recursos devem ser transferidos. Duas alternativas transitórias podem ser utilizadas: a) centralização em conta vinculada ao DSEI e mantida junto ao FNS; b) centralização em consórcios públicos formados pelos entes envolvidos com o DSEI.
3. Fortalecimento dos DSEIs como fundos financeiros ou orçamentários.	• Criação de consórcios públicos para a gestão da saúde indígena. • Criação do Fundo Distrital.
4. Contratação de procedimentos de média e alta complexidade pelos DSEIs	• Eliminação da intermediação das Prefeituras. • Capacitação e empoderamento dos DSEIs para assumir a contratação.
5. Pactuação de investimentos	• Mapeamento das necessidades de capacidade instalada e equipamentos. • Capacidade de execução dos DSEIs, como critério para alocação de recursos para investimento. • Decisões sobre urgência e viabilidade dos investimentos, baseadas nas condições logísticas, epidemiológicas e sócio-culturais. • Levar em conta a necessidade de desconcentração da oferta e a alocação de recursos , inversamente proporcional à rede existente.
6. Adoção da Fórmula para Alocação de Recursos	• Cálculo dos repasses por DSEIs seguindo o novo critério. • Avaliação sobre a nova alocação (quem perde e quem ganha).

Eixos	Estratégias
7. Realização de Rodadas de Ajuste	• Prestação de contas por parte dos DSEIs que pretendem modificar o montante recebido. • Fortalecimento da capacidade gerencial dos DSEIs. • Realização de Rodadas a cada seis meses.
8. Implementação de Sistema para Apropriação de Custos	• Experiência piloto em um DSEI, uma CASAI, um Posto e um Pólo. • Capacitação dos DSEIs para a implementação do Sistema. • Implementação do Sistema no restante dos DSEIs e unidades de saúde.
9. Compras de serviços e formas de pagamento	• Análise criteriosa dos custos relacionados a cada modalidade de compra (centralizada ou descentralizada) por item de despesa e de seus benefícios (oportunidade e tempo de execução). • Empoderamento e capacitação dos DSEIs como gestores das compras de bens e serviços. • A totalidade orçamento deve ser aberta, dada a participação relativamente pequena de cada DSEI, o qual precisará empenhar contratos anuais. A disponibilidade financeira deverá ser fixada em um cronograma mensal.
10. Prestação de contas	• Aperfeiçoamento do controle de gastos dos DSEIs por meio da prestação de contas em Rodadas de Ajuste. • Criação de um Sistema de Apropriação de Custos. • Alcançada maior eficiência produtiva e alocativa, implementar o monitoramento dos repasses de recursos por meio da avaliação de metas e resultados.

I Introdução

A análise situacional do financiamento da saúde indígena, primeiro produto apresentado pela equipe do Consórcio IDS-SSL-Cebrap no bojo da Consultoria sobre Metas e Modelos de Atenção, Gestão, Financiamento, Organização e Monitoramento & Avaliação, realizou um levantamento das fontes de financiamento, dos fluxos de recursos entre fontes, unidades administrativas e prestadores, bem como das normas jurídicas vigentes que tratam do tema. O mapeamento dessas questões possibilitou traçar um diagnóstico dos progressos, desafios e pontos críticos a serem enfrentados, com vistas ao delineamento de um novo modelo de financiamento das ações e serviços de saúde para a população indígena.

A fim de balizar o desenho desse modelo, cabe destacar alguns aspectos e gargalos que devem ser sanados, de forma a garantir maior eqüidade e eficiência dos gastos com a saúde indígena no Brasil.

a. Duplicidade de fontes de recursos para a atenção básica à saúde indígena, dado que Funasa e Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde mantêm repasses em paralelo;

b. Fragmentação da alocação de recursos entre executores, visto que as despesas são executadas em paralelo, por diversas entidades gestoras de recursos públicos (DSEIs, COREs, Prefeituras e diretamente pela Funasa/Brasília);

c. Heterogeneidade nos critérios utilizados para cálculo dos valores repassados pelas duas fontes, resultando em significativas diferenças entre as despesas per capita por região e em distorções em relação às reais necessidades de recursos para a atenção à saúde do índio[1];

d. Situações diferenciadas dos distritos frente às realidades de saúde dos sistemas estaduais e municipais;

[1] Vale frisar que critérios homogêneos, conforme serão propostos, não resultam em alocação de recursos igual ou semelhante entre DSEIs. Pelo contrário, tal alocação deve refletir necessidades de saúde, dificuldades de acesso e outras características inerentes aos DSEIs.

e. Existência de desigualdades de acesso aos recursos disponíveis dentro de um mesmo Distrito Sanitário Especial Indígena;

f. Pequena capacidade de gerenciamento sobre os recursos repassados aos hospitais na forma de extra-teto para cuidado de pacientes indígenas (Incentivo para Atenção Especializada aos Povos Indígenas – IAE-PI);

g. Dissociação entre competência para ordenar despesas (COREs) e a execução de ações e serviços (DSEIs), gerando problemas de continuidade das ações e serviços de atenção básica e de fragilização da capacidade de gestão.

Conforme explicitado no Relatório do Diagnóstico do financiamento da saúde indígena, a proposta para um novo modelo de financiamento no âmbito desta Consultoria enfoca, basicamente, a revisão da alocação e da utilização de recursos, de forma a tornar os repasses mais eficientes. Portanto, a proposta não engloba a revisão dos montantes de recursos destinados à saúde indígena, visto que esse debate ensejaria uma proposta mais ampla de revisão do financiamento do SUS como um todo.

Nesse ponto, convém refletir acerca da viabilidade de propor, nesse estágio, "uma metodologia adequada de alocação de recursos que se baseie em indicadores de saúde indígena e que permita orientar os fundos entre os Distritos com maiores problemas de saúde pública", conforme expresso no Termo de Referência desta Consultoria.

No que tange ao financiamento da totalidade do Sistema Único de Saúde, o artigo 35 da Lei 8.080/1990 estabelece que 50% dos recursos seriam repassados de forma regular e automática aos gestores estaduais e municipais com base em dados populacionais e a outra metade atenderia aos seguintes critérios: perfil demográfico da região; perfil epidemiológico da população a ser coberta; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; previsão do plano qüinqüenal de investimento da rede; ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

Indubitavelmente, os critérios estabelecidos são os mais apropriados para o repasse de recursos de forma eficiente e equânime. Entretanto, a sistemática supracitada não pôde ser implementada até o momento.

Portanto, o SUS, após 20 anos, não logrou implementar um modelo de financiamento calcado nas necessidades de saúde. À luz dessa experiência, há que se propor um Modelo de Financiamento da Saúde Indígena ao mesmo tempo factível e simplificado, de forma que, de fato, venha a ser implementado. Futuramente, a experiência poderá revelar caminhos sustentáveis e seguros para seu aperfeiçoamento.

Vale ressaltar, no entanto, que, embora o presente documento não estabeleça um novo valor global de financiamento para a saúde indígena, a implementação da metodologia sugerida conduz ao delineamento do montante de recursos vis-à_vis as necessidades de saúde da população indígena e permite que os preços envolvidos na atenção sejam determinados. Dessa forma, a meta de financiamento para a saúde indígena emergirá, com alto grau de segurança e sustentabilidade, ao longo do período dos três anos, em que se sugere a utilização deste modelo de financiamento.

Partindo-se desses pressupostos, o desenho do modelo ora proposto deve assegurar, necessariamente, as condições relacionadas a seguir.

- Um desenho flexível, que comporte as particularidades sociais, étnicas e culturais dos povos indígenas e a grande diversidade regional do Brasil sem, contudo, inviabilizar a implantação de um mecanismo para a alocação da totalidade de recursos para a saúde indígena.
- A construção coletiva de uma tipologia dos DSEIs que leve em conta os graus de dificuldade de acesso a serviços, o perfil epidemiológico das terras indígenas, a região em que se localiza, entre outras variáveis que deverão ser definidas a partir de amplos debates entre representantes indígenas, chefes de DSEIs e Ministério da Saúde.
- Utilização de uma concepção modular, que permita o financiamento de padrões mínimos de atendimento para populações definidas;
- Incorporação de fatores incrementais aos módulos de atendimento para garantir a equidade entre as diversas situações, no tocante ao acesso a meios de transporte e condições epidemiológicas e sócio-culturais;
- Extinção dos diferentes mecanismos de repasses de recursos existentes, incluídos os incentivos para a atenção básica e especializada, e sua substituição por uma única fórmula simplificada, que agregue a totalidade dos valores

destinados à saúde indígena. Pretende-se, assim, imprimir maior transparência à alocação de recursos por DSEI.

- A unificação das fontes de recursos, que hoje se encontram fragmentados entre a Secretaria de Atenção à Saúde e a Funasa, de forma a facilitar a administração dos recursos e seu monitoramento e controle, aumentando a eficiência do gasto.

O repasse unificado, por sua vez, deve ser destinado aos órgãos responsáveis pela execução, direta ou indireta, das ações e serviços de saúde indígena. Dessa forma, a transformação dos DSEIs em distritos autônomos deve contemplar as funções administrativa, de gestão e de atenção à saúde, bem como a gestão orçamentária e financeira dos recursos[2].

Soma-se aos elementos acima expostos a necessidade de uma estratégia de implantação do modelo de financiamento que agregue mecanismo de incentivos para indução de avanços gerenciais. O objetivo dessa estratégia é permitir, em um segundo momento, a redução de custos e o aumento da eficiência.

Ao mesmo tempo, o desenho de mecanismo de incentivos deve preservar um espaço para a mediação de conflitos, em que a disputa pelos recursos seja realizada com base em informações técnicas de qualidade. A implantação dessa estratégia deve ser realizada paulatinamente, de forma a assegurar incrementos na capacidade gestora. Observa-se, assim, que essa sistemática está alinhada com a orientação desta Consultoria "de se ampliar o vínculo entre repasse de recursos, produção de informações e prestação de ações e serviços de saúde".

Com efeito, critérios e razões de natureza técnica devem respaldar as decisões sobre alocações diferenciadas de recursos, em razão da diversidade das demandas de atenção à saúde indígena. Dessa forma, essas decisões podem ser objeto de consenso entre os órgãos e conselhos decisórios.

O Anexo mostra os dados coletados a partir do questionário submetido aos Distritos, os quais contemplam algumas das variáveis mencionadas e oferecem uma noção da diversidade entre DSEIs e a necessidade de incorporá-las ao Modelo de Financiamento.

---

[2] Vale observar que a transformação do Distrito em unidade orçamentária não impede que estratégias de compras e licitações centralizadas continuem tendo curso, a bem da concentração do poder de barganha. Ganha-se, entretanto, quanto ao grau de autonomia dos distritos na discussão relativa aos pleitos por recursos.

2 Pré-requisitos e fases para a montagem da nova estratégia de financiamento

Para montar o novo modelo de financiamento da saúde indígena, bem como a estratégia para sua implantação, são necessárias reformulações na organização do fluxo de recursos pelo Ministério da Saúde, descritas a seguir.

Passo 1: Centralização dos repasses no mesmo órgão

A melhoria da gestão dos recursos exige que seja rompida a duplicidade de fontes hoje existente: a Secretaria de Atenção à Saúde (via Incentivos para o Fundo Municipal de Saúde) e a Funasa (via convênios, CORE e aplicações diretas da Funasa/Brasília).

A proposta é que as transferências de recursos passem a ser centralizadas em um único órgão e canal financeiro.

Passo 2: Centralização dos recursos recebidos na Autoridade Nacional e em 34 unidades gestoras.

Ao invés dos recursos ficarem pulverizados entre as áreas finalísticas da Funasa, os Fundos Municipais de Saúde, os DSEIs e as organizações conveniadas, os DSEIs disporiam do conjunto dos recursos para organizar a atenção à população indígena de acordo com o Modelo de Atenção proposto.

Para a mudança dessa lógica, a criação do Fundo Distrital de Saúde Indígena, para onde os recursos devem ser transferidos, seria o instrumento ideal. Os 34 DSEIs seriam unidades gestoras, no sentido orçamentário, sob a coordenação da Autoridade Nacional que realizaria a supervisão da execução orçamentária e financeira e manteria fundos gerais de gastos.

Sabe-se, porém, que tal proposta requer mudanças em diplomas legais e, portanto, não poderia ser implementada no curto prazo. Duas alternativas transitórias

poderiam ser adotadas: a) centralização em conta vinculada ao DSEI, sob sua gestão, e mantida junto ao FNS; b) centralização em consórcios públicos formados pelos entes envolvidos com o DSEI.

Passo 3: Fortalecimento dos DSEIs como fundos financeiros ou orçamentários

Os DSEIs seriam gestores de todos os recursos governamentais para a realização das ações de saúde indígena em sua jurisdição. Em seu formato transitório, os DSEIs, representando o Governo Federal, deveriam criar, com os Estados e Municípios envolvidos, consórcios públicos. Esses Consórcios, diretamente ou por meio de contratos-programa com entidades não-estatais, realizariam as ações de saúde. Com o intuito de facilitar a adequação a realidades muito distintas, formatos alternativos devem ser considerados. Esses arranjos administrativos serão analisados com mais detalhe pelo Modelo de Gestão.

Cabe mencionar que a Portaria n° 2.656, de 2007, menciona os consórcios públicos como possível arranjo para o "remanejamento de recursos para execução de ações e serviços de atenção à saúde indígena, em especial nos casos em que as aldeias ou terras indígenas estejam situadas em mais de um município, com a participação da Funasa e do Controle Social Indígena".

Em um segundo momento, a criação de Fundos Distritais de Saúde Indígena seria o instrumento para o verdadeiro alcance da autonomia distrital.

Passo 4: Contratação de procedimentos de média e alta complexidade pelos DSEIs

A fim de eliminar a intermediação das Prefeituras na contratação de procedimentos na rede referenciada e "hospitais amigos do índio", propõe-se que, de acordo com os Planos Distritais de Saúde Indígena, os DSEIs definam e ordenem a transferência de recursos para o atendimento de média e alta complexidade junto aos prestadores de serviços. Pretende-se, assim, simplificar os fluxos financeiros, tornando-os mais transparentes e passíveis de controle e *accountability*. Ademais, os DSEIs

ganham poder e representatividade na gestão da atenção à saúde indígena de média e alta complexidade.

Passo 5: Pactuação dos investimentos

A realidade dos Distritos e suas necessidades de capacidade instalada, equipamentos e veículos devem ser mapeadas e pactuadas no âmbito da saúde indígena, de maneira a garantir capacidade de atendimento. Vale frisar que a capacidade de execução dos Distritos deverá ser um fator chave na definição dos recursos alocados para investimento nos mesmos. Por outro lado, também deve-se considerar que os investimentos deverão ser inversamente proporcionais à capacidade instalada, de forma a minimizar as desigualdades de oferta de serviços. Ao mesmo tempo, as diferentes situações de logística, as condições epidemiológicas e situações sócio-culturais são de extrema relevância para decisões sobre urgência e viabilidade dos investimentos, devendo ser elementos decisórios na alocação de recursos entre os Distritos.

Em que pesem essas considerações e critérios sobre a alocação de investimentos, o valor alocado para tal fim tem sido, nos últimos anos, insuficiente, representando uma parcela residual do total dos gastos com saúde indígena. Cabe destacar que, no corrente ano, a previsão é de que apenas 2% do orçamento total seja destinado a investimentos. Portanto, é imperioso o aumento dos investimentos como forma, inclusive, de reduzir os gastos com custeio, no médio e longo prazos.

3 Fórmula para alocação inicial de recursos para custeio e rodadas de ajuste

Conforme mencionado no Diagnóstico do Financiamento da Saúde Indígena, dos mais de 500 milhões de reais destinados à saúde dos povos indígenas em 2008, 321 milhões de reais fazem parte da execução por meio do Programa Proteção e Promoção dos Povos Indígenas, sob responsabilidade do DESAI-FUNASA. Há ainda recursos, conforme mencionado no relatório anterior, executados pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, que incluem os repasses para o IAB-PI e o IAE-PI. E, finalmente, a esses recursos há que se somar os recursos oriundos da sub-ação "Educação em Saúde" e os recursos oriundos do Banco Mundial, por meio do Projeto Vigisus II – Custeio.

Por sua vez, o Programa Proteção e Promoção dos Povos Indígenas, que detém maior participação no total de recursos direcionados à saúde indígena, é composto por quatro ações: Gestão e Administração do Programa; Estruturação de Unidades de Saúde para Atendimento da População Indígena; Vigilância e Segurança Alimentar e Nutricional; e Promoção, Vigilância, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena.

TABELA 1 - Programa Proteção e Promoção dos Povos Indígenas - Execução Orçamentária, 2008

AÇÃO	Execução
Gestão e Administração do Programa - Custeio	17.873.434,90
Gestão e Administração do Programa - Capital	902.929,50
Estruturação de Unidade de Saúde - Capital	29.250.137,92
Vig. e Seg. Alimentar e Nutricional - Custeio	4.114.352,04
Vig. e Seg. Alimentar e Nutricional - Capital	479.786,40
Promoção, Vigilância, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena - Custeio	269.344.596,00
Total	**321.965.236,76**

Fonte: COPSI-DESAI-FUNASA.

Convém destacar que a proposta metodológica desenvolvida neste Relatório sugere uma nova alocação do total de recursos da saúde indígena, incluindo, portanto, os montantes atualmente executados pela Funasa, bem como aqueles executados pela SAS/MS, independentemente da forma de execução (direta ou convenial).

Adicionalmente, a Fórmula para Alocação Inicial de Recursos trata, como será visto nos próximos tópicos, das despesas de custeio, tendo em vista a maior discricionariedade da alocação de recursos para investimento, o que impede a padronização dos repasses por meio de um único mecanismo. Os repasses para investimento serão decididos em fóruns de pactuação, conforme será descrito em tópico específico do relatório.

Por fim, destaca-se que a metodologia descrita a seguir não segue a lógica de partilha de recursos vinculada a Ações Programáticas do Orçamento Geral da União. A título de exemplo, os recursos destinados a Ação "Vigilância e Segurança Alimentar e Nutricional" constarão de diversos fatores da fórmula: contratação de profissionais (Fator 2), no caso nutricionistas; diárias e passagens (Fator 6); gestão e capacitação (Fator 4) e outros.

Partindo-se da hipótese de que as diversas fontes serão centralizadas por meio de um único canal de repasse de recursos para as 34 unidades gestores e para a Autoridade Nacional, a proposta é a fixação de parâmetros iniciais para o repasse de recursos e a realização de diversas rodadas de ajuste desses parâmetros, ao longo de um período de três anos.

As rodadas de ajuste atenderiam a um duplo objetivo:

- permitir que situações epidemiológicas diversas se explicitem e tenham reflexo na alocação de recursos; e
- estimular as unidades de atendimento a manter um sistema de controle de sua produção em termos de atendimento, gastos e, futuramente, custos.

Importante notar que não se propõe que a alocação e o volume de recursos estabelecidos em 2007 e 2008 seja base para a distribuição inicial de recursos, embora valha a pena um esforço para que não seja radicalmente alterada. Essa postura sustenta-se no fato de que a alocação atual carrega os vícios de uma distribuição gerada a partir de elementos de demanda aparente e de pressão política. Desse modo,

a utilização de tal concepção prévia não estaria sintonizada com a lógica de implantação aqui defendida.

No momento inicial, todos os Distritos terão um valor de repasse em conformidade com a Fórmula de Alocação Inicial de Recursos. Sugere-se a realização de seis rodadas de ajuste, uma a cada final de semestre. Na primeira rodada, os custos incorridos e atendimentos realizados terão que ser comprovados. Em caso de não comprovação de uma parte dos recursos alocados inicialmente, o montante será revertido ao Fundo de Ajuste, até o limite de **5%** do valor inicial destinado ao Distrito. Distritos que comprovarem demandas superiores à sua dotação inicial poderão receber, nos **seis** meses seguintes, uma parte dos recursos que foram consignados ao Fundo de Ajuste. Nas outras rodadas o mesmo procedimento será realizado.

A Fórmula de Alocação Inicial deverá contemplar critérios básicos para uma alocação eqüitativa dos recursos do ponto de vista epidemiológico e respeitar as condições demográficas, a dimensão das áreas abrangidas, o grau de dificuldade de acesso e as diferenças de custo entre realidades distintas, conforme será proposto a seguir.

4 Detalhamento de fatores para definição da fórmula de alocação inicial

Nesse tópico são apresentados os fatores da Fórmula de Alocação Inicial de Recursos. Oito fatores, que refletem estimativas de gastos com a gestão e a prestação da atenção à saúde indígena, foram definidos e incorporam as seguintes previsões de despesas: com pessoal, trabalhistas e previdenciárias, correntes, com gestão, operacionais, de contra-referência e, finalmente, aquelas decorrentes das diversas situações epidemiológica e sócio-culturais dos povos indígenas.

F1 - Equipe Básica de profissionais de saúde definida de acordo com critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde

A composição das Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI) foi estabelecida pela Portaria n° 2.656, de 17 de outubro de 2007. As EMSI foram, assim, formadas por dois núcleos: o Núcleo Básico de Atenção à Saúde Indígena e o Núcleo Distrital de Atenção à Saúde Indígena.

O Relatório do Modelo de Atenção, desenvolvido no âmbito dessa Consultoria, preconiza a formação de três equipes de profissionais de saúde, conforme disposição da Portaria GM n° 1.088, de 2005: o Núcleo Básico (com atuação na área distrital); o Núcleo de Apoio ou de Referência (com atuação no Subdistrito) e o Núcleo Matricial de Saúde Indígena (cujo território é o Distrito Sanitário). Está também prevista, pelo Modelo de Organização, a constituição de equipes matriciais a nível federal.[3]

[3] Como o pagamento da folha salarial dos servidores da saúde indígena, na esfera federal, não consta do orçamentário da saúde indígena por meio do "Programa Proteção e Promoção dos Povos Indígenas", nem tampouco dos recursos da SAS para pagamento dos incentivos, montantes que são objeto de realocação por meio da sugestão apresentada no Relatório, o modelo de financiamento ora proposto não inclui os recursos referentes à contratação e manutenção de Equipe Matricial do nível federal.

De acordo com o Relatório do Modelo de Atenção, com a Portaria n° 2.656, "o Núcleo Básico passa a incorporar também o Núcleo de Referência e o Núcleo Matricial passa a ser descrito como Núcleo Distrital". Em que pesem tais mudanças para a atenção à saúde indígena, as definições sobre a abrangência territorial das equipes não modifica a lógica proposta para a alocação de recursos.

O Núcleo Básico de Atenção à Saúde Indígena, responsável pelas ações básicas deve ser formado, segundo a Portaria n° 2.656, por enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, médico, odontólogo, auxiliar de consultório dental, técnico de higiene dental, agente indígena de saúde (AIS), agente indígena de saneamento (AISAN), técnico em saneamento, agentes de endemias e microscopistas na Região da Amazônia Legal.

Partindo do Núcleo Básico, propõe-se, para a definição do Fator 1, a utilização de parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde para o dimensionamento de tais equipes. Nesse sentido, tomou-se como referência os critérios de cobertura populacional por categoria profissional para a região da Amazônia Legal e demais regiões brasileiras estabelecidos pela Portaria n° 1.088/GM, de 4 de julho de 2005, conforme mostra a Tabela 2.

TABELA 2 - Critérios para composição das EMSI na Amazônia Legal e outras regiões

Categoria Profissional	Amazônia Legal	Outras regiões
AIS	1 para 70-320 hab.	1 para 280-320 hb.
AISAN	1 por sistema	1 por sistema
Aux. Enfermagem	1 para 400-600 hb	1 para 600-800 hb
Enfermeiro	1 para 400-800 hb	1 para 1200-2400 hb
Médico	1 para 1200-4500 hb	1 para 2400-4500 hb
Odontólogo	1 para 1200-4500 hb	1 para 2400-4500 hb
Téc. de higiene dental	1 para 1200-4500 hb	1 para 2400-4500 hb

Fonte: Portaria n. 1.088/GM, de 4 de julho de 2005.

Para a definição do Fator I da Fórmula, foram utilizados os valores médios de cada um dos intervalos de cobertura populacional definidos para as categorias profissionais listadas. Considerando a população de cada Distrito, chegou-se ao número de profissionais de cada categoria que comporá as equipes multidisciplinares por DSEI, de acordo com a Tabela 3.

TABELA 3 - Número de profissionais por DSEI

Nome do DSEI	População*	Medico	Enfermeiro	Odonto	Aux. Enferm	THD	AIS	AISAN
ALTAMIRA	2.276	1	4	1	5	1	12	19
ALTO PURUS	7.747	3	13	3	15	3	40	23
ALTO JURUÁ	10.634	4	18	4	21	4	55	31
ALTO RIO NEGRO	26.419	9	44	9	53	9	135	-
ALTO SOLIMÕES	30.527	11	51	11	61	11	157	46
AMAPA E NORTE DO PA	8.996	3	15	3	18	3	46	38
ARAGUAIA	3.993	1	7	1	8	1	20	16
CUIABA	5.838	2	10	2	12	2	30	60
GUAMA TOCANTINS	6.397	2	11	2	13	2	33	28
KAYAPÓ DO MT	4.576	2	8	2	9	2	23	6
KAYAPÓ DO PA	3.482	1	6	1	7	1	18	5
LESTE DE RORAIMA	35.152	12	59	12	70	12	180	4
MANAUS	14.983	5	25	5	30	5	77	15
MARANHÃO	26.709	9	45	9	53	9	137	62
MATO GROSSO DO SUL	62.789	22	105	22	126	22	322	65
MÉDIO SOLIMÕES	9.647	3	16	3	19	3	49	14
MÉDIO PURUS	5.446	2	9	2	11	2	28	16
PARINTINS	9.858	3	16	3	20	3	51	30
PORTO VELHO	8.901	3	15	3	18	3	46	51
TAPAJÓS	6.819	2	11	2	14	2	35	17
TOCANTINS	8.738	3	15	3	17	3	45	66
VALE DO JAVARI	4.080	1	7	1	8	1	21	5
VILHENA	6.330	2	11	2	13	2	32	74
XAVANTE	13.470	5	22	5	27	5	69	33
XINGU	5.228	2	9	2	10	2	27	27
YANOMANI	17.090	6	28	6	34	6	88	
ALAGOAS E SERGIPE	10.624	3	6	3	15	3	35	21
BAHIA	24.014	7	13	7	34	7	80	
CEARA	13.618	4	8	4	19	4	45	14
MINAS GERAIS E ESPIRITO SANTO	13.497	4	7	4	19	4	45	47
PARANÁ	12.576	4	7	4	18	4	42	
PERNAMBUCO	38.341	11	21	11	55	11	128	87
POTIGUARA	11.569	3	6	3	17	3	39	39
SUL/SUDESTE (RJ, RS, SC, SP)	58.912	17	33	17	84	17	196	

Fonte: Elaboração dos autores com base na Portarina n. 1.088/GM, de 2005.
* DESAI/FUNASA/MS.

Adicionalmente, calcularam-se as remunerações médias das diferentes categorias, segundo informações prestadas pelos gestores dos Distritos em resposta ao "Questionário de Caracterização dos DSEIs", aplicado em julho de 2008 por esta Consultoria, constantes da Tabela 4. Vale observar que o cálculo de salários médios pode ser ajustado, quando houver dificuldades em fixação de profissionais na Amazônia Legal. Não se deve descartar a possibilidade de um valor superior ser pactuado para essa região.

TABELA 4 - Salários Médios de categorias profissionais em reais

Categoria Profissional	**Salário Médio**
AIS	500,00
AISAN	500,00
Auxiliar de Enfermagem	1.500,00
Enfermeiro	5.100,00
Médico	9.200,00
Odontólogo	4.900,00
Técnico de Higiene Dental	900,00

Fonte: FUNASA, elaboração própria

Os valores que constam da tabela são apenas indicativos para a fórmula de alocação inicial, podendo ser alterados a partir da pactuação e execução real das despesas. Como mencionado, as despesas com pagamento de pessoal podem sofrer sérias distorções, em decorrência do acesso às localidades a serem atendidas e da ausência de profissionais. A necessidade de remuneração maior que o valor base, expresso na Tabela, deve ser pactuada no organismo gestor da alocação de recursos.

Finalmente, multiplicando-se o número de profissionais pelo salário mensal médio de cada categoria, obteve-se o valor das remunerações a ser alocadas para cada categoria profissional por Distrito, conforme consta da Tabela a seguir. Vale frisar que os valores expressos são mensais, devendo o F1 global ser obtido pela multiplicação pelo número de meses do ano.

TABELA 5 - Recursos estimados para a remuneração de profissionais do Núcleo Básico por DSEI

Em reais

Nome do DSEI	População*	Médico	Enfermeiro	Odonto	Aux. Enferm	THD	AIS	AISAN
ALTAMIRA	2.276	9.200	20.400	4.900	7.500	900	6.000	9.500
ALTO PURUS	7.747	27.600	66.300	14.700	24.000	2.700	20.000	11.500
ALTO JURUÁ	10.634	36.800	91.800	19.600	33.000	3.600	27.500	15.500
ALTO RIO NEGRO	26.419	92.000	229.500	49.000	79.500	9.000	68.000	-
ALTO SOLIMÕES	30.527	101.200	260.100	53.900	93.000	9.900	78.500	23.000
AMAPÁ E NORTE DO PA	8.996	36.800	76.500	19.600	27.000	3.600	23.500	19.000
ARAGUAIA	3.993	18.400	35.700	9.800	12.000	1.800	10.500	8.000
CUIABÁ	5.838	27.600	51.000	14.700	18.000	2.700	15.000	30.000
GUAMÁ TOCANTINS	6.397	27.600	56.100	14.700	19.500	2.700	16.500	14.000
KAYAPÓ DO MT	4.576	18.400	40.800	9.800	15.000	1.800	12.000	3.000
KAYAPÓ DO PA	3.482	18.400	30.600	9.800	10.500	1.800	9.000	2.500
LESTE DE RORAIMA	35.152	119.600	300.900	63.700	106.500	11.700	90.500	2.000
MANAUS	14.983	55.200	127.500	29.400	45.000	5.400	38.500	7.500
MARANHÃO	26.709	92.000	229.500	49.000	81.000	9.000	68.500	31.000
MATO GROSSO DO SUL	62.789	211.600	535.500	112.700	189.000	20.700	161.000	32.500
MÉDIO SOLIMÕES	9.647	36.800	86.700	19.600	30.000	3.600	25.000	7.000
MÉDIO PURUS	5.446	18.400	51.000	9.800	16.500	1.800	14.000	8.000
PARINTINS	9.858	36.800	86.700	19.600	30.000	3.600	25.500	15.000
PORTO VELHO	8.901	36.800	76.500	19.600	27.000	3.600	23.000	25.500
TAPAJÓS	6.819	27.600	61.200	14.700	21.000	2.700	17.500	8.500
TOCANTINS	8.738	36.800	76.500	19.600	27.000	3.600	22.500	33.000
VALE DO JAVARI	4.080	18.400	35.700	9.800	13.500	1.800	10.500	2.500
VILHENA	6.330	27.600	56.100	14.700	19.500	2.700	16.500	37.000
XAVANTE	13.470	46.000	117.300	24.500	40.500	4.500	35.000	16.500
XINGU	5.228	18.400	45.900	9.800	16.500	1.800	13.500	13.500
YANOMANI	17.090	55.200	147.900	29.400	52.500	5.400	44.000	-
ALAGOAS E SERGIPE	10.624	36.800	30.600	19.600	24.000	3.600	17.500	10.500
BAHIA	24.014	64.400	71.400	34.300	52.500	6.300	40.500	-
CEARÁ	13.618	36.800	40.800	19.600	30.000	3.600	23.000	7.000
MINAS GERAIS E ESPIRITO SANTO	13.497	36.800	40.800	19.600	30.000	3.600	22.500	23.500
PARANÁ	12.576	36.800	35.700	19.600	27.000	3.600	21.000	-
PERNAMBUCO	38.341	110.400	112.200	58.800	82.500	10.800	64.000	43.500
POTIGUARA	11.569	36.800	35.700	19.600	25.500	3.600	19.500	19.500
SUL/SUDESTE (RJ, RS, SC, SP)	58.912	165.600	168.300	88.200	127.500	16.200	98.500	-

Fonte: Elaboração dos autores com base na Portarina n. 1.088/GM, de 2005.

* DESAI/FUNASA/MS.

F2 - Equipe Complementar formada por outros profissionais vinculados à atenção e ao suporte

As equipes de saúde indígena apresentam elevados ganhos na sua capacidade de assistir às populações, quando apoiadas por profissionais capacitados a encaminhar questões mais específicas. Tendo em vista a integralidade das ações de atenção à saúde indígena, está prevista pela Portaria n° 2.656, de 2007, a constituição do denominado Núcleo Distrital de Atenção à Saúde indígena formado por nutricionista, farmacêutico/ bioquímico, antropólogo, assistente social e outros. Vale ressaltar que essa equipe complementar está alinhada com a necessidade, apontada pela equipe do Modelo de Atenção, de inclusão efetiva de antropólogos como membros das equipes de saúde, como forma de promover a adequação ética e cultural das práticas sanitárias, e equivale ao denominado Núcleo Matricial, disposto na Portaria GM n° 1.088, de 2005.

Convém salientar que está previsto, pela Portaria, que o Núcleo Distrital seja composto por outros profissionais, haja vista as necessidades específicas da população indígena. Essa flexibilidade, conforme será mencionado mais a frente, deverá ser considerada nas "rodadas de ajuste" da Fórmula.

Para custear a formação e a manutenção do Núcleo Distrital, propõe-se a alocação de valores, por DSEI, equivalentes a 35% dos custos incorridos com o custeio do Núcleo Básico. Vale notar que esse percentual equivale, grosso modo, a três profissionais com salários médios de R$ 3.500,00. Em Distritos maiores, há que se considerar a necessidade de maior diversificação dos profissionais e, portanto, o aumento dos gastos com essa rubrica, o qual deverá ser redimensionado nas "rodadas de ajuste".

A obtenção do Fator F2 global envolve, como no caso anterior, a anualização dos gastos mensais, a ser realizada da mesma forma que a do fator F1.

F3 – Encargos trabalhistas e previdenciárias

Às remunerações dos profissionais das equipes multidisciplinares (Núcleo Básico e Núcleo Distrital), foram adicionados os seguintes valores usualmente devidos, segundo as normas trabalhistas vigentes: Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, décimo terceiro salário e adicional de férias. No caso da Previdência Social (e demais contribuições como seguro contra acidentes de trabalho), está previsto o recolhimento do empregador de 22% sobre a folha salarial bruta. Há ainda que se considerar as despesas com pagamentos referentes a insalubridade, periculosidade e o PIS, bem como dispêndios relativos a rescisões trabalhistas (multa do FGTS e aviso prévio remunerado).

Portanto, Fator F3 é resultado da soma das despesas trabalhistas e previdenciárias incidentes sobre fatores F1 e F2, conforme expresso na fórmula abaixo, para o período de um ano.

$$F3 = [(F1 + F2) * 0,08 * j] + [(F1 + F2) * 0,27 * j] + [(F1 + F2) * k]$$

Na fórmula acima, o multiplicador k representa despesas extraordinárias com pessoal, como multas rescisórias, avisos prévios, licenças médicas e outras formas de gastos indiretos com recursos humanos. Vale frisar que as possibilidades de desvios na utilização desses recursos tornam necessária a pactuação de um valor que seja palatável para o conjunto dos Distritos.

Outra observação importante é que, dependendo da forma jurídica das instituições contratadas ou conveniadas para execução dos serviços, o pagamento de contribuições sociais pode inexistir como no caso de entidades filantrópicas, por exemplo. Assim, o multiplicador foi incorporado à fórmula justamente para indicar a possibilidade de anulação da despesa, situação na qual o valor de *k* será equivalente a zero.

Convém mencionar que os valores supra-relacionados devem sofrer revisões periódicas, a fim de que sejam incorporados eventuais reajustes salariais.

F4 – Despesas Correntes de Saúde

Para a elaboração de um novo modelo de financiamento da saúde indígena, há que se considerar também as despesas incorridas na compra de materiais de consumo ambulatorial e na aquisição de medicamentos, bem como de exames e equipamentos laboratoriais e por imagem de menor complexidade.

Para fazer frente a esses gastos, imputou-se um percentual equivalente a 20% do somatório das despesas com pessoal e encargos (F1 + F2 + F3). Esse percentual é usualmente utilizado para a estratégia de atenção básica, baseada nas equipes de saúde da família, devendo ter seu ajuste a partir da mobilização efetiva dos recursos e de seu monitoramento[4]. Vale lembrar que o que importa é dar o início ao processo de alocação e revisão de custos e recursos.

[4] O referencial de 20% foi extraído da avaliação de custos de Saúde da Família realizada âmbito do Componente 2 do Projeto REFORSUS e dos estudos preparatórios ao Projeto PROESF, conduzidos pela FIOTEC.

A variação desses custos em razão da conformação histórica da rede de assistência à saúde estadual ou regional, bem como das diferentes realidades das aldeias, exige a revisão do percentual inicialmente proposto nas rodadas de ajuste, por meio da comprovação dos gastos e das necessidades de atenção. Vários Distritos, especialmente aqueles localizados na Amazônia Legal, enfrentam dificuldades de acesso às unidades de referência de maior complexidade, tornando necessária a compra de insumos e equipamentos de menor nível de complexidade que, em outras condições, não integrariam as despesas da atenção básica à saúde.

Como referência, em 2008, na Ação "Estruturação de Unidades de Saúde para Atendimento da População Indígena", foram investidos (executados) R$ 26 milhões para a compra de equipamentos e materiais.

F5 – Despesas de Gestão e de Capacitação

O Modelo de Atenção identificou, em seu relatório, a necessidade premente de educação permanente como estratégia de qualificação dos serviços e adequação ética e cultural das práticas sanitárias. Assim, priorizaram-se a formação e a qualificação de gestores e de profissionais, especialmente os agentes indígenas de saúde.

Em 2008, com recursos orçamentários, foram despendidos cerca de R$ 1,1 milhão com capacitação e mais R$ 600 mil do Projeto Vigisus, a fim de capacitar 1.860 pessoas. Há ainda que se somar, apesar da recomendação de não serem alocados recursos para essa finalidade, os gastos das entidades conveniadas com capacitação.

As ações de capacitação tornam-se ainda mais relevantes frente à transformação dos DSEIs em distritos autônomos. A autonomia distrital implicará na transferência de novas atribuições e responsabilidades aos gestores, os quais deverão estar capacitados para ordenar despesas, realizar licitações, adquirir bens e insumos e realizar contratos, assumindo, de fato, a execução da saúde indígena. Portanto, a educação permanente, nesse cenário, implica em custos de capacitação que devem ser incorporados à Fórmula de Alocação Inicial de Recursos.

Convém frisar que, os projetos dos DSEIs, segundo o DESAI, estimam a necessidade de gastos com esse item de despesa significativamente mais elevados do

que o valor executado em 2008, da ordem de quase R$ 6 milhões de reais para a capacitação de 8.780 pessoas.

Os custos de gestão, por sua vez, são compostos por despesas administrativas, de informação e organizacionais. O novo Modelo para a Saúde Indígena, ao exigir maior controle e monitoramento de metas e resultados, demandará o fortalecimento das capacidades de gestão e de informação nas unidades da Funasa. Em relação ao financiamento, as rodadas de ajuste baseadas em critérios técnicos também exigirão a ampliação da organização interna do Subsistema.

Pelos motivos explicitados, previu-se para o custeio das despesas de capacitação e gestão a alocação de R$ 100 per capita ao ano[5]. Considerando a população indígena, esses gastos aproximam-se da demanda apresentada pelos DSEIs, conforme mencionado anteriormente. No entanto, esse valor deve ser melhor calibrado a partir da efetiva aferição das novas responsabilidades postas à administração dos DSEIs.

F6 – Despesas Operacionais

As condições em que se realiza a atenção à saúde indígena exigem a realização de despesas adicionais, derivadas das dificuldades de acesso e de comunicação em áreas isoladas. Cabe frisar a precariedade de acesso a algumas aldeias e de deslocamento dos índios à rede de média e alta complexidade, especialmente na Amazônia Legal. Nesses casos, o acesso é realizado por via fluvial e aérea, incrementando os custos da atenção à saúde no Subsistema. A esses gastos, devem ser somadas despesas com manutenção de veículos e equipamentos, conforme proposto adiante.

Diárias e outros custos derivados das condições de logística particulares ao atendimento das populações indígenas deverão ser financiados por meio de um Fundo para Viagens e negociados. Sendo assim, tais despesas não fazem parte do Fator 6 e, portanto, não estão incluídos na Fórmula Inicial para Alocação de Recursos.

[5] Note-se que o valor per capita sugerido refere-se à totalidade da população indígena.

Propõe-se, assim, que o Fator 6 seja composto por três componentes. O primeiro é um valor per capita fixo, que deve refletir os custos básicos de transportes e de comunicação. O segundo é um valor variável, que leva em consideração as taxas de concentração das populações atendidas. O terceiro componente diz respeito aos gastos com manutenção de veículos e equipamentos, que será detalhado a seguir.

Quanto ao primeiro componente, as despesas com combustíveis e com deslocamento terrestre e por barcos representam elevada parcela dos gastos operacionais do Subsistema. Aos custos diferenciados de transporte, devem-se somar as despesas de radiofonia. Preliminarmente, utilizou-se o valor per capita de R$ 20,00 para o cálculo do Fator F6. Vale notar que esse valor foi identificado a partir do gasto realizado com o cartão combustível.

O segundo componente é um valor per capita que deve ser ponderado pela densidade populacional calculada pelo número de habitantes por km^2 no perímetro do DSEI. Portanto, optou-se por considerar a dispersão da população indígena, considerando-se toda a área geográfica do DSEI - definida de acordo com a área de cobertura da assistência projetada pelo conjunto de terras indígenas existentes - e não apenas a soma das áreas das terras indígenas adscritas a cada Distrito.

A escolha deveu-se ao significativo impacto sobre os custos de transporte dos DSEIs decorrente da dispersão da rede de referência e a distância entre unidades de gestão (sedes distritais/subdistritais localizadas em cidades de grande ou médio porte) e de atenção (postos localizados nas aldeias ou pequenas sedes municipais). Não obstante, cabe aprofundar tal discussão no bojo do processo de elaboração da tipologia de DSEIs, durante a fase de implementação dos modelos.

Assim, conforme mostra a tabela a seguir, o Distrito que apresenta maior coeficiente foi identificado como a unidade, sendo todos os outros coeficientes de distritos calculados como um percentual relativo ao de maior concentração. Seguindo essa lógica, o DSEI de maior concentração populacional não receberia valor adicional, ao passo que cada uma das faixas decimais descendentes teria direito a um valor adicional de R$ 2 per capita. Dessa maneira, o DSEI, cuja concentração é 50% inferior ao mais concentrado, receberia recursos adicionais de R$ 10 per capita.

TABELA 6 – Coeficientes de concentração

DSEI	População	Área do Perímetro do DSEI em km2	Hab/Km² no Perímetro do DSEI	Densidade Relativa	Adicional per capita
MATO GROSSO DO SUL	60.173,00	149.200,00	0,40	0,25	16,00
PERNAMBUCO	35.165,00	22.080,00	1,59	1,00	0,00
LESTE DE RORAIMA	31.035,00	62.080,00	0,50	0,31	14,00
ALTO RIO SOLIMÕES	28.227,00	50.960,00	0,55	0,35	14,00
ALTO RIO NEGRO	25.153,00	109.600,00	0,23	0,14	18,00
MARANHÃO	24.436,00	65.590,00	0,37	0,23	16,00
BAHIA	23.908,00	142.100,00	0,17	0,11	18,00
YANOMAMI	16.296,00	93.150,00	0,17	0,11	18,00
MANAUS	15.472,00	181.300,00	0,09	0,05	20,00
XAVANTE	12.845,00	89.750,00	0,14	0,09	20,00
MINAS GERAIS E ES	11.820,00	162.200,00	0,07	0,05	20,00
POTIGUARA	11.051,00	8.968,00	1,23	0,77	6,00
ALTO RIO JURUÁ	10.340,00	49.100,00	0,21	0,13	18,00
INTERIOR SUL	10.081,00	318.200,00	0,03	0,02	20,00
CEARÁ	9.335,00	32.180,00	0,29	0,18	18,00
MÉDIO SOL AFLUENTES	8.980,00	141.100,00	0,06	0,04	20,00
ALAGOAS E SERGIPE	8.880,00	18.030,00	0,49	0,31	14,00
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	8.333,00	112.200,00	0,07	0,05	20,00
TOCANTINS	7.987,00	46.960,00	0,17	0,11	18,00
PORTO VELHO	7.883,00	131.400,00	0,06	0,04	20,00
ALTO RIO PURUS	7.446,00	97.560,00	0,08	0,05	20,00
PARINTINS	6.819,00	124.600,00	0,05	0,03	20,00
RIO TAPAJÓS	6.118,00	45.410,00	0,13	0,08	20,00
GUAMÁ-TOCANTINS	6.047,00	145.200,00	0,04	0,03	20,00
VILHENA	5.939,00	203.400,00	0,03	0,02	20,00
CUIABÁ	5.890,00	162.000,00	0,04	0,02	20,00
XINGU	4.987,00	27.200,00	0,18	0,12	18,00
LITORAL SUL	4.917,00	117.900,00	0,04	0,03	20,00
KAIAPÓ DO MT	4.315,00	105.000,00	0,04	0,03	20,00
VALE DO RIO JAVARI	3.635,00	86.540,00	0,04	0,03	20,00
MÉDIO RIO PURUS	3.554,00	101.300,00	0,04	0,02	20,00
ARAGUAIA	3.349,00	46.960,00	0,07	0,04	20,00
KAIAPÓ DO PARÁ	3.096,00	34.830,00	0,09	0,06	20,00
ALTAMIRA	2.055,00	72.480,00	0,03	0,02	20,00
Terras Indígenas	435.567,00	3.356.528,00	0,13		

* População conforme SIASI, 28/8/2006. Perímetros dos DSEI definidos de acordo com a
Fonte: Edgard Dias Magalhães/DESAI, 01/11/2006.

O terceiro componente deve levar em conta a frota de veículos por DSEI e o ano de sua aquisição. Assim, considerando que os veículos têm uma vida útil média de 8 anos, a taxa de depreciação anual dos veículos seria de 12,5%. Os gastos com manutenção de veículos por DSEI seriam obtidos pela multiplicação do valor da frota pela idade do veículo e a taxa de depreciação anual. No caso de equipamentos, o mesmo raciocínio se aplica. Assim, pressupõe-se que as despesas com manutenção são equivalentes aos valores depreciados.

Ressalta-se que a aquisição de novos veículos ou equipamentos em substituição aos antigos e obsoletos, de acordo com esses cálculos, reduz automaticamente os repasses para manutenção.

Assim, F6 é obtido por meio do seguinte cálculo:

F6 = (pop do DSEI * R$ 20,00) + (Valor per capita referente à Faixa de Concentração * Pop. do DSEI) + (Valor dos Equipamentos * 0,125 * idade dos equipamentos)

Importante ressaltar que as viagens aéreas, tanto das equipes de saúde ao encontro das populações indígenas quanto as relativas à remoção de pacientes para tratamento, devem ter uma forma de financiamento distinta para impedir que o sistema gere desperdícios. Ao invés de entregar recursos aos Distritos, para que administrem os deslocamentos aéreos e o pagamento de diárias, mais apropriado, conforme mencionado, seria dispor de um Fundo Geral para as Viagens, acionado pelos DSEIs a partir das necessidades. Nos casos em que a necessidade de deslocamento e, consequentemente, de diárias, pode ser antecipada, o planejamento dos gastos é trivial. Nos casos em que isso não é possível, mecanismos de compra antecipada e ordens de serviço podem ser utilizados.[6]

No tocante às diárias, tais gastos foram da ordem de R$ 700 mil, na Ação "Gestão e Administração do Programa", de R$ 56 mil, na "Vigilância e Segurança Alimentar e Nutricional", e de R$ 2 milhões, na ação programática " Promoção, Vigilância, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena". Portanto, em 2008, foram gastos quase R$ 3 milhões em diárias.

Devem ser cursadas pelo mesmo mecanismo as despesas relativas a viagens e diárias dos conselheiros distritais. Isso se justifica, de um lado, pela preservação do caráter autônomo das ações dos conselheiros e, de outro, pela facilidade no planejamento dos gastos. Adicionalmente, note-se que a Autoridade Nacional passa a ganhar condições de monitorar a efetiva participação dos membros do controle social nas reuniões dos Conselhos. Em 2008, os valores executados com reuniões dos Conselhos Distritais e Locais de Saúde Indígena totalizaram R$ 570 mil, da Funasa, e R$ 171 mil do Projeto Vigisus II, atendendo a mais de 800 pessoas em 15 Distritos.

[6] No que diz respeito à forma de execução das despesas e viagens, duas alternativas podem ser utilizadas. A primeira é a existência de contratos centralmente realizados, sendo a efetivação da viagem realizada por demanda do DSEI. A segunda é a liberação de recursos à medida que as viagens são realizadas, por meio de uma espécie de fundo rotativo.

F7 – Despesas de contra-referência de média e alta complexidade

Esse fator pretende dar resposta a despesas que não são típicas da atenção primária, mas são realizadas pelas equipes de saúde da família ou por unidades básicas. Nesses casos, o serviço prestado relaciona-se ao atendimento de alta e média complexidade. Esse fator diz respeito, portanto, tanto aos gastos com médicos e enfermeiras, relativos àqueles atendimentos, quanto às despesas com o apoio ao índio e a acompanhantes no processo de atendimento.

Nesse sentido, a primeira parte desse fator está relacionada à Casa de Saúde do Índio (CASAI). Em 2008, foram executados nas CASAIs mais de R$ 25 milhões. Sabe-se que esses recursos não são distribuídos de forma homogênea. Como há CASAIs que atendem a mais de um Distrito, a alocação de recursos deve ser realizada de acordo com a utilização das acomodações. A melhor forma de distribuir esses recursos seria pela demanda realizada pelos Distritos à CASAI. Desse modo, cada CASAI teria que apresentar suas despesas, caracterizando seus demandantes, de forma a aferir os valores de repasse.

A outra parcela desse fator é a contra-referência executada pelas unidades primárias e pelas equipes em campo. A Tabela 7 revela a participação ponderada dos DSEIs na totalidade das internações na rede privada e na rede do SUS e no total das consultas com especialistas. O uso de indicadores indiretos pode ser bastante relevante para aferir o tipo de pressão colocada sobre o sistema de atenção primária na execução da contra-referência.

Partindo-se de dados referentes ao número de atendimentos no SUS (rede pública e rede privada) e ao número de atendimentos direcionados exclusivamente ao Subsistema de Saúde Indígena no ano de 2007, calcularam-se os percentuais de internações e de consultas que resultaram do atendimento à população indígena, conforme pode ser verificado pela análise da terceira e quinta colunas da Tabela. O Fator F7, por sua vez, foi obtido mediante a aplicação dos pesos de 0,8 às internações e de 0,2 às consultas.

Vale frisar que esse Fator não deverá ter peso significativo na alocação global de recursos. No entanto, a proposta de que os DSEIs devam passar a comandar procedimentos de média e alta complexidade junto à rede ambulatorial e hospitalar deve ensejar a correta avaliação das obrigações a serem colocadas à atenção básica na contra-referência. Com efeito, o acompanhamento dos pacientes no período posterior ao atendimento fora dos marcos do DSEI deve ser viabilizado e sua realização deve ser acompanhada pelo processo de alocação de recursos.

Esse fator pode, portanto, ser dividido em duas parcelas: a primeira, relativa aos CASAIs, deverá ter peso de 75% do Fator. Os 25% restantes serão definidos a partir dos coeficientes de recurso à alta e média complexidade.[7]

TABELA 7 – Número de internações e de consultas na rede SUS e cálculo do coeficiente F7

Nome do DSEI	Número de internações na rede SUS 2007	Participação percentual	Número de consultas especializadas na rede SUS 2007	Participação percentual	Coeficiente F7
ALAGOAS E SERGIPE					
ALTO JURUÁ	732	0,0529	311	0,1705	0,076
ALTO PURUS	432	0,0312	0	0,0000	0,025
ALTO RIO NEGRO	194	0,0140	0	0,0000	0,011
ALTO SOLIMÕES	610	0,0441	2	0,0011	0,035
AMAPA	419	0,0303	47	0,0258	0,029
ARAGUAIA	321	0,0232	103	0,0565	0,030
CEARA	23	0,0017	0	0,0000	0,001
CUIABA	562	0,0406	124	0,0680	0,046
GUAMA TOCANTINS	502	0,0363	93	0,0510	0,039
KAYAPÓ	352	0,0254	410	0,2248	0,065
LESTE DE RORAIMA	0	0,0000	0	0,0000	0,000
MATO GROSSO DO SUL	3569	0,2579	34	0,0186	0,210
MÉDIO PURUS	97	0,0070	0	0,0000	0,006
MEDIO SOLIMOES	225	0,0163	22	0,0121	0,015
MINAS GERAIS E ESPIRITO SANTO	659	0,0476	226	0,1239	0,063
PERNAMBUCO	540	0,0390	49	0,0269	0,037
PORTO VELHO	1784	0,1289	5	0,0027	0,104
POTIGUARA	435	0,0314	97	0,0532	0,036
TAPAJOS	439	0,0317	0	0,0000	0,025
TOCANTINS	1354	0,0979	270	0,1480	0,108
VALE DO JAVARI	192	0,0139	29	0,0159	0,014
XINGU	396	0,0286	2	0,0011	0,023
Total	13837		1824		

Fonte: "Questionário de Caracterização dos DSEIs", GT/Consórcio, julho de 2008.

[7] Vale notar que ausências eventuais de informação referem-se à identificação do paciente, que acaba se deslocando por outra via. Como o fim último é o fortalecimento do Distrito, é de suma importância para as equipes que elas consigam ter ferramentas e incentivos para manter esses dados sob estrito controle.

F8 – Fator epidemiológico e sócio-cultural

A especificidade da saúde indígena impede que as populações sejam tratadas com instrumentos utilizados no tratamento de populações homogêneas. Fatores como condições epidemiológicas, notadamente a incidência de malária e tuberculose, devem ser levados em conta. Ao mesmo tempo, questões sócio-culturais, como o período de aproximação das entidades indigenistas, também revelam-se como aspectos cruciais na identificação dos custos da atenção básica às populações.

A proposta é que o Fator 8 possibilite que, identificadas singularidades em um DSEI, seja fixado um valor a ser transferido para possibilitar o custeio de seu enfrentamento. Para tanto, é necessário classificar os Distritos, de acordo com certas características epidemiológicas e/ou sociais (por exemplo, alcoolismo ou DST, população de contato recente com pouco domínio do português e outras questões com determinantes sociais complexos). Tal Tipologia deverá ser elaborada e aprofundada ao longo da fase de implementação dos Modelos.

As questões supracitadas exigem estruturas específicas, tanto humana quanto física, que incrementam os custos das ações e serviços de saúde direcionados a essas populações e, portanto, devem fazer parte do planejamento de médio e longo prazos dos DSEIs.

Por outro lado, há também situações específicas, que exigem a adoção de ações de curta duração. Nesse sentido, pode ocorrer aumento de incidência de casos de tuberculose em determinada área, cujo enfrentamento demande recursos adicionais. Nesses casos, propõe-se que os DSEIs apresentem planos de ação e, durante um período definido, recebam recursos para sua execução.

5 A Fórmula de Alocação Inicial do Distrito

A Fórmula de Alocação Inicial do Distrito (FAID) é composta, portanto, pela somatória dos fatores F1 a F8. Vale notar que tais fatores se referem apenas aos gastos correntes. As decisões sobre investimentos, em decorrência do seu caráter discreto, dependem de outras estratégias de decisão. Evidentemente, essas decisões não podem se dissociar do custeio corrente, conforme será discutido adiante.

$$FAID = F1 + F2 + F3 + F4 + F5 + F6 + F7 + F8$$

A somatória das FAID dos 34 Distritos equivale a 90% dos recursos constantes do Fundo Geral de Recursos da Saúde Indígena (FGRSI), permanecendo a Autoridade Nacional com 10% para fazer frente a despesas de transporte aéreo e necessidades emergenciais.

A Fórmula de Alocação Inicial de Recursos define um percentual do Fundo Geral para cada Distrito, que só pode ser alterado nas rodadas de ajuste, a partir da pactuação e do arbitramento realizado pela Autoridade Nacional.

6 Metas de Investimento

Em cada uma das rodadas de ajuste, o DSEI apresentará um Plano de Investimentos (PI). Dele deverão constar:

- demandas por veículos;
- demandas por equipamentos de comunicação;
- demandas por equipamentos diretamente envolvidos na atenção;
- necessidades de adequações expressivas de unidades já existentes;
- necessidades de novas unidades ou ampliação de unidades existentes.

Em cada caso, o projeto deverá conter a justificativa para os investimentos e seus impactos sobre a capacidade de prestação de serviços do Distrito.

Como os investimentos têm grande repercussão sobre a execução corrente da assistência, cada projeto de investimento deverá conter: a) a expansão esperada do custeio; e b) a redução possibilitada nos gastos com logística, especialmente aluguéis e serviços de deslocamentos.

A Autoridade Nacional do Subsistema organizará a proposta global de investimentos da saúde indígena, a partir dos planos dos DSEIs, priorizando, pela ordem:

- situações de maior precariedade de infra-estrutura;
- planos bem concebidos e construídos que indiquem capacidade de execução;
- impactos sobre a ampliação e melhoria da atenção à saúde;
- impactos sobre a redução de custos da atenção à saúde.

Sendo assim, a Fórmula de Alocação de Recursos deverá ser alterada para se adequar ao novo custeio das ações e serviços para a saúde indígena, resultante do investimento realizado.

7 Metas de Financiamento

Preconiza-se que, concomitantemente à apresentação pelos Distritos, nas rodadas de ajuste, de planilhas de gastos detalhadas, os DSEIs deverão definir seus Planos de Necessidades de Financiamento (PNF). O PNF deverá especificar a capacidade de atenção atualmente disponível, as necessidades adicionais em termos de recursos correntes e os recursos de capital necessários (incluindo os Planos de Investimentos).

A compatibilização dos PNF de cada Distrito possibilitará à Autoridade Nacional a construção de Metas de Financiamento por Distrito e sua consolidação em um Quadro de Metas de Financiamento da Saúde Indígena. Esse será o quadro de referência a ser utilizado nos pleitos e demandas junto às autoridades orçamentárias na construção do Plano Plurianual e na Proposta de Lei Orçamentária.

8 Um Sistema para Apropriação de Custos

Em geral, o financiamento da saúde indígena é orientado pelo repasse de recursos com base em gastos historicamente consolidados, perpetuando as distorções de alocação de recursos entre DSEIs. Dessa forma, as despesas não são questionadas em sua origem. A proposta é que, desde o primeiro momento, os repasses sejam questionados por meio das chamadas Rodadas de Ajuste, em que o gestor comprova os gastos realizados no período sob análise. A intenção, nesse ponto, é, portanto, aperfeiçoar a alocação de recursos entre DSEIs e a prestação de contas, promovendo ganhos gerenciais e evitando o financiamento de gastos não comprovados.

Nesse ínterim, seria implementada uma experiência piloto de Sistema para Apropriação de Custos. Vale ressaltar que o enfoque, nesse segundo momento, estará nos custos e não nos gastos com ações e serviços de saúde. Assim, conhecer os custos dos DSEIs, CASAIs, Postos de Saúde e Pólos Base é uma condição indispensável para orientar a gestão financeira e a alocação de recursos entre essas unidades.

A implementação de um sistema de apropriação de custos é uma tarefa a ser desenvolvida no médio e longo prazos, de forma que possa ser testada e validada, por meio de uma experiência piloto, para que, posteriormente, seja implementada no Subsistema, o que, necessariamente, gerará críticas e novos ajustes. Finalmente, espera-se que o Sistema de Apropriação de Custos gere informações confiáveis para a tomada de decisões na esfera do financiamento do Subsistema.

Vale observar que a apropriação de custos supramencionada diz respeito aos dispêndios com ações de atenção básica à saúde indígena. A apropriação de custos de atendimentos de média e alta complexidade para a população indígena, de forma a aprofundar a compreensão de suas especificidades, não é uma tarefa a ser realizada no âmbito da Saúde Indígena. Apenas alguns grandes hospitais públicos e conveniados possuem, atualmente, um sistema de apropriação de custos, incorporados às suas rotinas administrativas. A realidade, para a maioria dos estabelecimentos de saúde no SUS, não contempla o uso dessa ferramenta. Adicionalmente, vale notar que a tabela de remuneração de procedimentos pelo SUS correlaciona-se com custos efetivos de

uma maneira bastante complexa, sendo que, em grande parte dos casos, valores historicamente pagos têm mais peso na definição do pagamento de cada procedimento.

As rodadas de ajuste, a que nos referimos anteriormente, deverão ser realizadas, inicialmente, com base em planilhas de gastos e, após a implantação do Sistema de Apropriação de Custos, em planilhas de custos incorridos, de forma compatível com a Fórmula de Alocação de Recursos. Somente assim será possível dar dinâmica e aderência à Fórmula frente ao processo efetivo de gastos e à realidade da demanda por saúde das populações indígenas. A Tabela a seguir apresenta as linhas gerais de uma estrutura básica de apropriação de custos em que cada um dos fatores teria que receber o detalhamento pertinente.

TABELA 8 - Estrutura básica para apropriação de custos

Detalhamento da Despesa	Mês 1	Mês 2	Mês ...	Mês ...	Mês 12
F1 Equipe Básica					
Médicos					
Enfermeiras					
...					
F2 Equipe Complementar					
Nutricionista					
Farmacêuti co					
....					
F3 Encargos Trab. e Previdenciários					
FGTS					
INSS					
Demais (k)					
F4 Despesas Correntes de Saúde					
Medicamentos					
Material Ambulatorial					
...					
F5 Despesas de Gestão e Capacitação					
Administração					
Material de Consumo					
Aquisição de Serviços					
Outros					
F6 Despesas Operacionais					
Comunicações (incl. Manutenção)					
Combustí veis					
Aluguel de Veículos					
Manutenção de Veículos					
F7 Despesa com Contra-Referência					
Custo da CASAI					
Custo das Equipes					
F8 Epidemiologia/Culturais					
Malária					
...					
Situações sociais e culturais					
Soma dos Fatores					

9 Compra de Serviços e Formas de pagamento

Em linhas gerais, o debate central sobre a compra de serviços gira em torno da compra centralizada ou descentralizada de bens e serviços para a saúde indígena. Recentemente, tem-se observado a tendência à recentralização da execução de parte desses recursos na Funasa/MS sob a justificativa das economias de escala propiciadas pelas compras de medicamentos e outros insumos diretamente pelo nível federal.

Nesses casos, como mencionado anteriormente no documento do Diagnóstico do Financiamento, "sempre que economias de escala, reduções dos custos administrativos relativos ao processo de compra e diminuição dos requerimentos de pessoal administrativo e técnico para a realização dessa tarefa superarem os custos de possíveis inadequações entre necessidades e demandas, vocalizadas no nível local, e ações implementadas, compras centralizadas em Brasília de alguns itens podem constituir a melhor alternativa para a aquisição de bens e insumos". Portanto, as decisões sobre as estratégias a adotar dependeriam de uma análise criteriosa dos custos relacionados a cada modalidade de compra por item de despesa.

O questionário elaborado por esta Consultoria, citado anteriormente, registrou comentários de chefes de DSEIs supostamente contrários às compras centralizadas: "meios de transporte insuficientes", "suprimento irregular de insumos", "morosidade dos processos administrativos" e malversação de recursos públicos nos processo de compra. Nesses casos, a maior parte das críticas parecem se relacionar à ineficiência dos processos licitatórios das COREs e não às compras centralizadas realizadas pela Funasa/MS.

Além disso, a insatisfação dos chefes parece estar mais associada à distribuição de insumos pelas COREs do que à compra centralizada no nível federal. Nada impede que compras centralizadas, se provada a sua eficiência, venham acompanhadas da distribuição descentralizada dos insumos.

Em que pese a relevância do debate acerca dos mecanismos de compra (centralizadas ou descentralizadas) de bens e serviços, o foco principal, em um primeiro momento, deveria recair sobre a definição do ente responsável pela tomada de decisões relativas às compras e não sobre o ente responsável pelo ato administrativo para aquisição desses bens e serviços. Assim, o eixo principal do debate seria o poder de decisão e a capacitação dos DSEIs como gestores das compras de bens e serviços.

Nesse sentido, também se propõe, como forma de possibilitar um processo de transição ao modelo ideal, a criação de Consórcios Públicos, como forma de se estabelecer o comando único colegiado sobre a totalidade da gestão financeira dos recursos da saúde indígena. Em um segundo momento, devido aos desafios legais associados a essa alternativa, a criação do Fundo Distrital de Saúde Indígena seria o instrumento mais adequado para o verdadeiro exercício da autonomia distrital e para o incremento do controle sobre os recursos destinados ao Subsistema.

Por fim, outro aspecto relevante para a operacionalização das compras e contratos pelos DSEIs diz respeito à freqüência de repasses de créditos orçamentários e financeiros para os Distritos. Dada a participação relativamente pequena de cada DSEI na totalidade do orçamento, bem como sua necessidade de empenhar contratos anuais, a sugestão é que o orçamento esteja integralmente aberto para empenho[8]. A execução financeira, a sintonia fina dos recursos, para que não haja concentração de gastos nos primeiros meses, deve ser realizada por meio da aprovação de um cronograma mensal de desembolsos.

É importante notar que a concepção presente nesse documento sobre a lógica do comando dos recursos da saúde indígena enfatizou a centralização na Autoridade Nacional e a gestão orçamentária e financeira nos 34 Distritos. A execução finalística dos serviços pode tomar diversas formas, desde a execução direta com funcionários públicos até a contratação de organizações do terceiro setor, passando por diversos arranjos intermediários, inclusive com a presença dos sistemas municipais. Dessa forma, o Distrito é o órgão que deve assumir o comando da gestão dos serviços e as responsabilidades pelos eventuais problemas.

[8] Considera-se a totalidade do orçamento disponível, pós-contingenciamento, quando houver.

10 Prestação de Contas

É reconhecido por técnicos da Funasa que a auditoria financeira tem apresentado as dificuldades de rotina e, por isso, tem sido deficiente em dar respostas e superar problemas para a utilização mais eficiente dos recursos da Saúde Indígena.

Em que pese os Termos de Pactuação, estabelecidos pela Portaria n° 2.656, de 2007, representarem um avanço e exigirem a definição de indicadores e de metas a serem alcançados, não foi estabelecida uma vinculação entre o seu cumprimento e a transferência de recursos.

A esse respeito, propõe-se a mudança na lógica de prestação de contas: do monitoramento do repasse de recursos para a saúde indígena por meio do controle dos gastos financeiros para uma avaliação de metas e resultados. Essa mudança, entretanto, deverá ser a última etapa de um processo que engloba passos intermediários necessários para o alcance exitoso dessa meta de transformação na lógica de prestação de contas.

Assim, como mencionado anteriormente, os passos intermediários seriam os seguintes:

- Aperfeiçoamento do controle de gastos dos DSEIs por meio da prestação de contas em Rodadas de Ajuste, onde o crucial é o aprendizado e a troca de experiências com respeito aos aspectos administrativos;
- Criação de um Sistema de Apropriação de Custos com o objetivo de subsidiar a tomada de decisão e tornar o gasto mais eficiente e transparente;
- Alcançada maior eficiência produtiva e alocativa, implementar o monitoramento dos repasses de recursos por meio da avaliação de metas e resultados.

Propõe-se, assim, um modelo análogo ao Plano de Ações e Metas (PAM) da Política do Incentivo adotado, em 2003, pelo Programa de DST e Aids do Ministério da Saúde. Essa nova estratégia transformou uma lógica intrinsecamente contabilista de prestação de contas numa sistemática calcada na avaliação do alcance das metas pactuadas.

11 Considerações Finais

Ao simplificar os mecanismos de repasses de recursos para a saúde indígena, o novo Modelo de Financiamento permitirá uma realocação entre DSEIs com base em critérios claros, alcançando maior eficiência dos gastos. Trata-se de estimativas preliminares de gastos com a gestão e a prestação da atenção à saúde indígena, que levam em conta as informações disponíveis e as limitações para um cálculo mais preciso. A Fórmula de Alocação Inicial de Recursos deverá, assim, passar por Rodadas de Ajuste para incorporar as especificidades dos DSEIs, ampliar a transparência da prestação de contas e, consequentemente, incentivar ganhos de gestão. Como etapa final, propõe-se a adoção de critérios baseados em custos, por meio da adoção de um sistema para sua apropriação, que terá início pela implementação de uma experiência piloto.

Anexos

Tabelas dos valores utilizados nos cálculos do Modelo

Infraestrutura

Nome do DSEI	Pólos-base existentes em área urbana (Tipo 1)	Pólos-base necessários em área urbana (Tipo 1)	Pólos-base existentes dentro da área indígena (Tipo 2)	Pólos-base necessários dentro da área indígena (Tipo 2)	Postos de saúde existentes (Tipo 1)	Postos de saúde necessários (Tipo 1)	Postos de saúde existentes (Tipo 2)	Postos de saúde necessários (Tipo 2)	CASAI existentes	CASAI necessários
ALAGOAS E SERGIPE	3	3	7	7						
ALTO JURUÁ	7	7	0	7	8	8	5	7	1	1
ALTO PURUS	6	7	0	0	0	8	0	0	1	1
ALTO RIO NEGRO	0	0	0	25	0	3	0	0	1	2
ALTO SOLIMÕES	5	5	6	6	11	16	10	15	1	1
AMAPA			6	6			21	27	2	2
ARAGUAIA	4	4			5	5	6	6	1	1
CEARA	4	0	0	8	0	0	3	13	0	2
CUIABA		4	1	3	23	40	8	8	3	3
GUAMA TOCANTINS	8	9	0	0	3	18	8	11	5	5
KAYAPÓ	0	0	0	0	3	10	4	5	2	3
LESTE DE RORAIMA		1	2	31				27	1	1
MATO GROSSO DO SUL	12	12	0	0					3	3
MÉDIO PURUS	1	2	9	9	9	9	28	35	2	2
MEDIO SOLIMOES	0		6	6	0		3	3	1	1
MINAS GERAIS E ESPIRITO SANTO	6	7	0	0	0	5	14	21	1	2
PERNAMBUCO	8	8	3	3	25	48	5	10	0	0
PORTO VELHO	5	6	0	0	22	46	0	0	2	6
POTIGUARA	0	0	0	1	19	23	0	0	0	0
TAPAJOS	1	1	9	10	3	3	2	2	2	
TOCANTINS	5	5	0	0	22	28	0	0	2	3
VALE DO JAVARI		1	4	7		7		7	1	1
XINGU	0	0	4	4	0	20	0	20	3	3

Fonte: "Questionário de Caracterização dos DSEI", GT consórcio, julho de 2008.

Equipamentos existentes e necessários, segundo DSEI - 2008

Nome do DSEI	Aparelho de radiofonia existentes	Aparelho de radiofonia necessários	Veículos Existentes	Veículos necessários	Barcos motorizados existentes	Barcos motorizados necessários	Geradores existentes	Geradores necessários	Rádios existentes	Rádios necessários
ALAGOAS E SERGIPE			17	48	1	3	0	0	0	0
ALTO JURUÁ	0	116	13	23	8	29	4	9	0	63
ALTO PURUS	53	104	15	32	16	38	16	29	60	160
ALTO RIO NEGRO	145	290	6	19	15	185	14	64	56	120
ALTO SOLIMÕES	15	17	11	18	19	49	13	22	0	22
AMAPA	70	125	10	47	14	34	6	16	37	53
ARAGUAIA	5	7	23	23	9	9	0	0	2	2
CEARA	0	16	16	36	0	1	0	0	0	0
CUIABA	43	66	51	83	2	7	12	20	41	61
GUAMA TOCANTINS	21	38	33	53	24	36	25	32	32	64
KAYAPÓ	13	24	15	28	4	13	3	14	10	24
LESTE DE RORAIMA	86	204	18	42	12	22	8	20	83	103
MATO GROSSO DO SUL	186	195	156	156	2	2	156	156	187	343
MÉDIO PURUS	8	60	5	10	33	81	6	16	8	24
MEDIO SOLIMOES		40	11	39	50	181	17	39	0	39
MINAS GERAIS E ESPIRITO SANTO	0	2	34	104	0	0	11	31	0	31
PERNAMBUCO	0	0	42	62	0	0	0	0	0	0
PORTO VELHO	56	72	27	74	1	22	13	41	23	64
POTIGUARA			8	21	0	0	0	0	0	0
TAPAJOS	41	59	6	27	31	83	13	33	35	68
TOCANTINS		45	40	120	8	21	10	20	83	103
VALE DO JAVARI	24	48	6	11	17	35	8	22	20	42
XINGU	37	50	10	23	6	24		12		12

Fonte: "Questionário de Caracterização dos DSEI", GT consórcio, julho de 2008.

Produção SUS, segundo DSEI – 2007

Nome do DSEI	Número de internações na rede SUS 2007	Número de internações na rede privada 2007	Número de consultas especializadas na rede SUS 2007	Número de consultas especializadas privadas 2007
ALAGOAS E SERGIPE				
ALTO JURUÁ	726	6	4165	305
ALTO PURUS	432	0	1602	0
ALTO RIO NEGRO	194	0	2352	0
ALTO SOLIMÕES	610	0	3772	2
AMAPA	381	38	3988	9
ARAGUAIA	320	1	3561	102
CEARA	23	0	411	0
CUIABA	539	23	3414	101
GUAMA TOCANTINS	420	82	7	11
KAYAPÓ	349	3	2129	407
LESTE DE RORAIMA				
MATO GROSSO DO SUL	3540	29	10759	5
MÉDIO PURUS	97	0	3066	0
MEDIO SOLIMOES	221	4	746	18
MINAS GERAIS E ESPIRITO SANTO	654	5	2034	221
PERNAMBUCO	540	0	15863	49
PORTO VELHO	1782	2	5734	3
POTIGUARA	435		2258	97
TAPAJOS	439	0	1496	0
TOCANTINS	1354	0	1084	270
VALE DO JAVARI	192		230	29
XINGU	396	0	745	2

Fonte: "Questionário de Caracterização dos DSEI", GT consórcio, julho de 2008.

Recursos repassados por DSEI – 2007

Nome do DSEI	População	Execução direta	Convênio	IAB	IAE	Cartão combustível	% combustível/total	TOTAL 2007	Per capita 2007
ALAGOAS E SERGIPE	10.624	1.029.170,00	-	5.568.000,00	574.860,00	288.639,00	3,87	**7.460.669,00**	**702,25**
ALTAMIRA	2.276	673.678,66	1.142.341,34	677.400,00	136.584,00	309.253,00	10,52	**2.939.257,00**	**1.291,41**
ALTO PURUS	7.747	1.158.428,00	-	8.225.400,00	539.400,00	732.517,00	6,87	**10.655.745,00**	**1.375,47**
ALTO JURUÁ	10.634	701.779,00	-	6.848.400,00	677.424,00	434.669,00	5,02	**8.662.272,00**	**814,58**
ALTO RIO NEGRO	26.419	1.704.236,19	9.339.399,81	2.823.000,00	198.000,00	2.157.341,00	13,30	**16.221.977,00**	**614,03**
ALTO SOLIMÕES	30.527	3.279.306,14	2.314.646,86	7.867.800,00	338.004,00	2.118.375,00	13,31	**15.918.132,00**	**521,44**
AMAPA E NORTE DO PA	8.996	1.802.335,00	3.063.193,00	3.104.400,00	205.344,00	274.127,00	3,24	**8.449.399,00**	**939,24**
ARAGUAIA	3.993	1.804.457,04	3.538.953,96	2.694.600,00	624.108,00	569.048,00	6,16	**9.231.167,00**	**2.311,84**
BAHIA	24.014	3.253.504,00	-	4.407.000,00	579.072,00	652.397,00	7,34	**8.891.973,00**	**370,28**
CEARA	13.618	614.034,32	745.265,68	1.146.600,00	261.552,00	67.820,00	2,39	**2.835.272,00**	**208,20**
CUIABA	5.838	1.868.878,29	8.153.471,71	4.259.400,00	362.844,00	385.643,00	2,57	**15.030.237,00**	**2.574,55**
GUAMA TOCANTINS	6.397	2.831.706,60	2.314.240,40	8.059.200,00	168.096,00	580.302,00	4,16	**13.953.545,00**	**2.181,26**
KAYAPÓ DO MT	4.576	1.555.306,00	3.436.459,00	2.859.000,00	194.544,00	252.552,00	3,04	**8.297.861,00**	**1.813,34**
KAYAPÓ DO PA	3.482	860.802,17	4.922.436,83	2.738.400,00	393.300,00	812.701,00	8,35	**9.727.640,00**	**2.793,69**
LESTE DE RORAIMA	35.152	2.738.008,66	10.177.500,34	2.733.600,00	1.166.580,00	471.199,00	2,73	**17.286.888,00**	**491,78**
MANAUS	14.983	3.678.744,11	5.828.910,89	5.288.400,00	1.681.200,00	1.755.199,00	9,63	**18.232.454,00**	**1.216,88**
MARANHÃO	26.709	6.413.283,03	2.256.393,97	9.276.600,00	1.000.740,00	364.721,00	1,89	**19.311.738,00**	**723,04**

Nome do DSEI	População	Execução direta	Convênio	IAB	IAE	Cartão combustível	% combustível/total	TOTAL 2007	Per capita 2007
MATO GROSSO DO SUL	62.789	4.065.254,06	11.117.140,94	8.008.200,00	3.689.280,00	908.691,00	3,27	**27.788.566,00**	**442,57**
MÉDIO SOLIMÕES	9.647	2.098.209,94	1.503.792,06	1.610.400,00	318.024,00	1.269.666,00	18,67	**6.800.092,00**	**704,89**
MEDIO PURUS	5.446	1.545.574,22	1.511.551,78	3.501.000,00	131.880,00	643.998,00	8,78	**7.334.004,00**	**1.346,68**
MINAS GERAIS E ESPIRITO SANTO	13.497	2.547.262,00	2.600.000,00	3.924.600,00	771.012,00	383.725,00	3,75	**10.226.599,00**	**757,69**
PARANÁ	12.576	357.589,59	3.797.768,41	3.798.600,00	916.092,00	593.102,00	6,27	**9.463.152,00**	**752,48**
PARINTINS	9.858	2.289.052,96	3.484.128,04	911.400,00	409.980,00	651.350,00	8,41	**7.745.911,00**	**785,75**
PERNAMBUCO	38.341	6.417.437,00	-	6.535.800,00	1.494.900,00	586.072,00	3,90	**15.034.209,00**	**392,12**
PORTO VELHO	8.901	4.916.128,76	1.976.280,24	6.635.400,00	400.596,00	368.236,00	2,58	**14.296.641,00**	**1.606,18**
POTIGUARA	11.569	1.100.373,00	-	2.051.400,00	581.664,00	205.949,00	5,23	**3.939.386,00**	**340,51**
TAPAJOS	6.819	1407805,03	1.084.740,97	3.264.600,00	179.940,00	1.097.049,00	15,60	**7.034.135,00**	**1.031,55**
SUL/SUDESTE (RJ, RS, SC, SP)	58.912	3.588.338,62	13.244.720,38	5.925.600,00	1.541.172,00	425.801,00	1,72	**24.725.632,00**	**419,70**
TOCANTINS	8.738	1.360.819,99	2.862.013,01	3.270.000,00	399.180,00	264.458,00	3,24	**8.156.471,00**	**933,45**
VALE DO JAVARI	4.080	2.900.273,71	1.373.486,29	2.532.600,00	16.800,00	1.850.586,00	21,34	**8.673.746,00**	**2.125,92**
VILHENA	6.330	5.518.630,42	1.327.607,58	5.701.200,00	268.848,00	306.467,00	2,34	**13.122.753,00**	**2.073,10**
XAVANTE	13.470	2.208.732,50	5.829.300,50	10.201.200,00	1.680.360,00	1.067.523,00	5,09	**20.987.116,00**	**1.558,06**
XINGU	5.228	2.417.224,44	6.267.214,56	7.387.860,00	210.228,00	1.053.922,00	6,08	**17.336.449,00**	**3.316,08**
YANOMANI	17.090	11.306.660,29	20.030.567,71	-	-	606.751,00	1,90	**31.943.979,00**	**1.869,16**
TOTAL	**529.276**	**92.013.023,74**	**135.243.526,26**	**153.837.060,00**	**22.111.608,00**	**24.509.849,00**		**427.715.067,00**	**808,11**
TOTAL (%)		**21,51**	**31,62**	**35,97**	**5,17**	**5,73**		**100,00**	

Fonte: Assessoria Técnica Gerencial/DESAI/FUNASA. "Relatório de Acompanhamento Orçamentário do DESAI-2007"

Comparação entre necessidade de profissionais do Núcleo da Atenção Básica, segundo a Portaria 1.088, de 2005, e segundo o Questionário de Caracterização dos DSEIs.

Nome do DSEI	Pop. Ind. Aldeada Cadastrada Total	MÉDICOS				ENFERMEIROS				ODONTÓLOGOS				AUX. ENFERMAGEM				TÉC. HIG. DENTAL				AIS				AISAN				quest. Exist. em rel. inf.	
		Inf.	Sup.	Existente	Necessário	Inf.	Sup.	Existente	Necessário	Inf.	Sup.	Existente	Necessário	Inf.	Sup.	Existente	Necessário	Inf.	Sup.	Existente	Necessário	Inf.	Sup.	Existente	Necessário	Inf.	Sup.	Existente	Necessário	Acima	Abaixo
ALAGOAS E SERGIPE	14.775	3	6	10	15	6	12	17	17	3	6	12	15	18	25	30	34	3	6			46	53	32	35			21	21	4	1
ALTO JURUÁ	10.618	2	9		7	13	27	13	13	2	9	6	8	18	27	21	22	2	9			33	152	120	120			31	31		1
ALTO PURUS	8.045	2	7	5	6	10	20	21	24	2	7	7	7	13	20	25	25	2	7			25	115	96	104			23	32	1	
ALTO RIO NEGRO	29.037	6	24	6	10	36	73	28	31	6	24	13	17	48	73	81	87	6	24			91	415	270	290			0	4	1	1
ALTO SOLIMÕES	41.066	9	34	8	11	51	103	23	26	9	34	14	17	68	103	80	91	9	34			128	587	315	317			46	46		1
AMAPA	8.996	2	7	0	3	11	22	13	22	2	7	3	6	15	22	63	75	2	7			28	129	89	109			38	48	1	
ARAGUAIA	3.604	1	3	2	6	5	9	9	9	1	3	3	4	6	9	64	64	1	3			11	51	30	30			16	22	1	
CEARA	22.405	5	9	7	16	9	19	15	24	5	9	8	12	28	37	24	36	5	9			70	80	20	55			14	28		1
CUIABA	5.828	1	5	4	5	7	15	16	28	1	5	14	15	10	15	69	69	1	5			18	83	37	60			60	81	3	
GUAMA TOCANTINS	6.319	1	5	5	9	8	16	20	28	1	5	13	20	11	16	105	162	1	5			20	90	81	99			28	59	3	
KAYAPÓ	3.080	1	3	1	3	4	8	8	14	1	3	3	5	5	8	54	60	1	3			10	44	34	34			11	22	1	
LESTE DE RORAIMA	33.260	7	28	12	35	42	83	26	38	7	28	17	35	55	83	29	76	7	28			104	475	432	462				114		1
MATO GROSSO DO SUL	59.491	13	25	36	40	25	50	50	55	13	25	30	35	74	99	101	115	13	25			186	212	189	200			65	80	3	
MÉDIO PURUS	5.651	1	5	3	6	7	14	9	20	1	5	3	10	9	14	29	43	1	5			18	81	65	70			16	20	1	
MEDIO SOLIMOES	9.656	2	8	2	10	12	24	14	21	2	8	4	10	16	24	69	83	2	8			30	138	116	121			14	30	1	
MINAS GERAIS E ESPIRITO SANTO	13.141	3	5	15	21	5	11	19	23	3	5	13	16	16	22	66	66	3	5			41	47	90	100			47	50	5	
PERNAMBUCO	35.787	8	15	16	23	15	30	20	20	8	15	20	20	45	60	57	70	8	15			112	128	171	247			87	111	3	
PORTO	9.160	2	8		6	11	23	31	31	2	8	9	10	15	23	114	114	2	8			29	131	95	115			51	88	3	1

Nome do DSEI	Pop. Ind. Aldeada Cadastrada Total	MÉDICOS				ENFERMEIROS				ODONTÓLOGOS				AUX. ENFERMAGEM				TÉC. HIG. DENTAL				AIS				AISAN				quest. Exist. em rel. inf.	
		Inf.	Sup.	Existente	Necessário	Inf.	Sup.	Existente	Necessário	Inf.	Sup.	Existente	Necessário	Inf.	Sup.	Existente	Necessário	Inf.	Sup.	Existente	Necessário	Inf.	Sup.	Existente	Necessário	Inf.	Sup.	Existente	Necessário	Acima	Abaixo
VELHO																															
POTIGUARA	10.380	2	4	4	9	4	9	15	15	2	4	9	9	13	17	35	65	2	4			32	37	32	41			39	51	3	
TAPAJOS	7.056	2	6		1	9	18	18	18	2	6	4	6	12	18	52	52	2	6			22	101	59	59			17	40	1	1
TOCANTINS	8.588	2	7	4	6	11	21	19	20	2	7	7	8	14	21	124	130	2	7			27	123	105	105			66	66	1	
VALE DO JAVARI	3.473	1	3		5	4	9	10	15	1	3	2	5	6	9	41	67	1	3			11	50	60	60			5	7	3	1
XINGU	5.214	1	4	3	5	7	13	18	21	1	4	5	6	9	13	32	37	1	4			16	74	65	83			27	34	3	

Fonte: Profissionais necessários - "Questionário de Caracterização dos DSEI", GT consórcio, julho de 2008.
Sup. = limite superior de profissionais por região, segundo a Portaria 1.088, de 2005.
Inf. = limite inferior de profissionais por região, segundo a Portaria 1.088, de 2005.

LEGENDA:

Excesso de profissionais

Ausência de profissionais

Categoria Profissional	Amazônia Legal	Outras regiões
AIS	1 para 70-320 hab.	1 para 280-320 hb.
AISAN	1 por sistema	1 por sistema
Aux. Enfermagem	1 para 400-600 hb	1 para 600-800 hb
Enfermeiro	1 para 400-800 hb	1 para 1200-2400 hb
Médico	1 para 1200-4500 hb	1 para 2400-4500 hb
Odontólogo	1 para 1200-4500 hb	1 para 2400-4500 hb
Téc. de higiene dental	1 para 1200-4500 hb	1 para 2400-4500 hb

Profissionais por região e profissionais por mil habitantes – 2008

	REGIÃO					
	AMAZONIA LEGAL	NORDESTE	CENTRO-OESTE	SUL/SUDESTE	TOTAL	**Prof/1000 hab**
AIS	2.685	383	239	327	3.634	**7,2**
AISAN	705	193	77	177	1.152	**2,3**
Técnico de Enfermagem	1.562	39	-	205	1.806	**3,6**
Técnico de Entomologia	42	-	-	-	42	**0,1**
Técnico em Higiene Dental	45	-	5	9	59	**0,1**
Técnico de Laboratório	84	5	-	3	92	**0,2**
Técnico Administrativo	81	-	-	10	91	**0,2**
Auxiliar de Entomologia	431	117	167	76	791	**1,6**
Auxiliar Administrativo	241	39	55	50	385	**0,8**
Microscopista	48	1	3	-	52	**0,1**
Motorista	321	41	140	192	694	**1,4**
Piloto Fluvial	725	4	31	1	761	**1,5**
Outros	1.038	256	326	163	1.783	**3,5**
TOTAL de PROFISSIONAIS	8.008	1.078	1.043	1.213	11.342	**22,5**
POPULAÇÃO	279.343	98.166	66.782	58.912	503.203	
PROF./1.000 HAB.	**29**	**11**	**16**	**21**	**23**	

Fonte: "Questionário de Caracterização dos DSEI", GT consórcio, julho de 2008.

Salário médio dos profissionais do Núcleo Básico da Atenção e do Núcleo Distrital da Atenção, segundo DSEI – 2008

DSEI	Região	Núcleo Básico da Atenção										Núcleo Distrital da Atenção			
		Médico	Enfermeiro	Aux. Enferm.	Odontólogo	Aux. Consul.	Téc. Hig. Dental	Agente End.	Microscopista	AIS	AISAN	Nutricionista	Farmacêutico	Antropólogo	Assistente Social
ALAGOAS E SERGIPE	NE	8.250,00	4.000,00		4.000,00										
ALTO JURUÁ	AM	5.500,00	4.500,00	1.400,00	4.500,00			700,00			380,00	4.200,00		3.000,00	3.000,00
ALTO PURUS	AM	6.500,00	4.500,00		4.500,00			1.000,00		350,00	300,00				
ALTO RIO NEGRO	AM	9.000,00	4.500,00	2.000,00	4.500,00				700,00	560,00			5.800,00	2.900,00	
ALTO SOLIMÕES	AM	5.500,00	4.500,00		4.500,00										
AMAPA	AM	8.000,00	3.800,00	1.900,00	4.000,00				1.900,00	620,00	620,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00
ARAGUAIA	AM	5.500,00	3.500,00	1.400,00	4.500,00					680,00	680,00	5.000,00			
CEARA	NE	5.500,00	2.000,00		4.000,00										
CUIABA	AM	12.000,00	4.800,00	1.000,00	4.800,00					370,00	370,00	1.900,00			1.900,00
GUAMA TOCANTINS	AM	5.500,00	3.500,00		4.500,00										
KAYAPÓ TO	AM														
KAYAPÓ PA	AM	3.500,00	4.500,00		5.500,00					350,00	350,00	3.200,00			
LESTE DE RORAIMA	AM	5.500,00	3.500,00	1.200,00	4.500,00				700,00	700,00	540,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00
MARANHÂO	AM								1.100,00		350,00	2.700,00	3.000,00		
MATO GROSSO DO SUL	CO			1.039,00						538,00	538,00				2.000,00
MÉDIO PURUS	AM	7.000,00	4.500,00	1.200,00	4.500,00					350,00	350,00	3.500,00			3.500,00
MEDIO SOLIMOES	AM	5.500,00	4.500,00		4.500,00										
MINAS GERAIS E ESPIRITO SANTO	SE	10.000,00	2.500,00	1.000,00	2.000,00							3.000,00			

DSEI	Região	Núcleo Básico da Atenção										Núcleo Distrital da Atenção			
		Médico	Enfermeiro	Aux. Enferm.	Odontólogo	Aux. Consul.	Téc. Hig. Dental	Agente End.	Microscopista	AIS	AISAN	Nutricionista	Farmacêutico	Antropólogo	Assistente Social
PARINTINS	AM														
PERNAMBUCO	NE	4.500,00	2.500,00	700,00	4.000,00					380,00	380,00	2.500,00	2.000,00		
PORTO VELHO	AM	4.833,33	3.500,00	1.500,00	4.000,00					600,00	600,00				
POTIGUARA	NE	4.500,00	2.500,00	650,00	4.000,00					380,00	780,00				
TAPAJOS	AM	11.000,00	3.500,00		4.500,00			780,00			430,00	3.000,00			
TOCANTINS	AM	11.000,00	3.500,00		4.500,00										
VALE DO JAVARI	AM		5.500,00		5.000,00										
VILHENA	AM			1.500,00						590,00	590,00				
XAVANTE	AM									700,00	700,00	5.200,00			
XINGU	AM	8.000,00	4.000,00		4.000,00					500,00	500,00		1.000,00		

Fonte: "Questionário de Caracterização dos DSEI", GT consórcio, julho de 2008.
Composição mínima de pessoal estabelecida pela Portaria 2.656