



Consórcio IDS-SSL-Cebrap

**Plano de Ação para Implementação  
dos Modelos de Atenção, Organização,  
Gestão, Financiamento e  
Monitoramento & Avaliação  
do Subsistema de Saúde Indígena**

Versão Revisada

Dezembro de 2009

## **Créditos**

### **Plano de Ação para Implementação dos Modelos**

Coordenação Geral: Gerry Bloom e Alex Shankland

Coordenação Técnica: Vera Schattan Coelho

Coordenação Executiva: Maria Elvira Toledo

Componente Atenção: Marcos Pellegrini

Componente Gestão: Armando Raggio e Paulo Moraes

Componente Organização: Vera Schattan Coelho

Componente Financiamento: Geraldo Biasoto e Luciana Teixeira

Componente Monitoramento e Avaliação: Rômulo Paes de Sousa

Análise do Marco Legal: Juliana Rosalen e Guilherme Viváqua

Editoração: Demian Nery

Apoio Administrativo: Dídia Thaís de Souza

## **Sumário**

<b>1. Apresentação</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Estratégia Geral</b> .....	<b>4</b>
<b>3. Objetivos, Metas e Indicadores para Implementação dos Modelos</b> .....	<b>16</b>
<b>4. Ações Prioritárias de Curto Prazo</b> .....	<b>40</b>
<b>5. Estratégia de Comunicação e Articulação</b> .....	<b>42</b>
<b>6. Análise de Condicionantes e Riscos</b> .....	<b>44</b>
<b>Anexo I Resumo do Marco Legal do Subsistema de Saúde Indígena</b> .....	<b>46</b>
<b>Anexo II Análise de Alternativas Institucionais para Modelagem de um Órgão Específico para o Subsistema de Saúde Indígena</b> .....	<b>68</b>

## **I. Apresentação**

O Projeto Vigisus II/FUNASA tem como um de seus objetivos articular um conjunto de ações para melhorar a qualidade, a eficiência e a satisfação dos povos indígenas em relação aos serviços de saúde.

Para alcançar seus objetivos e promover o fortalecimento institucional para o desenvolvimento da Política de Atenção à Saúde Indígena o Projeto Vigisus definiu a realização de uma consultoria para a 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.

Essa consultoria tem como objetivos completar o diagnóstico situacional da Saúde Indígena, identificar as metas de saúde do Subsistema de Saúde Indígena, os modelos de atenção, de organização, de gestão, de financiamento e de monitoramento e avaliação do Subsistema de Saúde Indígena e apresentar um plano de ação para operacionalização das propostas e apoiar a Funasa na implementação dos modelos.

Os produtos da consultoria permitirão o desenvolvimento contínuo e com qualidade das ações de saúde para a população indígena, por meio do desenvolvimento de propostas adequadas à execução das ações de saúde nos DSEI.

As modalidades de atenção, os tipos de serviços que serão oferecidos, os recursos necessários, a inter-relação entre o Subsistema e os usuários, a relação do gestor com os prestadores de serviços de saúde, a participação comunitária, as articulações intersetoriais, bem como os mecanismos de financiamento, são aspectos fundamentais a serem observados no desenvolvimento dos modelos.

Por sua vez a excelência na gestão está destacada na missão da FUNASA e implica no exercício de funções de formulação, coordenação, articulação, negociação, planejamento, implementação, acompanhamento, regulação, controle, avaliação, auditoria e prestação de contas.

O trabalho teria a duração de 12 meses e previa-se que seus produtos permitiriam o aprimoramento e consolidação do Subsistema de Saúde Indígena, com implementação de mecanismos que permitam a realização das ações de saúde nos DSEI e alcance de resultados como: extensão da cobertura e intensificação da qualidade das ações de saúde; governo e a

administração baseada no desempenho; implementação de mecanismos de alocação de recursos; modernização institucional e desenvolvimento de elementos do sistema de monitoramento e avaliação.

Definiu-se ainda que a consultoria conduziria oficinas de trabalho com a participação de técnicos de todos os setores da FUNASA, COREs e DSEIs e lideranças indígenas, Grupo de Trabalho e UGP, para assegurar a participação nos vários níveis do Subsistema de Saúde Indígena e também de instituições como Ministério da Saúde e Funai.

Devido à complexidade e importância dessa ação foi criado um Grupo de Trabalho para o acompanhamento da elaboração do Termo de Referência e da realização da consultoria (portaria 797 de 29 de maio de 2006). Esse grupo é formado por técnicos dos diversos setores da FUNASA, de Coordenações Regionais, de Distritos Sanitários Especiais Indígenas e de um representante do Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.

O processo de seleção da empresa que realizará a consultoria foi concluído em dezembro de 2007. A empresa selecionada foi o *Institute of Development Studies* (IDS) consorciado com o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento – Cebrap e a Associação Saúde Sem Limites – SSL, por haver apresentado a melhor proposta técnica e a melhor proposta financeira.

O contrato entre a FUNASA e o IDS foi assinado em março de 2008. O Consórcio e sua equipe foram apresentados a representantes dos diversos departamentos da FUNASA e de outras instituições na Oficina Inaugural em abril de 2008 e à Missão do Banco Mundial em maio de 2008.

Entre abril e agosto de 2008 a equipe da Consultoria preparou o Relatório Inicial do Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena. Entre setembro e dezembro de 2008 realizou-se um ciclo de Oficinas Regionais com ampla participação de usuários, técnicos e gestores dos DSEIs e uma série de Estudos de Caso em cinco DSEIs, com vistas à complementação e atualização das informações do Diagnóstico e à ampliação da participação no debate acerca dos novos modelos a serem propostos. Entre dezembro de 2008 e fevereiro de 2009 as equipes de componente preparam e apresentaram os Modelos de Atenção, Organização, Gestão, Financiamento e Monitoramento & Avaliação do Subsistema. Os Modelos e o Plano de Ação foram apresentados e debatidos em vários eventos (reuniões de GT, Seminário Nacional e Seminários Regionais) entre março e julho de 2009, concomitantemente com o processo de revisão e aprovação de suas versões finais.

Neste momento, está-se encerrando a Consultoria, com a entrega da presente Versão Revisada do Plano de Ação para Implementação dos Modelos. As equipes da Consultoria e do Projeto Vigisus II/FUNASA gostariam de aproveitar a oportunidade para agradecer a participação e as valiosas contribuições dos participantes das Oficinas Regionais, Reuniões de GT e outros encontros realizados ao longo deste período. Esperamos que este Plano e os demais produtos da Consultoria possam realmente contribuir para o fortalecimento do Subsistema, e a melhoria efetiva da saúde dos povos indígenas no Brasil.

## 2. Estratégia Geral

O presente Plano de Ação para Implementação dos Modelos de Atenção, Organização, Gestão, Financiamento e Monitoramento & Avaliação visa contribuir para o processo de mudança já em andamento no Subsistema de Saúde Indígena. Marca a conclusão de uma primeira fase, na qual contratou-se uma equipe de consultoria para apoiar a preparação dos Modelos, que apresentam uma visão do desenho futuro do Subsistema, e para propor um Plano para a implementação destes.

A abordagem da Consultoria levou em conta os seguintes elementos da situação encontrada no início do trabalho:

- Não existia uma visão unificada acerca da organização do Subsistema e dos papéis e responsabilidades dos diferentes atores;
- Muitas pessoas estavam trabalhando com dedicação e conquistando alguns avanços mesmo em condições adversas, mas estas pessoas muitas vezes não se sentiam reconhecidas, e se fazia necessário um investimento maior no apoio às suas iniciativas para que se pudesse construir novos avanços a partir da experiência já acumulada;
- Havia um amplo reconhecimento que o Subsistema enfrentava alguns problemas, mas não existia um consenso sobre a origem destes problemas nem sobre a melhor abordagem para superá-los;
- Apesar da maioria dos atores estarem comprometidos com a melhoria do desempenho do Subsistema, existiam alguns obstáculos para que se alcançasse um consenso e uma visão compartilhada do melhor caminho para se seguir rumo aos avanços desejados.

A estratégia da equipe da consultoria visou construir um diagnóstico compartilhado da situação atual, elaborar Modelos que partissem deste diagnóstico e que apresentassem uma abordagem clara para se garantir a melhoria do desempenho, e por fim desenhar uma estratégia para a implementação destes Modelos. Esta estratégia tem como base a *abordagem de aprendizado para a gestão de mudanças em sistemas de saúde*.

A escolha desta abordagem partiu de uma ampla reflexão sobre a experiência internacional no campo das reformas em sistemas de saúde. Um estudo recente do Banco Mundial, que analisou a experiência de vários projetos que tinham como objetivo o fortalecimento do desempenho dos sistemas de saúde, concluiu que a estratégia de gestão do processo de mudança costuma ter um peso muito mais decisivo na determinação dos

resultados que o detalhe do desenho das intervenções.<sup>1</sup> Os autores deste estudo argumentam que não se deve privilegiar nem as abordagens “de cima para baixo” nem as “de baixo para cima” no desenho dos processos de reforma. Nas abordagens “de cima para baixo” do tipo *blueprint* (planta detalhada), os gestores responsáveis começam com um desenho muito detalhado das intervenções que serão feitas, mas as chances de êxito dependem da capacidade destes gestores de anteverem todos os possíveis desdobramentos do processo, e muitas vezes o processo de implementação enfrenta dificuldades não previstas, gerando impactos negativos significativos. As abordagens “de baixo para cima” se adaptam melhor à diversidade de condições encontradas nos processos de mudança, e favorecem as inovações locais, mas muitas vezes enfrentam problemas de falta de coerência e se mostram incapazes de garantirem mudanças sustentáveis e de escala ampla.

Uma alternativa a estas duas opções é a *abordagem de aprendizado* (“*learning approach*”), que combina o apoio à inovação local com medidas que visam promover mudanças amplas no sistema como um todo. O exemplo internacional mais conhecido desta abordagem é a estratégia de gestão de rápidas mudanças socioeconômicas adotado pelo Governo da China, conhecido naquele país como “atravessar o rio sentindo onde estão as pedras”.

A implementação dos processos de mudança costuma sofrer forte influência das variações no grau de compreensão que os atores têm de seus diferentes papéis e responsabilidades, na capacidade técnica que detêm e nos incentivos que influenciam o seu desempenho. Os diferentes atores devem trabalhar em conjunto para gerar visões compartilhadas e consolidar novas abordagens. A implementação dos processos de mudança sempre traz alguns riscos, e pode-se deparar com problemas inesperados. Deve-se avaliar o risco de resultados negativos, desenhar medidas para mitigação destes riscos e organizar mecanismos de resposta rápida caso seja necessário enfrentá-los. Também deve-se garantir que a estrutura dos incentivos existentes favoreça o alcance dos objetivos pactuados.

Nos parágrafos a seguir, apresenta-se oito elementos que, segundo a experiência internacional em processos de reforma de sistemas de saúde, devem fazer parte de uma estratégia robusta de fortalecimento institucional. Além dos princípios gerais de cada elemento, apresenta-se recomendações específicas para a incorporação destes à implementação de uma estratégia capaz de contribuir para o aperfeiçoamento do Subsistema de Saúde Indígena brasileiro.

---

<sup>1</sup>Peters, El-Saharty, Siadat and Vujicic, forthcoming. Implementing Strategies to Improve Health Services in Low and Middle Income Countries: From Evidence to Learning and Doing. Washington: World Bank



## **I. Pactuar os objetivos, definir quem coordenará o processo de implementação e garantir o apoio dos atores chave**

A construção de um consenso acerca dos objetivos gerais das mudanças propostas é de fundamental importância. Os marcos legais do SUS e do Subsistema fornecem diretrizes claras, que devem ser compreendidas por todos os atores. O Governo deve definir claramente a responsabilidade institucional por garantir a busca dos objetivos e o cumprimento das diretrizes. Para acompanhar e orientar o processo de mudança no Subsistema, deve-se constituir um grupo de referência com representantes das instâncias relevantes de gestão e controle social. Seu papel seria de garantir que o processo seja efetivamente acompanhado por representantes dos diferentes grupos de atores chave, cobrando informações e resultados dos gestores responsáveis e ajudando-os a resolver os problemas que ocorrerem, muitos dos quais podem surgir no âmbito das relações intersetoriais. Este grupo pode ser criado a partir da estrutura do GT já estabelecido pelas Portarias 3034 e 3035/GM de 2008.

## **2. Documentar a realidade atual, identificar o que já está funcionando bem e analisar as causas dos problemas encontrados**

A construção de uma boa base de evidências e o envolvimento dos diferentes atores na reflexão sobre esta são elementos essenciais para fundamentar a negociação dos processos de reforma. No caso do Subsistema de Saúde Indígena, a equipe da Consultoria promoveu um amplo processo de diálogo envolvendo muitos atores (sobretudo nas Oficinas Regionais) voltado para a complementação do Diagnóstico e o desenho dos Modelos. Este processo já contribuiu para a caracterização da situação atual, a divulgação de experiências relevantes, a identificação de problemas que afetam o desempenho do Subsistema e a definição de estratégias para a superação destes problemas. A documentação elaborada pela Consultoria fornece uma base para a construção de uma análise comum da situação atual e de uma visão compartilhada do futuro a ser buscado. Portanto, deve ser colocada à disposição dos atores para que possa ser analisada, debatida e aprofundada – pois ainda será necessário mais reflexão e debate para que se possa aprofundar a análise dos diferentes aspectos do Subsistema e definir como se deve avançar nas áreas onde ainda não há consenso sobre a melhor estratégia a ser seguida.

### **3. Definir os papéis, as responsabilidades e os incentivos**

Um fator importante que pode contribuir para o fracasso de um processo de mudança é a falta de definições claras sobre os papéis que cabem aos diferentes atores. Também podem pesar a existência de uma distribuição de incentivos que estimula comportamentos que têm consequências negativas, e a falta de mecanismos para a avaliação do desempenho de instituições e indivíduos. Todos os atores devem ter clareza sobre quem é responsável por cada função (prestação de serviços, planejamento e gestão, fiscalização da aplicação dos recursos, supervisão técnica, controle social, etc.) nos níveis distrital e nacional. Também devem ter confiança que estas responsabilidades serão assumidas com seriedade. Construir parcerias que tenham estas bases costuma ser demorado e trabalhoso, mas pode levar a resultados mais positivos e duradouros que outras estratégias. A natureza dos incentivos para diferentes comportamentos pode influenciar de forma significativa os resultados do processo; estes incentivos podem estar relacionados a vários aspectos, tais como a relação entre desempenho e alocação de recursos, a remuneração e as perspectivas para progressão na carreira. Outro fator que pode influenciar o desempenho é o grau de controle social e responsabilização pública das instituições; para funcionar bem, esta responsabilização deve partir da definição clara dos seus papéis e da identificação de indicadores de desempenho que podem ser acompanhados com facilidade. Portanto, o processo de mudança do Subsistema de Saúde Indígena deve partir da pactuação das metas e indicadores e das responsabilidades correspondentes, e o acompanhamento do processo deve incluir não somente a cobrança das falhas identificadas mas também o reconhecimento do bom desempenho nos níveis institucional e individual.

### **4. Usar a informação e a comunicação para conquistar apoio nos níveis nacional e local**

Outra causa frequente do fracasso nos processos de mudança em sistemas de saúde é a perda do apoio político. Quase sempre, os processos de mudança encontram problemas pelo caminho, e estes são muitas vezes objeto de reportagens sensacionalistas nos meios de comunicação. Os responsáveis pelo processo de mudança devem estar preparados para esta eventualidade e devem elaborar estratégias para conquistar e manter o apoio de lideranças políticas e do público em geral. Deve-se organizar mecanismos para garantir um fluxo regular de informações para as instâncias oficiais de acompanhamento. O Subsistema enfrenta desafios específicos na construção e manutenção do apoio político, pois precisa por um lado conquistar a confiança das comunidades indígenas e dos seus líderes e por outro demonstrar ao público

em geral que os recursos públicos estão sendo bem aplicados. Deve-se desenvolver estratégias específicas para garantir que ambos grupos estejam esclarecidos sobre as estratégias para a melhoria do desempenho do Subsistema. Para manter o apoio ao processo de mudança, deve-se buscar conseguir melhorias visíveis e garantir que sejam amplamente divulgadas.

### **5. Estabelecer um grupo de especialistas gestores e apoiadores, identificar as boas práticas existentes nos níveis nacional e internacional e criar mecanismos de aprendizado a partir destas experiências para os gestores**

Outro fator que pode levar ao fracasso nos processos de mudança é a falta de capacidade dos atores para cumprirem com as responsabilidades pactuadas. A gestão do Subsistema em nível nacional precisará de uma equipe própria com capacidade técnica em diversas áreas (tais como programas de saúde, assistência farmacêutica, e planejamento e gestão), cujos membros possam ser incentivados a permanecerem nos cargos para permitir o acúmulo de massa crítica técnica ao longo do processo de mudança e o apoio continuado ao fortalecimento do Subsistema. Esta equipe deve poder contar com o apoio de um grupo de especialistas externos, cuja função seria de facilitar o acesso às experiências nacionais e internacionais relevantes e assessorar o desenvolvimento de estratégias, orientações e normas técnicas. Entre as principais responsabilidades da equipe nacional é a de apoiar as equipes dos níveis distrital e subdistrital, desenvolvendo atividades de formação e apoio técnico e gerando orientações para a gestão. É fundamental que este apoio inclua visitas frequentes aos DSEIs para fornecer assessoria técnica e para colaborar na resolução dos problemas encontrados. Desta forma, a equipe nacional poderá não somente contribuir para a melhoria do desempenho em nível local mas também aprender com a experiência dos DSEIs e produzir orientações e normas capazes de refletirem efetivamente a diversidade das realidades encontradas nos Distritos.

### **6. Fortalecer a capacidade local e estimular a inovação**

Nos processos de mudança em sistemas de saúde os atores locais costumam necessitar de bastante apoio para garantir que tenham clareza sobre as políticas a serem implementadas, além de uma boa visão da situação atual e uma compreensão adequada das opções para a melhoria do desempenho. Isto pode se mostrar difícil quando há um legado de comunicação e articulação insuficiente entre os atores chave, pois faz-se necessário construir novos mecanismos para permitir a pactuação e a construção de parcerias. Em muitos casos, os atores

locais precisarão de capacitação e assessoria técnica, que devem fazer parte de uma estratégia de educação permanente. No processo de mudança do Subsistema, é fundamental garantir que todos os DSEIs adquiram a capacidade técnica para alcançar pelo menos um padrão mínimo de desempenho. Além disso, é muito importante incentivar quem está disposto a inovar e desenvolver experiências promissoras. Este estímulo pode vir através da constituição de um fundo cujos recursos seriam oferecidos aos DSEIs mediante concursos de inovação e chamadas para propostas de iniciativas específicas. Através de visitas frequentes aos Distritos, a equipe nacional deve tanto apoiar o fortalecimento da capacidade de todos os DSEIs para alcançarem os padrões mínimos estabelecidos, como estimular os processos de inovação.

## **7. Estabelecer sistemas adequados de gestão**

Os processos de mudança devem ter como um dos seus produtos principais o desenvolvimento de sistemas de gestão que levem em conta as realidades locais e as lições aprendidas. É muito importante que as normas e orientações sejam realistas e práticas, e que sejam compreendidos e aplicados por todos os atores envolvidos. Um grande desafio que os sistemas costumam enfrentar é o de garantir o equilíbrio adequado entre a coerência do sistema como um todo e a flexibilidade para adaptá-lo às diversas realidades locais. No caso do Subsistema, deve-se desenhar o processo de construção da Autonomia Distrital segundo uma lógica de fases, de forma a permitir que os DSEIs cujas equipes de gestão já demonstraram um grau maior de capacidade possam assumir a responsabilidade por tarefas mais complexas, enquanto outros ainda recebem um apoio muito maior do nível central. Será importante incorporar as novas orientações de gestão nos processos de educação permanente, para garantir que todos os atores possam se apropriar delas. Por fim, deve-se criar mecanismos de análise e planejamento que permitam identificar problemas e desafios emergentes e desenhar estratégias para resolvê-los.

## **8. Criar oportunidades para a sistematização e disseminação das lições aprendidas**

Viabilizar melhorias rápidas no desempenho dos sistemas exige a estruturação de oportunidades para a sistematização do aprendizado. No Subsistema de Saúde Indígena, o monitoramento de rotina, as avaliações e a realização de pequenos estudos específicos podem permitir o acompanhamento do desempenho e a identificação dos locais onde está-se conseguindo avançar mais ou onde os resultados estão aquém do esperado. O processo de

análise e validação das inovações deve incluir estudos sistemáticos capazes de descreverem não somente os resultados mas também os processos que contribuíram para o bom desempenho, com o objetivo de facilitar o aprendizado a partir destas experiências. É de fundamental importância fornecer oportunidades para o aprendizado horizontal, através da disseminação de registros das experiências (escritos e/ou audiovisuais), a viabilização de visitas de intercâmbio, a organização de oficinas, a criação de fóruns de intercâmbio eletrônico e outras estratégias de comunicação. Também podem ser valioso encomendar estudos mais amplos, de avaliação sistemática, que permitam analisar as estratégias que vêm dando bons resultados, identificar quaisquer resultados inesperados e investigar as origens dos problemas encontrados. Os resultados destes estudos devem ser objeto de uma estratégia específica de disseminação, que contemple gestores locais e nacionais, instâncias de acompanhamento e controle social e o público em geral.

O Brasil já conquistou uma forte reputação internacional como foco de inovações em políticas públicas, sobretudo nas áreas de saúde, gestão participativa e proteção social. O processo atual de mudanças no Subsistema traz consigo a possibilidade do Brasil emergir como foco de inovação também no campo específico da saúde indígena. Pode interessar ao País desenvolver uma estratégia para compartilhar internacionalmente as lições aprendidas no decorrer deste processo.

### **Objetivos Gerais da Estratégia de Implementação**

O presente Plano de Ação para Implementação dos Modelos visa apresentar uma abordagem para a construção das bases para a gestão de um processo significativo de mudança no Subsistema de Saúde Indígena. A implementação desta abordagem deve buscar os seguintes objetivos gerais:

- Identificar quem conduzirá o processo, estabelecer uma visão compartilhada do caminho a ser seguido e pactuar os papéis e as responsabilidades de todos os atores envolvidos;
- Construir ao longo dos próximos 6 a 12 meses as bases para a implementação de mudanças maiores nas etapas subsequentes;
- Construir uma visão de consenso acerca das mudanças a serem buscadas ao longo dos próximos anos;

- Identificar os elementos chave de uma estratégia capaz de assegurar tanto melhorias rápidas em algumas áreas específicas, bem como avanços mais gradativos rumo à realização das Metas pactuadas para o Subsistema em geral.

## **Diretrizes Gerais Norteadoras dos Modelos e do Plano de Implementação**

As propostas a seguir estão distribuídos por componente (Atenção, Organização, Gestão, Financiamento, Monitoramento & Avaliação), conforme preconizado pelo Termo de Referência, mas foram desenvolvidas dentro de um mesmo conjunto de Diretrizes Gerais, já apresentados para o GT de Acompanhamento da Consultoria e referendados em debates subsequentes com diversos atores envolvidos. São estas:

### **1. Contemplar os direitos universais, as diferenças e a equidade**

Os cidadãos indígenas do País têm os mesmos direitos constitucionais de acesso ao SUS que os demais brasileiros. São municipais, e a sua população é incluída nas contagens que fornecem a base para os repasses aos municípios.

Os cidadãos indígenas do País também têm o direito Constitucional a políticas públicas que reconheçam as suas especificidades. Isto inclui a atenção diferenciada à sua saúde, que deve por lei ser garantida pelo governo federal. Esta atenção diferenciada deve contemplar adequações nas formas de abordagem da comunidade pelas equipes, e o reconhecimento da interface com as medicinas indígenas.

O legado histórico de exclusão e os níveis altíssimos de morbimortalidade da população indígena quando comparados aos da população em geral indicam a necessidade de um investimento específico na reversão das desigualdades em saúde atuais.

### **2. Viabilizar a Vigilância da Saúde com o redesenho dos territórios**

O Modelo de Atenção proposto por esta Consultoria orienta-se pela mesma abordagem que a Estratégia de Saúde da Família (ESF): a Vigilância da Saúde. Assim, a ESF contempla muitos dos elementos necessários para uma abordagem bem-sucedida para a Atenção Básica na Saúde Indígena. No entanto, os territórios da ESF não se adéquam à realidade sociocultural e territorial da população indígena aldeada. A micro-área de referência para a atenção básica indígena deve ser a comunidade, e não um determinado número de famílias “homogêneas”.

A atenção básica à saúde indígena exige uma gestão efetiva no nível distrital, cujo território terá necessariamente uma escala maior que o território municipal, devido à

distribuição da população indígena. A atenção à saúde indígena também exige um nível de capacidade de gestão que dificilmente está presente nos municípios menores onde vivem muitas comunidades indígenas. Em muitos casos, mesmo onde existe capacidade, há conflitos sociais que inviabilizem a gestão municipal.

### **3. Valorizar a Gestão Distrital na perspectiva da Autonomia**

Conforme definido pela Lei Orgânica da Saúde / Lei Arouca, a unidade organizacional básica para a atenção à saúde indígena é o Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI. A organização em DSEIs permite um processo de planejamento e gestão adequado à realidade sociocultural e epidemiológica e à distribuição territorial das comunidades indígenas, permitindo economias de escala no fornecimento do suporte necessário à atenção diferenciada.

Até agora, os DSEIs não têm realizado o potencial deste modelo, porque não vêm funcionando efetivamente como instâncias de gestão descentralizada. Isto tem levado os gestores nacionais do Subsistema de Saúde Indígena a adotarem a “autonomia” como princípio. No entanto, os mecanismos para a efetivação desta autonomia ainda estão pouco claros. Esta consultoria propõe estratégias para a viabilização da Autonomia com Responsabilidade Sanitária.

### **4. Assegurar a flexibilidade dos Modelos**

A heterogeneidade (sociocultural, geográfica, epidemiológica e institucional) dos DSEIs torna inviável a definição de modelos “tamanho único”.

Mesmo que seja definida a adoção no médio ou no longo prazo de um modelo único de prestação de serviços, haverá um período de transição durante o qual será necessário combinar diferentes modalidades, entre as quais se incluem a atuação de recursos humanos municipais, de ONGs ou outros prestadores não-governamentais e de servidores públicos federais, todos sob a gestão do DSEI (via consórcios públicos ou outros mecanismos).

Portanto, as estruturas de gestão dos DSEIs terão de ter flexibilidade suficiente para garantir a qualidade e eficiência dos serviços em cada uma destas situações – ou até com a presença de duas ou três modalidades diferentes de prestação de serviços num mesmo DSEI.

### **5. Adequar o financiamento à diversidade dos DSEIs**

O modelo de alocação de recursos da saúde indígena deve tomar como unidade básica de planejamento orçamentário o DSEI, que deve exercer o comando único sobre os recursos destinados à atenção naquele território. Deve-se estabelecer uma fórmula de alocação de

recursos que seja ao mesmo tempo consistente e capaz de contemplar a diversidade das condições nas quais os Distritos estão operando.

A variação da alocação de recursos entre os DSEIs deve se valer da definição de uma tipologia de Distritos, que permita contemplar as variações de custo associadas às diferenças socioculturais (p. ex. necessidade de contratação de antropólogos, linguistas e profissionais afins), à dispersão e acessibilidade da população (p. ex. extensões geográficas de cobertura e necessidade de transporte aérea/fluvia) e às variações regionais nos custos de RH e insumos (diferenças no padrão salarial regional, insalubridade/periculosidade, custo de combustível, alimentos e outros materiais de apoio).

## **6. Fortalecer o DSEI como espaço de Pactuação**

A alocação de responsabilidades e recursos entre os prestadores de serviço do DSEI deve ser objeto de um processo de pactuação coordenado pelo Gestor Distrital, como representante do Governo Federal. Esta pactuação deve ocorrer mesmo quando parte, ou mesmo a totalidade, dos serviços são prestados por servidores federais, pois cada equipe responsável por uma sub-área do DSEI deve ter clareza sobre os recursos dos quais disporá e as metas a serem alcançadas.

Os gestores municipais que não participarem do processo de pactuação do DSEI não devem ter direito a repasses específicos do MS para a atenção básica à saúde indígena. Nestes casos, o Gestor Distrital deve pactuar a alocação de responsabilidades, recursos e metas para a atenção básica à população indígena de determinado território municipal a outros prestadores de serviços, sejam estes outros municípios do DSEI, organizações não governamentais ou equipes próprias.

## **7. Institucionalizar os Acordos para garantir a Gestão por Resultados**

A pactuação das ações do DSEI deve resultar na definição de Acordos de Gestão com os prestadores de serviços, especificando claramente as metas da quantidade e qualidade de serviços a serem prestados, e os recursos a serem disponibilizados.

Esta pactuação deve se aplicar também aos prestadores de serviços de média e alta complexidade (laboratórios, hospitais) via AIH e outros mecanismos de alocação de recursos. As estruturas de assistência social aos pacientes indígenas (CASA) também devem firmar um acordo de gestão com o DSEI (definindo as metas – inclusive de permanência dos pacientes – de acordo com o fluxo previsto de referência e contra-referência).



A pactuação deve ser acompanhada e aprovada pelo CONDISI, antes de ser encaminhada às instâncias de pactuação do SUS (CIB / CIT). O CONDISI também deve receber relatórios regulares sobre o desempenho dos prestadores de serviço, a serem elaborados pela equipe de Monitoramento & Avaliação do DSEI.

#### **8. Fortalecer o Controle Social e os controles técnicos**

A ausência de mecanismos diretos de controle político (indicação de gestor por autoridade eleita localmente pela população usuária) torna imprescindível o fortalecimento do Controle Social e o aprimoramento dos controles técnicos do Subsistema de Saúde Indígena.

O fortalecimento do Controle Social deve ocorrer por meio da dotação de recursos específicos para reuniões, visitas e processos de formação, além do reforço do Fórum de Presidentes de CONDISI como espaço de reflexão e aprendizado mútuo entre conselheiros dos diferentes DSEIs e do fortalecimento de sua articulação com a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI/CNS) com vistas à consolidação do Controle Social em nível nacional.

O aprimoramento dos controles técnicos deve ocorrer por meio da criação no nível nacional de equipes matriciais das diferentes áreas técnicas para acompanharem de perto um grupo definido de DSEIs, monitorando o seu desempenho conforme as metas pactuadas para cada DSEI e contribuindo para o processo de educação permanente dos gestores e técnicos.

#### **9. Seguir uma estratégia de implantação gradativa e aprendizado contínuo**

Os níveis muito divergentes de recursos instalados e da capacidade de gestão dos DSEIs fazem com que seja indicada uma abordagem de implantação gradativa da autonomia distrital. Esta implantação deve seguir a mesma lógica da transferência de responsabilidades aos municípios no SUS: ou seja, um DSEI com nível de “gestão incipiente” receberá um suporte maior do nível central até construir a capacidade para exercer a autonomia nos processos de pactuação, contratação etc.

A complexidade dos desafios enfrentados pelo Subsistema de Saúde Indígena e a heterogeneidade dos DSEIs fazem com que seja indicada uma abordagem de aprendizado contínuo, nos moldes apresentados na Estratégia Geral do presente Plano. O processo de implantação dos novos modelos deve incluir experiências iniciais localizadas, nas quais as inovações poderão ser analisadas, aprimoradas e adaptadas até estarem prontas a serem aplicadas ao conjunto dos DSEIs.

## **10. Assegurar a Continuidade e a Comunicação**

A ameaça para a saúde da população indígena representada pelo risco de descontinuidade das ações indica a necessidade de um grande esforço para se garantir a manutenção da cobertura durante o processo de transição para os novos modelos.

Qualquer processo de mudança tende a gerar insatisfação e insegurança entre alguns dos atores envolvidos. Para minimizar o impacto destes fatores sobre o desempenho do Subsistema, e para construir a confiança no processo, deve-se manter um diálogo permanente com representantes das diferentes instituições envolvidas, dos trabalhadores e dos usuários, através das instâncias interinstitucionais e de controle social.

Também deve-se investir fortemente na comunicação social para garantir que as informações sobre eventuais mudanças sejam transmitidas com rapidez e clareza a todos os interessados, e ao público em geral.

### **3. Objetivos, Metas e Indicadores para Implementação dos Modelos**

As tabelas a seguir apresentam os Objetivos, Metas e Indicadores para Implementação dos Modelos em três horizontes temporais:

- Curto Prazo – 2009 a 2010
- Médio Prazo – 2011 a 2014
- Longo Prazo – 2015 a 2019

Vale salientar que as Metas apresentadas são essencialmente de processo (medindo a implementação dos Modelos), e não de resultado (medindo os impactos no fortalecimento do Subsistema e na melhoria dos indicadores da saúde indígena). Entendemos que as Metas de Resultados devem ser objeto de um processo amplo de pactuação com os atores chave do Subsistema, considerado o “baseline” (marco zero) de cada DSEI, e incorporados aos Planos Distritais que serão elaborados em 2010 para o período de 2011 a 2014. Recomenda-se ainda a elaboração de um Plano Nacional de Saúde Indígena para o mesmo período, com indicação de ações a serem incorporados no PPA 2012-2015.

<b>Curto Prazo: 2009 a 2010</b>		
<i>Estratégia Geral de Implementação</i>		
<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicadores</b>
<p>Pactuar os objetivos, definir quem coordenará o processo de implementação e garantir o apoio dos atores chave.</p>	<p>Definir a institucionalidade da Organização Responsável pela Saúde Indígena (ORSI) até março de 2010</p>	<p>Conclusão do trabalho do GT da Saúde Indígena (Portarias 3034 e 3035/GM de 2008) com definição da institucionalidade da ORSI</p>
	<p>Estabelecer Câmara Técnica de Saúde Indígena (CTSI) na CIT até março de 2010</p>	<p>Criação de CTSI</p>
	<p>Pactuar uma agenda da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI/CNS) com a CTSI até junho de 2010</p>	<p>Realização de reuniões conjuntas CISI-CTSI</p>
	<p>Realizar Seminário Nacional com ampla participação de gestores nacionais, chefias distritais, coordenadores técnicos de DSEI, Presidentes de CONDISI e outros representantes indígenas para apresentação do processo de implementação e pactuação de novas metas da Saúde Indígena até junho de 2010</p>	<p>Realização do Seminário Nacional</p>
<p>Documentar a realidade atual, identificar o que já está funcionando bem e analisar as causas dos problemas encontrados.</p>	<p>Fazer edição do Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena em formato de livro e distribuir cópias para todos os DSEIs até março de 2010</p>	<p>Nº de DSEIs recebendo cópias</p>
	<p>Realizar Diagnósticos Distritais (equipes e conselheiros locais com apoio metodológico das equipes matriciais do nível central) até setembro de 2010 como etapa preparatória para a elaboração dos Planos Distritais 2011-2014, debatendo e problematizando a realidade local e utilizando o Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena para examinar o grau de correspondência com a realidade geral</p>	<p>Nº de DSEIs com Diagnóstico Distrital realizado</p>
	<p>Atualizar o Diagnóstico com dados dos Diagnósticos Distritais até setembro de 2010 para estabelecer o “baseline” (marco zero) para o monitoramento e avaliação da implementação dos Planos Distritais e do Plano Nacional de Saúde Indígena 2011-2014</p>	<p>Publicação do Diagnóstico atualizado com dados de “baseline”</p>
<p>Definir os papéis, as responsabilidades e os incentivos.</p>	<p>Construir a tipologia dos DSEIs e atribuir valores das diferentes rubricas do OGU/MS a cada DSEI, segundo a tipologia com critério de equidade, até junho de 2010 para servirem de base para o planejamento Distrital</p>	<p>Elaboração da tipologia e alocação de recursos</p>

	Garantir a autonomia nível I (básica) para todos os DSEIs e estabelecer os critérios para progressão aos níveis 2 (intermediária) e 3 (plena) até junho de 2010	Publicação de Manual Operacional Básico com critérios de progressão
	Elaborar a Descrição de Função do Gestor Distrital até junho de 2010 para permitir acompanhamento de desempenho	Publicação da Descrição de Função do Gestor Distrital
	Definir Plano de Carreira da Saúde Indígena, com indicadores de avaliação de desempenho, critérios de progressão e escala de gratificações, até março de 2010	Publicação do Plano de Carreira da Saúde Indígena
	Constituir Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Profissional da Saúde Indígena com manual de operação detalhando os critérios e mecanismos de acesso até junho de 2010	Publicação do manual de operação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Profissional da Saúde Indígena
	Pactuar Metas de Desempenho de todos os DSEIs (a partir dos Planos Distritais) e do nível nacional (através do Plano Nacional de Saúde Indígena) até setembro de 2010	Publicação das Metas de Desempenho dos DSEIs e do Plano Nacional de Saúde Indígena
Usar a informação e a comunicação para conquistar apoio nos níveis nacional e local.	Produzir e disseminar versões dos Modelos em linguagens/formatos acessíveis para usuários e gestores como textos para discussão até março de 2010	Publicação dos textos para discussão
	Criar Boletim da Saúde Indígena com periodicidade trimestral, noticiando avanços conquistados e promovendo debates sobre dificuldades encontradas e soluções propostas, até junho de 2010	Publicação do Boletim
	Estabelecer uma agenda de reuniões da ANSI com gestores nacionais do SUS (via CIT) e dos Gestores Distritais com os gestores estaduais e municipais (via CIBs) até junho de 2010	Nº de reuniões realizadas no nível nacional Nº de DSEIs que cumpriram a agenda de reuniões com as CIBs de sua área de atuação
Estabelecer um grupo de especialistas gestores e apoiadores, identificar as boas práticas existentes nos níveis nacional e internacional e criar mecanismos de aprendizado a partir destas experiências para os gestores.	Compor equipes matriciais de apoio aos DSEI no nível nacional da ORSI até março de 2010	Constituição das equipes e definição dos DSEIs que cada equipe acompanhará
	Garantir pelo menos uma visita de cada equipe matricial a cada DSEI de sua área de atuação, com programação voltada à educação permanente e à preparação dos Planos Distritais até setembro de 2010	Nº de DSEIs que receberam visita
	Constituir grupo de assessores externos (nacionais e internacionais) para apoiar o desenvolvimento de estratégias, instrumentos e normas técnicas para as equipes matriciais até março de 2010	Constituição do Grupo Técnico de Assessoria da Saúde Indígena

	Identificar experiências bem-sucedidas nos DSEIs e definir agenda de intercâmbio inter-distritos até setembro de 2010	Nº de experiências bem-sucedidas documentadas pelas equipes matriciais Definição da agenda de intercâmbios
Fortalecer a capacidade local e estimular a inovação	Proporcionar apoio às novas iniciativas em desenvolvimento nos DSEI, constituindo fundo com remanejamento de rubricas do OGU/MS e/ou financiamento específico (VIGISUS/outras fontes externas) e definindo e divulgando os critérios de acesso até junho de 2010	Constituição de fundo e publicação de manual de operação
	Criar website para divulgação do fundo e registro das experiências novas, com espaço para debate e trocas de informação horizontais	Criação de site Nº de experiências registradas e consultas realizadas
Estabelecer sistemas adequados de gestão	Adotar a sistemática da atribuição gradativa de níveis de autonomia (à semelhança das NOBs 01/93 e 01/96 do SUS) com definição de normas e critérios de progressão até junho de 2010	Publicação de Manual Operacional Básico com normas e critérios de progressão
	Realizar avaliação e classificação do nível de autonomia de todos os DSEIs e estratégias e metas para progressão até setembro de 2010	Publicação da classificação inicial dos DSEIs Incorporação das estratégias e metas de progressão nos Planos Distritais e no Plano Nacional de Saúde Indígena
Criar oportunidades para a sistematização e disseminação das lições aprendidas	Definir Programa de Pesquisa Operacional na Saúde Indígena (documentação de processos e avaliação de resultados) até junho de 2010 (articulação com CNPq e DECIT/MS)	Publicação do Programa Lançamento de editais
	Estimular publicação e/ou apresentação de experiências do Subsistema em fóruns nacionais e internacionais	Nº de trabalhos publicados e/ou apresentados

**Estratégias Específicas de Implementação dos Modelos**

<b>Curto Prazo: 2009 a 2010</b>		
<i>Implementação do Modelo de Atenção</i>		
<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicadores</b>
Implantar processo de educação permanente para adoção da vigilância da saúde como modelo de atenção.	Definir metodologia de planejamento de consolidação dos Planos Distritais de Saúde	Manual de planejamento
	20 técnicos de nível central capacitados	Nº técnicos capacitados
	6 Distritos com planos elaborados segundo as orientações.	Nº distritos
	Equipes distritais capacitadas para implementação (90 técnicos do núcleo básico e 24 técnicos do núcleo de apoio).	Nº técnicos do núcleo básico capacitados Nº técnicos do núcleo de apoio capacitados
	90 Conselheiros indígenas utilizando o processo de planejamento e o plano distrital como ferramenta para o controle social.	Nº conselheiros indígenas
Adotar o modelo de vigilância da saúde como modelo de atenção à saúde indígena.	Redefinir a territorialização de 6 distritos considerando as especificidades culturais, situação epidemiológica, acesso e redes de serviços regionais.	Nº distritos
	Realizar planejamento em nível de comunidades em 6 Distritos.	Nº distritos
	Realizar curso de formação de agentes indígenas de saúde de forma planejada e sistemática em 6 Distritos.	Nº distritos
	Disponibilizar meios de comunicação e transporte adequado aos agentes indígenas de saúde em 6 Distritos.	Nº distritos
	Adequar infraestrutura para o funcionamento dos estabelecimentos de saúde em Terras Indígenas em 6 Distritos.	Nº distritos

<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicadores</b>
Promover a adequação ética e cultural das práticas sanitárias e a articulação com as medicinas tradicionais indígenas.	Definir conteúdo e metodologia de capacitação antropológica para profissionais de saúde.	Manual e coletânea de textos para capacitação
	Incluir antropólogos na equipe distrital de saúde em 6 Distritos.	Nº distritos
	Incluir especialistas indígenas no processo de planejamento e educação permanente (como instrutores) em 6 Distritos.	Nº distritos
Direcionar as ações de educação em saúde no sentido de promover o envolvimento das pessoas nas decisões relacionadas à sua própria saúde e naquelas relacionadas aos grupos sociais a que pertencem.	Capacitar 114 profissionais de saúde para educação em saúde na lógica da vigilância da saúde.	Nº profissionais
	Incluir ações de educação em saúde nos Planos Distritais em 6 Distritos.	Nº distritos
Promover a utilização da metodologia epidemiológica para o monitoramento do quadro sanitário da população indígena e subsídio para orientação das ações.	Capacitar 114 profissionais de saúde para utilização da metodologia epidemiológica.	Nº profissionais
	Incluir a variável etnia nos sistemas de notificação de doenças e agravos.	Doenças e agravos com a variável etnia incluída na ficha de notificação.
	Implantar rotinas de alimentação dos sistemas nacionais de informação e de análise de dados em 6 Distritos.	Nº distritos
	Criar e implantar módulo de doenças de notificação compulsória no SIASI	Módulo implantado
Organizar a oferta de serviço por meio da implantação de ações programáticas segundo as necessidades de saúde da população e perfil epidemiológico das áreas distritais.	Realizar levantamento de necessidade de capacitação e prováveis parcerias locais para seu suprimento em 6 Distritos.	Nº distritos
	Realizar articulação interinstitucional para garantia de disponibilidade de insumos e retaguarda especializada em 6 Distritos.	Nº distritos
Adotar o “ciclo da assistência farmacêutica” como modelo organizacional, conforme diretrizes da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.	Incluir a gestão da assistência farmacêutica e o uso racional de medicamentos como temas do processo de educação permanente em 6 Distritos.*	Nº distritos
	Adotar relações de medicamentos essenciais, conforme critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos em 6 Distritos.	Nº distritos



<b>Implementação do Modelo de Gestão</b>		
<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicadores</b>
Assegurar a Autonomia com Responsabilidade Sanitária	Realizar reunião de chefias de Distrito para definir a aplicação do orçamento de 2010 em prol do processo de Autonomia na perspectiva da equidade com presença de 100% dos chefes de DSEI. Retorno aos chefes de DSEI sobre novos modelos propostos (resultados da consultoria – versões resumidas).	% dos chefes de DSEI presentes Conteúdo da reunião
	Elaborar e aprovar proposta orçamentária para 2011 incluindo DSEI como Unidade Ordenadora de Despesa – UOD	Orçamento da ORSI aprovado com inclusão dos DSEI com unidades ordenadoras de despesas UOD
	Preparar dispositivos legais para implementação de uma cultura de desempenho via Acordo de Gestão entre a Autoridade Nacional e a Autoridade Distrital até meados de 2010	Acordo de Gestão entre a Autoridade Nacional e a Autoridade Distrital
	Capacitação e treinamento das equipes distritais por meio das equipes matriciais visando instalação oficial da Autonomia dos DSEI; todos os DSEI com Autonomia Básica (25), Intermediária (6) ou Plena (3) em 2010	Nº de DSEI com Autonomia Básica (25), Intermediária (6) ou Plena (3) em 2010
Fortalecer instâncias de deliberação e decisão	Montar arquivo e atualizar levantamento de Conselhos Locais e Distritais, cadastrando todos os conselhos existentes (e todos os membros)	Conselhos existentes (e membros) cadastrados
Adequar o quadro de recursos humanos do Subsistema	Montar curso de uma semana com 44 horas para 5 grupos de 10 a 12 membros, contemplando todas as Chefias de Distritos e técnicos da ORSI, com base na proposta de Modelos para a Saúde Indígena	Preparação e realização de curso
	Cumprimento do Termo de Ajuste do MPO e MS com MPF; contratação de Recursos Humanos para acolhimento aos novos servidores nas unidades de lotação com bases legais, plano distrital e respectivas ações.	Nº novos servidores contratados e lotados nos DSEI conforme bases legais, plano distrital e respectivas ações.
	Resgate da portaria que institui GT para elaboração de proposta de política de RH para saúde indígena. Republicar a portaria, convocar, discutir e elaborar o respectivo documento até março de 2010	Apresentação do objeto da portaria.
	Atualizar dados da situação de cursos de Formação de AIS com número de agentes indígenas de saúde matriculados, em formação e formados, grau de	Base de dados atualizados e consolidados.

	escolaridade e módulos realizados; coletar informações entre as instâncias centrais e os distritos sanitários.	
	Solicitar aos DSEI informação sobre a relação com escolas técnicas, identificando necessidades e potencialidades, com vistas ao estabelecimento de convênio no âmbito da formação de AIS; restabelecer o diálogo com escolas técnicas do SUS, ou outras instituições competentes, na perspectiva de estabelecer convênio para acompanhamento e certificação dos AIS.	Nº de DSEI com quadro demonstrativo dos processos de estabelecimento de convênios com escolas técnicas.
	Levantamento de dados sobre a qualificação dos técnicos de nível médio ou intermediário e situação contratual até março de 2010, com vistas à inserção destes profissionais no processo de educação permanente a partir de junho de 2010; identificar informações profissionais de interesse gerencial de gestão.	Desenvolvimento de questionário aplicável aos técnicos por meio das instituições contratadoras.
	Levantamento de dados sobre a qualificação dos técnicos de Nível Superior e situação contratual. Desenvolver questionário a ser respondido pelos próprios profissionais tendo em vista sua atualização cadastral; abrir endereço eletrônico para a finalidade de cadastro dos profissionais incluindo dados sobre graduação e pós-graduação.	Desenvolvimento de questionário a ser respondido pelos próprios profissionais.
Aprimorar os processos de Planejamento, Pactuação e Avaliação	Discussão, identificação, descrição e elaboração de documento sobre indicadores para a Gestão do SSI Definir três indicadores com vistas ao acompanhamento da Gestão da Saúde Indígena a partir da análise dos planos distritais e seu processo de elaboração (estrutura, processo e resultado)	Definição de indicadores
	Revisar a Portaria 2656 tendo em vista as negociações descentralizadas por meio da autonomia dos DSEI	Revisão da portaria
	Manual Operacional Básico MOB 2010 – a partir da experiência de análise dos planos distritais e do processo de planejamento, incorporando os modelos propostos; concepção, redação, discussão e pactuação do documento MOB 2010 até junho de 2010	Concepção, redação, discussão e pactuação do documento

<i>Implementação do Modelo de Financiamento</i>		
<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicadores</b>
Centralização dos repasses em um mesmo órgão	Viabilizar politicamente a aglutinação de recursos através de debate e definição política a nível nacional/interinstitucional (reuniões CONDISI, Conselhos Distritais, Reuniões GT de transição, FUNASA, MS e CNS).	Nº de reuniões com atores-chave
Autonomia da gestão dos recursos em 34 unidades gestoras	Criação de categorização/classificação de DSEIs e capacitação das áreas de administração e orçamento	Classificação de DSEIs segundo critérios epidemiológicos, de gestão, de acesso e de infraestrutura.
Adoção da Fórmula	Preparação para adoção da Fórmula  Montagem de estrutura central dotada de capacidade de avaliação e capacitada a prestar assistência aos DSEIs	Debates acerca dos fatores da fórmula;  Propostas de detalhamento/revisão;  Coleta de informações acerca dos fatores da Fórmula  Valores a serem repassados por DSEI  Nº DSEIs capacitados
Implementação de Sistema para Apropriação de Custos	Estabelecimento de metodologia e escolha de experiência-piloto	Nº de visitas in loco em unidades de saúde. Nomeação de DSEIs-piloto;  Elaboração de metodologia para apropriação de custos.  Criação do Sistema de Apropriação de custos.
Compras de serviços e formas de pagamento	Conhecimento do custo/benefício relacionado com as modalidades de compra	Planilhas de custos incorridos com a compra centralizada vs descentralizada de insumos, incluindo distribuição e dispensação;  Relação dos benefícios de cada modalidade;  Cômputo de desperdícios de insumos (prazo de validade vencido, prescrição inadequada).
Pactuação de investimentos	Elaboração de metodologia, de critérios e de instrumento para a pactuação de investimentos	Modelo de Plano de Investimento

<p>Prestação de contas</p>	<p>Desenvolvimento de metodologia para prestação de contas nas Rodadas de Ajuste</p>	<p>Relação de critérios aceitos na prestação de contas; Definição de prioridades a serem atendidas. Critérios para acesso ao Fundo de Ajuste.</p>
<p>Fortalecimento dos DSEIs como fundos financeiros e orçamentários</p>	<p>Capacitação de gestores Distritais para assumir gestão financeira</p>	<p>Nº de cursos para capacitação para ordenar despesas, realizar licitações e contratos. Incremento do nº e da qualificação do quadro de pessoal dos DSEIs</p>
<p>Contratação de procedimentos de média e alta complexidade pelos DSEIs</p>	<p>Capacitar os DSEIS para assumir o planejamento e a contratação de procedimentos de média e alta complexidade.</p>	<p>Nº de gestores de DSEIs capacitados para incluir a contratação de procedimentos nos Planos Distritais e para negociar a inclusão nos Planos Municipais e Estaduais junto às CIBs;</p>

<i>Implementação do Modelo de Organização</i>		
<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicadores</b>
Concentrar a Autoridade	<p>Definir territórios e mapeá-los</p> <p>Definir sede de subdistrito, mapeando áreas sob sua responsabilidade</p> <p>Definir número e localização dos pólos sob responsabilidade de um distrito</p>	<p>Número de distritos com equipamentos do subsistema e do SUS mapeados</p> <p>Georeferenciamento dos equipamentos</p>
Simplificar a Estrutura	Definir 6 DSEIs pilotos onde equipes pequenas e integradas passam a ser responsáveis pelo conjunto de atividades técnicas e administrativas do distrito	Escolha de DSEIs para implementação de pilotos
Organizar Equipes para Gestão	<p>Definir 6 grupos de DSEIs que serão acompanhados por equipes matriciais nacionais</p> <p>Definir grupos de subdistritos que serão acompanhados por equipes distritais</p> <p>Organizar equipes matriciais no plano federal</p>	<p>Identificação de grupos de DSEIs</p> <p>Mapa com polígonos atendidos pelos postos e pólos base</p> <p>Taxas de capacidade instalada por aldeia e por 100 hab.</p>
Desenvolver Autonomia	Estabelecer uma classificação que permita identificar o grau de autonomia compatível com os recursos disponíveis no DSEI	Elaboração de tipologia e classificação de Distritos
Interface com o SUS	Padronização de formulários	Formulários para referência e contra-referência
Desenvolver Governança	<p>Exercícios de pactuação de acordos de gestão</p> <p>Levantamento dos custos associados ao Controle Social</p> <p>Criar Câmara Técnica Nacional</p>	<p>Reuniões entre gestores, prestadores e usuários nas áreas distritais e nos conselhos locais</p> <p>Definição de parâmetros para financiamento do controle social</p> <p>Portaria criando Câmara Técnica de Saúde Indígena</p>

<i>Implementação do Modelo de Monitoramento &amp; Avaliação</i>		
<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicadores</b>
Implementar o sistema de M&A de saúde indígena	<p>Implementar o subsistema de monitoramento.</p> <p>Implementar o subsistema de avaliação.</p>	<p>Publicação de portaria instituindo o sistema de M&amp;A</p> <p>Aprovação dos regimentos internos das unidades responsáveis pelos subsistemas de monitoramento e de avaliação</p> <p>Definição do orçamento específico para o Sistema de M&amp;A e inclusão de dotação orçamentária específica para 2011</p>
Atuar de forma sinérgica com demais órgãos do Governo Federal	<p>Considerar as metodologias, ferramentas tecnológicas, e políticas de fomento ao estudo da saúde dos povos indígenas na implementação do Modelo de M&amp;A;</p> <p>Envolver os agentes desenvolvedores das experiências já consolidadas na definição e revisão do novo modelo. Técnicos da COMOA/Funasa, DECIT, DATASUS, representantes dos DESEIs, agentes de saúde, e lideranças indígenas;</p> <p>Considerar iniciativas de produção de dados e informações referentes aos determinantes sociais da saúde, que são produzidos pelas seguintes instituições: FUNAI, IBGE, INEP e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.</p>	<p>Publicação do “Inventário de Fontes de Dados sobre Saúde Indígena no Brasil”</p> <p>Publicação de portaria instituindo o Comitê de Gestão da Informação do Subsistema de Saúde Indígena, e realização da primeira reunião deste;</p> <p>Realização da 1º Encontro de Usuários de Dados e Informações sobre Saúde Indígena</p> <p>Formalização de grupo de trabalho permanente DECIT/Unidade de Avaliação da FUNASA para definição de estudos de avaliação da Saúde Indígena</p> <p>Publicação de portaria instituindo unidade específica de avaliação de política, programas e ações de saúde indígena da FUNASA</p>
Instituir política de formação e capacitação vinculada ao processo de educação permanente para adoção da vigilância da saúde como modelo de atenção	<p>Estruturar cursos em três níveis de complexidade dos conteúdos (operacional, melhores práticas e fundamentos), utilizando abordagens diversas: no interior de encontros nacionais, cursos à distância, cursos de pós-graduação lato sensu.</p> <p>1 distrito capacitado para o planejamento distrital, incorporando os indicadores de monitoramento na sua rotina de planejamento; 4 técnicos do nível central, 15 técnicos de núcleos básicos, 4 técnicos de núcleos de apoio e 15 conselheiros indígenas capacitados em M&amp;A.</p>	<p>Nº distritos capacitados para o planejamento distrital, incorporando os indicadores de monitoramento na sua rotina de planejamento</p> <p>Nº técnicos do nível central de núcleos básicos e de núcleos de apoio e nº de conselheiros indígenas capacitados em M&amp;A</p>

	<p>Disseminar as melhores práticas de M&amp;A</p> <p>Produzir e distribuir material didático sobre métodos de M&amp;A, explorando conteúdos de menor complexidade</p>	<p>Publicação de Manual de Planejamento contendo seção sobre M&amp;A</p>
--	---	--

<b>Médio Prazo: 2011 a 2014</b>		
<i>Implementação do Modelo de Atenção</i>		
<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicadores</b>
Implantar processo de educação permanente para adoção da vigilância da saúde como modelo de atenção.	Estender o processo de educação permanente para todos os DSEIs; 500 técnicos do núcleo básico e 140 técnicos do núcleo de apoio capacitadas para implementação	Manual de Planejamento em pleno uso em todos os Distritos  Nº técnicos do núcleo básico e Nº técnicos do núcleo de apoio capacitadas para implementação
Adotar o modelo de vigilância da saúde como modelo de atenção à saúde indígena.	Estender o processo para todos os Distritos.	Número de distritos.
Promover a adequação ética e cultural das práticas sanitárias e a articulação com as medicinas tradicionais indígenas.	Estender o processo para todos os Distritos.	Número de distritos.
Direcionar as ações de educação em saúde no sentido de promover o envolvimento das pessoas nas decisões relacionadas à sua própria saúde e naquelas relacionadas aos grupos sociais a que pertencem.	Estender o processo para todos os Distritos.	Número de distritos.
Promover a utilização da metodologia epidemiológica para o monitoramento do quadro sanitário da população indígena e subsídio para orientação das ações.	Estender o processo para todos os Distritos.	Número de distritos.
Organizar a oferta de serviço por meio da implantação de ações programáticas segundo as necessidades de saúde da população e perfil epidemiológico das áreas distritais.	Estender o processo para todos os Distritos.	Número de distritos.
Adotar o “ciclo da assistência farmacêutica” como modelo organizacional, conforme diretrizes da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.	Estender o processo para todos os Distritos.	Número de distritos.

<b>Implementação do Modelo de Gestão</b>		
<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicadores</b>
Assegurar a Autonomia com Responsabilidade Sanitária	Recuperação, manutenção e renovação da infraestrutura, dos equipamentos de comunicação e de saúde e da frota terrestre e fluvial dos DSEI iniciada em 2010 (continuação)	% DSEIs c/infraestruturas recuperada
	Todos os DSEI com Autonomia Básica (16), Intermediária (10) ou Plena (8) em 2015	Nº de DSEIs com os diferentes níveis de Autonomia
	Participação dos DSEI nas Comissões Bipartites e do SSI na Comissão Tripartite	% de DSEIs participando regularmente
Adequar o quadro de recursos humanos do Subsistema	Programa de Capacitação e Desenvolvimento Multimídia em Gestão: identificar recursos multimídia e conteúdo apropriados; definição de conhecimentos e habilidades fundamentais para a Gestão por meio de pesquisa com os atuais chefes; inscrição e seleção de 100 profissionais para a primeira turma (outras turmas poderão ser criadas).	Nº de profissionais formados
	Formação e Capacitação de todos os Agentes Indígenas de Saúde até 2014	% AIS com todos os módulos completos e certificados
	Especialização em Saúde Indígena para Nível Superior e Nível Médio – 50% dos profissionais e técnicos até 2014	% dos profissionais e técnicos com Especialização
Aprimorar os processos de Planejamento, Pactuação e Avaliação	Inserir necessidades de investimento e de custeio no Plano Anual 2011 e Plano Plurianual Saúde Indígena PPA 2012/2015	% dos DSEIs com todas as necessidades inseridas no PPA



<i>Implementação do Modelo de Financiamento</i>		
<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicadores</b>
Centralização dos repasses em um mesmo órgão	Reunião dos recursos para a saúde indígena em um mesmo órgão	Totalidade de recursos para a saúde indígena em um órgão
Autonomia da gestão dos recursos em 34 unidades gestoras	“Comando único” sobre a gestão da totalidade dos recursos nos DSEIs	Ação e serviços de saúde indígena geridos integralmente pelos DSEIs
Adoção da Fórmula	Alocação de recursos para os DSEIs em conformidade com a Fórmula e realização das Rodadas de Ajuste semestrais, ao longo de três anos  Realocação de recursos de acordo com as decisões advindas das rodadas	Valores repassados aos DSEIs com base nos fatores estabelecidos pela fórmula.  Realização de Rodadas de Ajuste  Realocação de recursos
Fortalecimento dos DSEIs como fundos financeiros e orçamentários	Estabelecimento de alternativas transitórias de fundos financeiros e criação do Fundo Distrital de Saúde Indígena	Em um primeiro momento, Centralização de recursos em conta vinculada aos DSEIs, mantidas junto ao FNS OU  Centralização em consórcios públicos  No médio prazo, criação do Fundo Distrital de Saúde Indígena
Implementação de Sistema para Apropriação de Custos	Implementação de sistema de custos em DSEIs-piloto e extensão para os demais DSEIs.	Sistema implementado e alimentado nos DSEIs- piloto.  Sistema implementado e alimentado na totalidade dos DSEIs.  Nº de relatórios de análise de custos  Proposta de realocação de recursos baseado nos resultados apontados pelo Sistema.  Realocação de recursos baseada em custos.

Pactuação de Investimentos	Definição de investimentos anuais pelos DSEIs com base em Planos de Investimento.	Planos avaliados Investimentos pactuados
Pactuação de Planos de Necessidade de Financiamento	Consolidação das Necessidades de Financiamento	Planos avaliados Montagem de consolidação dos Planos
Compras de serviços e formas de pagamento	Delineamento das rotinas de execução de compras e definição da repartição de responsabilidades entre esfera federal e DSEIs.	Manuais de aquisições publicados Rotinas de execução publicadas
Prestação de contas	Utilização de um manual de prestação de contas unificado	Publicação da manual de prestação de compras
Realização das Rodadas de Ajuste	Composição de grupo técnico de acompanhamento	Rodadas de ajuste realizadas com sucesso

<i>Implementação do Modelo de Organização</i>		
<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicadores</b>
Concentrar a 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
Simplificar a Estrutura	Ampliar a experiência dos DSEI pilotos para a totalidade dos DSEI	Planos indicativos das atividades que em cada distrito podem ser repassadas para 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	Definição de perfil do gestor distrital  Número de reuniões com gestores municipais e estaduais  Definição de perfil do gestor do subdistrito  Lista das equipes dos subdistritos disponível no Distrito
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
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
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	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

<b>Implementação do Modelo de Monitoramento &amp; Avaliação</b>		
<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicadores</b>
Garantir a comunicação entre todas as bases de dados e sistemas informacionais de interesse do subsistema de monitoramento.	<p>Garantir o registro das variáveis abaixo em todas as bases de dados relacionadas ao subsistema de monitoramento:</p> <p>a) Individualização do usuário do subsistema de saúde indígena quanto a sua condição de ser índio pertencente a um determinado povo.</p> <p>b) A identificação espacial do lugar em que reside o usuário.</p>	Presença das variáveis: etnia, aldeia, DSEI e pólo-base, nos sistemas padrão do DATASUS (SIM, SINASC, SISVAN, etc).
Aumentar a qualidade e usabilidade das ferramentas básicas para a construção do subsistema de monitoramento.	<p>Garantir a conexão à Internet em todos os pontos de alimentação do SIASI</p> <p>Especializar o SIASI em indicadores de políticas, programas e ações de saúde indígena.</p> <p>Revisão do SIASI para que alcance os requisitos tecnológicos já alcançados pelos sistemas de informação de saúde mais antigos (SIM, SINASC, SISVAN, etc.).</p>	<p>% de pontos de alimentação do SIASI com conexão a Internet disponível</p> <p>Implementação de sistema estratificado de informações, definindo atribuições da FUNASA e dos demais órgãos do MS, e da FUNAI, quanto ao provimento dos dados</p> <p>Certificação do SIASI por instituição competente quanto à qualidade do sistema</p>
Construir indicadores de monitoramento a partir do desenvolvimento de rotinas de elaboração e revisão periódica dos indicadores.	<p>Listar os objetivos dos programas.</p> <p>Levantar junto aos gestores dos programas e participantes do controle social as principais necessidades e problemas de cada programa.</p> <p>Definir quais os efeitos relevantes esperados.</p> <p>Definir rotinas para debate dos resultados e divulgação dos mesmos.</p> <p>Vincular a variação nos indicadores definidos a incentivos positivos e negativos para os operadores dos programas e ações de saúde indígena.</p>	<p>Publicação da brochura “Indicadores de Monitoramento da Saúde Indígena”</p> <p>Publicação de portaria contendo os indicadores de monitoramento que serão utilizados na alocação de recursos em 2011</p> <p>Reunião com gestores do Subsistema de Saúde Indígena para apresentação dos indicadores</p>
Desenvolver e implementar política de disseminação de resultados	<p>Utilizar várias mídias para disseminação dos resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Revista técnica voltada aos achados das avaliações</li> </ul>	<p>Publicação de Revista em 2011</p> <p>Publicação do Relatório Anual da Saúde Indígena 2011</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Newsletters voltados aos estudos descritivos</li> <li>• Relatório estatístico anual voltado à apresentação das estatísticas oficiais da saúde indígena</li> <li>• Boletins eletrônicos voltados à divulgação de oportunidades de formação e capacitação, usos de ferramentas e métodos, melhores práticas</li> </ul> <p>Produzir materiais (newsletters e seções do boletim eletrônico) nas línguas dos grupos étnicos mais numerosos, permitindo maior aproximação dos falantes dessas línguas com o tema e permitindo o desenvolvimento dessas línguas</p> <p>Aumentar o relacionamento com a comunidade acadêmica através do apoio e participação em eventos científicos e da permissão do uso de dados e informações do subsistema para a realização de trabalhos acadêmicos</p>	<p>Lançamento do boletim eletrônico de Saúde Indígena</p> <p>Lançamento da newsletter sobre saúde indígena</p> <p>Participação, a partir de 2011, dos eventos científicos promovidos pela ABEP, ANPOCS e ABRASCO, apresentando trabalhos científicos, distribuindo publicações específicas, e como apoiadora do evento</p>
--	---	--

<b>Longo Prazo: 2015 a 2019</b>		
<i>Implementação do Modelo de Atenção</i>		
Implantar processo de educação permanente para adoção da vigilância da saúde como modelo de atenção.	Modelo plenamente implementado e aperfeiçoado em todos os DSEIs	Nº DSEIs com Modelo plenamente implementado e aperfeiçoado
Adotar o modelo de vigilância da saúde como modelo de atenção à saúde indígena.	Modelo plenamente implementado e aperfeiçoado em todos os DSEIs	Nº DSEIs com Modelo plenamente implementado e aperfeiçoado
Promover a adequação ética e cultural das práticas sanitárias e a articulação com as medicinas tradicionais indígenas.	Modelo plenamente implementado e aperfeiçoado em todos os DSEIs	Nº DSEIs com Modelo plenamente implementado e aperfeiçoado
Direcionar as ações de educação em saúde no sentido de promover o envolvimento das pessoas nas decisões relacionadas à sua própria saúde e naquelas relacionadas aos grupos sociais a que pertencem.	Modelo plenamente implementado e aperfeiçoado em todos os DSEIs	Nº DSEIs com Modelo plenamente implementado e aperfeiçoado
Promover a utilização da metodologia epidemiológica para o monitoramento do quadro sanitário da população indígena e subsídio para orientação das ações.	Modelo plenamente implementado e aperfeiçoado em todos os DSEIs	Nº DSEIs com Modelo plenamente implementado e aperfeiçoado
Organizar a oferta de serviço por meio da implantação de ações programáticas segundo as necessidades de saúde da população e perfil epidemiológico das áreas distritais.	Modelo plenamente implementado e aperfeiçoado em todos os DSEIs	Nº DSEIs com Modelo plenamente implementado e aperfeiçoado
Adotar o “ciclo da assistência farmacêutica” como modelo organizacional, conforme diretrizes da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.	Modelo plenamente implementado e aperfeiçoado em todos os DSEIs	Nº DSEIs com Modelo plenamente implementado e aperfeiçoado

<i>Implementação do Modelo de Gestão</i>		
<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicadores</b>
Assegurar a Autonomia com Responsabilidade Sanitária	Recuperação, manutenção e renovação da infra-estrutura, dos equipamentos de comunicação e de saúde e da frota terrestre e fluvial dos DSEI (cont.)	% dos DSEIs com infra-estrutura, equipamentos de comunicação e de saúde e frota terrestre e fluvial recuperada/mantida/renovada
	Desenvolvimento da Autonomia dos DSEI – 80% dos DSEIs com Autonomia Plena	% dos DSEIs com Autonomia Plena
Fortalecer as Instâncias de Deliberação e Decisão	Participação dos DSEI nas Comissões Bipartites e da ORSI na Comissão Tripartite	Nº DSEIs com participação regular nas CIBs Nº de reuniões da CIT com participação da ORSI
	Desenvolvimento dos colegiados de Gestão da Saúde Indígena – predominância das decisões colegiados sobre decisões discricionárias da ANSI	% decisões tomadas no colegiado em relação ao conjunto das deliberações
Adequar o quadro de recursos humanos do Subsistema	Programa de Capacitação e Desenvolvimento Multimídia em Gestão da Saúde Indígena - 80% dos gestores com curso completo	% dos gestores com curso completo
	Formação e Capacitação de 100% dos Agentes Indígenas de Saúde	% dos AIS com todos os módulos completos e certificados
	Especialização em Saúde Indígena para 80% dos profissionais e técnicos de Nível Superior e Nível Médio	% dos profissionais e técnicos com Especialização
Aprimorar os processos de Planejamento, Pactuação e Avaliação	100% DSEIs com todas as necessidades inseridas no Plano Plurianual PPA 2016/2020	% dos DSEIs com todas as necessidades inseridas no PPA

<i>Implementação do Modelo de Financiamento</i>		
<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicadores</b>
Centralização dos repasses em um mesmo órgão	Acompanhamento dos fluxos de repasses (contabilização e análise permanente dos fundos transferidos)	Repasses a unidades gestoras Repasses per capita Repasses por ação Outros indicadores relevantes para o controle dos fluxos e a tomada de decisões.
Centralização da gestão dos recursos em 34 unidades gestoras	Assunção integral das compras, licitações, ordenar despesas e realizar contratos	Compras e contratos realizados no âmbito dos DSEIs
Adoção da Fórmula	Fórmula implementada e revisada	Repasso de recursos em conformidade com a fórmula
Implementação de Sistema para Apropriação de Custos	Sistema de custos para a tomada de decisões	Decisões alocativas subsidiadas pela apropriação de custos
Pactuação de Investimentos	Planos de Investimento integrados aos Planos Distritais e Planos Municipais e baseadas em metas sanitárias e custos	Planos de Investimentos incorporados aos Planos Distritais revisados e simplificados Discussões dos Planos de Investimentos nas CIBs.
Pactuação de Planos de Necessidade de Financiamento	Planos de Necessidade de Financiamento utilizados como documentos centrais para discussões sobre gestão do Subsistema e no âmbito do orçamento da saúde e do PPA	Planos de Necessidades de Financiamento consistentes e bem embasados tecnicamente Utilização dos planos na tomada de decisões orçamentárias e de gestão
Compras de serviços e formas de pagamento	Incorporação das experiências exitosas das rotinas e procedimentos de compras	Padronização das rotinas; Adoção das melhores práticas; Economias propiciadas pela repartição de responsabilidades entre esferas federadas e implementação de rotinas.
Prestação de contas	Prestação de contas baseada em metas e resultados	Acompanhamento dos fluxos financeiros e indicadores das condições de saúde
Realização das Rodadas de Ajuste	Sistemática das Rodadas de Ajuste aperfeiçoada	Ajustes baseados em custos, dados epidemiológicos e sócio-culturais



<b>Implementação do Modelo de Organização</b>		
<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicadores</b>
Concentrar a Autoridade	<p>Definir um quadro de responsáveis pelos Distritos com formação universitária e especialização em gestão de saúde indígena</p> <p>Definir um quadro de prestadoras com histórico de desempenho</p>	<p>Número de chefes de Distrito com formação universitária e perfil compatível com aquele definido pelos modelos de gestão e organização na etapa anterior</p> <p>Banco de Dados de domínio público com histórico de desempenho dos prestadores</p>
Simplificar a Estrutura	Comunicação imediata entre chefes de distrito e Autoridade nacional	Número de reuniões entre Autoridade Nacional e Chefes de Distrito
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
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	<p>Indicadores de saúde indígena compatíveis com os indicadores nacionais</p> <p>Rede SUS com capacidade para atender adequadamente as populações indígenas</p>
Desenvolver Governança	<p>Definir parâmetros que permitam planejar de modo mais acurado o financiamento do controle social</p> <p>Documentar a contribuição do controle social para os processos de pactuação, monitoramento e inovação</p>	<p>Valor e regularidade dos recursos disponibilizados para o controle social</p> <p>Publicação semestral com avaliação do subsistema e sistematização das propostas elaboradas pelo controle social</p>

<i>Implementação do Modelo de M&amp;A</i>		
<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicadores</b>
Apoiar-se no sistema de M&A para o aperfeiçoamento da gestão da saúde indígena.	<p>Ampliar a capacidade de formulação estratégica, incluindo: o aprimoramento de sistemas de identificação de populações e áreas vulneráveis, acompanhamento, avaliação e divulgação dos resultados e do desempenho institucional;</p> <p>Melhorar o provimento de informações adequadas à formulação de política de saúde indígena;</p> <p>Favorecer a transparência, controle social, prestação de contas e conduta ética na gestão pública;</p> <p>Aperfeiçoar a alocação de recursos para o alcance dos resultados desejados</p>	<p>Revisão da legislação normativa sobre do Subsistema de saúde Indígena incluindo os indicadores de desempenho</p> <p>Incorporação de indicadores de desempenho na avaliação institucional da FUNASA</p> <p>Sistemas, estudos, metodologias, e bancos de dados disponíveis para qualquer usuário interessado</p> <p>Metodologia de alocação de recursos baseada em desempenho implementada em todo o subsistema e suas interfaces com os municípios</p>

- Ações previstas até 2019 incluem capacitação continuada dos atores via processos de educação permanente, a qual se torna ainda mais relevante em um contexto de alta rotatividade do quadro de trabalhadores da saúde indígena.

#### **4. Ações Prioritárias de Curto Prazo**

Na primeira parte da seção anterior apresentou-se o conjunto de metas prioritárias propostas para a estratégia geral de implementação dos Modelos no período de 2009 e 2010. Nesta seção, apresenta-se um resumo das ações específicas necessárias para se alcançar estas metas. Caso se concretizarem os fatores condicionantes discutidos na Seção 6, a realização destas ações deve permitir que o Subsistema chegue no segundo semestre de 2010 com alguns elementos essenciais para implementação dos Modelos já garantidos. Este horizonte temporal é estratégico em função dos prazos para o começo da elaboração dos Planos Distritais para o quadriênio 2011 a 2014, tendo em vista a recomendação desta Consultoria quanto à elaboração de um Plano Nacional de Saúde Indígena para o mesmo período. São estes dois instrumentos que devem nortear a plena implementação dos Modelos, orientando a mudança das práticas de atenção e gestão nos DSEIs e garantindo os investimentos necessários para se assegurar mudanças positivas e duradouras nos indicadores de saúde dos povos indígenas.

Os elementos chave a serem garantidos são os seguintes:

- Preparação de metodologias e materiais para a implementação da Vigilância da Saúde como Modelo de Atenção nos DSEIs e formação de uma massa crítica de quadros técnicos e de gestão nos níveis distrital e nacional capaz de multiplicar esta abordagem no conjunto dos DSEIs a partir de 2010;
- Preparação de metodologias e materiais para orientarem o fortalecimento da capacidade de Gestão para Autonomia com Responsabilidade Sanitária, com a elaboração do Perfil do Gestor Distrital como recurso base para os processos seletivos e para a implementação de cursos de formação a partir de 2010, e a construção do marco regulatório da Autonomia com manuais detalhando suas normas operacionais básicas e estratégias de implementação com critérios para progressão pelos níveis de autonomia;
- Identificação da capacidade instalada de assistência à saúde dos territórios distritais e municípios adstritos, para orientar a readequação territorial, otimizar a integração com as redes regionalizadas de referência do SUS e identificar prioridades para futuros investimentos em infraestrutura no âmbito do PPA 2012-2015 e de um eventual Projeto VIGISUS III;
- Desenvolvimento de metodologia para definição dos custos envolvidos na operação do subsistema e aplicação das etapas preliminares dessa metodologia, para garantir a racionalização da alocação orçamentária dentro da lógica das “rodadas de ajuste” previstas para a redefinição dos tetos distritais a partir de 2010.

Além destas ações prioritárias, a implementação dos modelos dependerá de uma série de definições políticas e institucionais e da apropriação das propostas pelos atores chave (sejam estes

usuários, técnicos ou gestores do Subsistema e do SUS) e pelo público em geral. Isto exigirá a implementação de uma estratégia de comunicação e articulação, apresentada a seguir na Seção 5.

O custo de implementação destas ações prioritárias (incluindo a estratégia de comunicação) está estimada em R\$917 mil, conforme planilha de cálculo apresentada ao Projeto VIGISUS II/FUNASA em abril de 2009. Vale ressaltar que estes custos excluem a remuneração dos recursos humanos próprios do Subsistema, seja em nível distrital seja dos quadros nacionais da ORSI.

A definição da responsabilidade pela implementação destas ações prioritárias e pela realização das Metas propostas no presente Plano cabe aos gestores do Subsistema. No atual quadro de indefinição institucional, não foi possível esta Consultoria identificar a quais instituições ou instâncias específicas deve-se atribuir todas as responsabilidades, tendo-se optado pela terminologia “Organização Responsável pela Saúde Indígena” (ORSI), “Autoridade Nacional da Saúde Indígena” (ANSI), “gestor distrital”, “equipes matriciais no nível nacional”, etc. – terminologia esta já estabelecida na redação dos Modelos.

## **5. Estratégia de Comunicação e Articulação**

Conforme sinalizado acima, os processos de comunicação e articulação com os atores chave serão elementos fundamentais para a viabilidade da implementação dos Modelos.

Observamos que cabe à FUNASA e ao Ministério da Saúde a responsabilidade institucional de garantirem um bom fluxo de informações para usuários, técnicos e gestores dos DSEIs e para o público em geral acerca da situação geral do Subsistema e das eventuais mudanças na sua gestão.

Recomendamos, no entanto, que além desta comunicação institucional mais “vertical” sejam criados mecanismos “horizontais” de troca de informações entre os atores do Subsistema. Nas Oficinas Regionais a equipe da Consultoria constatou que muitos técnicos de campo dos DSEIs conviviam com uma forte sensação de isolamento, com dificuldades para acessarem informações relevantes e compartilharem as suas experiências. Durante as Oficinas foram apresentados dezenas de exemplos de experiências bem-sucedidas já desenvolvidas nos DSEIs, e surgiu uma demanda pela criação de mecanismos mais sistemáticos de compartilhamento destas experiências, facilitando a adoção mais ampla de boas práticas que já existem em alguns DSEIs. Além disso, surgiu uma forte demanda pelo retorno dos resultados das Oficinas e pela disponibilização de materiais acessíveis que facilitassem a apropriação dos Modelos. Tendo em vista estas demandas, recomendamos:

1. Disponibilizar os relatórios das Oficinas Regionais, via Internet, para os participantes destas;
2. Disponibilizar, também via Internet, os textos finais dos Produtos da Consultoria assim que estes tenham sido aprovados pela FUNASA e pelo Banco Mundial;
3. Preparar, com a ajuda de consultoria especializada em comunicação social, versões acessíveis do conteúdo essencial dos Modelos, utilizando formatos tais como “FAQ” (perguntas e respostas) com linguagem simples (e eventualmente com versões em algumas das principais línguas indígenas), que possam servir de insumo para os espaços de debate propiciados por reuniões de Chefes de Distrito, reuniões de CONDISI e Fórum de Presidentes de CONDISI, eventuais Oficinas Regionais, etc.;
4. Criar uma página de Internet para registro e disseminação de experiências bem-sucedidas já desenvolvidas nos DSEIs, a partir do material recolhido durante as Oficinas Regionais, com recursos de troca entre os DSEIs (espaço blog/envio de perguntas e respostas com cadastro prévio);
5. Disponibilizar para os técnicos dos DSEIs, via página de internet associada à página acima proposta, uma biblioteca básica de textos chave da saúde indígena, incluindo os textos das portarias e demais instrumentos regulatórios que regem o Subsistema e uma seleção de artigos acadêmicos relevantes (disponibilizados via Scielo / outros recursos eletrônicos gratuitos); e

6. Criar uma plataforma eletrônica que poderá servir para a realização de “seminários virtuais” de apresentação e discussão dos Modelos, como alternativa mais barata à repetição dos ciclos de Oficinas Regionais.

A estratégia de articulação deve viabilizar a apropriação dos Modelos pelos gestores do SUS nas diferentes esferas, além de propiciar a articulação interinstitucional que é imprescindível para a viabilização das estratégias ora propostas e para a melhoria dos indicadores dos determinantes sociais da saúde indígena (saneamento, nutrição, educação, participação social, demarcação e gestão sustentável das terras e dos recursos naturais).

Tendo em vista a Autonomia com Responsabilidade Sanitária proposta para os distritos sanitários especiais indígenas deve-se iniciar pela introdução do gestor nacional da saúde indígena na negociação permanente intergestores, a começar pela Comissão Intergestores Tripartite. Nesse sentido o gestor nacional da saúde indígena, nomeado pelo Ministério da Saúde, pode compor sua representação na CIT, a qual deve ponderar a necessidade e a conveniência de uma Câmara Técnica da CIT sobre saúde indígena. Do mesmo modo, recomenda-se que os chefes de Distritos Sanitários Especiais Indígenas tenham representação nas comissões intergestores bipartites nos estados em que haja DSEIs, tendo em vista oportunizar as negociações pertinentes ao interesse do atendimento integral aos usuários do Subsistema de Saúde indígena com alocação negociada dos recursos correspondentes. Reconhecendo-se a autonomia dos DSEI, à semelhança do regime federativo estabelecido entre municípios, estados e União, haverá maior possibilidade de sua integração ao SUS evitando-se os riscos de uma administração autárquica isolada do sistema de saúde nacional.

Além desta articulação específica com gestores do SUS, deve-se formalizar e intensificar a prática da articulação intersetorial por parte do gestor nacional, equipe matricial ou assessoria responsável pelas interfaces do SUS com o Subsistema de Saúde indígena e deste com todos os órgãos responsáveis por políticas sociais de interesse para a saúde da população indígena.

Um elemento adicional da estratégia de comunicação e articulação para o curto prazo é a necessidade de se viabilizar a participação dos especialistas responsáveis pela elaboração dos Modelos nos eventos de discussão e debate acerca de sua implementação, até que o processo de apropriação pelos atores tenha-se consolidado.

## **6. Análise de Condicionantes e Riscos**

As Metas propostas nas seções anteriores pressupõem certos condicionantes, sem os quais as perspectivas para a implementação bem-sucedida ficarão comprometidas. Não consideramos aqui o risco de redução da disponibilidade de recursos financeiros para o Subsistema, por acreditar que o compromisso político com a viabilização deste já foi plenamente assumido pelo Governo Brasileiro, que existe ainda a possibilidade de aporte de recursos adicionais pelo Banco Mundial, e que as melhorias na eficiência da gestão decorrentes da implementação dos Modelos deverão permitir que se alcance um nível significativamente maior de impacto nos indicadores de saúde da população indígena dentro dos limites atuais do montante total de recursos alocados pela FUNASA e pela SAS/MS.

As ações prioritárias propostas para 2009 e 2010 foram pensadas neste horizonte temporal em função de três fatores condicionantes chave:

1. O processo de redefinição das responsabilidades institucionais ora em curso no âmbito do “GT da Saúde Indígena” criado pelas Portarias 3034 e 3035/GM de dezembro de 2008;
2. O processo de seleção de recursos humanos (concurso público e contratação temporária iniciada a partir de abril de 2009; e
3. O processo de elaboração do Orçamento Geral da União para 2011, no qual (segundo a proposta de Autonomia) os DSEIs teriam que figurar como Unidades Executoras de Despesas, que deve ocupar o terceiro trimestre de 2010.

A não efetivação de qualquer um destes condicionantes – ou seja, a permanência da indefinição institucional além do primeiro trimestre de 2010, a não realização de processos seletivos (sobretudo para recursos humanos de gestão e gerência), ou a não inclusão dos DSEIs no SIAFI como unidades executoras até setembro de 2010 – trará o risco de comprometer a viabilidade da estratégia de preparação no biênio 2009-2010 e portanto as perspectivas para a plena implementação dos Modelos no quadriênio 2011-2014, com aperfeiçoamento e aprofundamento até 2019.

A realização das Metas propostas teria ainda como condicionante uma série de mudanças no marco legislativo e normativo da saúde indígena. O marco legal atual do Subsistema está resumido no Anexo I deste documento, e o Anexo II inclui uma série de considerações sobre alternativas de modelagem institucional dentro do marco jurídico atual do direito administrativo no País. Foge ao alcance desta consultoria a proposição de revisões detalhadas de instrumentos normativos específicos, mas registramos que além das mudanças legais associadas à redefinição das responsabilidades institucionais (possível PL de criação de Secretaria com responsabilidade específica pela Saúde Indígena), algumas metas propostas no presente Plano precisarão de mudanças mais significativas. Em especial, a centralização dos recursos financeiros da saúde indígena em um mesmo órgão e a criação da figura do Subdistrito como território da atenção e instância de gestão exigirão num primeiro momento (até 2010) mudanças em

portarias existentes e num segundo momento (médio prazo) mudanças na legislação que rege o Subsistema. As propostas específicas de implementação de cada Modelo levaram em conta o marco legal atual do Subsistema, e sinalizam claramente onde há necessidade de criação de instrumentos adicionais (decretos, portarias, etc.).

Para finalizar, observamos que um fator condicionante fundamental para a implementação bem-sucedida dos Modelos será a disponibilidade de assessoria/consultoria técnica especializada. Esta observação não deve ser vista como argumentação em causa própria (afinal, nada impede que a equipe de consultoria eventualmente contratada para apoiar a implementação dos Modelos seja outra, e não a que elaborou as propostas ora apresentadas) mas sim como constatação técnica embasada na experiência nacional e internacional de gestão de processos de mudança. Há uma escassez crítica de recursos humanos qualificados na gestão nacional e distrital do Subsistema, e a pressão extrema de demandas emergenciais faz com que os gestores atuais tenham pouquíssimo tempo disponível para atividades de aperfeiçoamento técnico, reflexão e formulação estratégica. Há o risco que os novos gestores a serem incorporados nos diferentes níveis acabem sendo absorvidos pelas mesmas pressões, sem um processo de acolhimento e preparação técnica adequada para a condução efetiva do processo de implementação dos Modelos.

Desta forma, a disponibilização de uma equipe técnica especializada de apoio, externa à instituição responsável pela gestão do Subsistema mas trabalhando em estreita parceria com seus gestores, responsável pela preparação de propostas e materiais para consideração pelos gestores e pela facilitação de espaços de reflexão estratégica e formação de quadros técnicos e de gestão, pode contribuir de forma significativa para a qualidade do processo de implementação dos Modelos.

Garantidos estes fatores condicionantes, acreditamos que o conjunto de propostas que constam dos Modelos e do presente Plano oferece boas perspectivas para se garantir a transformação da qualidade da atenção à saúde prestada pelo Subsistema, resultado desejado por todos os atores – sejam estes usuários, técnicos, gestores ou simplesmente cidadãos – comprometidos com a saúde indígena no Brasil.



## Anexo I Resumo do Marco Legal do Subsistema de Saúde Indígena

Tabela original elaborada por Juliana Rosalen (Instituto Iepê / consultora do Cebrap) em agosto de 2008, atualizada em março de 2009

<b>Legislação / Conferências</b>	<b>Data</b>	<b>Objeto</b>	<b>Observações</b>
Antecedentes	1967-1991	A Saúde Indígena esteve sob a gestão da Fundação Nacional do Índio, onde se destacava as Equipes Volantes de atendimento	
1º Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (Brasília)	1986	Recomendação de que o gerenciamento de serviços de saúde indígena seja responsabilidade de um único órgão vinculado ao Ministério da Saúde; distinção no atendimento de povos isolados ou de contato recente; reconhecimento dos saberes tradicionais sobre saúde; acesso universal ao sistema de saúde; estímulo à formação de agentes de saúde indígenas, construção de um sistema de informações sobre a saúde indígena	Convocada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde - coordenada pelo Dr. Sérgio Arouca, então presidente da FIOCRUZ - que decidiu pela formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do princípio geral de que a participação indígena deve ser extensiva a todos os momentos de decisão, formulação, planejamento, implantação, execução e avaliação das ações e serviços de saúde indígena
Constituição Federal de 1988	1988	Garantia do Direito à cidadania plena e diferenciada dos povos indígenas (artigos 231 e 232) e estabelece os princípios que norteariam a implantação do SUS	
Art. 6 da Constituição Federal	1988	“São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”	
Art. 196 da Constituição Federal	1988	“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”	
Art. 197 da Constituição Federal	1988	“São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.”	

<b>Legislação / Conferências</b>	<b>Data</b>	<b>Objeto</b>	<b>Observações</b>
Art. 231 da Constituição Federal	1988	“São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens.”	
Art. 232 da Constituição Federal	1988	“Os índios, suas comunidades e organizações são partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo.”	
Lei nº 8029 (Pres. República)	12.04.1990	Dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da administração Pública Federal, e dá outras providências. Art. 14. É o Poder Executivo autorizado a instituir a Fundação Nacional de Saúde (FNS), mediante incorporação da Fundação Serviços de Saúde (FSESP) e da Superintendências de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), bem assim das atividades de informática do Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolvidas pela Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev). (Redação dada pela Lei nº 8.101, de 1990) (Renumerado do art. 11 pela Lei nº 8.154, de 1990)	A instituição da Fundação Nacional de Saúde (FNS) só viria a ser formalizada pelo Decreto nº 100 (Pres. República) de 16.04.1991
Portaria Interministerial nº 3 (MS/GM)	30.05.1990	Os ministros de estado da saúde e da justiça, resolvem: instituir grupo de trabalho especial, integrado por representantes dos ministérios da saúde e da justiça, com o objetivo de propor diretrizes básicas para a política nacional de saúde em relação as populações indígenas, com ênfase para aquelas voltadas aos índios Yanomami.	Percebe-se a tentativa de transição da saúde indígena da Funai para o MS, através deste grupo de trabalho intersetorial que tem como objeto a elaboração de diretrizes para a saúde indígena
Lei nº 8080 (Pres. da República)	19.09.1990	Criação do SUS/Lei Orgânica da Saúde - "Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado."	Na data de sua criação, esta lei não incorporaria nenhuma normatização para a organização da Saúde Indígena, que se mantinha sob um espécie de gestão compartilhada entre o Ministério da Saúde e o da Justiça, mas ainda executada pela Funai. Somente em 23.09.1999 a lei incorporaria em sua parte V o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (instituído pela Lei nº 9836 - Pres. República- Lei Arouca).

Legislação / Conferências	Data	Objeto	Observações
Lei nº 8142 (Pres.República)	18.12.1990	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde; e II - o Conselho de Saúde. § 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.	Base para a organização das Conferências Nacionais de Saúde Indígena
??????	1991	Criada a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), com a atribuição de implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena	Subordinada ao Departamento de Operações da FNS
Decreto nº 23 (Pres. República)	04.02.1991	Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas. Art. 4º A operacionalização dos projetos respeitará a organização social e política, os costumes, as crenças e as tradições das diversas comunidades indígenas. § 1º As ações e serviços serão desenvolvidos segundo modelo de organização na forma de distritos sanitários de natureza especial, consideradas as especificidades das diferentes áreas e das comunidades indígenas. § 2º As equipes constituídas para a execução dos projetos, além dos conhecimentos técnicos indispensáveis, deverão estar preparadas para compreender a cultura, os usos e costumes do	Estabelece os distritos sanitários indígenas e transfere para a Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP) do Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação e execução das ações de saúde indígena. A Fundação Nacional de Saúde só será criada pelo Decreto Presidencial nº 100 de 16.04.1991

Legislação / Conferências	Data	Objeto	Observações
		<p>grupo sobre o qual vão atuar. Art. 5º A Fundação de Serviços de Saúde Pública - FSESP, enquanto não for instituída a Fundação Nacional de Saúde, de que trata o artigo 11 da Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990, encarregar-se-á da coordenação dos projetos, tanto na fase de elaboração, quanto na de execução. § 1º A FSESP, para o desempenho dos encargos que ora lhe são cometidos, atuará de forma articulada com a Fundação Nacional do Índio - FUNAI, vinculada ao Ministério da Justiça, que colaborará no cumprimento do disposto no artigo anterior, em especial, quanto ao oferecimento de serviços compreendidos no âmbito de sua atuação, imprescindíveis à regular execução dos projetos. Art. 6º Os Ministros da Saúde e da Justiça definirão, em ato conjunto quando necessário, os mecanismos e instrumentos para o cumprimento deste decreto, em especial, as questões referentes à articulação entre a FSESP e a FUNAI, e à alocação de recursos orçamentários e financeiros necessários à execução dos projetos.</p>	
<p>Portaria Interministerial nº 316 (MS/MJ)</p>	<p>15.04.1991</p>	<p>Aprova o projeto saúde-yanomami, integrante desta portaria, compreendendo o conjunto de medidas para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos índios Yanomami e Maiongong, integradas ao objetivo de reequilíbrio da vida econômica, política e social desses grupos.</p>	<p>"O primeiro DSEI criado foi o Distrito Sanitário Yanomami (DSY), no Amazonas e Roraima. Posteriormente, foi criada a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), subordinada ao Departamento de Operações da FNS. O DSY foi criado como parte da estrutura orgânica da FNS, subordinado às Regionais de Roraima e Amazonas". (Cibele Verani)</p>
<p>Decreto nº 100 (Pres República)</p>	<p>16.04.1991</p>	<p>Institui a Fundação Nacional de Saúde (FNS) - Art. 21. O patrimônio da FNS é constituído: I - pelos bens móveis e semoventes da Fundação Serviços de Saúde Pública - FSESP, da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - SUCAM e os da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social - DATAPREV, relativos às atividades e informática do SUS;</p>	<p>Incorpora em sua estrutura organizacional a Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP) - por tabela, a Saúde Indígena -, a SUCAM e o Dataprev.</p>

<b>Legislação / Conferências</b>	<b>Data</b>	<b>Objeto</b>	<b>Observações</b>
Portaria nº 1450 (MS,GM)	19.08.1991	Institui as Comissões Intersetoriais Nacionais, integrantes do Conselho Nacional de Saúde: comissão intersectorial de alimentação e nutrição, comissão intersectorial de saneamento e meio ambiente, comissão intersectorial de recursos humanos para a saúde, comissão intersectorial de ciência e tecnologia em saúde, comissão intersectorial de vigilância sanitária e farmacoepidemiologia, comissão intersectorial de saúde do trabalhador, comissão intersectorial de saúde do índio.	
Resolução nº 11 (CNS)	13.10.1991	Cria a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI)	Assessorar o Conselho Nacional de Saúde (CNS) na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena. Organizações participantes: CIR (Conselho Indígena de Roraima); COIAB; Associação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo; UNI-AC; CIMI; ABA; Fundação Oswaldo Cruz; Escola Paulista de Medicina; Universidade do Amazonas, Funai; COSAI/FUNASA
Decreto nº 564	08.06.1992	Aprova o Estatuto da Fundação Nacional do Índio (Funai) e dá outras providências: Art. 2: A Funai tem por finalidade: V - promover a prestação de assistência médico sanitária aos índios	Revogado pelo Decreto Presidencial nº 4645 de 25.03.2003
2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (Luziânia-GO)	1993	Definição geral dos princípios fundamentais do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (critérios de territorialização, controle social, autonomia administrativa e financeira dos DSEIs / Articulação com os NISIS / reconhecimento dos Agentes Indígenas de Saúde como categoria profissional etc.) / Adequação do SUS às especificidades das sociedades indígenas / Recusa da municipalização dos serviços de saúde indígena /	Convocada pela 9ª Conferência Nacional de Saúde, o relatório final da conferência de saúde indígena serviria de base para o futuro projeto apresentado pelo deputado Sérgio Arouca que definia o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena / Realizada em meio à disputa entre Funai e FNS pela coordenação da assistência à saúde indígena: este conflito seria um dos motivos da revogação do Decreto 23/1991 no ano seguinte

<b>Legislação / Conferências</b>	<b>Data</b>	<b>Objeto</b>	<b>Observações</b>
1º Fórum Nacional da Saúde Indígena (Brasília)	01.03.1993	"Nessa ocasião, foram dados os passos iniciais para a discussão dos problemas indígenas de forma colegiada e com a participação indígena paritária. Foi desse Fórum, também, que saiu a recomendação de convocação da II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas."	
Resolução nº 43 (MS/CS)	29.03.1993	Recomenda que os ministérios da saúde e da justiça elaborem uma portaria interministerial que contemple os critérios para delimitação geográfica, cultural, populacional e administrativa destas unidades indígenas, bem como só mecanismos institucionais que normatizem o seu estabelecimento	Primeira menção legal aos critérios que viriam a definir, futuramente, a territorialização dos DSEIs
Resolução nº 57 (MS/CS)	21.05.1993	Recomenda ao Ministério da Saúde o reconhecimento dos núcleos de saúde indígena nas coordenações regionais da Fundação Nacional de Saúde , que sendo de natureza intersetorial contemplam a participação de todas as instituições governamentais, ou não incluindo os representantes indígenas.	
Resolução nº 59 (MS/CS)	21.05.1993	Recomenda a coordenação do programa de agentes comunitários de saúde da Fundação Nacional de Saúde, que o mesmo seja adequado as especificidades sócio-culturais e epidemiológicas das comunidades indígenas	Primeira menção legal a formação de agentes comunitários de saúde com sensibilidade para a questão indígena
Resolução nº 61 (MS/CNS)	21.05.1993	Recomenda ao Ministério da Saúde, através dos órgãos competentes adoção de providencias urgentes para solucionar o impasse sobre a responsabilidade da dívida contraída pela Funai no atendimento a saúde das comunidades indígenas, e viabilizar o relacionamento entre essa instituição e a Fundação Nacional de saúde-coordenação de saúde indígena	Demonstra de maneira explícita a disputa existente na época entre FUNAI e FUNASA pelo controle da saúde indígena
Portaria nº 540 (MS,FNSA)	09.06.1993	Reconhece os núcleos interinstitucionais de saúde indígena (NISIS), organizados no âmbito de cada estado	

<b>Legislação / Conferências</b>	<b>Data</b>	<b>Objeto</b>	<b>Observações</b>
Lei nº 8745/1993	09.12.1993	Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências.	
Resolução nº 2 (Comissão Intersetorial)	1994	Aprova o "Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio", "que atribuí a um órgão do Ministério da Justiça, a FUNAI, a responsabilidade sobre a recuperação da saúde dos índios doentes, e a prevenção, ao Ministério da Saúde, que seria responsável pelas ações de imunização, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias." (Extraído do Anexo da Portaria 254/2002 - Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena)	"Desde então, a FUNASA e a FUNAI dividiram a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, passando a executar, cada uma, parte das ações, de forma fragmentada e conflituosa. Ambas já tinham estabelecido parcerias com municípios, organizações indígenas e não-governamentais, universidades, instituições de pesquisa e missões religiosas. Os convênios celebrados, no entanto, tinham pouca definição de objetivos e metas a serem alcançados e de indicadores de impacto sobre a saúde da população indígena." (Extraído da PORTARIA Nº 254, DE 31 DE JANEIRO DE 2002 - Anexo - Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena)
Decreto nº 1141	19.05.1994	Dispõe sobre as ações de proteção ambiental, saúde e apoio às atividades produtivas para as comunidades indígenas (revoga o Decreto 23/91)	"Em sentido oposto ao processo de construção da política de atenção à saúde indígena no âmbito do SUS, em 19 de maio de 1994 o Decreto Presidencial nº 1.141/94 constitui uma Comissão Intersetorial , com a participação de vários Ministérios relacionados com a questão indígena, inclusive o Ministério da Saúde, <u>sob a coordenação da FUNAI</u> . O decreto devolveu, na prática, a coordenação das ações de saúde à FUNAI." (Extraído da PORTARIA Nº 254, DE 31 DE JANEIRO DE 2002 - Anexo - Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena)
Decreto 1819/1996	16.02.1996	Disciplina as transferências de recursos da União por intermédio de instituições e agências financeiras oficiais federais e dá outras providências."	
Lei 9394/1996	20.12.1996	Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.	
Projeto de Lei nº 63 (apresentado ao Congresso Nacional pelo Deputado Federal Sérgio Arouca)	1997	Que institui o Subsistema de Saúde Indígena, com base no relatório da 2ª Conferência Nacional de Saúde Indígena	Primeira versão do Projeto de Lei que insitua o Subsistema. Só viria a ser aprovado pelo Congresso Nacional 2 anos depois

<b>Legislação / Conferências</b>	<b>Data</b>	<b>Objeto</b>	<b>Observações</b>
Instrução Normativa 01/1997	15.01.1997	Disciplina a celebração de convênios de natureza financeira que tenham por objeto a execução de projetos ou realização de eventos e dá outras providências.”	
Lei 9637/1998	15.05.1998	Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.”	
Portaria nº 110 (MS,FNSA)	08.02.1999	Cria o Distrito Sanitário - DSI, com atuação no leste do estado de Roraima, para atender a população indígena daquela região e cria também o Distrito Sanitário Yanomami - DSY, com atuação na Terra Indígena Yanomami.	Verificar contradição com a Portaria Interministerial nº 316 (MS/MJ) que já havia criado o Distrito Yanomami em 1991
Lei nº 9790/1999	15.05.1999	Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências.	
Medida Provisória 1911-8 (Pres. República)	29.07.1999	Altera dispositivos da Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências.	Transferiu da Fundação Nacional do Índio (Funai) para a Fundação Nacional de Saúde pessoal, patrimônio e orçamento vinculados às ações de atenção à saúde indígena (Art. 28-B -
Resolução MS/ CNS nº 293	08.07.1999	Aprova a reestruturação da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI)	Composição: 1 representante da Coordenação (hoje, Departamento) de Saúde do Índio (COSAI/FUNASA/MS); 1 representante da Funai; 1 representante das Instituições de Pesquisa, Ensino e Extensão; 1 representante do CIMI/CNBB; 1 representante da ABA; 4 representantes indígenas.
Portaria Conjunta Funasa/Funai no 1	25.08.1999	Subordinou administrativamente à Funasa os servidores ocupantes de cargos redistribuídos da Funai para a Funasa, que exerciam atividades relacionadas com a saúde dos povos indígenas	



<b>Legislação / Conferências</b>	<b>Data</b>	<b>Objeto</b>	<b>Observações</b>
Decreto nº 3156 (Pres República)	27.08.1999	Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nº 564, de 8 de junho de 1992, e nº 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. (Ambos decretos alterados, sobreponham os papéis da Funai e da FUNASA)	Parágrafo Único: A organização das atividades de atenção à saúde das populações indígenas dar-se-á no âmbito do Sistema Único de Saúde e efetivar-se-á, progressivamente, por intermédio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, ficando assegurados os serviços de atendimento básico no âmbito das terras indígenas. Remaneja ainda cargos da Funai para a Funasa. Define as atribuições do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI)
Portaria nº 1163 (MS)	14.09.1999	Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências. (revogada pela Portaria nº 2656 de 17/10/2007)	Estabelece em definitivo a competência da FUNASA para executar a política de atenção à saúde dos povos indígenas em estreita articulação com a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), responsável pela articulação do Ministério da Saúde junto às Secretarias estaduais e municipais de saúde. (composição integral do SUS)
Lei nº 9836 (Pres República)	23.09.1999	Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena."Lei Arouca"	Art. 19 D - o SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena no País. Art. 19 G - O Subsistema devida ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado: & 1- O Subsistema ...terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas & 3 – As populações indígenas devem ter acesso garantido aos SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com as suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.
Portaria nº 852 (FUNASA)	30.09.1999	Cria os distritos sanitários especiais indígenas, de acordo com a denominação, vinculação administrativa, jurisdição territorial, sede, população, etnias, casas do índio e demais características constantes dos anexos I a XXXIV.	Define também as atribuições do Conselho Distrital Indígena e dos Chefes dos DSEIs e Chefes das Casas do Índio. O Chefe do DSEI deve manter contato direto com o DEOP e com a Coordenação Regional (CORE)
Lei nº 9849/1999	26.10.1999	Altera os Artigos 2 ao 9 da Lei nº 8745 de 9.12.1993 que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público, e dá outras providências.:	

<b>Legislação / Conferências</b>	<b>Data</b>	<b>Objeto</b>	<b>Observações</b>
Resolução nº 304 (CNS)	09.08.2000	Aprova normas para pesquisa envolvendo seres humanos - Áreas Indígenas	Articulação entre o Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e Comissão Intersectorial de Saúde do Índio (CISI) para efetuar parecer sobre pesquisa
Portaria nº 410 (FUNASA)	10.08.2000	Aprova o Regimento Interno da FUNASA (Revogada pela Portaria nº 1776/ MS, de 8.9.2003)	Define a estrutura intersectorial do subsistema de Saúde Indígena e nomeia as suas Coordenações Regionais com 34 DSEIS e suas respectivas Casas de Saúde do Índio
Resolução Conjunta nº 305 (MS/CNS)	06.10.2000	Propõe a convocação da III Conferência Nacional de Saúde Indígena com o mesmo tema central da XI Conferência Nacional de Saúde, “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde indígena com controle social”, a ser realizada no período de 14 a 18 de maio de 2001.	
Decreto nº 3799 (Pres República) -	19.01.2001	Altera novamente o Decreto 1141/94 (Que recolocava a Saúde Indígena sob o controle da FUNAI)	Revoga o Capítulo V (Artigos 11 a 15) do Decreto 1141/94 relacionado à Saúde Indígena, já que desde 1999 de responsabilidade exclusiva da FUNASA
3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (Luziânia-GO)	14-18.05.2001	Analisar os obstáculos e avanços do SUS na implantação dos DSEIs	Convocada pela Comitê Executivo formado: Comissão e Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Brasil (CAPOIB); Comissão Intersectorial de Saúde do Índio (CISI/CNS); CIMI; ISA; Funai; MS; FUNASA; Pastoral da Criança (CNBB); Fórum Nacional de Trabalhadores em Saúde
Portaria nº 479 (FUNASA)	13.08.2001	Estabelece as diretrizes para elaboração de projetos de estabelecimentos de saúde, de abastecimento de água, melhorias sanitárias e esgotamento sanitário em áreas indígenas.	
Portaria Funasa nº 1	02.01.2002	Aprovou os critérios e procedimentos para aplicação de recursos financeiros destinados a: 1.1. saneamento, 1.2. saúde indígena, 1.3. vigilância ambiental, 1.4. educação em saúde, 1.5. Pesquisa	

<b>Legislação / Conferências</b>	<b>Data</b>	<b>Objeto</b>	<b>Observações</b>
Portaria nº 254 (MS)	31.01.2002	Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena	Formula integralmente todas os avanços conquistados pela Saúde Indígena desde a década de 1990. Conceitualiza os DSEIS, os mecanismo de controle social, a relações inter (MPF, MEC, Funai) e intrasetoriais (Ministério da Saúde e SUS), financiamento da Saúde Indígena podendo ser realizado por agências de cooperação internacional que abriria portas para, por exemplo, a implementação do VIGISUS financiado pelo Banco Mundial a partir de 2004)
Portaria 442/2002 (Funasa)	03.10.2002	Estabelece as obrigações dos partícipes nos convênios de natureza financeira celebrados pela Fundação Nacional de Saúde e dá outras providências.	
Portaria 443/2002 (Funasa)	03.10.2002	Define procedimentos para celebração de convênios de natureza financeira pela Fundação Nacional de Saúde, nos casos que especifica, implanta o Sistema de Convênios - SISCON e dá outras providências.	
Portaria nº 2405 (MS)	27.12.2002	Cria o Programa de Promoção da Alimentação Saudável em Comunidades Indígenas - PPACI objetivando promover a segurança alimentar e nutricional, de forma sustentável, e consolidar as ações de alimentação e nutrição no âmbito da atenção básica à saúde prestada às populações indígenas, com enfoque na promoção da saúde e prevenção de doenças. A coordenação do Programa será realizada de forma articulada pela Secretaria de Políticas de Saúde/MS e Fundação Nacional de Saúde. (Revogada pela Portaria 2277 GM/MS publicada no DOU 27/09/2006)	
Lei 10667/2003	14.05.2003	Altera dispositivos da Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, da Lei nº 10.470, de 25 de junho de 2002, e da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, cria cargos efetivos, cargos comissionados e gratificações no âmbito da Administração Pública Federal, e dá outras providências.”	

<b>Legislação / Conferências</b>	<b>Data</b>	<b>Objeto</b>	<b>Observações</b>
Decreto 4748/2003	16.06.2003	Regulamenta o processo seletivo simplificado a que se refere o § 3º do art. 3º da Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e dá outras providências. Tratando da contratação temporária.	
Decreto nº 4.727 (Pres. República)	09.06.2003	Art. 1º Ficam aprovados o Estatuto e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, na forma dos Anexos I e II a este Decreto.	
Portaria nº 38 (MS/SE/SAS)	11.08.2003	Qualifica o município de Porto Alegre a receber, mensalmente, os incentivos de atenção básica aos povos indígenas, conforme anexo, destinados às ações e procedimentos de assistência básica de saúde.	Existem DIVERSAS destas portarias, que indicam a relação dos povos indígenas dentro do SUS
Portaria nº 1.776 (MS)	08.09.2003	Aprova o Regimento Interno da Fundação Nacional de Saúde (Funasa)	
Portaria nº 69 (MS)	20.01.2004	Dispõe sobre a criação do Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, vinculado a Funasa. (Alterada pela Portaria nº 741 /MS de 22/4/2004)	
Portaria nº 70 (FUNASA)	20.01.2004	Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena.	Redefinição das atribuições do setores responsáveis pela Saúde Indígena dentro da FUNASA. Assume o controle da compra direta de insumos básicos (horas voo, medicamentos e combustível) e deixa para nos ongs e organizações indígenas somente a gerência na contratação de recursos humanos. (OBS: A URIHI rompeu com a FUNASA por este motivo)
Portaria nº 1 (portaria Conjunta entre o Pres FUNASA e o Secretario de Ciência e Tecnoliga, Insumos (MS)	17.03.2004	O Secretário de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde e o Presidente da Funasa criam Grupo de Trabalho para formulação de uma política de assistência farmacêutica para povos indígenas.	

<b>Legislação / Conferências</b>	<b>Data</b>	<b>Objeto</b>	<b>Observações</b>
Portaria nº 741 (MS)	22.04.2004	O Ministro da Saúde altera a composição do Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, instituído pela Portaria 69 GM/MS de 20.I.2004.	O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais e considerando a necessidade de ampliar a participação e o controle social das ações da Saúde Indígena, resolve: Art. 1º Alterar o Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, vinculado à Fundação Nacional de Saúde - FUNASA a ser integrado por representantes das seguintes entidades ou órgãos: I - Fundação Nacional de Saúde - FUNASA - quatro representantes; II - Ministério da Saúde - MS; Secretaria-Executiva - um representante; Secretaria de Vigilância em Saúde - um representante; Secretaria de Gestão Participativa - um representante. III Fundação Nacional do Índio FUNAI/MJ um representante; IV - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde CONASEMS - um representante; V - Organizações Indígenas - três representantes; VI - Organizações Indigenistas - dois representantes; VII Conselhos Distritais de Saúde Indígena - cinco representantes; VIII Comissão Intersetorial de Saúde Indígena CISI um representante; IX Ministério Público Federal (6ª Câmara) - um representante; X - Ministério da Educação - um representante; XI - Ministério do Meio Ambiente - um representante; e XII - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde CONASS.
Portaria nº 747 (MS)	22.04.2004	O Ministro da Saúde estabelece normas e procedimentos para concessão e aplicação de Suprimento de Fundos Especial, para atender às especificidades decorrentes da assistência à saúde indígena, a serem observados pela Funasa.	
PORTARIA Nº 200 (FUNASA)	5.05.2004	Aprova o Regimento Interno do Projeto Vigisus II, Componente II – Saúde Indígena.	
Portaria 266/2004 Funasa	08.06.2004	Trata da composição do Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.	

<b>Legislação / Conferências</b>	<b>Data</b>	<b>Objeto</b>	<b>Observações</b>
Portaria nº 12 (Conjunta FUNASA/SEC EX MS)	22.07.2004	O Secretário Executivo do Ministério da Saúde e o Presidente da Fundação Nacional de Saúde aprovam a descentralização de dotações orçamentárias e recursos financeiros objetivando a viabilização e o apoio à execução das ações de prevenção e controle da malária em áreas indígenas, através da Fundação Nacional de Saúde.	Liberação emergencial de R\$500.000,00 para combate à malária em áreas indígenas
PORTARIA Nº 573 (FUNASA)	10.11.2004	Aprova a estrutura organizacional da UGP – Funasa do Projeto Vigisus II, Componentes II – Saúde Indígena.	
Portaria Conjunta I (SEC EXEX MS-FUNASA)	22.02.2005	O Secretário Executivo do Ministério da Saúde e o Presidente da Fundação Nacional de Saúde aprovam a descentralização de dotações orçamentárias e recursos financeiros objetivando o apoio às ações de saúde pertinentes a execução do Projeto de Implantação do Programa de DST/Aids nos 34 Distritos Sanitários Indígenas, especificamente das ações de Prevenção e Assistência em saúde às populações indígenas, através da Fundação Nacional de Saúde.	Art. 1º - Aprovar a descentralização de dotações orçamentárias e de recursos financeiros do Orçamento do MINISTÉRIO DA SAÚDE, no montante de R\$ 3.784.019,00 (três milhões, setecentos e oitenta e quatro mil, dezenove reais) finalidade de apoiar as ações de Prevenção e Assistência às Populações Indígenas desenvolvidos pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, de conformidade com a Lei nº 11.100, de 25/01/2005, objetivando fortalecer o Sistema Único de Saúde - SUS
Portaria nº 963 (MS)	24.06.2005	CONVOCA A 4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.	
Portaria nº 1088 (FUNASA)	04.07.2005	Dispõe sobre a definição dos valores do incentivo financeiro de atenção básica de saúde aos povos indígenas e sobre a composição e organização das equipes multidisciplinares de atenção à saúde indígena. (Suspensa por até 30 dias para análise de impactos financeiros)	
Portaria 1062/2005 MS	04.07.2005	Institui a criação do Selo Hospital Amigo do Índio e do Comitê de Certificação e Avaliação do Selo Hospital Amigo do Índio.	

<b>Legislação / Conferências</b>	<b>Data</b>	<b>Objeto</b>	<b>Observações</b>
Portaria nº 1076 (FUNASA)	04.07.2005	O Ministro da Saúde institui incentivo financeiro adicional vinculado à atuação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e dos Agentes Indígenas de Saneamento (Aisan).(Suspensa por até 30 dias para análise de impactos financeiros)	
PortariaGM/MS nº 1081	04.07.2005	Qualifica os municípios a receberem mensalmente os incentivos de Atenção Básica aos povos indígenas, destinados às ações e procedimentos de Assistência Básica de Saúde.	
Portaria 1705/2005 MS	19.09.2005	Institui Grupo de Trabalho - GT para uniformização de entendimentos e ações relacionados à admissão de profissionais de saúde no âmbito da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA.”	
PORTARIA CONJUNTA Nº 1 (SEC EXC MS / FUNASA)	22.03.2006	O Secretário Executivo do Ministério da Saúde aprova a descentralização de dotações orçamentárias e recursos financeiros objetivando o apoio às ações pertinentes a execução do Projeto de Implantação do Programa de DST/Aids nos 34 Distritos Sanitários Indígenas, especificamente das ações de Prevenção e Assistência em HIV/Aids e outras DST nas populações indígenas, através da Fundação Nacional de Saúde, visando o fortalecimento do Sistema Único de Saúde SUS, em conformidade com a Lei Orgânica da Saúde.	Art. 1º - Aprovar a descentralização de dotações orçamentárias e de recursos financeiros do Orçamento do MINISTÉRIO DA SAÚDE, no montante de R\$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais),
Portaria nº 644 (MS)	27.03.2006	Institui o Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena. (...sem prejuízo das competências deliberativas do Conselho Nacional de Saúde.)	Art.1º Instituir o Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, que tem por finalidade zelar pelo cumprimento das diretrizes do Sistema Único de Saúde, das Leis Complementares Específicas a Saúde Indígena, promover o fortalecimento e a promoção do controle social em saúde e atuar na formulação e no controle da execução da política nacional de atenção a saúde indígena.

<b>Legislação / Conferências</b>	<b>Data</b>	<b>Objeto</b>	<b>Observações</b>
Portaria nº 645 (MS)	27.03.2006	Institui o Certificado Hospital Amigo do Índio, a ser oferecido aos estabelecimentos de saúde que fazem parte da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), com representante do Desai/Funasa.	Art. 2º Estabelecer que para concessão do Certificado Hospital Amigo do Índio, devem ser observados os seguintes critérios: I - garantia do Direito ao Acompanhante, Dieta Especial e Informação aos Usuários, respeitando as especificidades culturais dos povos indígenas; II - garantia do respeito à interculturalidade e a valorização das práticas tradicionais de saúde nos projetos terapêuticos singulares e na ambiência física; Art 4º Fica estabelecida a seguinte composição do Comitê de Certificação e Avaliação dos Hospitais Amigos do Índio...
Portaria MS nº 651	27.03.2006	Criou o Comitê Gestor da Cooperação firmada entre os Ministérios da Saúde e da Cultura, com o objetivo de promover ações de cooperação técnico-financeira em prol da identificação, preservação, valorização e divulgação do Patrimônio Cultural da Saúde	
Portaria nº 646 (MS)	27.03.2006	O Ministro da Saúde institui o Prêmio 1ª Mostra Nacional de Produção em Saúde Indígena/2006.	
4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (Rio Quente-MG)	27-31.03.2006	“Distrito Sanitário Especial Indígena: Território de Produção de Saúde, Proteção da Vida e Valorização das Tradições”	Recomendações: Autonomia administrativa e financeira integral para os Distritos Sanitários Indígenas.



Legislação / Conferências	Data	Objeto	Observações
PORTARIA Nº 394 (FUNASA)	24.04.2006	Institui o Grupo de Trabalho de Reestudo da Abrangência dos DSEIs e dá outras...(..)..Considerando que é recomendação da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena a autonomia gestora dos Distritos Sanitários	Art.2º O Grupo de Trabalho de Reestudo da Abrangência dos DSEI será constituído pelos seguintes membros: Um representante do Gabinete do Diretor do DESAI; Um representante da Coordenação-Geral de Atenção à Saúde Indígena/Funasa; Um representante da Coordenação-Geral de Planejamento e Avaliação da Saúde Indígena/DESAI; Um representante da Coordenação de Saneamento e Edificações em Áreas Indígenas/CGSAN/DENSP; Um representante do Departamento de Planejamento e Desenvolvimento Institucional/DEPIN/Funasa; Um representante do Departamento de Administração - DEADM/Funasa; Um representante da Auditoria Geral/Funasa; Um representante da Procuradoria Geral Federal - PGF/Funasa; Um representante do Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, instituído pela Portaria MS nº 644, de 27 de março de 2006; Um representante do Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, instituído pela Portaria No- 69, de 20 de janeiro. Um representante indígena do Conselho Nacional de Saúde.o de 2004;
Portaria 01/2006 6ºCCR – MPF	01.06.2006	Regulamenta a atuação dos membros do Ministério Público Federal que atuam no Grupo de Trabalho de Saúde Indígena, definindo-lhes as atribuições, estrutura e âmbito de atuação.	
PORTARIA Nº 984 (FUNASA)	06.07.2006	Institui o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (SISVAN-Indígena). ( <i>O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) no nível SUS foi instituído pela Portaria nº 2.246, de 18 de outubro de 2004 do Ministério da Saúde</i> )	"Nesta quinta-feira (22), o presidente da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), Paulo Lustosa, assina contrato com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) para a implementação da vigilância alimentar e nutricional nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis). Os recursos para o projeto são oriundos do Vigisus II (Vigilância em Saúde no SUS) e serão disponibilizados por meio de acordo de empréstimo com o Banco Mundial." (21-09-2005) ( <a href="http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=20533">http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=20533</a> )

<b>Legislação / Conferências</b>	<b>Data</b>	<b>Objeto</b>	<b>Observações</b>
Portaria nº 1810 (MS)	30.08.2006	O Ministro da Saúde define as transformações dos Distritos Sanitários Especial Indígena (DSEI). (Altera o art. 117 do anexo I da Portaria nº 1.776/GM, de 8 de setembro de 2003, que aprova o Regimento Interno da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) - PORTARIA EM REVISÃO - ver portaria Funasa 216/2008	Art. 1º Definir que o Distrito Sanitário Especial Indígena do Paraná abranja a totalidade das terras indígenas situadas no Estado do Paraná, com sede na cidade de Curitiba, Paraná. Art. 2º Definir que o Distrito Sanitário Especial Indígena Sul-Sudeste abranja a totalidade das terras indígenas situadas nos Estados do Rio de Janeiro, de São Paulo, de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul, com sede na cidade de Florianópolis, Santa Catarina. Art. 3º Os Distritos referidos nos artigos. 1º e 2º substituirão o Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul e o Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul, devendo seus acervos de documentos ser transferidos aos DSEI Paraná e Sul-Sudeste, respectivamente.
PORTARIA N.º 2.277 (MS)	26.09.2006	O Ministro da Saúde revoga a Portaria 2.405 GM/MS, que criou o Programa de Promoção da Alimentação Saudável em Comunidades Indígenas, publicada no DOU 30/12/2002	Considerando a instituição pela portaria n.º 984/Funasa, de 9 de julho de 2006, de um sistema de vigilância alimentar e nutricional para os Distritos Sanitários Especiais indígenas (SISVAN – indígena), no âmbito do subsistema de saúde indígena do SUS;
PORTARIA N.º 2.467 (MS)	13.10.2006	Dá nova redação ao art. 56 do Regimento Interno da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, aprovado pela Portaria Ministerial nº 1.776, de 8 de setembro de 2003.	Art. 1º O art. 56 do Regimento Interno da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, aprovado pela Portaria nº 1.776, de 8 de setembro de 2003, passa a vigorar com a seguinte redação: XI - gerenciar administrativamente a execução dos acordos firmados com organismos internacionais;
Portaria nº 3028 (MS)	27.11.2006	O Ministro da Saúde autoriza o repasse do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde do Amazonas, destinado a ações contingenciais de malária em área indígena.	Art. 1º Autorizar o repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde do Amazonas, no valor de R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais), em uma única parcela, que será paga na competência novembro de 2006.

<b>Legislação / Conferências</b>	<b>Data</b>	<b>Objeto</b>	<b>Observações</b>
Portaria Conjunta nº 5 (SVS/FUNASA)	04.12.2006	Aprova a descentralização de dotações orçamentárias e recursos financeiros objetivando o apoio às ações de saúde pertinentes a execução do Projeto de Controle da Malária em áreas indígenas da Região Amazônica, nas populações indígenas, através da Fundação Nacional de Saúde - Funasa, visando o fortalecimento do Sistema Único de Saúde SUS, em conformidade com a Lei Orgânica da Saúde.	Art. 1º - Aprovar a descentralização de dotações orçamentárias e de recursos financeiros do Orçamento do MINISTÉRIO DA SAÚDE, no montante de R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais), com a finalidade de apoiar as ações de controle da Malária em áreas indígenas da Região Amazônica
Portaria Conjunta nº 03 (SEC EX/MS, FUNASA)	18.03.2007	A Secretária-Executiva do Ministério da Saúde e o Presidente da Fundação Nacional de Saúde, em exercício, aprovam a descentralização de dotações orçamentárias e recursos financeiros objetivando o apoio às ações de saúde pertinentes a execução do Projeto de Implantação e implementação do Programa de DST/Aids nos 34 Distritos Sanitários Indígenas, especificamente das ações de Prevenção e Assistência em HIV/Aids e outras DST nas populações indígenas, através da Fundação Nacional de Saúde, visando o fortalecimento do Sistema Único de Saúde - SUS, em conformidade com a Lei Orgânica da Saúde.	Art. 1º Aprovar a descentralização de dotações orçamentárias e de recursos financeiros do Orçamento do MINISTÉRIO DA SAÚDE, no montante de R\$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais)
RESOLUÇÃO CNS No- 380	14.06.2007	Aprova a estruturação da Comissão Intersectorial de Saúde Indígena - CISI, com um representante da Fundação Nacional de Saúde - Funasa.	Composição: 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; 5 representantes indígenas regionais, ABA, CIMI, Abrasco, Pastoral da Criança, Funai, Funasa
Portaria nº 840 (FUNASA)	15.08.2007	O Presidente da Fundação Nacional de Saúde estabelece as diretrizes para projetos de estabelecimentos de saúde para povos indígenas	

<b>Legislação / Conferências</b>	<b>Data</b>	<b>Objeto</b>	<b>Observações</b>
Portaria nº 2656 (MS)	17.10.2007	Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas.	"Esta portaria vem recebendo, nos últimos meses, uma série de críticas (de modo especial de organizações indígenas) em função do pouco debate que houve em torno de seus objetivos e fundamentalmente porque os Povos Indígenas desconfiam de sua eficácia na solução dos problemas na atenção à saúde das comunidades. Outra preocupação dos indígenas é porque a portaria carrega, em seu conteúdo, uma forte tendência da municipalização dos serviços na política de saúde indígena." (CIMI - <a href="http://www.cimi.org.br/?system=news&amp;action=read&amp;id=3055&amp;eid=243">http://www.cimi.org.br/?system=news&amp;action=read&amp;id=3055&amp;eid=243</a> )
PORTARIA N° 2.759 (MS)	25.10.2007	Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor, com representantes da Funasa.	
Portaria nº 1541 FUNASA	17.12.2007	Estabelece critérios de priorização de obras de saneamento em áreas indígenas e manutenção das obras implantadas.	Fica revogada a Portaria nº 135, de 28.2.2007
Portaria nº 14	14.01.2008	Dispõe sobre a criação do Grupo de Trabalho Tripartite para o monitoramento da implantação e implementação das disposições previstas na Portaria nº 2656/GM, de 17 de Outubro de 2007	Art. 2º - Estabelecer que o GT Tripartite, instituído por esta Portaria seja composto por representantes das seguintes instâncias: MS, Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena, CANASEMS e Ministério da Justiça (Funai).
Portaria nº 126 (FUNASA)	04.02.2008	Regulamenta o acompanhamento da execução física e financeira pela Coordenação Regional e Distrito Sanitário Especial Indígena, com a participação do Controle Social Indígena, na Celebração e Execução dos Convênios de Saúde Indígena.	
Portaria nº 216 (FUNASA)	03.03.2008	Institui o Grupo de Trabalho de Reestruturação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas do Sul e Sudeste, e dá outras providências.	I - Rever a Portaria nº 1.810, de 3 de agosto de 2006, que criou os DSEI Paraná e Sul-Sudeste e emitir parecer sobre as conseqüências originadas com sua implantação; Art. 4º Fica revogada a Portaria Funasa nº 394, de 24 de abril de 2006.

<b>Legislação / Conferências</b>	<b>Data</b>	<b>Objeto</b>	<b>Observações</b>
Portaria nº 293 (FUNASA)	07.04.2008	Estabelece critérios para celebração de convênios com entidades governamentais e não governamentais para a execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas.	Art. 2o- A celebração da parceria com entidades privadas sem fins lucrativos será precedida de chamamento público por meio de edital.
Portaria Conjunta nº 01 (SEC EX/MS, FUNASA)	14.04.2008	Aprova a descentralização de dotações orçamentárias e recursos financeiros objetivando o apoio às ações de saúde pertinentes a execução do projeto de Controle da Malária em áreas indígenas através do Desai/Funasa, visando o fortalecimento do Sistema Único de Saúde - SUS, em conformidade com a Lei Orgânica da Saúde.	Art o- 1o- - Aprovar a descentralização de dotações orçamentárias e de recursos financeiros do Orçamento do MINISTÉRIO DA SAÚDE, no montante de R\$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais) com a finalidade de apoiar as ações de Controle da Malária em áreas indígenas da Região Amazônica
Portaria nº 1235 (MS)	26.06.2008	Cria a Comissão de Estudo para elaboração de uma Política de Recursos Humanos para o Subsistema de Saúde Indígena.	Art. 2o- À Comissão ora instituída compete: II - propor encaminhamentos relativos ao exercício profissional dos Agentes Indígenas de Saúde e Agentes Indígenas de Saneamento, reconhecidas no Código Brasileiro de Ocupações; e
Portaria 475 (SAS/MS)	01.09.2008	Inclui na Tabela de Estabelecimento do Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – SCNES, os tipos de estabelecimentos 72 (Unidade de Atenção à Saúde Indígena e seus subtipo), 152 (Atenção à Saúde da População Indígena) e as equipes de saúde da Política de Atenção à Saúde Indígena. Define que o cadastro das equipes de EMSI e EMSIAL será realizado por meio do SCNES, estabelecendo prazo de 180 dias para cadastramento e/ou atualização das mesmas.	

<b>Legislação / Conferências</b>	<b>Data</b>	<b>Objeto</b>	<b>Observações</b>
Portaria Nº 1922	11.09.2008	Cria Grupo de Trabalho com o objetivo de discutir e apresentar proposta de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde no que se refere à gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas.	Art. 2º O GT será composto pelos seguintes representantes de órgãos e entidades a seguir relacionados: I - Secretaria de Atenção à Saúde; II - Secretaria-Executiva - SE; III - Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS; IV - Fundação Nacional de Saúde - FUNASA; V - Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. Art. 3º Estabelecer o prazo de 60 dias, a contar da data de publicação desta Portaria, para a apresentação do relatório com a conclusão dos trabalhos.
Portaria 2043 (GM/MS)	26.09.2008	Designa os representantes do GT com o objetivo de discutir e apresentar proposta de Ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde no que se refere à atenção a saúde dos povos indígenas, visando a incorporação de competências e atribuições procedentes da Funasa nessa área, instituído pela Portaria 1922/GM de 11.09.2008	Representantes das seguintes instituições: SAS, Secretaria Executiva, SVS, Funasa e Fiocruz.
Acórdão (TCU) Grupo II – Classe III – Plenário TC 004.199/2004-0		Viabilidade da continuação dos convênios e termos de parceria com municípios, ONG e OSCIP para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas. Possibilidade de utilização, devidamente motivada, da lei nº 8.745/1993, para a contratação temporária de pessoal.	

## **Anexo II Análise de Alternativas Institucionais para Modelagem de um Órgão Específico para o Subsistema de Saúde Indígena**

Guilherme Viváqua – Consórcio IDS-SSL-Cebrap – Brasília, Fevereiro de 2009

### **I. INTRODUÇÃO**

O Projeto Vigisus II/Funasa é um dos dois componentes da segunda fase de um Acordo de Empréstimo (APL) entre o Governo Brasileiro e o Banco Mundial para fortalecimento dos sistemas de vigilância em saúde e controle de doenças no país. Tem como um de seus objetivos articular um conjunto de ações para melhorar a qualidade, a eficiência e a satisfação dos povos indígenas em relação aos serviços de saúde.

O objetivo específico do trabalho é:

- ▶ Propor alternativas concretas de um novo modelo institucional para o Subsistema de Saúde Indígena, incluindo dois cenários:
- ▶ Primeiro Cenário: Ampliar a capacidade de gestão da Funasa com relação ao subsistema da Saúde Indígena;
- ▶ Segundo Cenário: Estruturar um organismo específico para a gestão da Saúde Indígena, fora do âmbito da Funasa.

O termo de referência, do componente do novo modelo de gestão do Subsistema de Saúde Indígena, foca atenção a métodos de gestão: organização, monitoramento, avaliação, enfim, um conjunto de mecanismos para apoiar a Funasa na implementação desses métodos, ou seja: volta-se para o primeiro cenário.

Um modelo de gestão, não é apenas um conjunto de práticas, mas também as concepções que as precedem deve traduzir um arranjo institucional e jurídico para enfrentar uma determinada demanda.

## 2. CONTEXTO

Contextualiza-se a análise do Subsistema da Saúde Indígena, em relação aos processos de mudança da administração pública que vêm ocorrendo como parte dos objetivos da reforma do estado.

### A Reforma do Estado

A mudança de paradigmas na administração, a nível internacional, tem impactado positivamente a administração pública brasileira no geral e, em particular, o Poder Executivo. A própria Constituição Federal, promulgada em 1988, não vem sendo poupada do avanço avassalador dos processos de mudança. Em que pese a riqueza dessa nova era para a administração pública, é óbvio que houve e continuará havendo resistências expressivas à percepção e incorporação desta nova realidade.

#### *O Novo Paradigma e os Conceitos da Reforma*

Os estudos mais aprofundados demonstram que existem alguns dirigentes e dirigidos, no setor público, atores de uma mesma peça, que tendem a contracenar em defesa de seus interesses, deixando à margem as demandas e as ações de interesse público.

As mudanças implicam em extirpar obstáculos de natureza legal e de gestão que já comprometeram parte das iniciativas pessoais e criativas, provocando tomadas de decisão e ações **pouco associadas a resultados**, e, por isso, distanciadas das expectativas da maioria da população. Neste caso o remédio deve ser prescrito e utilizado em doses homeopáticas e os resultados mais expressivos são aqueles decorrentes de mudanças de comportamento, o que em geral só ocorre a médio e longo prazo.

A partir do início da década de 90 foram dados os primeiros passos (Governo Collor), chegando-se em 1995 (Governo FHC) ao “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado”, cujos pressupostos básicos são:

- a) distinguir os assuntos da área de competência do núcleo estratégico do aparelho do Estado, enquanto Poder Executivo, administração direta (Ministérios e órgãos da Presidência da República), dos assuntos da administração indireta constituída pelos entes descentralizados (fundações, autarquias, empresas públicas), denominados agora de Agencias Executivas (atividades exclusivas do Estado) e Organizações Sociais (atividades não-exclusivas do Estado);



b) alinhado a este “novo desenho”, tem-se novos modelos de gestão denominados “administração gerencial”, visando a corrigir disfunções da “administração burocrática” então vigente.

Busca-se desta forma, desenhar novos modelos institucionais e de gestão em que, sinteticamente, o núcleo estratégico é responsável pela formulação de políticas, acompanhamento e avaliação de resultados, ficando a parte de execução com a administração indireta, sob a supervisão de cada ministério a que a entidade estiver vinculada.

Em busca de solução para alguns destes aspectos, torna-se necessário seguir o discurso governamental que propõe uma efetiva “reorganização da administração federal”, incluindo:

- ▶ “descentralizar para a sociedade a gestão de serviços que poderão ser melhor utilizados por meio de associações civis sem fins lucrativos (organizações sociais), dotadas de ampla autonomia administrativa, assegurado o acesso a recursos estatais, transferidos via contratos de gestão;
- ▶ organizar as atividades e serviços exclusivos do Estado, nas áreas de regulação, fomento, arrecadação e fiscalização, mediante implantação de agências executivas, com autonomia administrativa ampliada e controle por contratos de gestão;
- ▶ reduzir custos e modernizar as estruturas dos órgãos e entidades da administração federal, mediante: redução de níveis hierárquicos; eliminação de superposição de competências; e transferência aos estados e municípios da prestação direta de serviços que possam ser melhor geridos nessas esferas”.

Continua sendo também relevante o processo, desencadeado pela Constituição, de descentralização das funções tradicionalmente federais a Estados e municípios.

Hoje, em relação ao Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, a literatura já oferece abordagens críticas em maior profundidade e pertinentes aos objetivos deste trabalho.

### **3. ALTERNATIVAS INSTITUCIONAIS PARA MODELAGEM DE UM ÓRGÃO ESPECÍFICO PARA A GESTÃO DA SAÚDE INDÍGENA**

Neste sentido, servem como referencial os desenhos institucionais em evidência, no âmbito da administração pública federal, e experiências de sucesso distanciadas do setor público.

#### **Identificação Preliminar das Alternativas de Modelagem Institucional para o Subsistema de Saúde Indígena**

O Direito Administrativo Organizatório Brasileiro

Na identificação prévia de alternativas para a modelagem jurídico-institucional do Subsistema de Saúde Indígena, pesquisas feitas, compatíveis com o diagnóstico realizado pelos Consultores, inferiu-se sob o título: *Serviços Públicos e de Interesse Público e das Pessoas Administrativas Aptas a Torna-las Exeqüíveis na Administração Pública Brasileira do Poder Executivo*.

O respaldo doutrinário utilizado pelo Consultor para a concepção técnica visualizada encontra-se firmado consoante o respeitado jurista Hely Lopes Meirelles<sup>1</sup>, quando diz:

*“Nesse campo estrutural - funcional do Estado atua o moderno Direito Administrativo Organizatório, auxiliado pelas contemporâneas técnicas de administração, aquele estabelecendo o ordenamento jurídico dos órgãos, das funções e dos agentes que irão desempenhá-los, e estes informando sobre o modo mais eficiente e econômico de realizá-los em benefício da coletividade. O Direito Administrativo impõe regras jurídicas de organizações e funcionamento e a conduta mais adequada ao pleno desempenho das atribuições da Administração. Assim, embora sendo disciplinas diferentes, ambas devem coexistir em toda a organização estatal, autárquica, fundacional ou paraestatal, a fim de bem ordenar os órgãos, distribuir as funções, fixar as competências e capacitar os agentes para a satisfatória prestação dos serviços públicos ou de interesse coletivo, objetivo final e supremo do Estado em todos setores do Governo e da Administração.”*

O Direito Administrativo Organizatório traduz, também, um complexo de relações de Governo e Administração, que, do ponto de vista de seu induzimento e aplicabilidade operacional, encaminha naturalmente o pesquisador/consultor para interpretações e conceitos mais reflexivos e pragmáticos, sem perder de vista as orientações daquele jurista<sup>2</sup>, quando assevera:

*“Governo e Administração são temas que andam juntos e muitas vezes confundidos, embora expressem conceitos diversos nos vários aspectos em que se apresentam.*

Governo – Em sentido formal, é o conjunto de Poderes e órgãos constitucionais; em sentido material, é o complexo de funções estatais básicas, em sentido operacional, é a condução política dos negócios públicos.

.....

Administração Pública – Em sentido formal, é o conjunto de órgãos (e entidades) para consecução dos objetivos do Governo; em sentido material, é o conjunto de funções necessárias aos serviços públicos em geral; em acepção operacional, é o desempenho sistemático, legal e técnico, dos serviços próprios do Estado (em sua conotação ampla) ou por ele assumidos em benefício da coletividade. Numa visão global, a Administração (Pública) é, pois, todo o aparelhamento do Estado pré-ordenado à realização de seus serviços (públicos ou de interesse público) visando à satisfação das necessidades coletivas. A Administração não pratica atos de governo; pratica tão somente, atos de execução, com maior ou menor autonomia funcional, segundo a competência do órgão (ou entidade) e de seus agentes.

.....

Comparativamente, podemos dizer que governo é atividade política e discricionária; administração é atividade neutra, normalmente vinculada à lei ou norma técnica. Governo é conduta independente; administração é conduta hierarquizada. O Governo comanda com responsabilidade constitucional a política sem responsabilidade profissional pela execução; a Administração executa sem responsabilidade constitucional ou política, mas com responsabilidade técnica e legal pela execução. A Administração é o instrumental de que dispõe o Estado para por em prática as opções políticas do Governo.”

.....

O Governo e a Administração, como criações abstratas da Constituição e das leis, atuam por intermédio de suas entidades (pessoas jurídicas), de seus órgãos (centros de decisão) e de seus agentes (pessoas físicas investidas em cargos e funções).”

Obs. (grifos no original do autor citado; palavras entre parênteses são do Consultor, venia permissa, a título de esclarecimento, exceção feita às do último parágrafo citado que constam do original).

## **Posicionamento Atual da Prestação de Serviços Públicos, de Interesse Público ou Interesse Coletivo**

A correta e atualizada noção inerente à prestação de serviço público, interesse público ou interesse coletivo tem sido tormento para a doutrina jurídica, iniciada com a Revolução Francesa (1789), que instituiu um Estado de Serviço Público e donde surgiram, dali disseminados, os seus principais cultores e debatedores, como os clássicos, León Duguit, André de Laubauderè, Louis Rolland, Bonard e Gaston Jèze. Mais modernamente, porém, Marcel Waline<sup>3</sup> começou a advertir que a noção de Serviço Público ainda é imprecisa e difícil de ser enfeixada em uma definição completa e satisfatória.

Gabino Fraga<sup>4</sup>, no entanto, passou a oferecer um conceito para esse instituto, de boa aceitação, quando diz:

*“... se puede definir el servicio público como una actividade destinada a satisfacer una necesidad coletiva de carater material, econômico o cultural, mediante prestaciones corretas e individualizadas sujeitas a um regimen jurídico que les imponga adecuación, regularidad y uniformidad.”*

A partir daí, percebe-se, em conseqüência, que dois elementos conceituais e indispensáveis, vêm ganhando adeptos: o substrato material do serviço, que: “consiste na prestação de utilidade ou comodidade fruível diretamente pelos administrados” e o seu traço formal indispensável de natureza jurídica, “consistente em um específico regime de direito público”, como sugeria o jurista Celso Antonio Bandeira Mello<sup>5</sup>, ou ainda, como remata Hely Lopes Meirelles<sup>6</sup>, para quem:

*“O conceito de Serviço Público não é uniforme na doutrina que ora nos oferece uma função orgânica, só considerando como tal o que é prestado por órgãos públicos; ora nos apresenta uma conceituação formal, tendente a identificá-lo por características extrínsecas, ora nos expõe um conceito material, visando defini-lo por seu objeto. Realmente, o conceito de serviço público é variável e flutua ao sabor das necessidades e contingências políticas, econômicas, sociais e culturais de cada comunidade, em cada momento histórico, como acentuam os modernos publicistas. Eis o nosso conceito: Serviço Público é todo aquele prestado pela Administração ou por seus delegados, sob normas e controles estatais, para satisfazer necessidades essenciais ou secundárias da coletividade ou simples conveniências do Estado”.*

*(grifos no original)*

## **A Expansão do Conceito de Serviço Público**

Doravante, a noção moderna de Serviço Público parte de dois elementos essenciais: a natureza do serviço e o seu regime de execução.

Hoje, já não se aceita, como no passado, a idéia de que o Serviço Público somente pudesse ser prestado pela Administração Pública; parcela significativa dele está atualmente a cargo de sociedades civis e empresas privadas, especialmente quando sua exploração ocorre segundo padrões econômicos comuns, incluído o lucro.

A expansão conceitual de Serviço Público tem levado o Estado a aceitar o império conjuntural econômico (como a globalização) e social (participação e interação) nos dias que correm, com a conseqüente admissão da flexibilização da gestão pública (a souplesse dos franceses, ou a waiver, inglesa), que leva os doutrinadores a aceitarem modelos descentralizados, associativos e cooperativos pela Administração Pública, como comenta Sérgio de Andréa Ferreira<sup>7</sup>, ao lançar a advertência de que:

*“Não obstante a grande variedade de pessoas administrativas, o Estado necessita, dada a complexidade da atividade administrativa, de lançar mão de outras formas de descentralização, formas estas cuja característica geral é a de dizer respeito a pessoas que se situam fora da Administração Pública, embora exerçam parcelas de atividade administrativa.”*

E, também, mais recentemente, em excelente monografia, a jurista Maria Sylvia Zanella Di Pietro<sup>9</sup> ao examinar hipóteses de parcerias, terceirização, convênios, contratos de gestão (contracting out), franquias e outros instrumentos de nítida conotação contratual privada, postos em prática pela Administração Pública, às quais se somam importantes contribuições de elevado escol, como as apontados pelo renomado Professor Arnoldo Wald<sup>10</sup> e al., a respeito do regime de concessões e permissões objeto das Leis Federais n° 8987 e 9074, ambas de 1995.

## **Repensando a Teoria dos Serviços Públicos Numa Sociedade em Mudança**

Dois outros grandes juristas nacionais – Diogo de Figueiredo Moreira Neto e Juarez Freitas – têm participado ativamente do processo de mudança a que se submete a sociedade contemporânea, em seus diferentes aspectos, inclusive no que concerne à Teoria dos Serviços Públicos, nascida com a Revolução Francesa e que teve, outrora, em Duguit e Jeze, seus mais perfeitos intérpretes.

Moreira Neto, em duas oportunidades significativas, vem se manifestando sobre mudanças conceituais relativamente aos Serviços Públicos e de Interesse Público e às pessoas administrativas aptas e capazes para executá-los; primeiro, na visão prospectiva que faz sobre a Administração Pública<sup>11</sup>, depois, em tese apresentada ao XXIV Congresso Nacional de Procuradores do Estado, havida em 1998, em São Paulo, ao dirigir observações para a temática da chamada Gestão Compartilhada do Serviço Público e salientar o quanto a noção clássica de Serviço Público vai ficando ultrapassada:

*“... já que não mais é necessária, tanto em sede positiva quanto doutrinária, que a própria Administração ou quem dela seja delegado sejam os prestadores de um determinado serviço à coletividade, bem como de que este se submeta a um estrito regime de direito administrativo para que ele possa ser considerado público.*

*Hoje, basta que o Estado o preste, por qualquer de seus órgãos, ou apenas assegure sua prestação, seja através de delegatários legais sem interferência de qualquer órgão ou entidade da Administração Pública seja, como classicamente se tem entendido, através de delegatários administrativos.*

*Diversificam-se e enriquecem-se, assim, as modalidades de prestação de serviços públicos com a crescente e multifária colaboração do setor privado, necessitando-se, em consequência, de novos conceitos e atualizadas sistematizações.”(grifos do consultor)*

Tal posicionamento logo encontraria eco na Reforma Administrativa do Aparelho do Estado encetada pela Emenda Constitucional nº 19/98, que veio garantir a publicização dos Serviços Públicos e trifurcar a Administração Pública Brasileira em Administração Direta, Indireta e Associada, como vistas sistematicamente nas planilhas anexas.

Com o mesmo rigor de sólida base doutrinária italiana admitida por Moreira Neto, ancorada, dentre outros, nos escritos de Máximo Severo Giannini e Egídio Tosato, Juarez Freitas, jusfilósofo, administrativista e cultor do Direito Alemão<sup>12</sup>, por sua vez, reanalisa também, a atualidade dos conceitos de Estado e de Serviço Público, ao assinalar com invulgar competência o seguinte:

*“Serviço Público é todo aquele essencial para a realização dos objetivos fundamentais do Estado Democrático, devendo, por isso mesmo, ser prestado sob o regime peculiar juspublicista. Tal traço de essencialidade, mais do que de existencialidade, merece ser profundamente sublinhado. Direta ou indiretamente prestado pela Administração Pública, ou, ainda, por pessoas alheia ao seu âmbito, o que releva destacar é que o Estado não pode prescindir de sua adequada prestação, justamente porquanto considerados, num*

*dado contexto histórico, como essencial à consecução dos seus fins. O Estado pode e, em vários casos, deve presta-lo por intermédio de terceiros, os quais, sob certo aspecto, deixam de ser meras pessoas de Direito Privado. Passam a ser consideradas autoridades, no que entender com essas funções, e a ter vinculação com os motivos dados para os seus atos. A valia do serviço prestado como que os publiciza. A essencialidade vincula, pois, o serviço e as pessoas que o prestam ao comando do princípio de preponderância teleológica do interesse público, que deve reger as relações jurídicas da Administração”.*

.....

*“A titularidade do Serviço Público, em última instância, pertence irrenunciavelmente ao Poder Público. A execução é que tanto pode ser realizada pela Administração Direta quanto conferida por lei específica às autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista, assim como delegada a entes privados por contrato (concessão ou permissão) ou por ato administrativo discricionário e precário (autorização), pressuposta a previsão legislativa de sujeição a tal regime, em qualquer caso, de Direito Público, ainda quando privados os métodos de gestão” (grifos do consultor)*

Com essas últimas judiciosas lições dos eminentes juristas administrativista Moreira Neto e Juarez Freitas, portanto, fica fácil compreender-se e verem-se dissipadas quaisquer dúvidas relativamente à tormentosa questão do que seja Serviço Público e de quais as pessoas administrativas incumbidas de prestá-los sobretudo neste estágio de marcante atualidade de expansividade e de reconhecimento pela publicização do setor privado da economia, por meio da Administração Pública Associada, que veio somar-se à clássica dicotomia da Administração Pública Direta (centralizada) e Administração Pública Indireta (descentralizada) na estruturação do Direito Administrativo Organizatório Brasileiro.

## **Análise das Características das Alternativas Relativas à Competência do Subsistema da Saúde Indígena**

### **Aspectos Gerais**

De posse da visão global da Administração Pública Brasileira do Poder Executivo, em seus diferentes níveis de convivência federativa, relativamente aos Serviços Públicos e de Interesse Público ou Coletivo torna-se possível teorizar visões analíticas de alternativas de modelos de gestões para estruturar o Subsistema da Saúde Indígena, com a eficiência, a eficácia e a efetividade que dele se espera.

A propósito, é bom sempre ressaltar que o Subsistema de Saúde indígena, não tem personalidade jurídica própria e a aquisição dessa personalidade somente poderá se dar por ato jurídico adequado (decreto ou lei) de forma compatível com uma das modalidades disponíveis de Administração Pública Direta, Indireta ou Associada, ajustável à missão, às finalidades, aos objetivos.

De antemão, e como esforço preliminar indicativo, pode-se perceber, feito o cotejamento entre as diferentes modelísticas jurídico-institucionais possíveis para o futuro do Subsistema da Saúde Indígena, com realce para as de caráter financeiro<sup>13</sup> que ele poderá ser enquadrado como pessoa administrativa numa das seguintes espécies jurídico-institucionais adiante:

No âmbito da administração direta, até o final da década de 80, tinha-se a figura do órgão autônomo, extinta em termos institucionais no governo Collor, mas sobrevivendo sob o ponto de vista legal.

Noutra linha tem-se órgãos da administração indireta, destacando-se as autarquias e as fundações públicas. São chamados entes descentralizados mais antigos.

A reforma administrativa do governo Collor, estabelecida na Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990, no art. 8º, autorizou o Poder Executivo “a desvincular da administração pública federal, o Centro Brasileiro de Apoio à Pequena e Média Empresa – CEBRAE, mediante sua transformação em serviço social autônomo”. Ainda nesse governo, a Lei nº 8.246, de 22 de outubro de 1991, “autoriza o Poder executivo a instituir o Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais”.

Posteriormente, em 1999, concretizou-se a legislação abrindo para a execução de funções públicas por Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPs e outros aspectos do terceiro setor.

Em síntese, considera-se:

- a) Órgão Autônomo da Administração Direta: Secretaria Especial da Saúde Indígena;
- b) Autarquia;
- c) Fundação Pública;
- d) Serviço Social Autônomo;
- e) Organização da Sociedade Civil de Interesse Público OSCIP.



Cada uma delas apresentando características e peculiaridades que, sem constituir-se vantagem diferencial comparativa em relação a outra, projeta, no entanto, trajetória institucional distinta, em termos de oportunidades e resultados, cuja decisão política de adoção de um deles caberá ao Governo optar, consoante os indicadores adiante especificados.

### **Secretaria Especial de Saúde Indígena Estruturada em Órgão Autônomo da Administração Direta**

Remanescente em vigor da antiga Reforma Administrativa Federal objeto do Decreto-Lei nº 200/67, com modificações introduzidas pelo Decreto-lei nº 900, de 29 de setembro de 1969, esta modalidade jurídico-institucional respalda-se nos seguintes dispositivos:

*“Art. 172. O Poder Executivo assegurará autonomia administrativa e financeira, no grau conveniente aos serviços, institutos e estabelecimentos incumbidos da execução de atividades de pesquisa ou ensino ou de caráter industrial, comercial ou agrícola, que por suas peculiaridades de organização e funcionamento, exijam tratamento diverso do aplicável aos demais órgãos da administração direta, observada sempre a supervisão ministerial.*

*§ 1º Os órgãos a que se refere este artigo terão a denominação genérica de Órgãos Autônomos.*

*§ 2º Nos casos de concessão de autonomia financeira, fica o Poder Executivo autorizado a instituir fundos especiais de natureza contábil, a cujo crédito se levarão todos os recursos vinculados às atividades do órgão autônomo, orçamentários e extra-orçamentários, inclusive a receita própria” (grifo do Consultor)*

A factibilidade da adoção desse modelo, visto que o Subsistema de Saúde Indígena se acha parametrizado por inúmeros institutos legais.

### **Autarquia Federal**

Tal hipótese dar-se-ia mediante lei, precedida de estudos técnicos para torná-lo semelhante ao Fundo Nacional do Desenvolvimento da Educação (FNDE) que lhe serviria de exemplo; dessa forma, tornar-se-ia pessoa administrativa de direito público, ou, como explicita em definição constante do citado Decreto-lei nº 200/67, na versão do Decreto-lei nº 900/69, por recepção constitucional, quando diz:

“Art. 5º .....

*I – Autarquia – serviço autônomo, criado por lei, com personalidade jurídica, patrimônio e receita próprios, para executar atividades típicas da Administração Pública que requeiram para seu melhor funcionamento gestão administrativa e financeira descentralizada.”*

## **O Subsistema da Saúde Indígena Transformado em Fundação Pública**

A hipótese de criação, por lei, de uma fundação pública, porque regida pelo Direito Público, à qual o Subsistema da Saúde Indígena seria transformado e poderia proporcionar o aparecimento, por exemplo, de uma Fundação Nacional da Saúde Indígena ambiente com vocação para cuidar de finalidades, objetivos, programas e projetos relacionados com a pesquisa aplicada ou à operacionalização de programas e projetos em prol da defesa e da preservação da vida e da Saúde Indígena, enquanto bem público, segundo a Constituição Federal de 1988 (art. 225).

Uma fundação pública de Direito Público é tida, doutrinariamente, como espécie do gênero autarquia. Desse modo, a fundação governamental de Direito Público (autarquia) tem o patrimônio do Poder criador afetado a um serviço público, a uma atividade típica de Administração Pública. Como foi dito, é criada em lei e o substrato material de sua atividade deve ser um serviço público ou função pública típica do Estado, instalando-se, portanto, na área da Administração Pública Indireta. As fundações governamentais de personalidade de Direito Público estão sujeitas ao regime jurídico administrativo, além de apresentarem outras características, ou seja: presunção de veracidade e executoriedade de seus atos administrativos; impenhorabilidade de seus bens; sujeição do processo especial de execução estabelecido pelo art. 100 da Carta Maior e juízo privativo (art. 104, inc. I) desta.

## **Subsistema da Saúde e Serviço Social Autônomo**

Deve-se creditar ao jurista Diogo de Figueiredo Moreira Neto um dos estudos mais eruditos e atualizados a respeito da modalidade jurídico-institucional dos Serviços Sociais Autônomos<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Artigo sob o título “Natureza Jurídica dos Serviços Sociais Autônomos”; in Rev. Dir. Administrativo, Rio de Janeiro, 207: 19-94, jan./mar. 1997

Após incursões de caráter histórico sobre a evolução desse instituto, marcado pela presença do chamado Sistema S, que colabora com o Governo na operacionalização de funções e atividades de cunho técnico.- educacional-social; a exemplo do SENAC, SENAI, SENAT, SENAR, SEBRAE, SESC, SESI e SEST, o autor preconiza a sua possível aplicação em outras áreas, como a desenvolvida pela Associação das Pioneiras Sociais, que cuida da pesquisa, desenvolvimento de recursos humanos e gerência hospitalar relativa aos acidentes e às doenças inerentes do aparelho locomotor de pessoas de qualquer idade.

Desse modo, parece razoável imaginar-se hipótese possível de conversão do Subsistema de Saúde Indígena para essa modalidade, notadamente-se, dentro de uma visão estratégica de longo alcance, (long range planning), e sem a vocação interativa, e participativa do setor privado, a matéria ambiental vier a ser cogitada no sentido de formação de reservas para a área e investimentos sociais comunitários e de financiamentos para a sua causa, pondo-se a temática no nível do chamado Sistema S.

Para tanto, segundo lição de Moreira Neto na obra citada, a taxionomia dos serviços sociais autônomos apresenta as seguintes características:

*“Os serviços sociais autônomos, embora espécie do gênero paraestatal, tanto quanto os concessionários, os permissionários e os autorizatórios de execução de serviços públicos, são peças jurídicas de direito privado, categorizadas como entes de colaborações, que atuam por delegação do Poder Público em setores específicos da administração pública e não se encontra constitucionalmente incluídos na Administração Indireta.”*

*(grifos no original)*

.....

*“A criação dos serviços sociais autônomos resulta de um ato de vontade do Poder Público mas só se concretiza no mundo jurídico nas mesmas condições e sob os mesmos requisitos formas das sociedades civis, gênero a que pertencem, ou seja, com o registro de seus atos constitutivos (bem como as posteriores alterações) no Registro Civil das Pessoas Jurídicas competentes.”*

*(grifo no original)*

Nota do Consultor: A vontade do Poder Público referida acima é manifestada na lei que o autoriza a criar o serviço, bem como celebrar contrato de gestão relativamente ao uso e aplicação de recursos orçamentários do governo.

No mesmo texto ainda, o autor reporta-se às interferências e exigências constitucionais e legais a que devem submeter-se um serviço social autônomo, ou seja, dentre outros, os seguintes:

- a) controle de contas (CF/88, art.70, par.único, c/c art.71, inc.II);
- b) responsabilidade funcional dos dirigentes pela gestão de dinheiro público na administração de interesses públicos (CF/88, §4º e Lei Federal nº 8.429, de 02/06/92);
- c) sujeição dos dirigentes à correção por mandado de segurança, quanto à prática de ato ilegal ou com abuso de poder (CF/88, art.5º, inc. LXIX);
- d) responsabilidade patrimonial objetiva dos dirigentes (CF/88, art. 37, § 6º).

#### **Organização da Sociedade Civil de Interesse Público OSCIP**

Mais recentemente, a Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, “dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público”. O art. 3º desta lei estabelece que a qualificação por ela instituída “observado em qualquer caso, o princípio da universalização dos serviços, no respectivo âmbito de atuação das Organizações, somente será conferida às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujos objetivos sociais.

#### **4. CENÁRIOS FUTUROS DO SUBSISTEMA DA SAÚDE**

Parece claro que o futuro institucional do Subsistema da Saúde, como instrumento de suporte e execução de políticas públicas, está sujeito à incorporação de propostas efetivas de mudança que extrapolam seus limites internos e até do próprio Poder Executivo. Como há consenso sobre a necessidade de mudança, resta saber se existem desenhos institucionais que contemplem, no todo ou em parte, as limitações que vêm comprometendo o desempenho do órgão. As primeiras questões que se impõem estão relacionadas ao:

- Ao Subsistema da Saúde que temos e o Subsistema da Saúde que queremos;
- Novo desenho institucional que comporte os dois cenários apresentados e a opção por um deles.

Como já é sabido, o Subsistema da Saúde que temos é um órgão vinculado a Funasa, portanto sujeito às amarras e impedimentos burocráticos de natureza legal e administrativa, que acabam por se traduzir em pouca eficiência e eficácia, em relação aos seus resultados. Na ponta, não se tem ainda resposta quanto a efetividade das ações.

Em síntese, não se pode afirmar que o órgão é ineficiente e ineficaz, mas sim que precisa urgente melhorar o seu desempenho. Os trabalhos de consultoria realizados demonstram que, até certo ponto, as reformas administrativas que podem ser feitas no curto prazo podem equacionar problemas e provocar mudanças de longo prazo.

Pode-se perceber que existem de fato desenhos institucionais que poderão em maior ou menor grau, contemplar as necessidades e a superação dos problemas já identificados, tanto interna como externamente, que vêm afetando negativamente o desempenho do Subsistema da Saúde Indígena.

Em resposta ao Subsistema da Saúde Indígena que queremos, os estudos já demonstraram que as mudanças devem acontecer no sentido de:

- Ampliar sua capacidade de captação e aplicação de recursos;
- Aperfeiçoar seu modelo de gestão;
- Modernizar sua estrutura organizacional;
- Agilizar seus processos de trabalho, sem perda da qualidade;
- Monitorar e avaliar os resultados.

### **Análise das Alternativas X Cenários Futuros do Subsistema da Saúde**

Objetiva-se, no curto prazo, alterar a finalidade do Subsistema da Saúde Indígena, órgão da administração direta, criado por lei e com pouca flexibilidade, além dos seus objetivos específicos, sua estrutura organizacional e seu modelo de gestão. Essas limitações decorrem tanto das competências dos órgãos de controle interno e externo da administração direta (unidades derivadas da AGU e Tribunal de Contas da União) como dos órgãos centrais normativos: Ministério da Fazenda e Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, que absorveu a terceira paternidade da Lei nº 8.666/93, criada pela Secretária da Administração Federal – SAF, já extinta, no governo Itamar Franco. É pertinente colocar que essas limitações decorrem, também, da “necessidade” que os constituintes tiveram e procuraram

justificar de “engessar”, na Constituição de 1988, o Poder Executivo. Leia-se, portanto, na “Seção II – Das Atribuições do Congresso Nacional”, art. 48, incisos X e XI:

“Art. 48. Cabe ao Congresso Nacional, com a sanção do Presidente da República (...) dispor sobre todas as matérias de competência da União, especialmente sobre:

(...) “

X – criação, transformação e extinção de cargos, empregos e funções públicas;

XI – criação, estruturação e atribuições dos Ministérios e órgãos da administração pública;

(...)”

O Subsistema de Saúde Indígena (Órgão Autônomo) – órgão da administração direta, transformado por decreto (curto prazo), com as características e vantagens estabelecidas no art. 172, do Decreto – lei 200/67, supracitado. Parece uma boa alternativa, uma vez que as limitações impostas aos órgãos comuns da administração direta seriam substantivamente superadas. Deve-se levar em consideração que o Poder Executivo já está autorizado para criar o órgão, o que não implica em grande esforço político, nem em decisão no médio e longo prazos. Além disso, é necessário se avaliar melhor o “distanciamento” do Subsistema de Saúde Indígena, pelo papel que desempenha e virá a desempenhar, da administração direta.

Subsistema de Saúde Indígena (Autarquia ou Fundação) – órgão da administração indireta, criado ou transformado por lei, decisão de médio ou longo prazo, exigindo expressivo esforço político sem grandes resultados, uma vez que esses órgãos se tornaram cópias dos órgãos da administração direta. A não ser que, no caso de autarquia, se use do artifício de denominá-la de autarquia “especial”, como foi o caso do IBAMA, hoje com pouca ou nenhuma vantagem em relação aos órgãos comuns da administração direta. Note-se, por outro lado, que as universidades federais como fundações públicas, têm grandes dificuldades de exercer seus direitos, conforme determina o art. 207 da Constituição de 1988, a saber:

“Art. 207. As universidades gozam de autonomia didática, científica, administrativa e de gestão financeira e patrimônio e obedecerão ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão”.

Subsistema de Saúde Indígena (transformado em Serviço Social Autônomo) – instituído por decreto, como entidade jurídica de direito privado, com gestão por mandato e, naturalmente, fora das

amarras que são impostas aos órgãos que integram a administração pública, principalmente as que estão relacionadas à modernização institucional, modelo de gestão (com base em decisões estratégicas de natureza colegiada), desdobramento da estrutura, cargos e salários, licitações e dispensa e admissão de pessoal. Esses órgãos tem supervisão de ministério, conforme os assuntos de sua área de competência, e atuarão sob a forma de convênios e contratos de gestão.

Subsistema de Saúde Indígena (qualificado como Organização Social) – trata-se de pessoa jurídica de direito privado, a sua qualificação se dá por decreto, com fomento do estado e ações reguladas por Contrato de Gestão. Com direção estratégica colegiada e eleita para cumprir mandatos, a princípio com poucas ingerências políticas. Fora das amarras da administração direta, o Estado exercerá seu controle de aplicação de recursos com base nos resultados estabelecido no Contrato de Gestão. São grandes as vantagens, em relação a situação atual mas exigem grande esforço político e uma análise mais aprofundada sobre as experiências já vividas pelo Poder Executivo.

Como é possível notar, a Lei não se aplica ao Subsistema de Saúde Indígena.

### Comparação de Alternativas do Novo Modelo Institucional

Subsistema de Saúde Indígena: Alternativas para Implantação de Novo Modelo Institucional

<b>Órgãos</b> <b>Variáveis</b>	<b>ÓRGÃO AUTÔNOMO</b> (Secretária Especial da Saúde Indígena)	<b>AUTARQUIA OU FUNDAÇÃO</b>	<b>SERV.SOCIAL AUTÔNOMO</b>	<b>OSCIP</b>
Legal/ institucional	Decreto	Lei	decreto	Terceiro setor, decreto
Autonomia	Ampla	Limitada	ampla	ampla
Captação e aplicação de recursos	Ampla	Limitada	ampla	ampla
Modelo de gestão	ampla	Limitada	ampla	ampla
Modernização da Estrutura	ampla	Limitada	ampla	ampla
Agilização dos processos internos	ampla	Limitada	ampla	ampla
Monitoração e avaliação de resultados	ampla	Limitada	ampla	ampla

## 5. CONCLUSÕES

Em uma primeira fase, há algumas decisões que podem ser tomadas pela mudança sem um novo modelo institucional. Depois, o modelo para o Subsistema de Saúde Indígena pode ser reformulado com uma das alternativas indicadas:

As alternativas principais seriam o órgão autônomo (principalmente pela fácil aprovação pelo executivo) e o serviço social autônomo (pela sua distância maior da administração direta, além da fácil aprovação pelo executivo). Não cresceria muito a autonomia com uma autarquia ou fundação pública enquanto, uma organização social ou uma OSCIP estaria muito independente do Governo Federal (de e criados pelo terceiro setor).

O novo modelo institucional deve ser construído em função e em sintonia com as demandas da sociedade brasileira, podendo incorporar as lições aprendidas de experiências similares de fundos ambientais e sociais tanto nacionais como internacionais. Deve também ser fruto de um amplo processo participativo de construção, apoiado em mecanismos de consulta e participação da sociedade e, principalmente, deve ter o respaldo político do setor indigenista.

## BIBLIOGRAFIA

<sup>1</sup>In Direito Administrativo Brasileiro, 23ª ed. São Paulo, Malheiros Editores, p.64, 1997.

<sup>2</sup>Ob, cit., p.65.

<sup>3</sup>In Droit Administratif, Paris, Sirey, 1959, p. 62.

<sup>4</sup>In Derecho Administrativo, 12ª ed., México, Editorial Porrúa, 1968, p.22.

<sup>5</sup>In Prestações de Serviços Públicos e Administração indireta, 2ª ed., São Paulo, Ed. RT, 1979, p. 18/19.

<sup>6</sup>In ob, cit., p., 285.

<sup>7</sup>In Direito Administrativo Didático, 3ª ed., Rio Forense, 1985, p.80.

<sup>9</sup>In Parcerias na Administração Pública, São Paulo, Ed. Atlas, 1996.

<sup>10</sup>In O Direito de Parcerias e a Nova Lei de Concessões prefacio do Professor Fernando Henrique Cardoso, São Paulo, Ed. RT, 1996, com, destaque para as p. 19/40.

<sup>11</sup>In Sociedade, Estado e Administração Pública, Rio, Edição Top Books, 1995, com especial referência para os capítulos 22 a 31.

<sup>12</sup>In Estudos de Direito Administrativo, São Paulo, Malheiros Editores, 1995.

<sup>13</sup>In Consulte-se: Szazi, Eduardo. Terceiro Setor: Regulação no Brasil, São Paulo, Ed. Peirópolis, p. 119-125.