

Avaliação dos fluxos de acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF) para povos Indígenas

Alba Figueroa¹
Júlio Borges²
Neida Pinheiro³
Pedro Pires⁴

¹ Mestre e Doutora em Antropologia Social, foi Técnica da Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação SAGI/MDS de 2011 a 2014.

² Mestre e Doutor em Antropologia Social pela Universidade de Brasília, foi Técnico da Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação SAGI/MDS de 2009 a 2014.

³ Diretora de pesquisa da empresa NC Pinheiro.Fome (SAGI/MDS).

⁴ Mestre e Doutorando em Antropologia Social na Universidade de Brasília, é Analista Técnico de Políticas Sociais em exercício na Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação – SAGI/MDS.

Introdução

O Programa Bolsa Família (PBF), criado em outubro de 2003, é um programa federal de transferência de renda com condicionalidades.⁵ O Programa é gerido pela Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (SENARC), do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). O Bolsa Família possui três eixos principais: a transferência de renda promove o alívio imediato da pobreza; as condicionalidades reforçam o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social; e as ações e programas complementares objetivam o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários consigam superar a situação de vulnerabilidade.⁶

Além de visar a inclusão dos segmentos da população com menor renda, considerados indistintamente, cada vez mais o Programa procura incluir populações com características socioculturais específicas, como os povos indígenas. Segundo o Censo Demográfico de 2010, no Brasil existiam 896,9 mil índios à época, o que representaria 0,47% da população nacional.⁷ O mesmo Censo aponta a existência de mais de trezentas sociedades indígenas que vivem em todo território nacional, uma notória sociodiversidade.⁸ Tais grupos são falantes de uma grande diversidade de línguas distribuídas nos troncos Tupi, Macro-Jê e Aruak, e nas famílias Karib, Pano, Maku, Yanoama, Mura, Tukano, Katukina, Txapakura, Nambikwara e Guaikuru, além de línguas isoladas.

Trata-se de coletividades com configurações específicas de costumes, de crenças, de línguas, de formas de relação com o que se define de “natureza”, com histórias diferenciadas com a colonização e de relação com o Estado nacional. Durante muito tempo, nossas Constituições não enxergaram nem reconheceram a sociodiversidade indígena, mas, ao contrário, buscaram sua assimilação numa suposta identidade nacional unificada, fruto da ideologia positivista de forte ascendência na história republicana brasileira. Com a Constituição Federal de 1988, essa postura começa a mudar. As sociedades indígenas eram vistas como um estágio primitivo de um pro-

cesso evolutivo da humanidade. A partir de então, passaram a ter garantidos pela legislação seus direitos a terra e a suas formas de organização social e expressão cultural e, assim, a políticas de educação e saúde que respeitem suas diferenças.⁹

Esse histórico de desfavorecimento das populações indígenas fez com que grande parte dos grupos indígenas se encontrem ainda hoje em situação de vulnerabilidade. O Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) é um instrumento que identifica e caracteriza as famílias de baixa renda, entendidas como aquelas que têm renda mensal de

5 A gestão do programa, instituído pela Lei 10.836/2004 e regulamentado pelo Decreto nº 5.209/2004, é descentralizada e compartilhada entre a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios. Os entes federados trabalham em conjunto para aperfeiçoar, ampliar e fiscalizar a execução.

6 Os programas complementares consistem em ações que promovem oportunidades e condições às famílias beneficiárias para superar a pobreza de forma sustentável. São exemplos dessas ações os programas para alfabetização e aumento de escolaridade; qualificação e inserção profissional; formação de microempreendimentos; concessão de microcrédito; estratégias de apoio à aquisição, construção ou reforma de unidade habitacional; produção e acesso à cultura e emissão de documentos de identificação civil.

7 IBGE, 2010. Disponível em <<http://indigenas.ibge.gov.br/>>. Acessado em 18 de setembro de 2014.

8 SANTOS, R. V. et al. Saúde dos Povos Indígenas e Políticas Públicas no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 33-55.

9 Trata-se de um marco importante na legislação sobre povos indígenas no Brasil justamente porque eliminou o preceito da tutela e da integração. A Constituição Federal, assim, deu fundamento legal ao combate ao racismo e às diversas formas de preconceito, ao prever que a diversidade étnica do país assume contornos específicos a partir de critérios de adscrição, filiação e exclusão próprios a cada grupo étnico. Cf. também o Artigo 3º, inciso IV, e Artigo 215, §1, da Constituição Federal.

até meio salário mínimo por pessoa; ou renda mensal total de até três salários mínimos.¹⁰ É por meio do cadastramento no CadÚnico que as famílias, se elegíveis, têm acesso a alguns Programas federais, como o Bolsa Família. No mês de fevereiro de 2012, início da pesquisa em questão, existiam 83.659 famílias indígenas beneficiárias do Programa, distribuídas pelas cinco grandes regiões do país. Em 21 de junho de 2014,¹¹ pouco mais de dois anos depois, esse número havia aumentado para 136.069 famílias indígenas, o que demonstra o rápido crescimento do Programa entre as populações indígenas.

Quando inseridos no PBF, os beneficiários devem observar o cumprimento das chamadas *condicionalidades*, compromissos assumidos tanto pelas famílias beneficiárias do Bolsa Família quanto pelo poder público para ampliar o acesso dessas famílias a seus direitos sociais básicos. Por um lado, as famílias devem assumir e cumprir esses compromissos para continuar recebendo o benefício. Por outro, as condicionalidades responsabilizam o poder público pela oferta dos serviços públicos de saúde, educação e assistência social.

Na área de saúde, as famílias beneficiárias assumem o compromisso de acompanhar o cartão de vacinação e o crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 7 anos. As mulheres na faixa de 14 a 44 anos também devem fazer o acompanhamento e, se gestantes ou nutrizes (lactantes), devem realizar o pré-natal e o acompanhamento de sua saúde e do bebê. No caso específico da saúde, as condicionalidades incidem sobre todas as famílias beneficiárias do PBF que possuam crianças menores de sete anos e/ou que tenham, entre seus componentes, gestantes e lactantes. Este é o público definido como tendo o “perfil saúde” entre os beneficiários do PBF. Assim, cabe às famílias beneficiárias com este perfil: manter atualizado o calendário de vacinação das crianças e levá-las para serem pesadas, medidas e examinadas, conforme o calendário estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS); as gestantes devem realizar o pré-natal, fazendo os exames e consultas na unidade de saúde e, após o parto, devem continuar o acompanhamento de sua própria saúde, bem como a do bebê.

O Quadro I sintetiza as condicionalidades de saúde associadas ao PBF.

■ QUADRO 1: CONDICIONALIDADES DE SAÚDE ASSOCIADAS AO PBF.

ÁREA	COMPROMISSOS/CONDICIONALIDADES	PÚBLICO
SAÚDE	Acompanhamento do calendário vacinal, do crescimento e do desenvolvimento das crianças.	Crianças menores de sete anos
	Acompanhamento nutricional para mulheres gestantes e lactantes, além das consultas de pré-natal e pós-natal.	Gestantes e lactantes

Conforme destaca um estudo da Fundação Oswaldo Cruz,¹² a saúde dos povos indígenas passa por alterações profundas no Brasil nos últimos anos, “que englobam desde aceleradas transformações em perfis epidemiológicos até a reestruturação do modelo de atenção à saúde”. O acompanhamento das condicionalidades de saúde associadas ao PBF figura como um dos indicadores da atenção básica à saúde, permitindo identificar situações de vulnerabilidade social e dificuldades no acesso aos serviços da área da saúde. No caso dos povos indígenas, algumas particularidades se agregam ao processo de acompanhamento das condicionalidades de saúde, em especial relacionadas aos diferentes fluxos de atendimento e de gestão da saúde desses povos, além de dificuldades relativas a questões culturais, territoriais e de acesso às famílias.

Pensando nessas particularidades, em 2005 um Relatório interno do MDS explicitou a necessidade de adoção de es-

tratégias apropriadas para a inclusão dos povos indígenas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), requisito para a concessão do benefício do PBF. Em seguida, foram realizadas diversas reuniões entre técnicos do MDS e da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), à época órgão gestor da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, no sentido de se analisar alternativas de inclusão dos indígenas no Cadastro Único. Entre as possibilidades de cadastramento, discutiu-se o aproveitamento, pelo Cadastro, da base de dados do Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), bem como a possibilidade de utilização das estruturas dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) para a atividade de cadastramento.

Após essas discussões iniciais, foi publicada a Portaria MDS nº 321/2008, que, ao abordar o acompanhamento das condicionalidades para os povos indígenas, em seu art. 17, prevê a possibilidade de adoção de normas e procedimentos ade-

10 BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Bolsa Família e Cadastro Único**. Brasília: 2014. Disponível em <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>> Acesso em: 18 set. 2014.

11 Dados extraídos do Cadastro Único em 21/06/2014 e da Folha de pagamento do PBF em julho de 2014.

12 SANTOS, R. V. et al. Saúde dos Povos Indígenas e Políticas Públicas no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 33-55.

quados às particularidades desses povos,¹³ em consonância com o que dispõem a Constituição Federal e a Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT).¹⁴ Apesar destas orientações, nem sempre as particularidades dos povos indígenas são levadas em conta na gestão do PBF. Na época, foi ressaltada a necessidade de que fossem estabelecidas parcerias com instituições como a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e a FUNASA – responsável pela atenção à saúde indígena antes da criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), na estrutura do Ministério da Saúde – sete anos após a criação do Programa. Estas parcerias apoiariam, por exemplo, a coleta de informações e a adequação do acompanhamento das condicionalidades das ações intersetoriais, visando ao aperfeiçoamento da gestão do PBF.

Tendo em vista essas lacunas de conhecimento sobre essas ações, foi contratado um estudo qualitativo sobre o desenho, a gestão, a implementação e os fluxos de acompanhamento das condicionalidades de saúde associadas ao PBF para povos indígenas. Seu objetivo foi compreender como se dá o processo de acompanhamento das condicionalidades de saúde junto às famílias indígenas, analisando desde as estratégias locais adotadas para o acompanhamento dos beneficiários com perfil de saúde, isto é, aquelas com compromisso de acompanhamento pela Atenção Básica de Saúde, que visa resolver os problemas de saúde mais frequentes e de

maior relevância para a população, até as formas de registro e fluxos dessas informações para a gestão municipal e federal do PBF¹⁵.

Na próxima seção são detalhados aspectos específicos do subsistema de atenção à saúde indígena e do acompanhamento das condicionalidades de saúde para este público.

A atenção à saúde indígena

A atenção à saúde indígena no Brasil fundamenta-se nos pressupostos constitucionais de acesso universal e integral à saúde, complementados pela Lei .º 8.080/1990, pelos Decretos .º 3.156/1999 e .º 7.336/2010, pela Lei .º 9836/1999, pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Portaria MS .º 254/2002) e pelas Portarias MS .º 2.656/2007 (alterada pela Portaria MS .º 2.760/2008) e Portaria SVS-MS .º 116/2009.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), gerido pela SESA/MS, é composto por 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) – unidades supra-municipais descentralizadas, com autonomia administrativa e responsabilidade sanitária – que atuam como interlocutores entre as comunidades indígenas e as diversas instâncias governamentais. O DSEI pode ser conceituado como um modelo de organização de serviços orientado para um espaço geográfico, populacional e ad-

ministrativo bem delimitado, cuja área de atuação pode abranger mais de um grupo étnico. O DSEI implementa, ainda, um conjunto de atividades técnicas visando a adoção de medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social. Os distritos não foram divididos por estados ou municípios; mas, sim, tendo como referência a ocupação geográfica dos povos indígenas e suas relações interétnicas).¹⁶

Os DSEI foram criados com a finalidade de implementar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas nas aldeias, com recursos próprios da União, executando serviços de atenção integral à saúde indígena, realizando ações básicas de saúde nas aldeias e articulando iniciativas com as redes de referência dos municípios e

estados, em relação àqueles serviços complementares que não são executados nas aldeias, como exames e consultas especializadas, além daqueles serviços de média e alta complexidade, construindo, dessa forma, um sistema de Rede de Atenção Integral à Saúde Indígena.

Os serviços prestados pelos DSEI, de forma articulada com o Sistema Único de Saúde (SUS), preveem a integração e a hierarquização dos serviços com complexidade crescente, desde o nível das aldeias até as redes de atenção à saúde do SUS, fora dos territórios indígenas. O atendimento de saúde no território do DSEI é feito pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), que incluem médicos, enfermeiros, nutricionistas, técnicos em enfermagem, odontólogos, agentes indígenas de saúde e de saneamento, entre outros. Essas equipes são contratadas e geridas por entidades privadas sem fins lucrativos conveniadas com o governo federal.

13 BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria nº 321, de 29 de setembro de 2008. Regulamenta a gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/programabolsafamilia/menu_superior/legislacao_e_instrucoes/portarias-1/menu_superior/legislacao_e_instrucoes/portarias-1/portaria-321_atualizada_final-1.pdf.pagespeed.ce.aRH0Nagzwn.pdf> Acesso em: 18 set. 2014.

14 BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 5.051, de 19 de abril de 2004. Promulga a Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho – OIT sobre Povos Indígenas e Tribais. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5051.htm> Acesso em: 18 set. 2014.

15 O acompanhamento previsto é voltado ao crescimento e desenvolvimento infantil, à assistência ao pré-natal e ao puerpério, à vacinação e à vigilância alimentar e nutricional de crianças menores de 7 (sete) anos (Portaria Interministerial nº 2.509 de 18 de novembro de 2004).

16 BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf> Acesso em: 18 set. 2014.

Além de prestar atendimento no nível local, estas equipes são responsáveis por realizar os encaminhamentos necessários, dentro da estrutura de hierarquização do SUS, de pacientes com demandas mais complexas, como cirurgias e exames, para hospitais, de acordo com as especificidades da demanda e da realidade local. As EMSI respondem, ainda, pela sistematização das informações referentes às ações realizadas no território, em cada um dos Polos Base.¹⁷ Quando repassadas para o DSEI, estas informações são registradas no Sistema de Gestão do PBF na Saúde e/ou repassadas para os demais níveis de gestão (municipal, estadual e federal) das ações de saúde. A integração do SASISUS com o SUS é realizada por meio de parcerias com Estados e municípios, conforme demonstrado na Figura 1.

Considerando esta estrutura e o acompanhamento das condicionalidades de saúde associadas ao PBF, o fluxo esperado de informações partiria da EMSI que atua na aldeia – responsável pelo acompanhamento das crianças e gestantes e, portanto, pela coleta primária das informações. A EMSI sistematizaria as informações, por polo base, e as repassaria para o DSEI. No DSEI (mais especificamente na Divisão de Atenção à Saúde Indígena – DIASI), as informações seriam consolidadas e, então, enviadas aos municípios, de modo que o Coordenador Municipal do Bolsa Família na Saúde possa registrar as informações no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde, desenvolvido e disponibilizado especialmente para esse acompanhamento pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS/MS) e gerido pela Coordenação-

■ **FIGURA 1: ORGANIZAÇÃO DO DSEI E MODELO ASSISTENCIAL.**



Fonte: SESAI/Ministério da Saúde.

-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (CGAN/DAB/SAS/MS).

Considerando essa estrutura, a pesquisa foi desenhada para responder aos seguintes objetivos específicos:

- Mapear os fluxos de informação e identificar as dificuldades existentes para o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias indígenas, tanto do ponto de vista dos arranjos institucionais e normativos definidos pela gestão federal, como a partir das estratégias dos municípios e distritos para localização e acompanhamento das famílias, registro nos mapas de acompanhamento ou no formulário utilizado pelas equipes de saúde e inserção de informações no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde;
- Compreender a dinâmica de acompanhamento das condicionalidades de saúde dos beneficiários do PBF com perfil saúde¹⁸ referentes a povos indígenas por meio de entrevistas com as seguintes categorias de atores: (i) o chefe da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI); (ii) o coordenador das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI); (iii) o gestor do PBF, (iv) o coordenador municipal do PBF na saúde; e (v) o secretário municipal de saúde, nos municípios selecionados
- Identificar os principais sistemas de informação (informatizados ou não) – distritais, municipais, estaduais e federais – utilizados para o acompanhamento das famílias indígenas com perfil saúde,

17 O Polo Base, localizado, em geral, dentro do território indígena, é a primeira referência para o atendimento de saúde desta população. Estas estruturas de atendimento são constituídas como Unidades Básicas de Saúde e contam com a atuação da EMSI.

18 Famílias com “perfil saúde” são aquelas com crianças menores de sete anos e com mulheres entre 14 e 44 anos (prováveis gestantes ou nutrizes). O perfil é determinado com base nos compromissos da área da saúde que se aplicam às famílias beneficiárias, quais sejam: manter atualizado o calendário de vacinação das crianças e levá-las para serem pesadas, medidas e examinadas, conforme o calendário estabelecido pelo Ministério da Saúde. As gestantes devem comparecer ao pré-natal, realizando os exames e participando das consultas nas unidades básicas de saúde. Após o parto, devem continuar o acompanhamento da própria saúde e do bebê, além de participar de atividades educativas promovidas pelas equipes de saúde sobre aleitamento e alimentação saudável.

- Coletar sugestões dos entrevistados e formular recomendações para o aprimoramento do acompanhamento das condicionalidades de saúde dos povos indígenas, com base nos resultados encontrados.

A metodologia utilizada foi a de pesquisa qualitativa. As entrevistas foram realizadas com apoio de roteiro semiestruturado, aprovado pela Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (SAGI) do MDS após elaboração e pré-teste pela contratada. Foram realizadas 55 entrevistas com diferentes atores, dentre as categorias elencadas acima.

Seleção dos DSEI e dos municípios que participaram do estudo

Para cobrir uma ampla gama de situações relacionadas ao acompanhamento das condicionalidades de saúde de famílias indígenas, foram selecionados DSEI que abrangem municípios em todas as regiões do país. Em cada um dos DSEI, foram selecionados dois municípios de acordo

com os seguintes parâmetros: o município sede do DSEI e um município distante do município sede – uma vez que é possível que a qualidade da relação dos DSEI com as respectivas gestões municipais varie, dentre outros aspectos, em função da proximidade e facilidade de acesso aos serviços de saúde. Além disso, a seleção dos municípios procurou incluir municípios com elevada e baixa concentração relativa de população indígena beneficiária do PBF – critério que pode interferir diretamente na qualidade da gestão das condicionalidades de saúde do PBF, uma vez que, em municípios com maior concentração de população indígena (e, consequentemente, com maior concentração de famílias beneficiárias), a cobertura dos serviços de saúde também tende a ser maior.

A combinação desses critérios levou à seleção dos seguintes DSEI: Alto Rio Negro, Bahia, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Litoral Sul e Xavante. A lista dos 12 municípios selecionados para compor a amostra da pesquisa, bem como o número de famílias indígenas beneficiárias do PBF nesses municípios, é apresentada no Quadro II.

■ **QUADRO 2: LISTA DE MUNICÍPIOS SELECIONADOS PARA COMPOR A AMOSTRA E NÚMERO DE FAMÍLIAS INDÍGENAS BENEFICIÁRIAS DO PBF NESSES MUNICÍPIOS, POR DSE**

DSEI (Nº)*	MUNICÍPIO	Nº DE FAMÍLIAS INDÍGENAS BENEFICIÁRIAS DO PBF ¹⁹
Alto Rio Negro (04)	São Gabriel da Cachoeira (sede)	4.324
	Barcelos	305
Bahia (09)	Salvador (sede)	136
	Porto Seguro	940
Maranhão (18)	São Luís (sede)	68
	Grajaú	599
Mato Grosso do Sul (19)	Campo Grande (sede)	455
	Dourados	1.947
Litoral Sul (28)	Curitiba (sede)	50
	São Paulo	374
Xavante (32)	Barra do Garças (sede)	252
	Campinápolis	876

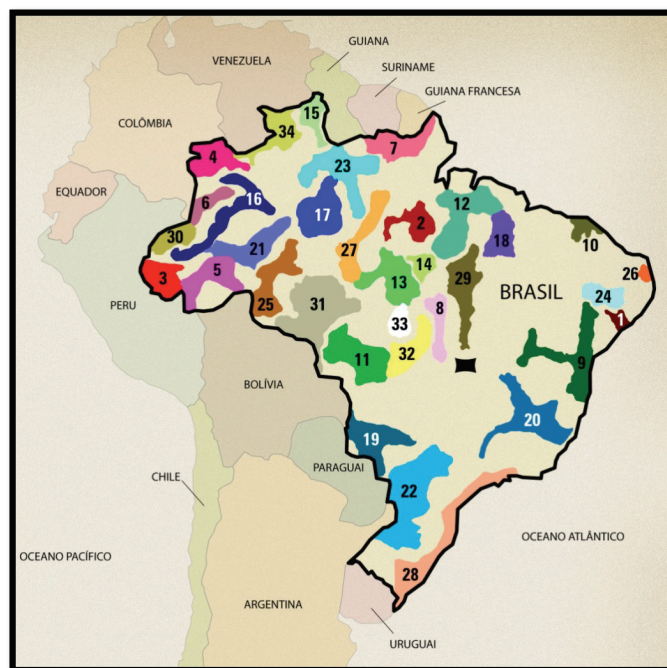
*Nota: Os números entre parênteses correspondem a cada DSEI no "Mapa 1 – Localização dos DSEI, Brasil", apresentado a seguir.

19 Fonte: CadÚnico/janeiro 2012 e Folha de Pagamento de fevereiro de 2012. Mantivemos o número encontrado no CadÚnico referente à época do início da realização da pesquisa de campo.

O DSEI Alto Rio Negro (nº 4, no Mapa 1, abaixo) está localizado na região noroeste do estado do Amazonas, faz divisa com a Venezuela e a Colômbia e é responsável pelo atendimento a 28.074 indígenas, distribuídos em cerca de 23 etnias, sendo que a predominante é a Baré. O DSEI Bahia (nº 9, no Mapa 1) situa-se no centro desse estado e atende toda população indígena baiana, de 13 etnias – cerca de 27 mil pessoas, na maioria do povo Pataxó. O DSEI Maranhão (nº 18, no Mapa 1) abarca todo estado do Maranhão e aproximadamente 30 mil indígenas, pertencentes a 10 etnias, predominantemente a Guajajara. O DSEI Mato Grosso do Sul (nº 19, no Mapa

1) fica localizado na região do pantanal mato-grossense, próximo às divisas com o Paraguai e a Bolívia, e atende 68.860 indígenas de 10 etnias, principalmente do povo Kaiowá. O DSEI Litoral Sul (nº 28, no Mapa 1) compreende o litoral das regiões sul e sudeste do país, incluindo os estados do Rio de Janeiro, de São Paulo, do Paraná, de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul. O distrito atende 9.347 indígenas de 17 etnias, pertencentes, na maioria, à Guarani. O DSEI Xavante (nº 32, no Mapa 1), localizado no interior do estado do Mato Grosso, é responsável pela saúde de cerca de 15 mil indígenas xavantes²⁰. O Mapa 1 mostra a localização dos DSEI selecionados.

■ MAPA 1: LOCALIZAÇÃO DOS DSEI, BRASIL



Fonte: SESAI/Ministério da Saúde.

A escolha destes distritos procurou abarcar diferentes fatores sociais, culturais, econômicos, demográficos e políticos relacionados ao quadro da saúde indígena no Brasil. Além dos critérios explicitados acima, a seleção destes DSEI considerou também as distintas situações da saúde pública dos povos indígenas, suas diferenças étnicas e culturais, seu grau de mobilização e organização política, distância dos DSEI em relação às metrópoles e grandes centros urbanos, bem como sua localização em regiões (ricas e pobres) do país e o nível da oferta de serviços de saúde por municípios de portes distintos.

Principais Resultados

ESTRUTURA, ORGANIZAÇÃO E ABRANGÊNCIA DOS SERVIÇOS DO DSEI

A atribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) é prestar ações integrais de atenção básica de saúde às populações indígenas aldeadas. A estrutura dos DSEI é composta: i) pela sede administrativa, a sua Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI) responsável pela

saúde indígena em toda a área de abrangência do distrito, incluindo a aquisição e suprimento de todos os equipamentos e medicamentos necessários à operacionalização das atividades dos Polos Base e das EMSI; ii) pelos Polos Base do tipo II, localizados no município de referência e que foram concebidos para executar funções basicamente administrativas e de apoio às EMSI; iii) pelos Polos Base do tipo I (Postos de Saúde), localizados dentro das aldeias e que servem de base para atividades das EMSI, que são itinerantes; e iv) pelas Casas de Saúde do Índio (CASAI), que têm a função de abrigar as famílias indígenas que estão em trânsito para tratamento de saúde.

No que se refere às equipes multidisciplinares, conforme os chefes das DIASIs, elas normalmente incluem médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas e técnicos de saúde bucal, para além dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS). A opinião da maioria dos coordenadores de EMSI é que a presença dos AIS nas aldeias é fundamental para um atendimento mais eficiente das equipes de saúde. Cabe ressaltar que, de acordo com alguns coordena-

20 Fonte: SESAI/MS. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1744>. Acessado em 7 de março de 2012.

nadores de EMSI, atualmente o número destes profissionais é calculado com base na população indígena. Porém, desconsidera-se o fato de que a maioria dos distritos é caracterizada por uma grande quantidade de aldeias com pequeno número de famílias dispersas em vasto território. Desta forma, quando se calcula a quantidade de AIS somente com base na população, várias aldeias ficam desprovidas deste profissional que muitas vezes não consegue deslocar-se a todas elas devido às distâncias.

Todos os distritos que participaram da pesquisa enfrentam sérias dificuldades para a operacionalização de suas atividades. A principal razão é a falta de veículos para transporte das equipes. A carência de recursos humanos e equipamentos básicos para as ações de saúde também ocasiona uma baixa qualidade na oferta de serviços de saúde à população indígena. Há casos, entre os DSEI pesquisados, em que até recentemente, as ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças e das gestantes não estavam sendo executadas; as equipes de saúde vinham priorizando apenas as ações de vacinação ou atuando apenas nas aldeias mais próximas dos centros urbanos. As estruturas físicas da maioria dos Polos Base do tipo I (postos de saúde), em todos os DSEI, estão em precário estado de conservação, muitas vezes não permitindo ali a permanência das equipes de saúde.

Alguns dos atores entrevistados justificam a atual situação de precariedade dos serviços ao fato de que à época em que os

distritos sanitários adquiriram autonomia administrativa, eles não estavam preparados para lidar com processos administrativos de aquisição de bens e serviços, ocasionando um grande atraso nas aquisições. Como os veículos e equipamentos já estavam em estado precário quando os receberam da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e houve demora nos processos de compra, o resultado é a situação de sucateamento dos veículos, que prejudica a mobilidade das equipes e consequentemente compromete a efetivação das ações de saúde. Os DSEI que abarcam aldeias espalhadas por grandes áreas geográficas e distantes dos centros urbanos são os mais prejudicados. Apesar das dificuldades apresentadas em todos os DSEI visitados, os profissionais de saúde que compõem as EMSI demonstram esforços em tentar realizar seu trabalho. Em alguns Polos Base que visitamos é comum as EMSI adquirirem, com seus recursos particulares, os equipamentos necessários às ações de saúde. Em dois Polos Base visitados as equipes contribuem até mesmo com a alimentação dos indígenas hospedados no Polo para tratamento de saúde.

A deficiência na estrutura da rede de saúde recentemente teve mudanças significativas. Em todos os DSEI foram relatados o recebimento ou a programação para recebimento de frotas de veículos e equipamentos. Porém, como a organização dos processos de aquisição de bens pelas sedes administrativas é incipiente, até o momento da pesquisa a situação ainda não havia sido modificada.

FLUXO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

Entre os DSEI que, apesar das dificuldades enfrentadas, têm realizado todas as ações de atenção básica, a frequência de visitas às aldeias é de pelo menos uma vez ao mês. Já naqueles que afirmam não estar realizando todas as ações de saúde a frequência de visitas é bimestral.

Nos distritos pesquisados, o cronograma de entrada em área é definido pelas próprias equipes de saúde de acordo com sua capacidade (de recursos humanos, de equipamentos e de suprimentos logísticos) e a demanda por atendimento de saúde observada em cada aldeia. Em todas as visitas, diversas ações de saúde são efetivadas, como o acompanhamento de hipertensos, diabéticos e portadores de outras doenças crônicas, além das ações inerentes às condicionalidades de saúde do PBF, sejam elas o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de até sete anos, o acompanhamento de pré e pós-natal das gestantes/nutrizas ou o acompanhamento da atualização do calendário vacinal das crianças de até sete anos.

Além das dificuldades estruturais, existem ainda as barreiras culturais na aceitação das ações de saúde, principalmente relacionadas à saúde da mulher. O acompanhamento de pré-natal ainda é um desa-

fio, pois a maioria das gestantes indígenas costuma “esconder” a gestação. Isso podendo ser associado a um atendimento que não considera adequadamente especificidades culturais associadas à gravidez e ao parto, como o profissional ser do sexo masculino. Assim, o número médio de consultas de pré-natal entre as indígenas é baixo porque as equipes só conseguem detectar a gestação quando esta se encontra em estado avançado.

Os dados nutricionais das crianças e gestantes são encaminhados ao DSEI para avaliação nutricional. A normativa determina que as planilhas com o cálculo nutricional retornem às equipes de saúde para dar sequência ao acompanhamento de saúde das crianças e gestantes. Na prática, em alguns DSEI pesquisados estes dados nunca retornam. Alguns profissionais costumam fazer anotações dos dados de saúde coletados que servem de referência para atendimentos futuros. Esta deficiência no processo da vigilância nutricional dos indígenas é justificada pela carência de nutricionistas. Na maioria dos DSEI visitados existem um ou dois profissionais para atender toda a população indígena. Entre os DSEI pesquisados, em apenas um Polo Base o processo de retorno das informações nutricionais à equipe de saúde acontece de maneira eficiente. Este Polo não registrou nenhum óbito de crianças e gestantes nos últimos anos. Assim, é importante salientar a importância do re-

torno das informações nutricionais para a efetivação de um autêntico acompanhamento de saúde e controle da mortalidade infantil e materna.

As ações de saúde são registradas nominalmente em formulários impressos e posteriormente digitadas em planilhas de Excel. Em três DSEI pesquisados, os Polos Base do tipo II são responsáveis pela digitação e compilação dos dados das ações de saúde das EMSI em sua área de abrangência. Nos demais Polos Base visitados, as enfermeiras que compõem as equipes multidisciplinares digitam os dados das ações de saúde em seus próprios computadores e posteriormente repassam os arquivos ao Polo Base ou diretamente ao DSEI quando há falta de computadores e/ou Internet nos Polos Base. Apenas os dados consolidados das ações de saúde são enviados mensalmente às sedes administrativas dos DSEI. Os dados nominais das ações de saúde ficam sob a guarda dos Polos Base em formulários físicos e planilhas eletrônicas. O registro de informações é precário por estar sujeito ao uso de equipamentos de propriedade particular dos servidores. A falta de equipamentos próprios do serviço público associado à renovação constante dos servidores, em função da precariedade dos vínculos de trabalho, impactam negativamente o registro de informações.

OS MUNICÍPIOS E A SAÚDE INDÍGENA

Entre os treze municípios que participaram da pesquisa, em cinco deles existem

indígenas apenas na área urbana da cidade. Os outros oito municípios contemplam famílias indígenas em Terras Indígenas, onde a atenção à saúde desta população é de competência do SASISUS.

Apesar da diversidade de características dos municípios que participaram do estudo, na maioria deles o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF é tratado de forma genérica, sem levar em consideração especificidades das culturas indígenas. Mesmo naqueles com grande concentração de indígenas, as particularidades deste público não são consideradas na gestão do Programa. Dessa forma, não se costuma realizar análises ou monitoramento sobre os números relacionados às famílias indígenas beneficiárias. Os gestores municipais, em geral, pouco ou nada se atentam ao número de famílias indígenas beneficiárias em seu município, ou para a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde específica desta população.

Entre estes oito municípios onde a atenção à saúde indígena é atribuição do SASISUS, em cinco deles o acompanhamento das condicionalidades de saúde partem das EMSI. Os outros três municípios, entretanto, são os que concentram o maior número de indígenas entre os municípios pesquisados e onde os gestores municipais de saúde do PBF não conseguiram estabelecer uma interlocução com o SASISUS para o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiária do PBF em Terras Indígenas. A dificuldade na interlocução entre os gestores municipais

e o SASISUS sobre o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF nestes três municípios está relacionada à falta de estrutura de serviços enfrentada por ambas as partes, acrescentada por uma grande quantidade de famílias a serem acompanhadas. Se, por um lado, a saúde indígena já enfrenta dificuldades para realizar as ações rotineiras de saúde que lhes são atribuídas, por outro, os municípios não dispõem da estrutura necessária para realizar o acompanhamento de forma adequada. Apesar disso, nestes três municípios, o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do PBF em Terras Indígenas está a cargo das Secretarias Municipais de Saúde com pouca ou nenhuma colaboração do SASISUS.

A responsabilidade pela atenção básica de saúde e pelo acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF dos indígenas moradores da área urbana é atribuição da rede municipal de saúde. Não há nenhuma participação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no processo de acompanhamento, mesmo nos casos em que existem agrupamentos de famílias indígenas, nas chamadas “aldeias urbanas”. Assim, em todos os municípios que participaram da pesquisa, os indígenas moradores da área urbana são acompanhados nas condicionalidades de saúde dentro do mesmo modelo adotado para os demais beneficiários. Estando vinculados a uma

unidade básica de saúde, caso não compareçam espontaneamente para realizar o acompanhamento das condicionalidades, nas áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família, são enviados Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para realizarem a busca ativa.

Nos municípios com grande representatividade de indígenas na população, os gestores municipais dizem reconhecer a situação de maior vulnerabilidade destas famílias em relação aos demais beneficiários pela maior dificuldade de acesso, não só aos serviços públicos, mas também ao mercado de trabalho, o que é associado ao preconceito ainda observado em algumas regiões, ou à dificuldade linguística, ou, ainda, ao isolamento de algumas aldeias. Existem esforços para o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias indígenas, mas não há como caracterizar o atendimento prestado aos indígenas como diferenciado. Já nos municípios com baixa representatividade de indígenas, a justificativa apresentada pelos entrevistados é que não há como realizar esforços extras quanto à estrutura e ao monitoramento específico de um número de famílias pouco significativo, em relação à totalidade de famílias que precisam ser acompanhadas nas condicionalidades de saúde. Há casos em que os indígenas são despercebidos pela gestão, como em dois dos municípios onde os gestores do PBF desconheciam a existência de indígenas

em sua área de abrangência, atribuindo a existência de famílias indígenas beneficiárias em seu município a um possível erro no cadastramento dessas famílias.

Em contraste com o quadro geral, dois dos municípios pesquisados possuem um modelo de organização de serviços, tanto na administração municipal quanto na gestão do PBF, voltado especificamente ao público indígena. Em um deles, o modelo de serviços adotado pode ser considerado uma iniciativa bem sucedida. Foi criada uma Secretaria de Assuntos Indígenas, dirigida por uma indígena, que faz a interlocução entre as famílias indígenas, as redes municipais de saúde e de assistência social e os representantes do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Existe uma grande interlocução entre os entes, que trabalham em parceria no acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família. As EMSI são responsáveis por realizar o acompanhamento das condicionalidades com o apoio necessário do gestor municipal do PBF e da coordenação de saúde.

É importante ressaltar que a presença de um representante indígena em um dos municípios (Porto Seguro), que faz o papel de elo entre as partes e traduz com maior propriedade as necessidades e as especificidades das famílias indígenas, vem implicando em ações mais eficazes no acompanhamento das condicionalidades. Assim, sua participação no processo de acompanhamento das condicionalidades de saúde é um forte componente no sucesso obtido pelo município.

O outro município com atenção específica caracteriza-se pela presença de três aldeias localizadas em área metropolitana. Os indígenas deste município optaram por serem atendidos pela rede municipal de saúde e não pelo SASISUS/DESEI. Neste caso, cabe à Secretaria Municipal de Saúde a oferta de serviços de atenção básica aos indígenas localizados nestas aldeias. Existe, na secretaria, uma área técnica de saúde indígena que gerencia todas as ações voltadas a essa população. Essa área trabalha em parceria com a equipe técnica responsável pelas condicionalidades de saúde do PBF no município. Os indígenas que estão agrupados nas aldeias estão vinculados às unidades básicas de saúde existentes dentro delas; os indígenas não aldeados e moradores dos bairros do município são referenciados nas unidades básicas de saúde mais próximas de sua região de moradia.

Nas aldeias, os indígenas contam com uma equipe completa de profissionais de saúde, durante toda a semana, em período integral. O acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF está vinculado ao sistema informatizado de atenção básica municipal. Desta forma, através de consulta à unidade básica de saúde onde as famílias estão referenciadas, tanto as equipes das unidades básicas de saúde, quanto a área técnica de saúde indígena na Secretaria Municipal de Saúde monitoram constantemente o cumprimento das condicionalidades. Caso existam faltosos é realizada a busca ativa pelas famílias. A estrutura de serviços voltada ao aten-

dimento de saúde das famílias indígenas repercute diretamente nos resultados de acompanhamento das condicionalidades de saúde dessas famílias, onde, considerando apenas beneficiários indígenas, a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde, na primeira vigência de 2013, foi de noventa e três por cento, dez pontos percentuais acima do observado entre a população em geral.

É importante ressaltar que em apenas um município existe discussão entre as áreas gestoras para que considerem especificamente o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias indígenas beneficiárias do PBF, o que demonstra não haver uma sensibilização dos gestores quanto à necessidade de considerar as especificidades deste público na gestão do Programa.

O que parece estar fortemente ligado ao desempenho no acompanhamento das condicionalidades de saúde é o modelo de organização dos serviços de saúde adotado pelo município. Nos municípios pesquisados observamos que há uma relação direta entre a proporção populacional coberta por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) presentes nas equipes de Saúde da Família e o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF. Em todos os municípios pesquisados, o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF está vinculado à Estratégia de Saúde

da Família (ESF), que já prevê as visitas domiciliares pelos ACS, em que as condicionalidades de saúde do PBF fazem parte das ações de rotinas destes profissionais. Assim, os municípios que possuem uma grande abrangência de cobertura por ACS apresentam altos índices de cobertura de acompanhamento; já aqueles que possuem baixa cobertura de ACS apresentam baixos resultados no acompanhamento das condicionalidades.

As Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena do SASISUS foram criadas baseadas no modelo de Estratégia de Saúde da Família. Assim, da mesma forma que os ACS, os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) realizam as ações de verificação do cartão vacinal, acompanham o desenvolvimento nutricional das crianças e gestantes, entre outras atividades junto às famílias indígenas. Desta forma, o trabalho do AIS dentro das Terras Indígenas é de grande importância para a efetivação das ações de saúde e para um melhor resultado no acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias indígenas aldeadas beneficiárias do PBF.

IMPRESSÕES SOBRE O PBF PARA POVOS INDÍGENAS

Para os entrevistados, o recurso financeiro proporcionado pelo Programa Bolsa Família é muito importante para as populações indígenas, pois para a grande maioria o recurso é a única fonte de renda monetária.

Alguns dos gestores federais mencionaram a possibilidade de que em alguns locais os cartões para saque do benefício do PBF de indígenas estariam sendo retidos por comerciantes locais. Apesar de este assunto não ter relação com o principal objetivo deste estudo, foi solicitado pelos gestores federais uma melhor investigação a respeito com os gestores municipais. Assim, a pesquisa aponta, através de relatos de alguns entrevistados, que esta situação realmente ocorre em alguns dos municípios estudados.

O único motivo citado para a existência destas situações é a dificuldade de acesso das famílias indígenas aos centros urbanos. Devido à distância da maioria das aldeias, as famílias não possuem recursos financeiros para se deslocarem mensalmente. Assim, realizam compras de mantimentos para longos períodos e em garantia de pagamento pelas dívidas assumidas os comerciantes locais ficam de posse do cartão e sacam mensalmente os benefícios das famílias indígenas. Em um município da região Norte e outro da região Nordeste, segundo a percepção dos atores entrevistados, a dimensão deste problema assume grandes proporções. Os relatos indicam que a maioria, se não a totalidade, dos beneficiários indígenas tem seus cartões retidos. Há casos também na região Centro-Oeste. Já nos municípios estudados das regiões Sul e Sudeste, os entrevistados desconhecem este tipo de situação.

Considerações finais

Como comentários finais, cabe destacar que a experiência obtida em cada um dos DSEI pesquisados nos leva ao entendimento de que existe um grande esforço por parte das equipes multidisciplinares de saúde indígena para a execução de suas atividades. Na maioria das vezes, encontramos profissionais dedicados e sensibilizados com as dificuldades enfrentadas pela população indígena que em sua maioria se encontra em situação de extrema vulnerabilidade. Muitos dos profissionais de saúde custeiam equipamentos, alimentação, ligações telefônicas com seus próprios recursos para desenvolver suas atividades. Contudo, apesar dos esforços observados, a precariedade na estrutura de serviços enfrentada pelas equipes de saúde, principalmente com a falta de transporte para as EMSI, tem resultado em uma prestação de serviços deficiente à população indígena, assim como no acompanhamento das condições de saúde do PBF. Os DSEI que abarcam um grande número de aldeias ou em que as aldeias estão distribuídas em uma grande área geográfica são os casos que se destacam.

Entre os municípios pesquisados, aqueles que não conseguiram estabelecer uma parceria com a saúde indígena são os que possuem grande número de indígenas em sua área de abrangência. O

principal entrave no diálogo entre as partes, nestes municípios, está relacionado à falta de estrutura para realizar o acompanhamento das famílias. Enquanto a rede de saúde indígena enfrenta dificuldades para realizar as suas atribuições básicas, os municípios não dispõem de recursos para realizar o acompanhamento de forma adequada. Desta forma, principalmente nestes municípios, a qualidade e a cobertura de acompanhamento das famílias indígenas estão bastante comprometidas devido à dificuldade de acesso a essas famílias.

É preciso lembrar que as condicionalidades de saúde do PBF foram estabelecidas com o objetivo de dar acesso ao cidadão a seus direitos básicos de atenção à saúde e espera-se que o acesso à rede de saúde por estas pessoas contribua, entre outros, para uma menor taxa de mortalidade infantil e materna. Especificamente nestes municípios onde ainda não se estabeleceu uma parceria entre a rede municipal de saúde e o SASISUS, o procedimento de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF das famílias indígenas aldeadas se resume a um processo para a execução de uma normativa voltada para o funcionamento da máquina administrativa, sem focar de forma eficaz os efeitos a serem atingidos de garantir direitos, tal como concebido no desenho da política pública.

Especificamente nestes municípios onde ainda não se estabeleceu uma parceria entre a rede municipal de saúde e o SASISUS, o procedimento de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF das famílias indígenas aldeadas se resume a um processo para a execução de uma normativa voltada para o funcionamento da máquina administrativa, sem que se concentre de forma eficaz os efeitos a serem atingidos de garantir direitos, tal como concebido no desenho da política pública. Por isso, é necessário formular uma regulação conjunta entre o MS e o MDS que melhore ou crie a articulação entre os municípios e os DSEI como mecanismo indutivo para a solução do impasse entre os entes e para que se obtenha um efetivo e competente acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias indígenas.

Por fim, destaca-se como uma boa prática, no âmbito municipal, a criação de uma coordenação específica, com inserção de profissionais indígenas na gestão, conselho ou grupo gestor atuante, que ofereçam a interlocução entre os entes, principalmente entre os municípios e DSEIs/SASISUS. Assim, considera-se frutífero que os órgãos envolvidos com o acompanhamento da saúde indígena realizem um mapeamento de exemplos positivos de arranjos institucionais como esse e estudem a possibilidade de replicá-los em outros locais.