

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PPGA – ESPECIALIZAÇÃO EM
POLÍTICAS PÚBLICAS E GESTÃO ESTRATÉGICA EM SAÚDE**

Rosemary Manozzo

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA NO RS:

Processo de Implantação e sua Situação Atual

Porto Alegre

2006

ROSEMARY MANOZZO

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA NO RS:

Processo de Implantação e sua Situação atual

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Estratégica em Saúde.

Orientador: Professor Doutor Ronaldo Bordin

Porto Alegre

2006

ROSEMARY MANOZZO

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA:
Processo de Implantação e sua Situação Atual**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista Políticas Públicas e Gestão Estratégica em Saúde.

Conceito final:

Aprovado emde.....de 2006

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr.-Instituição

Prof. Dr.-Instituição

Prof. Dr.-Instituição

Orientador – Prof. Dr. Ronaldo Bordin – UFRGS

RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever o processo de implantação do Sistema de Informação da Saúde Indígena Kaingang no RS (SIASI), como ocorreu esta experiência, focalizando o grau e o caráter de participação dos atores envolvidos, verificando sua situação atual e apontando possíveis propostas de soluções. Com um sistema de informações ineficaz e desatualizado, não há base para acompanhar as ações desenvolvidas e nem identificar informações que atendam às necessidades de cada nível gerencial. É preciso ter subsídios para a construção de indicadores que avaliem a saúde dessa população. Embora houvesse planejamento a resistência de alguns setores/atores causou problemas e as conseqüências foram de que esta população específica foi prejudicada, pois houve redução no repasse de recursos federais. Os gestores reconhecem a importância do sistema e a necessidade de estar atualizado, para que sirva de fonte de dados na elaboração de seus planejamentos. E nesse sentido para enfrentar este grande desafio é preciso elaborar e executar um plano de regras de construção e manutenção do sistema, começando pela mudança nos contratos e capacitações dos profissionais de saúde que atuam no subsistema de saúde indígena, passando pelo plano de sustentação física e de equipamentos e se consolidando na definição do processo de construção e alterações do software, os conceitos, as competências e a alimentação do sistema. Cabe refletir que o sistema de informação deve melhorar o desempenho do elemento humano e da organização. Qualquer instituição que se proponha a desenvolver um sistema de informação deverá possuir uma estratégia de crescimento consciente e estabelecida, que se caracterize como uma diretriz para a abordagem global de sua implantação à administração e, deve também considerar que a participação das pessoas em todo o processo é fundamental para se obter sucesso, desde a definição da necessidade, a construção da solução e o uso da ferramenta.

Palavras-chave: política de atenção à saúde indígena, sistema de informação.

ABSTRACT

The aim of this study was to describe the implantation process of the Kaingang Indians Health Information System in RS (SIASI), as this experience occurred, focusing the degree and the participation character of the involved actors, verifying its current situation and pointing possible proposals of solution. With an inefficacious and outdated information system, it does not have base to follow the developed actions neither to identify information that is necessary to each managemental. It is necessary subsidies for the construction of indicatory that evaluate this population health. Although there were planning, the resistance of some sectors/actors caused problems and the consequences had been that this specific population was harmed, therefore had reduction in the federal resources allocation. The managers recognize the system importance and the necessity to be brought up to date, to serve of data source in the elaboration of its planning. In this direction, to face this great challenge, is necessary to elaborate and to execute a plan of rules construction and system maintenance, starting for the change in contracts and qualifications of the health professionals who act in the Indian health subsystem, passing for the physical sustentation and equipment plan, and consolidating it in the construction process definition and software alterations, the concepts, the abilities and the feeding of the system. It's necessary to reflect that the information system must improve the performance of the human element and the organization. Any institution that intend to develop an information system will have to possess a strategy of conscientious growth and established, that it characterizes as a line of direction for the global boarding of its implantation to the administration and it must also consider that the people participation in all the process is basic to get success, since of the necessity definition, the solution construction until the use of the tools.

Key-words: politics of Indian health attention, information system.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Localização no Mapa do Brasil os 34 DSEIS	1 1
Quadro 1 - A organização Interna de um Distrito Sanitário Indígena.....	1 5
Quadro 2 - DSEI - Implantação e Metas: situação até dezembro de 2000.....	1 7
Quadro 3 - Principais Características dos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde.....	2 9
Quadro 4 - Recursos Humanos que Atuam na Atenção Primária: aldeias em 2006.....	3 6
Quadro 5 – Demonstrativo de Gastos Financeiros.....	4 3

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Agente Indígena de Saúde
AISAN	Agente Indígena de Saneamento
ASP	Agente de Saúde Pública
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
CASAI	Casa de Saúde do Índio
CBVE	Curso Básico de Vigilância Epidemiológica
CID	Classificação Internacional de Doenças
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DESAI	Departamento de Saúde Indígena
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
ES	Equipe de Saúde
EMSI	Equipe Multidisciplinares de Saúde Indígena
ENDEF	Estudo Nacional de Despesas Familiares
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS	Organização Pan-americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SAI	Sistema de Atendimento Ambulatorial
SIH	Sistema de Internações Hospitalares
SIM	Sistema de Mortalidade
SINASC	Sistema de Nascidos Vivos
SINAN	Sistema de Notificação Compulsória
SIASI	Sistema de Informação da Saúde Indígena
SUS	Sistema Único de Saúde
VIGISUS	Sistema de Vigilância Ambiental do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 HISTÓRICO	12
2.1 A ORGANIZAÇÃO SOCIAL E POLÍTICA INDÍGENA FRENTE ÀS DEMANDAS DO SISTEMA DE SAÚDE	13
2.2 A TERCEIRIZAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA E OS DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS	15
2.3 SÍNTESE.....	18
3 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO: a importância da informação	19
3.1 ELEMENTOS DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES	21
3.2 SISTEMAS NACIONAIS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	27
4 OBJETIVOS	31
4.1 OBJETIVO GERAL	31
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	32
6 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA – SIASI	33
6.1 SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL	34
6.2 DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES – SIASI: características do sistema	36
6.3 DOS INDICADORES	37
6.4 DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA.....	37
6.5 JUSTIFICATIVA.....	38
6.6 OBJETIVOS	39
6.7 METAS	39
6.8 ESTRATÉGIAS.....	39
6.9 DO PLANO DE IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO NAS ÁREAS INDÍGENAS	40
6.10 CRONOGRAMA	40
6.11 INSTRUMENTOS PARA SER IMPLANTADOS	41
6.12 NECESSIDADE DE RECURSOS HUMANOS	41
6.13 NECESSIDADE DE RECURSOS FINANCEIROS	41
6.14 ATORES DO SISTEMA	42
7 ENTREVISTAS COM GESTORES	43
7.1 PERGUNTAS REALIZADAS.....	43
7.2 AVALIAÇÃO DAS ENTREVISTAS REALIZADAS.....	43

8 CONCLUSÃO	47
REFERÊNCIAS.....	49
ANEXO A – Entrevistas com Gestores	53
ANEXO B – Formulários do SIASI	64
ANEXO C – Legislação Referente à Saúde Indígena	73

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho na área de Políticas Públicas e Gestão Estratégica em Saúde, resulta de reflexões quanto ao assunto Sistema de Informação da Saúde Indígena. O presente documento contém o estudo da pesquisa referente ao Sistema de Informação da Saúde Indígena do Povo Kaingang no Estado do Rio Grande do Sul - SIASI. O presente trabalho enfocará as atividades das políticas públicas da saúde indígena no Rio Grande do Sul. Será descrita, também, a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas Interior-Sul e Litoral-Sul, a criação dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena.

O tema aqui será tratado primeiro ao que se refere ao controle social exercido no nível local e no distrital e, segundo, ao plano político mais geral, na relação entre indígenas e os gestores federal, estadual e municipal, das políticas públicas de saúde indígena com base no sistema de informações.

Conceitos como organização indígena deve ser entendido como algo que caracteriza a forma institucionalizada de expressão do movimento etnopolítico buscando o protagonismo político por meio da defesa dos interesses dos grupos indígenas. As lutas étnicas podem ser consideradas espaços de disputa de relações simbólicas, através das quais se busca a conservação ou a transformação das correlações de força na sociedade. As atividades das organizações indígenas vêm articulando a realidade política das aldeias com forças exteriores a elas, inaugurando formas de luta centradas no direito à diferença étnica e no acesso a bens e serviços oriundos da aplicação de políticas públicas.

O controle social deve ser entendido como uma forma de atividade política exercida pelas organizações indígenas em busca de obtenção, junto às instituições gestoras das políticas de saúde, de espaços de poder a ser utilizado não apenas nas lutas pelo direito à saúde, mas também no contexto geral das relações interétnicas.

A Constituição de 1988 trouxe um avanço ao contemplar as recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que realizou um importante trabalho de organização em todos os Estados, tendo em vista os interesses em torno da reforma da saúde e que envolveu profissionais da saúde, intelectuais, sindicatos,

movimentos populares e partidos políticos. Nesta Conferência, os eixos principais foram a saúde como direito, a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento do setor. A questão mais polêmica se referiu a natureza do novo sistema, estatizado ou não, se de forma imediata ou progressiva.

A proposta vitoriosa foi a da estatização progressiva do sistema. O que ocorreu na verdade é que o SUS tinha a idéia de rever a descentralização na gestão dos recursos, mas parou nas mãos dos governadores e a bandeira do SUS foi deturpada, pois a descentralização aprovada na 8ª CNS é do governo para a sociedade e não do governo federal para o governo estadual.

O direito à saúde é princípio constitucional. A descentralização, a regionalização e a hierarquização dos serviços, sempre com a participação da comunidade, são diretrizes operacionais do Sistema Único de Saúde. A descentralização era uma proposta de mudança no uso e distribuição de poder no setor e na sociedade. Nesta linha surgiu a estratégia da descentralização que era delegar ações aos diversos níveis de uma mesma organização, mantendo uma dependência a nível central. Deveria ser entendida como um processo de redistribuição de poder, redefinição de papéis e o estabelecimento de novas relações entre as esferas de governo estadual, municipal e federal. O financiamento das ações de saúde teriam que ser compartilhados pelas três esferas de governo. Havia necessidade de transformar sem que ocorresse uma ruptura brusca, por isso um período de transição, de modo a evitar solução de continuidade no atendimento à saúde da população. O objetivo mais importante era a completa reformulação do modelo assistencial centrado na assistência médico-hospitalar individual, fragmentada e sem garantia de qualidade, passando para um modelo de assistência integral e universalizada. A descentralização envolvia medidas políticas, sociais e culturais e para sua efetivação era necessário diálogo, negociação e pactuação entre os atores que iriam constituir a base das decisões.

Na Figura 1 vemos a distribuição, no Brasil, dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

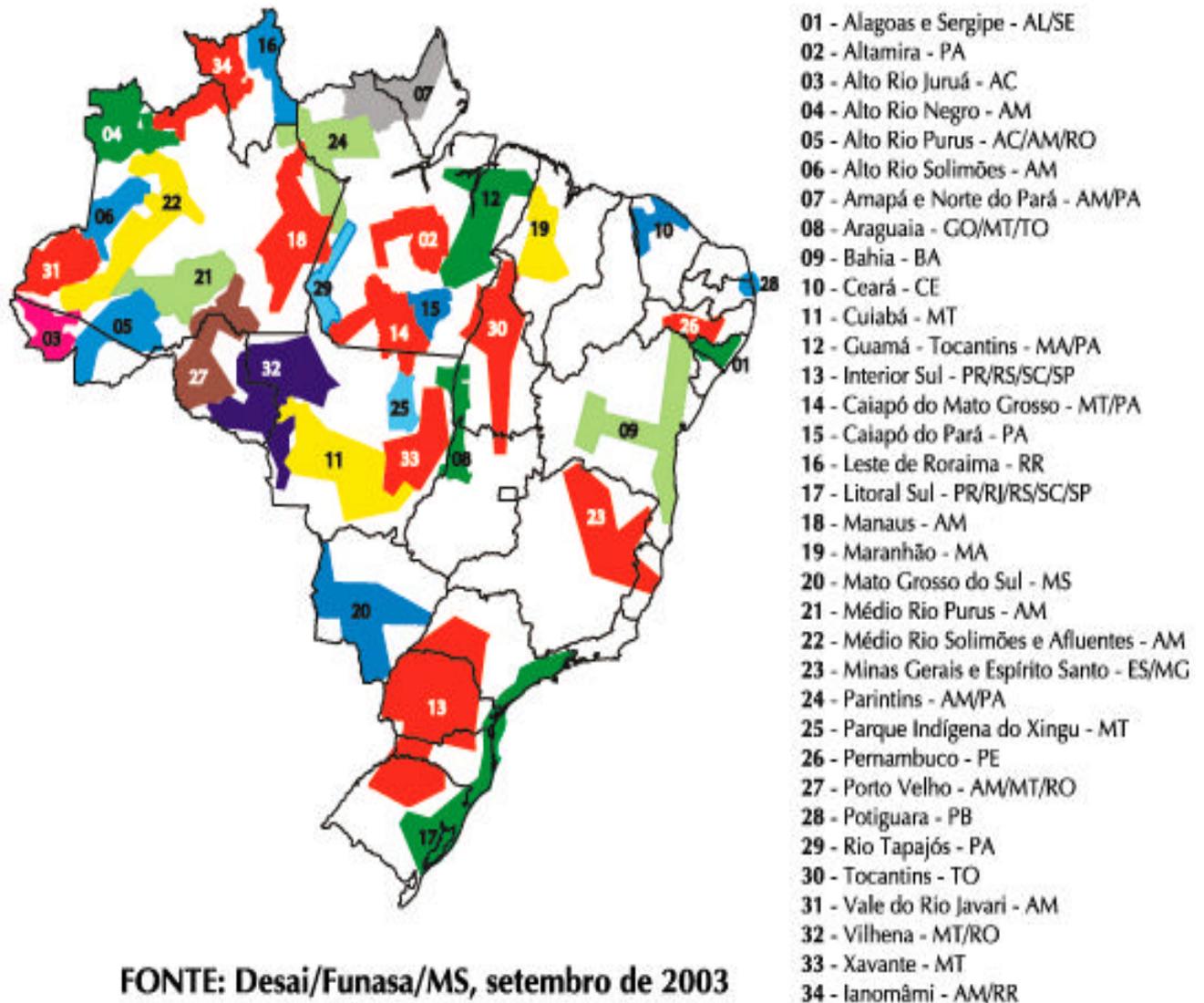


Figura 1 - Localização no mapa do Brasil os 34 DSEIS

2 HISTÓRICO

A descentralização é uma abordagem de caráter político que articula-se em torno de idéias como democracia, deslocamento de recurso, poder e justiça social. A divisão centralização/descentralização seria a transposição institucional da concentração/desconcentração do poder social e sua tradução na ordem política.

Analisando as políticas de saúde em diversas conjunturas e destacando a progressiva diversificação de atores político conclui-se pela existência de um processo de efetiva descentralização nas políticas na década de 1990, embora sem uma verdadeira desconcentração do poder político (ARTURI, 2001).

O século XX se encerra como o mais impetuoso em relação às mudanças tecnológicas e políticas, com profundas repercussões sobre a vida social.

Na história das políticas de saúde em nosso país, na segunda metade do século passado, verificou-se uma divisão entre a prestação de serviços e sua gestão. A tendência de manter o caráter centralizador das políticas públicas brasileiras através do controle no gerenciamento dos recursos no nível federal. Essa concentração só encontrou um limite no final do século, na década de 1990, com a entrada em execução da política municipalista do Sistema Único de Saúde (SUS), através da regulamentação das Normas Operacionais Básicas (NOBs). Apesar de algumas contradições e confrontos provocados pela política descentralizadora do SUS com a política neoliberal, esta última voltada para o desmonte do sistema público de serviços, é inegável o processo de descentralização gestonária dos serviços de saúde verificado durante a última década do século.

A década de 1980 foi palco de uma progressiva movimentação social em torno das políticas públicas, principalmente a da saúde, que passou a ser vista pela sociedade civil organizada (associações, sindicatos, partidos políticos), como direito de cidadania. Formaram-se movimentos populares em torno das questões centrais das políticas de saúde (universalização, hierarquização e acessibilidade em relação aos serviços), bem como grande participação de grupos organizados locais nas Conferências Estaduais e Municipais de Saúde, resultado da importância que essa questão adquiriu na política de conjuntura. As reivindicações dos movimentos populares ratificaram a questão da descentralização dos serviços, adicionando a

participação popular no planejamento e na gestão desses serviços como elemento primordial do controle da sociedade sobre essa questão. O controle social do cidadão ficou garantido através de participação em Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e tornou-se a vanguarda das políticas públicas nessa questão.

2.1 A ORGANIZAÇÃO SOCIAL E POLÍTICA INDÍGENA FRENTE ÀS DEMANDAS DO SISTEMA DE SAÚDE

A história do contato no processo colonizatório propiciou o surgimento de lideranças cujos papéis sociais são distintos daqueles desempenhados pelos chefes de aldeias, mas com legitimidade, com parâmetros na escolaridade e conhecimento do mundo dos não-índios, orientam o poder político local e têm importantes reflexos no desenvolvimento do controle social na saúde indígena. As sociedades indígenas não partilham a idéia de democracia participativa, a noção de representatividade não contempla a delegação de autoridade e da possibilidade de decidir pelos representados. O poder do chefe político indígena não tem alcance suficiente para a tomada de decisões que possam alterar a realidade social e nem como garantir que suas decisões sejam cumpridas. A autoridade é centrada no uso da palavra, defendem propostas e pontos de vista, que podem ser considerados, seguidos ou rejeitados. Suas atribuições são ouvir, entender, explicar e sugerir (GARNELO; SAMPAIO, 2003)

O principal compromisso ético dos conselheiros é com as prioridades de seu grupo de parentes, por quem são pressionados para distribuir os bens que fluem do sistema de saúde. A obrigação do chefe de servir à sociedade na figura do cacique indígena e dos conselheiros de saúde, que devem distribuir bens e serviços, como combustível, medicamentos, cargos remuneratórios para Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN). Na saúde estas demandas se confrontam com a lógica técnica, que orienta o planejamento das ações dos distritos sanitários e a distribuição de insumos, de acordo com as necessidades geradas pela presença de doenças e da composição demográfica da área de cobertura dos serviços.

Os agentes de controle social ficam divididos entre duas lógicas e cientes de que o não atendimento às solicitações oriundas do parentesco, podem gerar um desgaste político capaz de inviabilizar sua reeleição para cargos representativos, seja no movimento indígena ou nos conselhos de saúde.

Autonomia e autarquia são valores importantes nas aldeias. Cada grupo deve ser capaz de prover sua própria subsistência e evitar formas de dependência. Na medida em que cada aldeia deseja controlar seus meios de reprodução social e que a implantação de uma unidade de saúde gera um crescimento real no fluxo de bens e prestígio, sua localização em uma aldeia específica é interpretada, não como uma medida técnica e sim como um privilégio político da comunidade sede, instaurando relações de dependência entre o conjunto de comunidades usuárias do serviço e a aldeia em que ele se localiza, gerando um campo fértil para o acirramento de conflitos e disputas preexistentes.

As formas indígenas de conceber a doença e a saúde definem boa parte das reivindicações levadas aos conselhos. Tais concepções não giram em torno apenas de idéias geradas na cosmologia específica de cada grupo, mas também daquelas incorporadas ao longo do processo de colonização, que produziu diversos modelos de atenção à saúde, tais como o modelo campanhista, dos missionários e pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), o modelo de atenção médica curativo centrado na demanda espontânea e, mais recentemente a implantação do modelo preventivista através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIS). A população indígena kaingang do RS aprendeu a conhecer e valorizar a medicina curativa. Podemos comprovar isso através das demandas crescentes do uso de medicamentos, hospitais, laboratórios e outros meios tecnológicos que são encaminhados às organizações indígenas e aos conselhos de saúde, onde se chocam com as prioridades estabelecidas nos planos distritais, que valorizam ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. As propostas dos diferentes modelos geram discursos sanitários conflitantes entre si, criando dificuldades para os mediadores interétnicos em tornar perceptível para suas bases políticas, as características e diferenças de cada um. O mais comum é a geração de um espaço entre as informações retidas com os chefes e lideranças indígenas dirigentes e a população comum da aldeia, o que também influi em obter apoio político para os mesmos.



Quadro 1 – Organização interna de um DSEI
 Fonte: DESAI/FUNASA/MS, 2003

2.2 A TERCEIRIZAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA E OS DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS

O processo de implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEIs, iniciado em 1999, vem seguindo a via da terceirização, concretizada por meio de convênios com entidades não governamentais, sendo muitas delas, organizações indígenas contratadas para a execução integral das ações de saúde.

No Rio Grande do Sul, esta estratégia é um pouco diferenciada na medida em que a organização não-governamental, oferece profissionais de saúde, pessoal administrativo, contrata serviços para dar a infra-estrutura e logística necessárias para a unidade de saúde existente na aldeia funcionar e atender as demandas da atenção integral à saúde dos povos indígenas no RS. Já as ações de saúde são realizadas por profissionais de saúde que formam as Equipes Multidisciplinares de

Saúde Indígena, que são contratadas pelas prefeituras com recursos transferidos do fundo nacional de saúde para o fundo municipal de saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde.

Por outro lado, podemos observar que esta estratégia não é encontrada em outra área do Sistema Único de Saúde (SUS), onde as experiências de terceirização tem se restringido à contratação de serviços em áreas específicas como atividades complementares de diagnóstico e prestação de serviços especializados. Esta decisão política atende ao cumprimento dos princípios constitucionais que atribuem ao governo federal a responsabilidade pela gestão do subsistema de saúde indígena.

Analisando as relações entre o Estado e o terceiro setor no contexto neoliberal brasileiro, percebemos que vêm se instalando um processo de redução do Estado, com o repasse progressivo de suas funções públicas para entidades civis, como as organizações sociais e as atuais organizações da sociedade civil de interesse público. Se por um lado esse processo pode conduzir a um crescimento da democratização na sociedade e da capacidade de intervenção nas políticas públicas, por grupos civis organizados, por outro lado, tal deslocamento pode, também, implicar a desconstrução do aparelho estatal. No caso da saúde, essa transformação resulta na impossibilidade de funcionamento adequado do Sistema de Saúde, cuja fragmentação de ações e serviços tende a gerar descoordenação, ineficiência e ineficácia. O modelo terceirizado tampouco afasta o risco de corrupção, além de instaurar a necessidade de um acompanhamento técnico minucioso das ações conveniadas, para as quais os órgãos públicos não têm preparo adequado.

Outra consequência importante é que ao repassar a responsabilidade da execução o poder de Estado afasta de si a cobrança dos destinatários do serviço. Por sua vez a entidade civil captadora dos recursos passa a sofrer uma dupla pressão, a dos usuários e a do financiador. A superposição de papéis do terceirizado, que passa a atuar simultaneamente em luta pelos direitos sociais e uma organização profissional, ou seja, uma entidade prestadora de serviços.

Os quadros abaixo trazem respectivamente, os dados sobre a situação de contratação de profissionais para atendimento e assistência à Saúde das comunidades indígenas; os dados sobre a situação de consolidação da infraestrutura (transporte, comunicação, espaços físicos de assistência à Saúde e informatização) e os dados sobre a situação das modificações necessárias para a adequação das unidades de atendimento e assistência à Saúde Indígena.

Recursos Humanos								
Profissionais	Meta		Contratado	%	Em Treinamento	%	Treinado	%
	2002	2000						
Médico	232	182	196	107,7	4	2,2	109	59,9
Enfermeiro	317	252	322	127,8	4	1,6	219	86,9
Dentista	162	120	174	145	0	0	108	90
Aux. de enfermagem	889	732	1048	143,2	26	3,5	672	91,8
Ag. Indíg. de Saúde	2644	2311	2194	94,9	439	19	1638	70,9
Ag. Indíg. Saneamento	320	161	217	134,8	106	65,8	119	73,9
Outros	897	825	1572	190,5	0	0	652	79
Total	5461	4583	5723	124,9	579	12,6	3517	76,7

Equipamento				
Especificação	Meta		Adquirido	%
	2002	2000		
Veículos	309	236	353	149,6
Barcos	429	327	283	86,5
Rádios	1376	796	668	83,9
Pólo-base	235	172	167	97,1
Posto de Saúde	1495	1015	375	36,9
Casa de Saúde do Índio	45	43	43	100
Computador	338	174	309	177,6

Obras (reformas e adequação de unidades)						
Especificação	Meta		Em Execução	%	Concluído	%
	2002	2000				
Const. Posto de Saúde	912	297	125	42,1	47	15,8
Reforma Posto de Saúde	454	255	60	23,5	24	9,4
Const. Pólo-base	101	58	30	51,7	15	25,9
Reforma Pólo-base	111	65	21	32,3	09	13,8
Const. Casa Saúde do Índio	13	02	02	100	02	100
Ref. Casa de Saúde do Índio	34	30	23	76,6	11	36,7

Quadro 2 – DSEI – Implantação e Metas – situação até dezembro 2000
Fonte: DESAI/FUNASA/MS

2.3 SÍNTESE

A vinculação das organizações não governamentais à proposta de terceirização na FUNASA/MS tem implicações diretas sobre as condições de vida dos povos indígenas do Rio Grande do Sul. A trajetória percorrida por essas entidades mostra a superação da fase de denúncias contra a violação dos direitos indígenas que marcaram os primeiros momentos de constituição do movimento indígena e a tomada de decisão de intervir no cenário político por meio de ações concretas, capazes de contribuir para a melhoria das condições de vida dos grupos aldeados.

As posições publicamente assumidas pelos dirigentes das grandes organizações indígenas, demonstram a necessidade de promover uma mudança nas formas de interação com as bases políticas, rumo a estratégias de neutralização da desigualdade, sob pena de esvaziamento da retórica política do movimento indígena.

3 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO: a importância da informação

A informação é essencial para a tomada de decisões. O conhecimento sobre a situação de saúde requer informações sobre o perfil de morbidade e mortalidade, os principais fatores de risco e seus determinantes, as características demográficas e informações sobre os serviços, a disponibilidade de recursos humanos, de infraestrutura e recursos financeiros. Esse conhecimento se aplica ao planejamento, à organização e à avaliação das ações e serviços. Além disso, na atenção à saúde, as informações são imprescindíveis ao atendimento individual e à abordagem de problemas coletivos, utilizando-se o conhecimento que gera desde a assistência direta nas unidades de saúde até o estabelecimento de políticas específicas e a formulação de planos e programas. Os sistemas de informação contribuem com os meios para construção do conhecimento em saúde.

A permanente atualização das informações, a sua qualidade e a disponibilidade oportuna são fatores importantes para a decisão e a ação correspondente. Convém observar, entretanto, que o trabalho com informações é uma atividade meio, que subsidia todo o conjunto de processos de gestão e de atenção à saúde.

Além do suporte à gestão dos serviços, as informações orientam a implantação dos modelos de atenção, de promoção da saúde e das ações de prevenção e controle.

O conhecimento sobre a situação de saúde permite estabelecer prioridades e alocar recursos de forma direcionada para a modificação positiva das condições de saúde da população.

A crescente participação das administrações municipais na gestão em saúde, conseqüente ao processo de descentralização, a redefinição dos papéis dos gestores nos níveis estadual e federal, a reorganização do sistema de saúde para atender às demandas por ações e serviços têm apresentado novos desafios à área de informação. Dessa forma, a descentralização das ações e serviços deve incluir a responsabilidade compartilhada dos níveis de governo com as informações em saúde, o que não significa simplesmente transpor sistemas sob gestão federal ou estadual para o nível local de gestão (BRANCO, 1996).

Em nível local, as administrações, que até então apenas alimentavam os sistemas de informação, passam a assumir responsabilidades de organização e gestão desses sistemas, que devem estar integrados aos sistemas estaduais e nacionais de informação. Além disso, as informações só podem contribuir para o desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde se forem amplamente difundidas entre todos os profissionais e disponibilizadas à população.

A crescente participação social em conselhos de saúde tem ampliado a demanda por informações que subsidiem a formulação de planos com o estabelecimento de prioridades e possibilitam o acompanhamento dos serviços e a utilização dos recursos.

A tecnologia de computação e de telecomunicações tem permitido obter, organizar e processar um conjunto cada vez maior de dados. Isso facilita o funcionamento e aumenta a eficiência dos sistemas de informação. Porém, representa um desafio especial para os profissionais que necessitam conhecer e fazer o melhor uso dos recursos tecnológicos a racionalizar a obtenção de dados que sejam efetivamente analisados e produzam o conhecimento necessário e oportuno. Para isso é necessário aplicar os recursos tecnológicos adequados às necessidades dos sistemas locais de informação, considerando sempre que esses recursos são ferramentas do trabalho com informações. Isto é particularmente importante quando se consideram os rápidos avanços no campo de tecnologias de informação. A aplicação no setor de saúde de novas tecnologias em equipamento e programas de informática tem ampliado as possibilidades de coletar, consolidar e transmitir dados. Aí se incluem a utilização dos recursos da *internet*, os cartões magnéticos de identificação de clientela, a informatização dos prontuário clínicos, os sistemas de agendamento eletrônico e sua aplicação às centrais informatizadas de marcação de consultas e internação (CARVALHO, 1998).

Convém assinalar, porém, que qualquer sistema de informação depende da coleta primária de dados, o que significa assegurar que o conjunto relevante de instrumentos (fichas de notificação e investigação de agravos, declarações de nascimento e de óbito, boletins de atendimento, etc.) sejam adequadamente preenchido. Os dados devem ser seguramente registrados e armazenados e que se cumpra em tempo o fluxo de dados até o processamento, a consolidação, análise e difusão.

3.1 ELEMENTOS DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES

Um sistema de informação em saúde pode ser entendido como um conjunto de componentes que atuam integrada e articuladamente e que têm como propósito obter e selecionar dados e transformá-los em informação, com mecanismo e prática para a coleta, registro, processamentos, análise e transmissão da informação (MORAES, 1992). Como parte do sistema de saúde os sistemas de informação integram suas estruturas organizacionais e contribuem para o cumprimento das finalidades institucionais e técnico-operacionais de todas as suas unidades em um determinado nível de gestão (municipal, estadual e federal).

Os diversos conceitos de dado têm em comum a expressão de um valor quantitativo ainda não trabalhado. O dado tende a ser unidimensional. Dados podem ser a simples enumeração de eventos ou suas características quantitativas ou, ainda, a representação numérica das propriedades dos eventos, que necessitam ser consolidados e analisados, conferindo-lhes interpretação coerente. Uma vez submetidos aos métodos de agregação e cálculos de erro ou desvio, são vistos como dados estatísticos (WHITE, 1981). Podem ser obtidos prospectiva ou retrospectivamente de maneira regular e padronizado ou não, porém sem uma finalidade explícita, e são em geral apresentados em forma tabular, como frequências brutas ou relativas. Uma relação de casos de óbitos registrados mensalmente, em uma maternidade, ou o peso ao nascer dos recém-nascidos, são exemplos de dados em saúde que necessitam ser consolidados de acordo com critérios preestabelecidos e submetidos à análise estatística descritivos ou inferencial, para que revelem padrões, tendências e diferenças ou contrastes que sugiram uma apreciação interpretativa.

Entende-se por informação uma descrição de uma situação real associada a um referencial explicativo sistemático (MORAES, 1992). Para a informação em saúde esta definição inclui, portanto, a representação da realidade de acordo com as referências dos campos de saber em saúde, sejam as das clínicas, da epidemiologia, das áreas básicas ou aplicadas, operacionais ou profissionais em saúde e de campos diversos que se pretendam articular para a descrição, explicação ou atendimento de situações e problemas. A utilização de dados para

compor um módulo de informação requer que se estabeleça uma finalidade ou que se formule uma conjectura ou hipótese a ser verificada ou testada. Como exemplo, a proporção de óbitos por causas relacionadas à gestação e ao parto pode indicar a qualidade da assistência prestada em unidades hospitalares, ser comparada com a qualidade da atenção pré-natal ou servir de base para a organização da oferta de serviços para gestantes de alto risco de complicações do parto. A proporção de recém-nascidos com o peso inferior a 2.500g pode revelar a magnitude da ocorrência de gestantes em risco nutricional e contribuir para a programação de serviços de atenção à saúde para redução da mortalidade infantil e a avaliação de seu impacto.

A informação necessária nem sempre resulta da qualificação de fatos e eventos. Informações de natureza qualitativa que incluem relatos diversos sobre os eventos e condições relacionadas, opiniões e expressões de percepções são igualmente importante para compor o quadro de conhecimentos. A informação em saúde é tipicamente variada. O conhecimento e o entendimento de situações e problemas de saúde, que podem ser gerados, requerem, que se articulem, combinem ou se comparem dados típicos da saúde e de todos os grupos de interesse. É possível aplicar à informação a mesma abrangência do assim chamado conceito ampliado de saúde, para incluir tudo que diz respeito às condições gerais de vida e de trabalho (MORAES, 1992). Além disso, métodos e técnicas diversos são utilizados para consolidação e análise de dados, o que inclui necessariamente as referências da estatística e suas aplicações.

Os problemas com a qualidade dos dados podem impedir que sejam utilizados para gerar informações úteis. A cobertura dos processos de coleta e registro é importante para conferir o significado que se pretende nas interpretações e análises. Além disso, na análise e interpretação de dados em saúde, devem ser sempre consideradas as seguintes questões: se a obtenção dos dados foi feita no tempo oportuno, qual sua fidedignidade, qual o grau de precisão das medidas, a possibilidade de erros de registro e os obstáculos ao armazenamento e à transmissão.

Um sistema de informação em saúde deve conter os requisitos técnicos e profissionais necessários ao desempenho das suas funções básicas. Estas se relacionam ao planejamento, à coordenação e à supervisão dos seus mecanismos

que incluem: coleta, aquisição, registro, transcrição, armazenamento, processamento, recuperação, análise, apresentação e difusão de dados e geração de informações. A estruturação dos sistemas de informação para atender às demandas da organização da atenção à saúde deve contemplar: a captação e a disponibilidade de dados e informações nos serviços, o tratamento intensivo da informação, a multidisciplinaridade, a implantação de modelos de atenção à saúde centrados na promoção da qualidade de vida e a tomada de decisões oportunas (OPS/OMS, 1998).

Ao se planejar e implantar um sistema de informação, devem-se estabelecer com clareza os elementos essenciais da infra-estrutura de informação, saber: seus objetivos e propósitos para todos os níveis organizacionais, as necessidades de informação por serviço e por função em cada nível da organização, os requerimentos do sistema quanto à estrutura gerencial e física para o desempenho eficaz das atribuições específicas, os processos de monitoramento e avaliação da qualidade dos dados, as necessidades de processamento e análise, os mecanismos de coleta e de difusão e os instrumentos tecnológicos que proporcionam os meios para registrar, processar e comunicar dados e informação, e apoiar a sua plena utilização. As necessidades em recursos humanos para realizar essas operações, sua capacitação e atualização constantes devem ser estabelecidas em cada momento da organização do sistema de informação.

Uma sistematização das tarefas básicas de um sistema de informações em saúde se refere a “exposições criativas de relações críticas” e entre suas distintas classes de propósitos, a saber: estado de saúde, utilização, custo, recursos e resultados (WHITE, 1981). Dessa forma, na integração do sistema de informação ao sistema de saúde, visa-se criar as condições para promover a equidade, a cobertura universal das ações e o atendimento das demandas. As informações possibilitam, ainda, a promoção da qualidade técnica e científica dos serviços, da eficiência e otimização da relação custo-eficácia e a melhoria das condições de saúde. A natureza, qualidade e utilização do conjunto de dados requerimentos em saúde caracterizam o sistema de informações e estabelecem seu dimensionamento e operações. Inicialmente, dois aspectos de interesse devem ser considerados: o grau de formalidade e a qualidade rotineira das operações. Embora os sistemas de informações em saúde estejam dedicados às atividades formais e rotineiras, pode

ser necessário dar resposta a situações não rotineiras, captar e transmitir informações geradas informalmente.

A tecnologia de transmissão eletrônica de dados e informação, como a internet, pode apoiar a difusão de elementos informais e não rotineiros que sejam úteis à tomada de decisões (OPS/OMS, 1998). Por outro lado, os dados e informações rotineiras devem ser incorporados às operações de um sistema formal de informações para que seja possível sistematizar e padronizar sua aplicação.

Há sempre uma gama variada de fontes de dados que se pode utilizar nos sistemas de informação para o suporte da atenção à saúde. Isto inclui desde os prontuários de pacientes até os dados de natureza administrativa, dos registros de laboratório e exames até os questionários de inquéritos e observações diretas de fatos e eventos. Certamente, uma fonte única que integre todos os dados relevantes dos usuários do sistema de saúde ou da população da área de abrangência de um serviço facilita as operações de sistema de informação. Além disso, propicia a informação necessária à formulação de políticas de saúde e de planos voltados ao atendimento de necessidades.

Entretanto, os sistemas de informação em saúde têm orientação diversa quanto às fontes de dados. Quando essas fontes são orientadas aos prestadores ou aos procedimentos de elenco de serviços prestados, os dados são agregados por unidades prestadoras de serviços ou por tipo de ato profissional (consultas, cirurgias, visitas etc.). Neste caso, a informação de interesse se volta para aspectos administrativos relacionados com a disponibilidade de recursos, os custos e o controle financeiro (OPS/OMS, 1998), ou ao acompanhamento da população e da produtividade, aplicada às tarefas de supervisão dos níveis centrais de gestão do sistema de saúde. O nível de agregação desses dados impõe limites à sua aplicação, ao conhecimento da situação local de saúde porque, em geral, não é possível fazer referência à base populacional ou a clientela dos serviços.

Quando as fontes de dados são orientadas aos usuários do sistema de saúde, as informações são agregadas por identificação do indivíduo, inclusive sobre os serviços que utiliza. Dessa forma podem gerar informações mais apropriadas à sua aplicação no cuidado individual e na atenção à saúde coletiva. Porém esses sistemas necessitam da máxima colaboração dos profissionais que atendem a clientela para o registro adequado de dados e, devido a grande quantidade de dados

que produzem, exigem a definição do que deve ser processado e analisado. Ainda mais, é necessário adaptar os instrumentos de coleta às rotinas e práticas da atenção à saúde.

Outro aspecto de interesse diz respeito à cobertura e representatividade populacional dos dados de um sistema de informação em saúde. O registro de dados de clientela restrita, dos dados de uma parte de rede de unidades de saúde, o sub-registro de ações e de notificações, as dificuldades de acesso e o perfil de oferta de serviços são elementos a considerar na avaliação dessa representatividade, quando se deseja expressar o quadro epidemiológico de um grupo populacional.

As informações com que mais comumente se trabalha podem ser classificadas de acordo com a sua aplicação, com os diversos tipos de ações e serviços, e com as práticas de atenção à saúde e gestão:

- ✓ As de caráter **clínico** que se relacionam com a atenção individual e compõem o conjunto de informações sobre morbidade e mortalidade, acesso e demanda por serviços (atendimentos hospitalares e ambulatoriais, registros de exames, óbitos, seguro social, acidentes de trânsito e de trabalho).
- ✓ As informações **epidemiológicas** que revela os perfis e tendências nas condições de saúde e se aplica às atividades de vigilância (morbidade e mortalidade, características e qualidade dos serviços de interesse em saúde, fatores de risco à saúde, população animal e vetores).
- ✓ As que definem **as condições gerais de vida** e características populacionais (informações demográficas, condições sócio-econômicas – educação, habilitação, emprego e renda - , fatores culturais de interesse, meio ambiente - qualidade da água, destino de dejetos e lixo, poluição ambiental).
- ✓ As de natureza **administrativa** relacionadas com os **recursos humanos**, com a infra-estrutura física, com os recursos financeiros, tecnológicos e de processos de trabalho, incluindo, ainda, documentação relevante que registra atos legais, normas, rotinas e relatos diversos.

A aplicação dos dados à construção de indicadores gera informações úteis que sintetizam um problema ou situação em saúde. Isto possibilita que estabeleçam comparações válidas entre populações de áreas diferentes ou entre período de tempo para uma mesma população. Os indicadores de saúde são largamente aplicados no diagnóstico de situações e no acompanhamento e avaliação de intervenções, construindo-se em instrumental para o trabalho em epidemiologia e na gestão de serviços de sistemas de saúde.

Os sistemas de informação devem propiciar a construção e cálculo dos indicadores de interesse em saúde, sejam estes relativos às condições de vida (número de pessoas alfabetizadas por 1.000, habitantes, renda média familiar *per capita*), sejam os que revelam as condições de saúde e demanda por serviços (mortalidade infantil por mil, nascidos vivos, número de consultas por mil habitantes por ano). Devem ser observadas as características básicas dos indicadores relativas à disponibilidade de dados, simplicidade de cálculo, poder discriminatório de grupos populacionais e de situações de saúde, entre outras.

Um sistema de informação em saúde deve ser construído, tanto quanto possível, em base populacional, para que os dados tenham representatividade e possibilitem a construção de indicadores que se refiram à população de interesse. As informações sobre as condições de saúde de grupos populacionais de área definida revelam situações que nem sempre se definem com a mesma clareza e precisão quando se restringem às pessoas que são atendidas, ou que têm acesso às ações e serviços. Por outro lado, o registro cronológico preciso permite o estudo de séries temporais e a análise de tendências. Os dados sobre os problemas e os procedimentos correspondentes devem estar integrados ao conjunto de informações de que se necessita. Desenvolvem-se rapidamente os sistemas de informação geográfica para aplicação em epidemiologia. Esses sistemas são definidos como um conjunto de instrumentos integrados em um sistema informatizado capaz de coletar, consolidar, analisar e visualizar informação referenciada geograficamente (OPS, 1996).

Como suporte essencial à organização e gestão dos serviços de saúde, o sistema de informação deve oferecer subsídios para as funções de gestão relacionadas ao cuidado ao paciente, à administração de unidades de saúde e à gestão do sistema como um todo (LIPPEVELD; SAUERBORN & SAPIRIE, 1997), ao

que se deve acrescentar o conhecimento da situação de saúde em bases populacionais e geográficas definidas, para a atenção à saúde coletiva.

3.2 SISTEMAS NACIONAIS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Dispõe-se de um conjunto diverso de sistemas de informação de interesse para a saúde, gerenciados por órgãos do governo federal, com bancos nacionais de dados de acesso facilitado por diversos aplicativos e meios computadorizados. Entre estes se destacam os do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e os que tratam das informações em vigilância epidemiológica e da assistência ambulatorial e hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O IBGE, criado em 1938, realiza os censos nacionais de população e produz, entre outros, dados demográficos de fundamental importância para o trabalho em epidemiologia. A partir da década de 70, esta instituição iniciou a produção de dados em saúde para complementar e manter atualizados os dados censitários, realizando inquéritos nacionais, denominado Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD), e responsabilizando-se pela produção de estatística vitais com a coleta nacional padronizada sobre nascimentos, óbitos e casamento no nível municipal. Iniciou, também, o levantamento periódico conhecido como Assistência Médico-Sanitária (AMS), onde constam informações sobre o número, o tipo, a produção e a utilização de serviços de saúde. Destacam-se, ainda, a produção do Estudo Nacional de Despesas Familiares (ENDEF) em 1974-1975, que possibilitou o conhecimento da situação alimentar e nutricional no país e o acompanhamento do perfil econômico-financeiro, informações sobre os setores de produção econômica e de emprego e renda (BALDIJÃO, 1992).

Assinale-se que os sistemas de informação do IBGE e do Ministério da Saúde não são complementares, e em algumas situações utilizam definições diferentes sobre serviços, apesar do esforço que tem sido feito para ampliar a compatibilidade dos dados. Além disso, as informações sobre serviços de saúde não-cadastrados no SUS só podem ser obtidas através da MAS/IBGE (ALMEIDA, 1996).

O SUS conta com sistemas de informação sobre mortalidade (SIM), de nascidos vivos (SINASC), de agravos de notificação compulsória (SINAN), da produção de serviços e atendimento ambulatoriais (SAI) e das internações hospitalares (SIH), entre outros, no âmbito do Ministério da Saúde e das Secretarias da Saúde dos Estados e Municípios. Esses sistemas se constituem em uma valiosa fonte de informação para estudos e pesquisas e são imprescindíveis à gestão do SUS, para a administração de serviços assistenciais, para as atividades de Vigilância Epidemiológica e Sanitária e para o acesso de toda a população às informações em saúde.

Os sistemas de informação são mantidos em cumprimento a dispositivos legais que regulamentam o SUS. A Lei Federal nº 8.080 de 1990 estabelece o papel das informações em saúde e a constituição do sistema de informação quanto trata, no Capítulo II – Dos princípios e diretrizes do SUS, Artigo 7, inciso VII: “a utilização da epidemia para o estabelecimento de prioridade a alocação de recursos e a orientação programática”. No Capítulo IV – Da competência e das atribuições, na Seção I, Artigo 15, Inciso IV, esta lei estabelece ainda: a “organização e coordenação do sistema de informação em saúde” (BRASIL, 1990). Quando editou a Norma Operacional Básica SUS 01/96 (BRASIL, 1996), o Ministério da Saúde definiu como responsabilidade das administrações estaduais e municipais a operação dos sistemas de informação hospitalares e ambulatoriais e a alimentação dos bancos de dados de interesse nacional para os estados e municípios habilitados.

O desenvolvimento dos sistemas de informação em saúde de abrangência nacional segue, em anos recentes, o que estabelecem os princípios constitucionais do SUS relativos à descentralização, ao atendimento integral, ao acesso universal e à participação da comunidade (BRASIL, 1994). Com a consolidação da municipalização das ações e serviços de saúde, esses sistemas nacionais de informação vêm-se adaptando ao estabelecimento de sistemas locais de saúde e permitindo o conhecimento e o acompanhamento da situação de saúde mais periférica do sistema de saúde, referenciada a microrregiões homogêneas e áreas definidas, além de integrarem-se a sistemas locais de informação. A alimentação dos bancos de dados de interesse nacional é feita por todos os municípios e estados, e a consolidação e análise ascendentes entre o nível local e o nível nacional são realizadas para atender às necessidades de cada nível de gestão.

Dos sistemas nacionais de informações em saúde coordenados por órgãos do Ministério da Saúde, o SIM, SINASC e SINAN estão sob a gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde e o SIA e SIH, da Secretaria de Assistência à Saúde. O Departamento de Informática do SUS (DATASUS), da Secretaria Executiva, responde pelo desenvolvimento e realiza o suporte gerencial dos sistemas.

Em 1997, o DATASUS disponibilizou, para toda a rede do SUS, gestores em saúde e instituições interessadas, o TABWIN (BRASIL, 1998), aplicativo que procede a leitura dos bancos de dados, realiza a tabulação e contém recursos para cálculos básicos, construção de indicadores, representação gráfica e geográfica com a disposição dos dados em mapas por município, estado e região.

Sistema de Informações	SIM	SINASC	SINAN	SIH	SAI
Referência	Óbitos	Nascidos vivos	Agravos notificáveis	Internações hospitalares	Atendimentos ambulatoriais
Alimentação	Declaração de óbito	Declaração de nascidos vivos	Fichas de notificação e investigação	AIH - Autorização de internação hospitalar	BPA - Boletim de produção de serviços ambulatoriais
Utilização	X	X	X	X	X
Vigência	X	X	X	X	X
Planejamento	X	X	X	X	X
Avaliação				X	X
controle				X	
Auditoria					
Ultimo ano disponível	1996	1996	Variável com o agravo	1998	1998

Quadro 3 – Principais características dos sistemas nacionais de informação em saúde
Fonte: DATASUS

Dessa forma, a compatibilidade entre os diversos sistemas de informação em saúde não é completa. Isto exige a aplicação de procedimentos metodológicos de maior complexidade e grau de dificuldade quando se deseja realizar algum estudo especial para o conhecimento da situação de saúde, como, por exemplo, para avaliar as relações entre a demanda por serviços, o perfil de morbidade assistida e os dados de mortalidade. Têm sido adotadas iniciativas para compatibilizar os dados dos sistemas uniformizando-se conceitos e definições, a exemplo do que ocorre com SIM, o SINASC e o SINAN.

Portanto, mais recentemente, as instituições gestoras em saúde e os órgãos responsáveis pela coordenação dos sistemas de informação nos três níveis de governo têm envidado esforços para redirecionar o desenvolvimento desses sistemas para o suporte à gestão do SUS e o conhecimento da situação epidemiológica, integrando informações que orientem as ações e serviços para o atendimento de necessidades em saúde.

O desenvolvimento e aperfeiçoamento dos sistemas de informação devem contemplar a disponibilidade cada vez mais ampliada de informações e possibilitar o conhecimento sobre a situação de saúde para a tomada de decisões em cada nível do sistema de saúde, além de servir de instrumento que facilite e promova a participação social. Sob esse último aspecto, interagem os campos da informação e da comunicação social, considerando-se que a relação produtiva entre atores presentes ao processo decisório realiza-se com a informação necessária sobre a situação de saúde e o seu significado político (MOTA, 1995). É necessário considerar, ainda, as questões éticas relativas à preservação da privacidade. Informações sobre os indivíduos que tiveram dados pessoais registrados nos sistemas de informação devem ser preservadas por mecanismos de segurança específicos.

Para que os sistemas de informação em saúde sejam instrumentos de gestão para a promoção da qualidade de vida e se tornem meios para o exercício da cidadania é necessário que estejam inseridos em uma política de informações. Há contribuições nesse sentido, como a que elaborou a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1994.

Nesse trabalho recomendam-se, entre outras iniciativas, a compatibilização dos dados com a integração dos diversos sistemas de informações. A descentralização com o suporte ao desenvolvimento de sistemas locais de informações em saúde e a disseminação das informações: a formulação de uma política de recursos humanos para esta área (BRASIL, 1994). Uma política de informações deve compor conjunto das políticas sociais tendo como princípio que a informação, que resulta das práticas em saúde e que revelam suas condições, é um bem público.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o processo de implantação do Sistema de Informações da Saúde Indígena (SIASI), no Estado do Rio Grande do Sul.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a situação atual do sistema e descrever as dificuldades encontradas para a implantação e as estratégias empregadas para superação das mesmas.
- Identificar as necessidades para os novos paradigmas da gestão. Analisar a conformação atual do sistema, verificando se tal sistema pode responder às novas demandas informacionais.
- Verificar a possibilidade técnica de se empregar o sistema de informações enquanto fonte de dados, para a construção do perfil de morbidade da população indígena Kaingang no RS, visando propor e demonstrar a utilização estratégica das informações hoje disponíveis.
- Apontar possíveis propostas de solução a problemas identificados.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Objeto de estudo: Sistema de Informação da Saúde Indígena do Povo Kaingang do Rio Grande do Sul (SIASI).

Coleta de dados:

1- Pesquisa em documentos oficiais da FUNASA referentes a origem e necessidade de se criar um sistema de informação para a saúde indígena, períodos de implantação, capacitações, necessidades de equipamentos;

2- Pesquisa em outras fontes sobre documentos relativos a sistemas de informação utilizados em outros setores na área de saúde;

3- Realização de entrevistas com gestores atuais e do passado seguindo roteiro semi-estruturado, que contemple os seguintes questionamentos:

- Houve algum planejamento institucional para a implantação do sistema?
- Que metodologia foi utilizada para a implantação do sistema?
- Descrever a situação atual do sistema, as dificuldades encontradas e as estratégias empregadas para superação das mesmas.
- Os cursos de capacitações realizados foram adequados e atenderam as necessidades para posterior implantação do sistema?
- Qual foi o efetivo aproveitamento do pessoal após ser capacitado?
- Quais as dificuldades encontradas para se manter atualizado o sistema?
- Os dados existentes neste sistema tem servido como indicadores para o planejamento das ações em saúde indígena?
- Apontar possíveis propostas de solução aos problemas identificados.

6 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA – SIASI

A Fundação Nacional de Saúde promoveu nos dias 14 e 15 de outubro do ano de 1997 um encontro em Brasília, para discutir sobre o componente Saúde Indígena do Projeto VIGISUS, organizado pelo Departamento de Operações, Coordenação de Saúde do Índio. Neste encontro compareceram as principais instituições e lideranças atuantes no campo saúde indígena. Obteve-se um arrazoado de informações que refletiram as expectativas dos atores presentes em relação aos investimentos e à atuação governamental no setor.

Uma das propostas consolidadas foi a montagem de um sistema de informações indígena no Brasil, sob a forma de sistemas locais de saúde indígena ou distritos sanitários especiais do SUS, através de programas locais, desdobrados em projetos específicos e integrados, entre si e com projetos regionais e intersetoriais. Tais sistemas deveriam abrigar estruturas de atenção primária nas aldeias.

Sistema de Informação da Atenção da Saúde Indígena – SIASI, permitiria controlar as atividades relacionadas ao registro e acompanhamento de dados e forneceria informações sobre o atendimento integral a saúde indígena.

O SIASI serviria para subsidiar o corpo técnico e os diversos níveis gerenciais no atendimento integral a saúde indígena. Esse sistema, no que se refere a sua execução, monitoramento, análise e avaliação de desempenho, serviria de instrumento de apoio ao processo decisório sobre a gestão das capacidades e recursos disponíveis ou necessários à aplicação das ações de atenção à saúde indígena da FUNASA. O SIASI foi concebido pelo Departamento de Saúde Indígena e pela Coordenação Geral de Modernização e Sistemas de Informação da FUNASA.

Em 1999 foi iniciado o primeiro módulo do SIASI – Sistema de Informação da Saúde Indígena, destinado ao recenseamento das famílias indígenas em todo o país, incluindo dados referentes à idade, sexo, etnia, língua e residência.

Até o ano de 2002 foram cadastrados no SIASI em todo o Brasil 368.431 mil índios, números que superou a expectativa da FUNASA, que esperava recensear 360 mil índios. A estimativa é de que o censo registre cerca de 380 mil indivíduos,

quando forem computados dados referentes a índios que vivem em centros urbanos ou estão em processo de reconhecimento pela Fundação Nacional do Índio.

O segundo módulo programado a ser implantado foi sobre saúde bucal. Foram, também, desenvolvidos módulos voltados para recursos humanos e saneamento básico nas aldeias. A meta da FUNASA era ter nas unidades de saúde de referência para a saúde indígena, definidos como Pólos Base, pelo menos um computador com ponto de comunicação via satélite e um profissional capacitado para operar o SIASI.

Na segunda etapa a proposta era de capacitar agentes indígenas de saúde, profissionais de administração, médicos e enfermeiros para consolidar o SIASI nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas existentes no Brasil.

A partir de 2002 foram treinados profissionais que atuavam nos DSEIS, em dois módulos do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena: imunizações e enfermidades (morbidade). Os dados sobre cobertura vacinal e acompanhamento da incidência de doenças e da situação de saúde de cada indígena, pelo registro dos prontuários médicos e das consultas realizadas, contribuiriam para orientar e tornar mais eficazes as ações de saúde voltadas para a população indígena em todo o país.

Os dois módulos imunizações e enfermidades foram implantados como projeto piloto em quatro Distritos Sanitários: Yanomami (parte dos estados do Amazonas e Roraima), Interior-Sul (parte dos estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul), Litoral-Sul (parte dos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul) e Pernambuco. Os quatro distritos foram selecionados por concentrarem mais de 50% da população indígena brasileira e pela grande extensão territorial.

6.1 SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

A política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações da Lei Orgânica da Saúde, com as da Constituição Federal, que reconhece aos povos indígenas suas

especificidades étnicas e culturais, bem como estabelece seus direitos sociais. Estes direitos são reafirmados pela Convenção 169 de 1989, da OIT – Organização Internacional do Trabalho, ratificada pelo Brasil em 25 de julho de 2003 e aprovada pelo Decreto nº 5.051, de 19 de abril de 2004.

O Subsistema de Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SUS) está organizado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIs. O território que delimita estes distritos respeita a distribuição geográfica, antropológica e de acesso aos serviços de saúde pelos povos indígenas. As principais normas que regem a saúde são a Lei 9.836/1999 e as Portarias 1163/1999 do Ministério da Saúde. Uma proposta de consolidação do Modelo de Atenção à Saúde Indígena, ocorreu no Ministério da Saúde/FUNASA com a edição das Portarias Ministeriais nºs 069 e 070/GM, de 20/02/2004, que criaram o Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e aprovou as diretrizes de Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena.

MUNICÍPIO	MÉDICO	ODONTO	ENFERMEIRO	AUX. OU TÉC. ENFERMAGEM	AIS	AISAN	TOTAL	EQUIPE
DSEI Interior Sul / RS								
Água Santa	0	0	1	1	2	1	5	INC.
Benjamin Constant do Sul	1	2	1	2	4	1	11	COMP.
Cacique Doble	1	1	1	3	3	1	10	COMP.
Charrua	1	1	1	3	6	2	14	COMP.
Constantina	1	1	1	1	3	1	8	COMP.
Engenho Velho	1	1	1	2	4	0	9	COMP.
Erebango	0	0	1	1	4	1	7	COMP.
Estrela Velha	0	0	0	1	1	0	2	INC.
Faxinalzinho	0	0	0	1	1	0	2	INC.
Ibiraiaras	0	0	1	2	4	0	7	INC.
Irai	1	1	1	2	2	1	8	COMP.
Muliterno	0	0	1	2	2	0	5	INC.
Nonoai – Bananeira	1	1	1	2	3	2	10	COMP.
Nonoai – Sede	2	1	1	5	6	2	17	COMP.
Planalto	1	2	1	5	3	1	13	COMP.
Redentora 1	1	1	2	6	7	3	20	COMP.
Redentora 2	1	1	1	4	6	4	17	COMP.
Rodeio Bonito	1	1	1	2	2	0	7	COMP.
Ronda Alta	1	1	1	2	2	1	8	COMP.
Salto do Jacuí	0	0	1	2	4	1	8	INC.
São Miguel das Missões	0	0	1	1	1	1	4	INC.
São Valério do Sul	2	1	1	3	3	1	11	COMP.
Tenente Portela	2	1	2	3	6	1	15	COMP.
Três Palmeiras	1	1	1	1	2	1	7	COMP.
Vicente Dutra	0	0	0	1	2	0	3	INC.
SUB-TOTAL	19	18	24	58	83	26	228	_

MUNICÍPIO	MÉDICO	ODONTO	ENFERMEIRO	AUX. OU TÊC. ENFERMAGEM	AI	AISAN	TOTAL	EQUIPE
DSEI Litoral Sul / RS								
Barra do Ribeiro	1	1	2	3	5	1	13	COMP.
Porto Alegre	0	0	1	3	0	0	4	INC.
Viamão	2	1	2	4	9	0	18	COMP.
SUB-TOTAL	3	2	5	10	14	1	35	_
Pólo Base Passo Fundo	2	1	4	4	0	0	11	COMP.
ASSAI	0	0	4	2	0	0	6	COMP.
TOTAL GERAL	24	21	37	74	97	27	280	_

Quadro 4 – Recursos Humanos que atuam na atenção primária nas aldeias
Fonte: ASSAI/FUNASA/RS/MS 2006

6.2 DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES – SIASI: características do sistema

O Sistema de Informações da Saúde Indígena é parte dos Sistemas de Informações da FUNASA. A programação foi feita nas plataformas Delphi e Oracle. A arquitetura eletrônica do sistema foi estruturada como uma base de dados que contém diversos módulos de informação.

Diante da necessidade de disponibilidade e acessibilidade rápida da informação, foi definido de estabelecer a comunicação via Internet (WEB).

A produção da informação foi realizada pelos agentes que prestam serviços de saúde em todos os níveis do sub-sistema de Saúde Indígena. A informação primária foi preenchida manualmente em formulários específicos e a digitação de dados foi feita nos níveis de disponibilidade de terminais de computador, principalmente nos pólos base e na sede do DSEI.

Acessibilidade de informação, busca e leitura de dados, para consulta pública.

Os indicadores de saúde indígena são calculados automaticamente, e a apresentação é feita em quadros e gráficos em tempo real, para facilitar a análise em todos os níveis dos serviços.

As doenças são organizadas segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas à Saúde (CID-10).

A busca de dados permite processar relatórios, incluindo os gráficos dos indicadores.

6.3 DOS INDICADORES

Inicialmente foram selecionados um número limitado de indicadores, para análise da situação da saúde indígena e do desempenho dos serviços de saúde.

Podem ser agregados outros indicadores, segundo as necessidades de planejamento ou de avaliação local e segundo as características socioculturais da população.

6.4 DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA

Para acompanhar as ações de saúde desenvolvidas no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, foi necessário organizar um sistema de informações, na perspectiva do Sistema de Vigilância em Saúde, voltado para a população indígena.

Este sistema deveria identificar informações que atendessem às necessidades fornecendo subsídios para a construção de indicadores que avaliassem a saúde particularmente no que diz respeito ao seu acesso, a sua cobertura e a sua efetividade.

Estas informações serviriam para identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, estabelecer prioridades na alocação de recursos e orientação programática, facilitando a participação das comunidades no planejamento e na avaliação das ações.

Os instrumentos para a coleta de dados foram propostos pela equipe técnica da FUNASA a nível central. Estes instrumentos poderiam ser adaptados a realidade local, mas teriam que permitir a identificação dos riscos e das condições especiais

que interferem no processo de adoecer e buscar intervenções específicas de cada povo.

O fluxo das informações seria pactuado com os municípios de referência. Nas circunstâncias especiais em que couber ao Distrito viabilizar todo o serviço de assistência na sua área de abrangência o mesmo repassaria estas informações para os respectivos municípios a fim de alimentar continuamente os bancos de dados nacionais. O acesso permanente ao banco deverá estar assegurado a qualquer usuário.

O acompanhamento e avaliação desta política teria como base o Sistema Nacional de Informações referente a saúde dos povos indígenas. Os aspectos a serem acompanhados e avaliados incluíram a avaliação da estrutura, do processo e dos resultados da atenção oficial à saúde dos povos indígenas, que possibilitará a integração entre o diagnóstico situacional de saúde, os problemas de saúde identificados e as prioridades estabelecidas nos níveis técnico, social e político, bem como a coerência entre as ações planejadas e efetivamente executadas, de modo a subsidiar os órgãos gestores e de controle social.

6.5 JUSTIFICATIVA

Um sistema de informações em saúde indígena é estratégia básica para o controle e avaliação das ações desenvolvidas.

Naquele momento não haviam registros padronizados das atividades, bem como não eram desenvolvidos programas de saúde, os quais deveriam ter registros de dados e informações, que seriam informatizados para posterior avaliação e divulgação entre as instituições envolvidas e as comunidades indígenas atendidas.

6.6 OBJETIVOS

- Padronizar registros de dados e informações em saúde que atendam as necessidades da FUNASA.
- Informatizar dados para agilizar o fluxo de informações das ações desenvolvidas.
- Viabilizar o acompanhamento de determinados programas, criando instrumentos facilitadores da ação.
- Tornar acessível à FUNASA às Comunidades Indígenas as informações oriundas das ações e programas desenvolvidos.

6.7 METAS

- Informatizar todos os dados oriundos de programas específicos, tais como: imunizações, controle da tuberculose, desnutrição, saúde da mulher, etc.
- Instituir prontuário unificado em todas as enfermarias das áreas indígenas.

6.8 ESTRATÉGIAS

Treinar os profissionais que atuam nas áreas indígenas sobre o registro e seu fluxo. Acompanhar sistematicamente as áreas, com supervisão dos arquivos e instrumentos de registro. Criar programa informatizado de análise de dados.

6.9 DO PLANO DE IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO NAS ÁREAS INDÍGENAS

O Sistema de Informações nas áreas indígenas no Estado do Rio Grande do Sul, foi dividido pelo fato de pertencer a dois Distritos Sanitários – DSEI Interior-Sul com sede em Florianópolis/SC que atende indígenas da etnia Kaingang e o DSEI Litoral-Sul com sede em Curitiba/PR que atende indígenas da etnia Guarani. Com isso ocorreram dificuldades tanto nas capacitações quanto na implantação, aliado ao processo de estruturação das Equipes de Saúde do Índio, não permitiu o avanço em período anterior.

No ano de 2000 foi realizado o cadastramento da população indígena do Rio Grande do Sul através dos Pólos Base de Nonoai e Planalto aproveitando o mapeamento do PACS. Em aldeias onde existiam Agentes do PACS indígenas, estes foram mobilizados para participar junto com as enfermeiras supervisoras dos municípios em conjunto com o Estado. Nos locais onde não existia PACS foi definido aproveitar os auxiliares de enfermagem contratados pelas Prefeituras com recursos da SAS para atuarem nas equipes multidisciplinares de saúde indígena. O mapeamento era na verdade um reconhecimento geográfico, localizando as casas das famílias nas aldeias e estas dentro do município. O mapa com o reconhecimento geográfico foi realizado pelos Agentes de Saúde Pública da FUNASA, que detém largo conhecimento nesta área.

6.10 CRONOGRAMA

Foi definido que este trabalho seria realizado nos meses de Outubro a Dezembro do ano de 2000. Para isso, haveriam reuniões de sensibilização junto às lideranças nas aldeias. Nesse momento seria introduzido o primeiro instrumento – Cadastro da Família Indígena. Ocorreriam capacitações para os Agentes do PACS, AIS e Equipe de Saúde, com acompanhamento e avaliações.

6.11 INSTRUMENTOS PARA SER IMPLANTADOS

- Cadastro da Família Indígena;
- Prontuário e Consulta;
- Referência e Contra-Referência;
- Monitoramento de Saúde, Vigilância e Controle de Agravos;
- Livro de Atividades do Agente Indígena de Saúde – AIS;
- Consolidado Mensal de Atividades;
- Livro de Saúde da Comunidade;
- Imunização.

6.12 NECESSIDADE DE RECURSOS HUMANOS

- 06 Agentes de Saúde Pública para o RG;
- 03 colaboradores;
- 04 servidores FUNASA;
- 10 Agentes Indígenas de Saúde – AIS;
- 28 Agentes Indígenas do PACS.

6.13 NECESSIDADE DE RECURSOS FINANCEIROS

Quadro demonstrativo das necessidades de recursos financeiros, por elemento de despesas, para realizar o primeiro módulo do sistema Cadastro da Família Indígena, no ano 200/2001.

ELEMENTO DE DESPESAS	NATUREZA DAS DESPESAS	VALOR R\$
339014	Diárias Servidores	40.800,00
339030	Material de Consumo	18.000,00
339036	Serviço de Terceiros	8.160,00
TOTAL GERAL		66.960,00

Quadro 5 – Demonstrativo gastos financeiros
 Fonte: ASSAI/FUNASA/RS/MS 2000/2001

6.14 ATORES DO SISTEMA

O Pólo Base teria todas as informações. As informações passaram ser um problema estratégico na FUNASA. Era preciso ter clareza do que é informação e é necessário ter confiança nos dados, nos números. O objetivo era ter um resultado global da situação:

- Aldeias – unidade de produção de informações (população, cultura, poder local, peculiaridades regionais);
- Pólo Base – unidade de gestão, organiza as informações;
- FUNASA/ Distrito Sanitário Indígena;
- DESAI/FUNASA/BSB – Departamento de Saúde Indígena, em Brasília, concentração das informações de todo o país;
- Parceiros – Municípios, Estado, Ministério da Saúde.

7 ENTREVISTAS COM GESTORES

7.1 PERGUNTAS REALIZADAS

Foram realizadas entrevistas com gestores atuais e do passado seguindo roteiro com os seguintes questionamentos (ANEXO A):

- Houve algum planejamento institucional para a implantação do SIASI – sistema de informações indígena?
- Que metodologia foi utilizada para implantação do sistema?
- Descrever as dificuldades encontradas e as estratégias empregadas para superação das mesmas.
- Os cursos de capacitação foram adequados e atenderam às necessidades para posterior implantação do sistema?
- Qual foi o efetivo aproveitamento do pessoal após ser capacitado?
- Quais as dificuldades encontradas para se manter atualizado o sistema?
- Os dados existentes neste sistema têm servido como indicadores para o planejamento das ações em saúde indígena?
- Apontar possíveis propostas de solução aos problemas identificados.

7.2 AVALIAÇÃO DAS ENTREVISTAS REALIZADAS

O objetivo deste estudo foi verificar e descrever o processo de implantação do sistema de informações da saúde indígena, como ocorreu esta experiência, focalizando o grau e o caráter de participação dos diversos atores envolvidos. Identificar as principais dificuldades e facilidades caso existissem no decorrer da implantação. Procurar identificar os mecanismos de gestão: planejamento, coordenação, controle e avaliação.

Das entrevistas realizadas observa-se que houve uma divergência entre os gestores do nível central e os gestores do Estado, gerando um conflito de interesses, pois não foi realizado um trabalho em conjunto quando da implantação do sistema. Muitos problemas ocorreram por esta falta de acordo, mas a decisão a nível central prevaleceu e hoje a FUNASA no Estado do Rio Grande do Sul, deverá cumprir com sua parte em relação a atualização do que falta ser inserido no sistema e implantar os módulos que ainda não foram implantados. Por outro lado, a divergência ocorrida causou problemas de ordem financeira, pois os repasses de recursos destinados, para a saúde indígena do RS, por exemplo, estão sendo repassados com base nos dados do SIASI e como este está desatualizado, ou melhor, em alguns locais não está sequer funcionando os recursos foram reduzidos causando problemas na operacionalização das ações de assistência à saúde dessa população.

No período de 16 a 21/10/06, realizei trabalho de campo deslocando-me para alguns municípios do interior do Estado do RS e visitei os pólos base que são as Unidades de Saúde localizadas nas aldeias indígenas dos seguintes municípios: Ronda Alta, Três Palmeiras, Engenho Velho, Constantina, Nonoai, Gramado dos Loureiros, Planalto, Irai, Vicente Dutra e Rodeio Bonito. Conversei com os profissionais de saúde que atuam nas equipes multidisciplinares de saúde na atenção primária nessas aldeias indígenas, para obter informações sobre o SIASI. Fui informada pelos mesmos que o SIASI está desatualizado, que alguns não foram capacitados ainda, outros que não houve supervisão técnica e que há falta de equipamento. Enfim, consegui obter a confirmação do problema que eu havia identificado e que na verdade já estava sendo admitido pelos gestores do nível estadual.

O SIASI é um sistema dinâmico de informações, que serve para subsidiar o corpo técnico e os diversos níveis gerenciais no atendimento integral à saúde dos povos indígenas. Esse sistema, no que se refere a sua execução, monitoramento, análise e avaliação de desempenho, serve de instrumento de apoio ao processo decisório sobre a gestão das capacidades e recursos disponíveis ou necessários à aplicação das ações de atenção à saúde indígena da FUNASA. O objetivo é dar continuidade às ações de melhoria na qualidade dos serviços, com enfoque na elaboração e análise de indicadores de serviços de saúde a partir do banco de dados do SIASI. Desenvolver uma visão crítica sobre as informações produzidas,

visando a construção de indicadores que subsidiem a avaliação dos serviços de saúde no âmbito da atenção integral da saúde indígena do povo Kaingang no Rio Grande do Sul. Embora houvesse planejamento, houve resistência de alguns setores/atores, para que o SIASI fosse implantado, com isso ocorreram diversos problemas e as conseqüências foram de que esta população de alguma forma foi prejudicada, pois não há um sistema de informações eficaz, eficiente e atualizado, que possa servir de base para melhor atender as demandas das ações de saúde.

Embora houvesse planejamento a resistência de alguns setores/atores causou problemas e as conseqüências foram de que esta população foi prejudicada. Com um sistema de informações ineficaz e desatualizado, não há base para acompanhar as ações desenvolvidas e nem identificar informações que atendam às necessidades de cada nível gerencial, fornecendo subsídios para a construção de indicadores que avaliem a saúde e, indiretamente, a atenção à saúde dos povos indígenas .

É complexo implantar um sistema como este, pois envolve diversos setores. Um dos setores estratégico são os gestores, que precisam ser os indutores nesse processo, para que não ocorra solução de continuidade e que passe a ser uma prática a alimentação do sistema. Para isso será necessário que as supervisões sejam contínuas e qualificadas junto às equipes de saúde e que seja realizada pela FUNASA, não por terceiros, pois a gestão do subsistema é atribuição federal.

É necessário, também, que a instituição seja abastecida com os equipamentos e que todas as unidades de saúde tenham pelo menos um microcomputador completo e por fim, que seus usuários sejam servidores contratado via concurso público, evitando-se assim a alta rotatividade de profissionais e a falta de compromisso com o trabalho.

Os gestores hoje reconhecem a importância do sistema e a necessidade de se ter este sistema atualizado constantemente e para que sirva de fonte de dados para a elaboração de seus planejamentos. E nesse sentido para enfrentar este grande desafio é preciso elaborar e executar um plano de regras de construção e manutenção do SIASI, contemplando as propostas de enfrentamentos dos desafios do SIASI, começando pela mudança no contrato e na capacitação dos profissionais, passando pelo plano de sustentação física e de equipamentos e se consolidando na

definição do processo de construção e alterações do software, os conceitos, as competências e a alimentação do sistema.

A gestão da assistência à saúde não pode ser delegada, é atribuição federal, que deve ser exercida pela administração do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Não admite delegação por via transversa. Apenas a execução de ações e serviços de saúde pode ser terceirizada, sob a condição de que se observe os parâmetros definidos na política nacional de saúde indígena e para cada povo indígena, nas instâncias próprias de controle social do subsistema.

8 CONCLUSÃO

A qualidade dos sistemas de informação de uma instituição é reconhecidamente uma vantagem corporativa estratégica. Apesar de todos os avanços tecnológicos o processamento de informações corporativas continua sendo complexo e merecedor de especial atenção.

Os atuais sistemas de informações possuem notadas limitações como resultado das deficiências existentes nas teorias de análise estruturada de dados e ferramentas utilizadas, assim como o desequilíbrio na relação necessidade versus especificação. A visão técnica e instrumental dos analistas de informática, responsáveis pelo desenvolvimento de modelos para a construção de sistemas de informação, precisa ser revista. A atual formação dos profissionais de informática precisa passar por reestruturações, e conhecimento sobre ciências humanas e psicologia devem ser incorporadas aos perfis desejados para o analista de sistemas. As dimensões da informação devem considerar sua interação com o indivíduo. Como resultado, os sistemas de informação serão construídos de forma aprimorada, buscando atender às necessidades dos usuários tanto no aspecto da confiabilidade quanto no do entendimento da informação.

Cabe refletir que o sistema de informação deve melhorar o desempenho do elemento humano e da organização. Como são as pessoas que trabalham na instituição, que manipulam as informações, o sistema de informação deve atender às suas necessidades, resultando em um melhor desempenho da instituição. Qualquer instituição que se proponha a desenvolver um sistema de informação deverá possuir uma estratégia de crescimento consciente e estabelecida, que se caracterize como uma diretriz para a abordagem global de sua implantação à administração e, deve também, considerar que a participação das pessoas em todo o processo é fundamental para se obter sucesso, desde a definição da necessidade, a construção da solução e o uso da ferramenta.

Qualquer sistema de informação depende da coleta primária de dados, o que significa assegurar que o conjunto relevante de instrumentos (fichas de notificações e investigações de agravos, declarações de nascimento e de óbito, boletins de

atendimento) seja adequadamente preenchido, os dados seguramente registrados e armazenados e que se cumpra em tempo o fluxo de dados até o processamento, a consolidação, análise e difusão.

Esses sistemas necessitam da máxima colaboração dos profissionais que atendem a clientela para o registro adequado de dados, pois é imprescindível à gestão da saúde indígena, por exemplo, para planejar e melhorar a administração dos serviços essenciais.

Para que os sistemas de informação em saúde sejam instrumentos de gestão para a promoção da qualidade de vida e se tornem meios para o exercício da cidadania é necessário que estejam inseridos em uma política de informações. Há contribuições nesse sentido, como a que elaborou a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1994. Nesse trabalho recomendam-se, entre outras iniciativas, a compatibilização dos dados com a integração dos diversos sistemas de informações: a descentralização com o suporte ao desenvolvimento de sistemas locais de informações; e a formulação de uma política de recursos humanos para esta área (Ministério da Saúde, 1994). Uma política de informações deve compor o conjunto das políticas sociais, tendo como princípio que a informação, que resulta das práticas em saúde e que revelam suas condições, é um bem público.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.F. de. Algumas considerações sobre os sistemas de informação em saúde da França e do Brasil. **IESUS**, p. 47-12, out./dez. 1996.

AQUINO, R. et al. Informação para gestão de sistemas locais de saúde: O Sistema de informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. **IESUS**, n. 4, p. 47-56, out./dez. 1997.

ARRICHI, Giovanni. **O Século XX: dinheiro, poder e as origens de nosso tempo**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1994.

ARTURI, Carlos. Dossiê transição política: o debate teórico sobre mudanças de regime político: o caso brasileiro 1. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, 2001.

BALBIJÃO, M. F. de A. Sistemas de informação em saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 6, n. 4, p. 21-8, out./dez. 1992.

BIONDI, Aloysio. **O Brasil privatizado II: o assalto das privatizações continua**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.

BRANCO, M. A. F. Sistema de informação em saúde no nível local. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. 2, p. 267-70, abr./jun. 1996.

BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1994.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 182, Seção I, p. 18.055-59, 20 set. 1990.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1990.

_____. Lei nº 3.156, de 27 de agosto de 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 nºs 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 ago. 1999.

_____. Lei nº 9.836 de 23 de setembro de 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 set. 1999.

_____. Lei. nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei 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 de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 abr. 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão**: norma operacional básica SUS-/96. Brasília: 1996.

_____. _____. Norma Operacional básica do SUS – NOB SUS 01/96. **Diário Oficial da União**, n.170, p.17.064-73, set, 1996.

_____. _____. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Norma Operacional Básica SUS 01/93**. Brasília: 1993.

_____. _____. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília: CENEPI, 1998.

_____. _____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/01. Brasília: 2001.

_____. _____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação da Saúde da Comunidade. **SIAB**: manual do sistema de informação de atenção básica. Brasília: 1998.

_____. _____. **TAB**: programa para realização de tabulações, construção de gráficos e mapas, nos ambientes DOS, WINDOWS e INTERNET. Brasília: SUS/DATASUS, 1998.

CARVALHO, A. O. Tecnologias da informação na gestão da saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 195-205, mar./abr. 1998.

CARVALHO, D. M. Grandes sistemas nacionais de saúde: revisão e discussão da situação atual. **IESUS**, n. 4, p. 7-46, out./dez. 1997.

GARNELO, LUIZA; SAMPAIO SULLY. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena. Problemas e questões na Região Norte do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2003.

LIPPEVELD, T.; SAUERBORN R.; SAPIRIE, S. Por unos sistemas de información sanitaria eficaces. **Foro Mundial de la Salud**. n. 18, Seção Informação Sanitária, p. 196-205, 1997.

MISOCZKY, Maria Ceci. **Do golpe à constituição cidadã**: ponto de partida histórico-legal. 2002. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

MORAES, I.H.S. de; EDUARDO, M.B. de P; SOBOLL, M. de M.S. Informação em saúde e gestão democrática. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9, 1992. **Anais...** Brasília: UNB, 1992. p. 35-42.

MOTA, E. Novos passos para a informação e comunicação em saúde. In: REDE IDA/BRASIL (org.). **Informação e comunicação social em saúde**. Brasília: Fundação Kellogg Projeto UNI/FAPEX/OPAS, 1995. p. 59-60. (Série desenvolvimento de serviços de saúde, 15).

OPS. Uso de los Sistemas de Información Geográfica en Epidemiología. **Boletín Epidemiológico**, v. 17, n. 1, p.1-6, 1996.

OPS/OMS. Programa de Sistemas de Información sobre Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. **Sistemas de información y tecnología de información en salud**: desafíos y soluciones para América Latina y el Caribe. Washington: 1998.

PETRAS, James. **Neoliberalismo**: América Latina, Estados Unidos e Europa. Blumenau: Ed. FURB, 1999.

URIBE, Marta Harnecker Gabriela. **Explorados e exploradores**. São Paulo: Global, 1979.

WHITE KL. Información para la atención de salud: una perspectiva epidemiológica. **Educación Médica y Salud**, v. 15, n. 4, p. 369-92, 1981.

ANEXO A – Entrevistas com Gestores

Primeira entrevista: Gestora do passado

Entrevistada: INAJARA HAUBERT RODRIGUES

Chefe da Assessoria de Saúde Indígena/FUNASA/RS

Gestora no período: junho de 2003 a novembro de 2005

Obs: continua atuando na ASSAI

No início houve uma resistência para que fosse implantado o SIASI, pois eu e alguns técnicos acreditávamos que estas informações relativas à saúde indígena deveriam constar dos sistemas de informações oficiais do Ministério da Saúde. Se precisarmos informações sobre taxas de internação hospitalar, por exemplo, temos que recorrer e ir pesquisar no banco de informações do Estado, verificar as AIHs, não aparece se a pessoa é índio ou não. Se fosse incluída uma coluna com as informações dos índios não seria necessário existir um sistema paralelo, que na verdade só serve para a FUNASA que é quem trabalha especificamente com saúde indígena. Sabíamos que tínhamos que implantar o SIASI e acreditamos ser muito importante ter dados. Ocorreram problemas, primeiro porque o Distrito Sanitário Especial Indígena não inclui o RS em suas capacitações. Outro problema que enfrentamos até hoje é a alta rotatividade do pessoal contratado pelas prefeituras e que fazem parte das equipes multidisciplinares de saúde indígena, muitos que foram capacitados já não estão mais atuando. No ano de 2005 a ASSAI – Assessoria de Saúde Indígena, resolveu custear com recursos da FUNASA/RS, a vinda do analista de sistemas e que é a pessoa responsável pelo SIASI a nível nacional, para realizar treinamento com o pessoal daqui da ASSAI e do Pólo Base de Passo Fundo. Aproximadamente 10 pessoas foram capacitadas e que seriam posteriormente multiplicadores. Outro problema que surgiu foi que quando assumi a saúde indígena verifiquei que o senso que existia estava desatualizado. Era necessário atualizar, deveria ser por aldeia, para depois consolidar tudo e termos o cadastro da população indígena atualizado. As dificuldades foram muitas. Os cursos de capacitação realizados anteriormente não atenderam as necessidades. Havia falta de equipamento de informática nas áreas indígenas e pessoal capacitado para operar o sistema. Várias áreas indígenas ainda estão sendo digitadas no Pólo Base em Passo Fundo, em função desses problemas. Agora com esta capacitação que foi oferecida, mais de uma pessoa está apta a acessar o sistema, mesmo que saia alguém não ficará descoberto. Não havia computador e nem o programa instalado nas áreas indígenas. Hoje começamos a capacitar uma pessoa em cada local. Todos os locais, as maiores áreas indígenas tem computador e pessoal capacitado. As áreas menores está sendo feito no Pólo Base em Passo Fundo. Os dados estão sendo atualizados trimestralmente. Hoje existe um trabalho em conjunto com o DATASUS, que está nos dando suporte técnico ao sistema e o senso está sendo atualizado em todas as aldeias. Depois vamos ter uma base de dados de cada aldeia e no final será consolidado para alimentar o SIASI nacional. O que falta ainda é a parte de imunização. As pessoas não foram capacitadas e é uma digitação bem demorada. No momento só conseguimos trabalhar com o cadastro das famílias e a imunização. Os demais módulos ainda não estão funcionando. Lutamos para que o DATASUS crie uma crítica para que esses sistemas oficiais obriguem, por exemplo, no campo etnia, que seja preenchido este campo. Quanto a questão do planejamento acho que faltou um pouco na FUNASA a nível central, pois temos muita rotatividade de pessoal que são contratados. Deveriam ter estudado melhor a situação. Não havia recursos financeiros para as capacitações. Não era tão simples quanto parecia. Não foi uma metodologia muito definida em função dos problemas

que ocorreram. Falta de equipamento, recursos financeiros, rotatividade de pessoal. Hoje estamos fazendo esta implantação nas aldeias para consolidar tudo depois, com previsão para conclusão para o início do mês de novembro de 2006. O SIASI colabora muito na questão da imunização e qualifica muito nosso trabalho. Ele calcula qual a próxima dose e qual a vacina que deve ser aplicada. Concluindo: Os índios continuam fora dos sistemas oficiais e essa é a nossa luta. Há um esforço em capacitar as equipes multidisciplinares de saúde indígena, para que aprendam a fazer as notificações dos sistemas oficiais, por exemplo: nascimentos e óbitos indígenas. Outra melhora que estamos percebendo é no trabalho com as equipes de saúde, a supervisão agora está mais qualificada, voltada para a discussão epidemiológica e de organização dos serviços. Os profissionais de saúde que saem da Universidade não sabem fazer ações básicas de saúde. A formação do Enfermeiro, por exemplo, é voltada para o atendimento hospitalar. Não sabem qual seu papel dentro de uma unidade básica de saúde. Estamos capacitando os profissionais de saúde nessa área. Muitos não sabem pesar ou medir as crianças. As pessoas não dão a importância para a informação e planejamento. Para nós é imprescindível que as equipes saibam como está sendo feito o atendimento, se têm atendido aos parâmetros científicos. A informação nos dá toda a base, até se as equipes estão trabalhando ou não. O SIASI ajuda nisso. Um grande problema que temos é em relação aos profissionais de saúde que atuam nas áreas indígenas. Eles não sabem identificar a tuberculose, por exemplo. Auxiliares e Técnicos em Enfermagem não sabem vacinar. Estamos verificando que é necessário uma capacitação bem básica em relação à saúde da mulher e da gestante, saúde da criança, vigilância nutricional e alimentar. Para atender os problemas identificados estamos programando um Curso Básico de Vigilância Epidemiológica – CBVE, onde serão capacitados 30 profissionais de nível médio e 29 profissionais de nível superior, da Sede e do Pólo Base. Acredito que com isso as pessoas começam a ter um pensamento mais científico. O curso CBVE vai ensinar esses raciocínios, os parâmetros, como calcular, ele faz refletir essas coisas”.

Segunda Entrevista: Gestor atual

Entrevistado: GILSON ANTONIO URNAU

Chefe da Assessoria de Saúde Indígena no RS

Período: a partir de novembro de 2005 até agora

“Acredito que na época houve um planejamento. Hoje o que existe é a falta de equipamentos nas aldeias, tanto quanto pessoas capacitadas para operar no sistema. O que ocorreu é que existe muita rotatividade de profissionais nas aldeias e a cada nova versão temos que fazer novas capacitações e adequações. Já estamos na nona versão do sistema. Entra a questão financeira. Não tem recursos para aquisição de material permanente. Houve redução dos recursos para a gerencia da ASSAI e para o convênio FUNASA/RONDON (Associação dos ex-rondonistas). Esta sendo criado hoje uma nova versão com o módulo SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Já está sendo capacitada uma pessoa para depois ser multiplicador e será, também, responsável pelo sistema aqui no Estado. A cada nova versão reúnem-se as pessoas onde tem microcomputador e é repassada a nova versão. Para superar as dificuldades, estamos negociando com os municípios, pois eles recebem recursos via MS/SAS – Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde (Fundo Nacional de Saúde), que repassa recursos para o Fundo Municipal para a contratação das equipes multidisciplinares de saúde. Nos municípios onde existe saldo do recursos repassados para contratações que não ocorreram, existe uma negociação para que este recurso seja utilizado para aquisição de equipamentos. Como este recurso deve ser utilizado dentro da aldeia, é feito um plano de aplicação que é definido em conjunto com a FUNASA, o gestor municipal, lideranças indígenas e o Conselho Local de Saúde Indígena. Quanto às capacitações acredito que na época foram adequadas e atenderam às necessidades naquele momento. O que ocorre hoje é que existem alterações que ocorrem com o próprio sistema. Todos os dados que utilizamos estão dentro do sistema. Muitas vezes não utilizamos, temos dificuldades de extraí-los por estarem desatualizados. Ainda, hoje, utilizamos planilhas (relatórios) manuais que nos são enviados mensalmente pelas equipes de saúde. Como propostas de solução para os problemas identificados definimos que é necessário equipar todas as unidades de saúde com computadores, realizar uma nova capacitação para representantes de todas as equipes multidisciplinares de saúde, se possível mais de uma pessoa por equipe e por último viabilizar a parceria da ASSAI com o DATASUS, para que ocorra o suporte técnico e a consolidação dos dados.

Terceira Entrevista: Gestores atuais do nível central FUNASA/Presidência

Entrevistada: Marly Galdino de Almeida -Enfermeira/Sanitarista
Coordenadora da Coordenação de Monitoramento de Ações e Serviços –
COMOA, do Departamento de Saúde Indígena -DESAI

Entrevistado: Mariosan Maciel
Coordenador Substituto da COMOA
Obs: respostas recebidas por e-mail em 30/10/06

1- Houve algum planejamento institucional para a implantação do sistema?

A identificação dos registros de Saúde Indígena no Brasil começa, naturalmente, no início do século XVI, com o descobrimento, mas os registros específicos da construção de um sistema de coleta, processamento e disponibilização de informações sobre a Saúde dos Povos Indígenas, no âmbito do SUS, começam a aparecer somente a partir de 1991. Em fevereiro daquele ano a assistência à Saúde Indígena passa da Fundação Nacional do Índio para a Fundação Serviço Especial de Saúde, do Ministério da Saúde. Em abril, por meio do Decreto 100, é instituída a Fundação Nacional de Saúde, que incorpora a Fundação Serviço Especial de Saúde e seus trabalhos em Saúde Indígena.

Até chegar ao atual Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena - SIASI, várias propostas foram trabalhadas, entre elas a proposta de construção do SISI, com denominação e propósitos idênticos aos atuais, deferindo apenas na tecnologia de informática a ser utilizada.

As diretrizes que nortearam o indispensável planejamento institucional para a implantação do SIASI são mencionadas na Política Nacional de Atenção à saúde dos Povos Indígenas, tornada pública por meio da Portaria 254/2002 do Ministério da Saúde, e que a esse sistema de informações se refere nos seguintes termos:

Monitoramento das ações de saúde

Para acompanhar as ações de saúde desenvolvidas no âmbito do Distrito Sanitário, será organizado sistema de informações, na perspectiva do Sistema de Vigilância em Saúde, voltado para a população indígena.

Esse sistema deverá identificar informações que atendam às necessidades de cada nível gerencial, fornecendo subsídios para a construção de indicadores que avaliem a saúde e, indiretamente, a atenção à saúde, dos povos indígenas.

Estes instrumentos poderão ser adaptados à realidade local, mas terão que permitir a identificação dos riscos e das condições especiais que interferem no processo de adoecer para buscar intervenções específicas de cada povo.

O fluxo de informações será pactuado com os municípios de referência e/ou estados. Os dados gerados nos serviços de referência da rede do SUS serão encaminhados para os distritos. Nas circunstâncias especiais em que couber ao distrito viabilizar todo o serviço de assistência na sua área de abrangência, o mesmo

repassará essas informações para os respectivos municípios e/ou estados, a fim de alimentar continuamente os bancos de dados nacionais. O acesso permanente ao banco de dados deverá estar assegurado a qualquer usuário.

Deverá ser facilitado o acesso aos dados para a produção antropológica, de modo a facilitar a qualificação e a análise dos dados epidemiológicos, com a participação de antropólogos especialistas que atuam na região e dos agentes tradicionais de saúde indígena.

O Acompanhamento e a Avaliação desta política terão como base o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – SIASI – referente à saúde dos povos indígenas. Os aspectos a serem acompanhados e avaliados incluirão a estrutura, o processo e os resultados da atenção à saúde dos povos indígenas. O SIASI deverá subsidiar os órgãos gestores e de controle social quanto à indispensável compatibilidade entre o diagnóstico situacional dos problemas de saúde identificados e as prioridades estabelecidas nos níveis técnico, social e político, visando a coerência entre ações planejadas e efetivamente executadas.”

2 - Que metodologia foi utilizada para implantação do sistema?

A partir de 1999 teve início a construção e implantação do Sistema de Informações de Saúde Indígena (SIASI), que dispõe de informações sobre os dados estatísticos referentes ao contingente populacional e sua distribuição geográfica, o acompanhamento dos recursos financeiros e a identificação das principais doenças que afetam cada uma das 210 etnias indígenas brasileiras.

O SIASI é um sistema modular de implantação gradual que visa interligar os pólos-base de assistência, os DSEIS, as sedes estaduais e nacional da FUNASA e as sedes de todas as entidades parceiras e conveniadas da FUNASA, disponibilizando uma mesma base de dados e permitindo a sua alimentação rápida.

O sistema funciona em base local (SIASILocal) instalada nos pólos-base ou na sede das prestadoras de serviços havendo geração de lotes de informação para alimentação do banco de dados nacional. Esta opção de sistema local foi feita com o objetivo de permitir construção de uma capacidade física em âmbito nacional para transmissão de dados de áreas remotas, principalmente na Amazônia, baseada em comunicação por satélite. Uma vez instalada a capacidade de transmissão de dados, o SIASI-LOCAL será substituído pelo SIASI-WEB, permitindo alimentação instantânea (ON-LINE).

O SIASI coletará e disponibilizará também, informações que atendam às necessidades de cada esfera gerencial, fornecendo subsídios para a construção de indicadores que avaliem a saúde e, indiretamente, a atenção à saúde, bem como, a organização dos serviços no DSEI, particularmente no que diz respeito ao acesso, cobertura e efetividade.

As informações extraídas do SIASI servirão também para identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, com vistas a subsidiar o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática,

bem como deverá facilitar a participação das comunidades no planejamento e na avaliação das ações. O fluxo de informações vem sendo pactuado com os municípios de referência e/ou estados, tendo sido assegurado a qualquer usuário o acesso permanente ao banco de dados desse Sistema.

O SIASI deverá subsidiar os órgãos gestores e de controle social quanto à indispensável compatibilidade entre o diagnóstico situacional dos problemas de saúde identificados e as prioridades estabelecidas no aspecto técnico, social e político, visando à coerência entre ações planejadas e efetivamente executadas.

3- Descrever a situação atual do processo de implantação do sistema.

O SIASI está implantado hoje em todos os DSEI em versões local e, nacionalmente, em versão WEB. Neste momento estão sendo agregados ao SIASI os módulos de Vigilância Alimentar e Nutricional e o módulo de Saúde Bucal.

4- Descrever as dificuldades encontradas e as estratégias empregadas para superação das mesmas.

É possível classificar as dificuldades e desafios para a operacionalização do SIASI em três categorias:

- a) Desafios Culturais;
- b) Desafios Estruturais; e
- c) Desafios de Construção.

a) DESAFIOS CULTURAIS

Os desafios culturais residem na falta de hábito dos profissionais – inclusive fora do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – mormente, aqueles cuja grade curricular não privilegia a produção da informação sistematizada em sua rotina de trabalho. Isto se apresenta na forma de resistência e descaso com os dados que dizem respeito às suas atividades. Consideram importante o fato de realizar seu trabalho, mas não conseguem perceber que entre suas atribuições está a tarefa de registrar este trabalho. Ao contrário, encaram esta tarefa como um transtorno, uma atividade menor que precisa ser realizada apenas por profissionais com menor nível de escolaridade.

Este fato termina ainda por ter um importante agravante, quando se percebe a significativa rotatividade dos profissionais que oferecem os serviços de saúde às populações indígenas. Nas oportunidades em que o trabalho de sensibilização e de capacitação dos profissionais das Equipes Multiprofissionais e dos responsáveis pela consolidação dos dados de que necessita o SIASI começa a produzir os resultados esperados, motivos os mais diversos determinam a saída desses profissionais, a contratação de novos e o reinício de todo o processo de sensibilização e de capacitação. Há, afortunadamente, um grande esforço e já alguns resultados no sentido de minimizar este problema de rotatividade.

b) DESAFIOS ESTRUTURAIS

A estrutura de hardwares e softwares sobre a qual repousa o SIASI e a metodologia de coleta, inclusão, processamento e oferta dos dados epidemiológicos e de procedimentos reflete a realidade do país, com a diversidade de situações que vai desde o acesso fácil e rápido a todos os equipamentos e processos de trabalho, incluindo o acesso à Internet, caso do DESAI e de alguns DSEI, até à indisponibilidade, em algumas CASAI, de um computador e dificuldade até para completar uma ligação telefônica regional.

Esta realidade coloca-se como um desafio permanente para o SIASI e a superação de tais problemas tem acontecido com maior ou menor competência, mas não há como se reconhecer um permanente avanço.

O ideal de uma estrutura on line em que os dados do sistema fossem incluídos diretamente no banco de dados pelo profissional no Pólo-Base ou DSEI – o que diminuiria sensivelmente o volume dos erros de digitação e agilizaria a disponibilização dos dados – esbarra em problemas operacionais, quando se sabe que algumas unidades, sequer tem acesso à Internet, e em problemas de inconsistência de dados, que remete à questão da capacitação dos profissionais que fariam essas inclusões.

Os modelos vigentes de SIASI LOCAL e SIASI WEB ainda constituem-se na melhor solução, no que pese ainda as insatisfações dos usuários.

c) DESAFIOS DE CONSTRUÇÃO

E, ao lado dos problemas citados, acrescentam-se os problemas de construção do próprio SIASI, tanto no que se refere aos documentos que orientam a construção da estrutura de transmissão dos dados (on line, offline, pacotes, acesso etc) bem como a política de inclusão, alteração e exclusão de tabelas no db, de páginas de solicitação e de apresentação de relatórios e de soluções categorizadas como módulos.

As soluções criadas para os problemas detectados e para as novas necessidades, parecem não se guiarem por um documento norteador. A impressão que passa é que se este documento existe é inteiramente ignorado. Isto termina por dotar as decisões de alterações e inclusão de novas soluções de um caráter improvisador, minimizado pela presença de boa parte dos profissionais que se dedicam à construção do sistema desde o início.

Mas fica cada vez mais patente a necessidade da retomada deste documento norteador em que devem constar os limites de competência de cada profissional, a iniciar-se pelas atribuições do responsável principal pelo cumprimento das determinações e das alterações que seguramente continuarão a existir.

O modelo de trabalho voltado à melhoria da realidade encontrada no SIASI que se apresenta neste trabalho tem como ponto de partida e espelho os desafios do SIASI.

ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO PARA OS DESAFIOS IDENTIFICADOS

I - Alternativas de Solução para os Desafios Culturais

O enfrentamento dos desafios culturais do SIASI talvez seja o de maior magnitude que se pode identificar. E se torna ainda maior porque ultrapassa os limites de governabilidade do Subsistema de Atenção Saúde Indígena. Começa nas instituições de ensino pelas quais passaram os profissionais e, talvez até por isto mesmo sejam encarados, na capacitação que recebem no subsistema, como um estorvo ou, na melhor hipótese, como algo que não mereça atenção. E neste ponto, a partir da contratação e da capacitação é que se deve começar a atuar.

A proposta, neste sentido, é, pois, começar por incluir, não apenas na capacitação do profissional que inicia suas atividades no subsistema como para os profissionais que já se encontram nele, as condições necessárias para que ele possa exercitar a obrigação contratual do registro compulsório no SIASI e em outros sistemas existentes e que venham a existir – com sanções financeiras, quando descumpridas – das informações de sua produção mensal e de outros dados que a instituição venha a identificar como necessária para que a missão do subsistema de oferta de serviços de saúde seja devidamente assegurada. Naturalmente esta obrigação impõe ao DESAI criar protocolos claros a serem obedecidos e mecanismos por meio dos quais essas obrigações sejam cumpridas.

Ao desafio da alta rotatividade dos profissionais no subsistema, que foge à essência deste trabalho, mas que por pesar significativamente na análise e proposição deste trabalho, é sugerido que seu enfrentamento se dê com a adoção de medidas como contratos por tempo limitado – dois anos, por exemplo (enquanto novos profissionais são preparados para substituir os que não desejarem renovar o contrato) – e oferta de incentivos como bolsas de estudo, com especialização lato e stricto sensu, como forma de qualificar os recursos humanos e não impor ao profissional o isolamento técnico que caracteriza o trabalho das equipes de Atenção à Saúde Indígena. Isto aplicável às ONGs e às instituições públicas de saúde indígena.

Assim estaremos assegurando um mínimo de continuidade dos trabalhos e caminhando na direção da solução definitiva dos problemas da alta rotatividade dos profissionais que trabalham na oferta direta de serviços de saúde aos povos indígenas.

II - Alternativas de Solução para os Desafios Estruturais

Os desafios estruturais do SIASI, apesar de também serem significativos, levam a vantagem de contar com soluções adstritas aos limites do subsistema e podem ser resumidas em um ponto, mas de execução que requer determinação e coesão dos executores. Elaborar e executar um Plano de Concentração de todos os dados da Saúde Indígena no SIASI, com a adoção das seguintes providências:

Transferência automatizada, a partir da COMOA, dos dados das planilhas eletrônicas para o SIASI e interrupção do envio, pelos DSEI, das planilhas apenas quando a inclusão dos dados das planilhas poderem ser incluídas pelos DSEI

através dos mecanismos utilizados no SIASI. Hoje coexistem o banco de dados do SIASI e os dados das planilhas eletrônicas. Os dois se justificam porque se completam, mas é insustentável a permanência dos dois; e

Aquisição de equipamentos e contratação/capacitação de recursos humanos, sob o modelo proposto nos Desafios Culturais, que permitam que, a medida que a infraestrutura de telecomunicações da região de cada DSEI permitir, ir adotando os mecanismos de inclusão de dados no SIASI, via web, e forma a termos, no menor prazo possível, alimentações e consultas em tempo real.

Talvez seja necessário manter-se permanentemente o modelo de SIASI Local, mas ainda assim, convém buscar-se o SIASI Web Interlocal, com a magnitude possível, pelas facilidade de respostas que poderá oferecer às demandas de seus usuários.

III - Alternativas de Solução para os Desafios de Construção

Do SIASI – e nisto o sistema é quase sinônimo de COMOIA – são cobradas todas as informações, são realizadas todas as modificações – de layout, com criação de módulos e inclusão de novas tabelas no banco de dados – quase sempre de forma improvisada, sem o respaldo de uma regra, de uma norma. A recomendação técnica é a vontade. A vontade do gestor de plantão. E mesmo este gestor pode não ocupar o mesmo cargo do antecessor. A regra é o improvisado.

E a proposta de solução para tais desafios não teria como ser outra. É preciso localizar e se não se encontrar, é preciso elaborar e executar um plano de Regras de Construção e Manutenção do SIASI, contemplando as propostas de enfrentamento dos desafios do SIASI – começando pela mudança no contrato e na capacitação dos profissionais, passando pelo plano de sustentação física e de equipamentos – e se consolidando na definição do processo de construção e alterações do software, os conceitos, as competências e a alimentação do sistema

Fonte: Características de um Modelo apropriado de Coleta, Processamento e Oferta de Informações no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Produto de Consultoria de Felipe de Barros para a FUNASA/DESAI/COMOIA.

5- Os cursos de capacitação foram adequados e atenderam as necessidades para posterior implantação do sistema?

Os cursos de capacitação, atuais e anteriores, estão e estiveram voltados à utilização plena do SIASI.

6- Os dados existentes neste sistema têm sido utilizados como indicadores para o planejamento das ações em saúde indígena?

Sim, têm sido utilizados na elaboração dos Planos Plurianuais, Operacionais e Distritais do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

7- Como a geração de informações interfere nas ações de planejamento para a atenção da saúde indígena Kaingang no Rio Grande do Sul?

A observância das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e do Modelo de Gestão é buscada a partir da elaboração dos Planos Plurianuais, Operacional e Distrital da Saúde Indígena, instrumentos anuais de planejamento, que também devem guardar sintonia com as demandas dos povos indígenas, formulados pelos próprios índios e suas lideranças.

Nestes instrumentos de trabalho são definidos objetivos e metas anuais a serem buscados nacionalmente e em cada Distrito Sanitário Especial Indígena. Esses objetivos e metas são expressos na busca da redução de registros de doenças e agravos e alguns na forma de implantação e manutenção de programas e atividades em saúde.

ANEXO B – Formulários do SIASI

Nome Completo Aldeia:	Data: Nº da Consulta:
--	--

FORMULÁRIO DE CONSULTA

1. MOTIVO DA CONSULTA (SINAIS E SINTOMAS):

2. SUSPEITA OU HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

3. EXAME FÍSICO

PRESSÃO ARTERIAL		mm Hg	PULSO		bpm	TEMPERATURA		C°
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA			ALTURA		m	PESO		Kg

4. EXAMES DE LABORATÓRIO (TIPO E LUGAR)

DATA	EXAME	RESULTADOS

5. INDICAÇÕES DO TRATAMENTO

MEDICAMENTOS E /OU CURATIVOS	DOSE	INÍCIO	FIM	QUANTIDADE TOTAL

OUTROS TIPOS DE TRATAMENTOS USADOS ⁽⁴⁾	Nº	INÍCIO	FIM	QUANTIDADE TOTAL

4. MEDICAMENTOS POPULARES, ERVAS, RITUAIS DE CURA, CERIMÔNIAS, ETC.

DISTRITO SANITÁRIO..... NOME.....
 PÓLO BASE..... (AIS/AE/E/M).....
 ALDEIA.....
 MUNICÍPIO.....
 ENDEREÇO.....
 CASA Nº.....

DATA:

FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA E CONTRAREFERÊNCIA

Nome..... Idade..... Sexo

DESLOCAMENTO - DE: _____ PARA: _____

HORA SAÍDA _____ Hora Chegada _____

RESPONSÁVEL _____ Função _____

MEIO DE TRANSPORTE _____ Nº ACOMPANHANTES _____

SEÇÃO A: MOTIVO DA REFERÊNCIA:

.....

1. QUAL É A DOENÇA OU PROBLEMA? _____

.....

2. QUANDO COMEÇOU?

A PESSOA JÁ TEVE ESTE PROBLEMA ANTES?: Sim não

3. HÁ FEBRE? Sim NÃO QUANTO TEMPO? MENOS DE 3 DIAS 3 A 7 DIAS + DE 1 SEMANA

4. TEM DOR? Sim não onde? _____ quanto tempo? _____

5. URINA: TURVA com sangue QUANTO TEMPO? _____

6. DIARRÉIA? SIM não sangue? Sim não muco e/ou pus? Si m não

7. VÔMITOS? Sim não SANGUE? Sim não

8. TOSSE? Sim não por quanto tempo? _____ Tem catarro? Si m não

9 TEM SANGUE NO CATARRO? Sim não quanto tempo? _____

10. A PESSOA ESTÁ TOMANDO ALGUM REMÉDIO? Sim não

QUAIS?: _____

.....

11. EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL: bom regular ruim

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: bom acordado sonolento coma

MUCOSAS: descoradas secas amarelo (icterícia)? sim não

ROXO (CIANOSE)? não sim onde? _____

HEMORRAGIA? NÃO SIM ONDE? _____

EXAME DOS PULMÕES: SIBILOS? TIRAGEM? ESTERTORES?

ABDOMEN: BAÇO PALPÁVEL? FÍGADO PALPÁVEL? SINAIS DE IRRITAÇÃO ABDOMINAL?

12. SINAIS VITAIS P. ARTERIAL: mmHg PULSO: bpm

RESPIRAÇÃO: lrpm TEMP.: C°

Transferência a outra Unidade de Saúde? NOME _____	Data _____
---	------------

ÓBITO:	Causa 1 CID-10	_____
	Causa 2 CID-10	_____
	NOTIFICADA?	DATA _____

NASCIMENTOS:	CONDIÇÃO DE SAÚDE DO(S) R. N. AO EGRESSO	NOTIFICADO? DATA _____
	_____	PESO AO NASCER <input type="text"/>
	_____	PESO AO NASCER <input type="text"/>
	_____	PESO AO NASCER <input type="text"/>
OBSERVAÇÕES:	_____	

ANEXO C – Legislação Referente à Saúde Indígena

DECRETO Nº 3.156, DE 27 DE AGOSTO DE 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 nºs 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências.

O **PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, da Constituição, e tendo em vista o disposto nos arts. 14, inciso XVII, alínea "c", 18, inciso X e 28-B da Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998,

DECRETA:

Art. 1º A atenção à saúde indígena é dever da União e será prestada de acordo com a Constituição e com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, objetivando a universalidade, a integralidade e a equanimidade dos serviços de saúde.

Parágrafo único. As ações e serviços de saúde prestados aos índios pela União não prejudicam as desenvolvidas pelos Municípios e Estados, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º Para o cumprimento do disposto no artigo anterior, deverão ser observadas as seguintes diretrizes destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde do índio, objetivando o alcance do equilíbrio bio-psicosocial, com o reconhecimento do valor e da complementariedade das práticas da medicina indígena, segundo as peculiaridades de cada comunidade, o perfil epidemiológico e a condição sanitária:

- I - o desenvolvimento de esforços que contribuam para o equilíbrio da vida econômica, política e social das comunidades indígenas;
- II - a redução da mortalidade, em especial a materna e a infantil;
- III - a interrupção do ciclo de doenças transmissíveis;
- IV - o controle da desnutrição, da cárie dental e da doença periodontal;
- V - a restauração das condições ambientais, cuja violação se relacione diretamente com o surgimento de doenças e de outros agravos da saúde;
- VI - a assistência médica e odontológica integral, prestada por instituições públicas em parceria com organizações indígenas e outras da sociedade civil;
- VII - a garantia aos índios e às comunidades indígenas de acesso às ações de nível primário, secundário e terciário do Sistema Único de Saúde - SUS;
- VIII - a participação das comunidades indígenas envolvidas na elaboração da política de saúde indígena, de seus programas e projetos de implementação; e
- IX - o reconhecimento da organização social e política, dos costumes, das línguas, das crenças e das tradições dos índios.

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.

Art. 3º O Ministério da Saúde estabelecerá as políticas e diretrizes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio, cujas ações serão executadas pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA.

Parágrafo único. A FUNAI comunicará à FUNASA a existência de grupos indígenas isolados, com vistas ao atendimento de saúde específico.

Art. 4º Para os fins previstos neste Decreto, o Ministério da Saúde poderá promover os meios necessários para que os Estados, Municípios e entidades governamentais e não-governamentais atuem em prol da eficácia das ações de saúde indígena, observadas as diretrizes estabelecidas no art. 2º deste Decreto.

Art. 5º Os arts. 2º e 17 do Anexo I ao Decreto nº 564, de 8 de junho de 1992, passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 2º A FUNAI tem por finalidade:

V - apoiar e acompanhar o Ministério da Saúde e a Fundação Nacional de Saúde nas ações e serviços destinados à atenção à saúde dos povos indígenas;" (NR)

"Art. 17. À Diretoria de Assistência compete promover e dirigir, em nível nacional, as ações de assistência aos índios nas áreas de proteção aos grupos indígenas isolados, de execução das atividades relativas à prestação, conservação e recuperação do meio ambiente das terras indígenas,

de gerência econômica, patrimônio indígena e de desenvolvimento de atividades sociais produtivas, assim como apoiar e acompanhar as ações de saúde das comunidades indígenas, desenvolvidas pelo Ministério da Saúde." (NR)

Art. 6º Os arts. 1º, 2º e 6º do Decreto nº 1.141, de 19 de maio de 1994, passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 1º As ações de proteção ambiental e apoio às atividades produtivas voltadas às comunidades indígenas constituem encargos da União." (NR)

"Art. 2º As ações de que trata este Decreto dar-se-ão mediante programas nacionais e projetos específicos, de forma integrada entre si e em relação às demais ações desenvolvidas em terras indígenas, elaboradas e executadas pelos Ministérios da Justiça, da Agricultura e do Abastecimento, do Meio Ambiente e da Cultura, ou por seus órgãos vinculados e entidades supervisionadas, em suas respectivas áreas de competência legal, com observância das normas estabelecidas pela Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973." (NR)

"Art. 6º A Comissão Intersetorial será constituída por: I - um representante do Ministério da Justiça, que a presidirá;

II - um representante do Ministério da Agricultura e do Abastecimento;

III - um representante do Ministério da Saúde;

IV - um representante do Ministério do Meio Ambiente;

V - um representante do Ministério da Cultura;

VI - um representante do Ministério das Relações Exteriores;

VII - um representante da Fundação Nacional do Índio;

VIII - um representante da Fundação Nacional da Saúde;

IX - dois representantes da Sociedade Civil, vinculados a entidades de defesa dos interesses das comunidades indígenas." (NR)

Art. 7º Ficam remanejados, na forma deste artigo e do Anexo I a este Decreto, da Fundação Nacional do Índio - FUNAI para a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, um DAS 101.4; dois DAS 101.3; vinte e quatro DAS 101.1 e quarenta e nove FG-1.

Parágrafo único. Em decorrência do disposto no **caput** deste artigo, os Anexos LXVIII e LXXIV ao Decreto nº 1.351, de 28 de dezembro de 1994, passam a vigorar na forma dos Anexos II e III a este Decreto.

Art. 8º A FUNASA contará com Distritos Sanitários Especiais Indígenas destinados ao apoio e à prestação de assistência à saúde das populações indígenas.

§ 1º Os Distritos de que trata este artigo serão dirigidos por um Chefe DAS 101.1 e auxiliados por dois Assistentes FG-1.

§ 2º Ficam subordinadas aos respectivos Distritos Sanitários Especiais Indígenas as Casas do Índio, transferidas da FUNAI para a FUNASA, cada uma delas dirigida por um Chefe FG - 1.

§ 3º Ao Distrito Sanitário Especial Indígena cabe a responsabilidade sanitária sobre determinado território indígena e a organização de serviços de saúde hierarquizados, com a participação do usuário e o controle social.

§ 4º Cada Distrito Sanitário Especial Indígena terá um Conselho Distrital de Saúde Indígena, com as seguintes atribuições:

I - aprovação do Plano Distrital;

II - avaliação da execução das ações de saúde planejadas e a proposição, se necessária, de sua reprogramação parcial ou total; e

III - apreciação da prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e serviços de atenção à saúde do índio.

§ 5º Os Conselhos Distritais de Saúde Indígena serão integrados de forma paritária por:

I - representantes dos usuários, indicados pelas respectivas comunidades; e

II - representantes das organizações governamentais envolvidas, prestadoras de serviços e trabalhadores do setor de saúde.

Art. 9º Poderão ser criados, pelo Presidente da FUNASA, no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, Conselhos Locais de Saúde, compostos por representantes das comunidades indígenas, com as seguintes atribuições:

I - manifestar-se sobre as ações e os serviços de saúde necessários à comunidade;

II - avaliar a execução das ações de saúde na região de abrangência do Conselho;

III - indicar conselheiros para o Conselho Distrital de Saúde Indígena e para os Conselhos Municipais, se for o caso; e

IV - fazer recomendações ao Conselho Distrital de Saúde Indígena, por intermédio dos conselheiros indicados.

Art. 10. As designações dos membros dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena e dos Conselhos Locais de Saúde serão feitas, respectivamente, pelo Presidente da FUNASA e pelo Chefe do Distrito Sanitário Especial Indígena, mediante indicação das comunidades representadas.

Art. 11. A regulamentação, as competências e a instalação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas serão feitas pelo Presidente da FUNASA, até a publicação do novo Estatuto e do Regimento Interno da Fundação.

Art. 12. Os cargos em comissão e as funções de confiança integrantes das unidades descentralizadas da FUNASA serão providos, exclusivamente, por servidores do Quadro de Pessoal Permanente, ativo ou inativo, da Fundação Nacional de Saúde ou, excepcionalmente, do Ministério da Saúde.

§ 1º Além da exigência estabelecida no **caput** deste artigo, deverão ocupar, ou ter ocupado, no caso de servidor inativo, cargo permanente de nível superior e ter experiência mínima de cinco anos em cargos de direção ou função de confiança no Ministério da Saúde ou em suas entidades vinculadas, os ocupantes dos seguintes cargos:

I - Coordenador Regional da FUNASA;

II - Diretor do Instituto Hélio Fraga;

III - Diretor do Instituto Evandro Chagas; e

IV - Diretor do Centro Nacional de Primatas.

§ 2º Exceção das disposições deste artigo:

I - os servidores que, na data da publicação deste Decreto, se encontrem no exercício dos mencionados cargos e funções; e

II - as nomeações de advogados para os cargos em comissão de Assessor Jurídico das unidades descentralizadas da FUNASA, até a realização de concurso público específico.

Art. 13. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 14. Ficam revogados os arts. 11, 12, 13 e 14 do Decreto nº 1.141, de 19 de maio de 1994; e os Decretos nºs 1.479, de 2 de maio de 1995, 1.779, de 9 de janeiro de 1996; e 2.540, de 8 de abril de 1998.

Brasília, 27 de agosto de 1999; 178º da Independência e 111º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Carlos Dias

José Serra

Martus Tavares

ANEXO I

REMANEJAMENTO DE CARGOS

CÓDIGO DAS DA FUNAI P/ A FUNASA

UNITÁRIO QUANT. DAS-UNIT.

DAS 101.4 3,08 1 3,08

DAS 101.3 1,24 2 2,48

DAS 101.1 1,00 24 24,00

SUBTOTAL 1 27 29,56

FG-1 0,31 49 15,19

SUBTOTAL 2 49 15,19

TOTAL (1+2) 76 44,75

ANEXO II

Revogado pelo Dec. nº 3.382, de 14.3.2000

(Decreto nº 1.351, de 28 de dezembro de 1994)

ANEXO LXVIII

QUADRO RESUMO DE CUSTOS DE CARGOS EM COMISSÃO E FUNÇÕES

DE CONFIANÇA DA FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO

CÓDIGO DAS UNITÁRIO QTDE. VALOR TOTAL

DAS 101.6 6,52 1 6,52

DAS 101.5 4,94 3 14,82

DAS 101.4 3,08 20 61,60

DAS 101.3 1,24 85 105,40

DAS 101.2 1,11 360 399,60

DAS 101.1 1,00 157 157,00

DAS 102.3 1,24 6 7,44

DAS 101.2 1,11 35 38,85

DAS 102.1 1,00 13 13,00

SUBTOTAL 1 680 804,23

FG-1 0,31 242 75,02

FG-2 0,24 42 10,08

FG-3 0,19 39 7,41

SUBTOTAL 2 323 92,51

TOTAL (1+2) 1.003 896,74

ANEXO III

(Decreto nº 1.351, de 28 de dezembro de 1994)

ANEXO LXXIV

QUADRO RESUMO DE CUSTOS DE CARGOS EM COMISSÃO E FUNÇÕES
DE CONFIANÇA DA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

CÓDIGO DAS UNITÁRIO QTDE. VALOR TOTAL

DAS 101.6 6,52 1 6,52

DAS 101.5 4,94 5 24,70

DAS 101.4 3,08 14 43,12

DAS 101.3 1,24 48 59,52

DAS 101.2 1,11 16 17,76

DAS 101.1 1,00 376 376,00

DAS 102.3 1,24 4 4,96

DAS 101.2 1,11 2 2,22

DAS 102.1 1,00 8 8,00

SUBTOTAL 1 474 542,80

FG-1 0,31 416 128,96

FG-2 0,24 425 102,00

FG-3 0,19 514 97,66

SUBTOTAL 2 1.355 328,62

TOTAL (1+2) 1.829 871,42

ATOS DO PODER LEGISLATIVO

LEI Nº 10.424, DE 15 DE ABRIL DE 2002

Acrescenta capítulo e artigo 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 de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei: Art. 1º A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescida do seguinte Capítulo VI e do art. 19-I:

"CAPÍTULO VI

DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família."

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 15 de abril de 2002; 181º da Independência e 114º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Barjas Negri

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º 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.

TÍTULO I**DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II**DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE****DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

CAPÍTULO I**Dos Objetivos e Atribuições**

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

- VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
- XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

- I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e
- II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III

Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;

IV - recursos humanos;

V - ciência e tecnologia; e

VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

CAPÍTULO IV

Da Competência e das Atribuições

Seção I

Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

- V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;
- XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;
- XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
- XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
- XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
- XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Seção II

Da Competência

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

- I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- II - participar na formulação e na implementação das políticas:
 - a) de controle das agressões ao meio ambiente;
 - b) de saneamento básico; e
 - c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
- III - definir e coordenar os sistemas:
 - a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
 - b) de rede de laboratórios de saúde pública;
 - c) de vigilância epidemiológica; e
 - d) vigilância sanitária;
- IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;
- V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;
- VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;
- VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;
- IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;
- X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;
- XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

- XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;
- XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
- XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;
- XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;
- XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;
- XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

- I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
- II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
- III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:
 - a) de vigilância epidemiológica;
 - b) de vigilância sanitária;
 - c) de alimentação e nutrição; e
 - d) de saúde do trabalhador;
- V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
- VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
- VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
- VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
- X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
- XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
- XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
- XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

- I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;
- III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- IV - executar serviços:
 - a) de vigilância epidemiológica;
 - b) vigilância sanitária;
 - c) de alimentação e nutrição;
 - d) de saneamento básico; e
 - e) de saúde do trabalhador;

- V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
- VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;
- VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;
- VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

CAPÍTULO V

(Capítulo acrescentado pela Lei nº 9.836, de 23.9.1999)

Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. **(Artigo acrescentado pela Lei nº 9.836, de 23.9.1999)**

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. **(Artigo acrescentado pela Lei nº 9.836, de 23.9.1999)**

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **(Artigo acrescentado pela Lei nº 9.836, de 23.9.1999)**

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. **(Artigo acrescentado pela Lei nº 9.836, de 23.9.1999)**

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. **(Artigo acrescentado pela Lei nº 9.836, de 23.9.1999)**

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. **(Artigo acrescentado pela Lei nº 9.836, de 23.9.1999)**

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. **(Artigo acrescentado pela Lei nº 9.836, de 23.9.1999)**

§ 1o O Subsistema de que trata o caput deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. **(Parágrafo acrescentado pela Lei nº 9.836, de 23.9.1999)**

§ 2o O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. **(Parágrafo acrescentado pela Lei nº 9.836, de 23.9.1999)**

§ 3o As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. **(Parágrafo acrescentado pela Lei nº 9.836, de 23.9.1999)**

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. **(Artigo acrescentado pela Lei nº 9.836, de 23.9.1999)**

TÍTULO III

DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I

Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art.22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, em finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

CAPÍTULO II

Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada. Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (Vetado).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

TÍTULO IV

DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (Vetado)

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V DO FINANCIAMENTO

CAPÍTULO I

Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (Vetado)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º (Vetado).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (Vetado).

CAPÍTULO II

Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º (Vetado).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

CAPÍTULO III

Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (Vetado).

§ 1º (Vetado).

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros

§ 7º (Vetado).

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (Vetado).

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado).

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (Vetado).

Art. 49. (Vetado).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. (Vetado).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (Vetado).

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR

LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990.

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

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.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo 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.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5º É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República

LEI No 9.836, DE 23 DE SETEMBRO DE 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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescida do seguinte Capítulo V ao Título II – Do Sistema Único de Saúde:

"CAPÍTULO V

Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei.

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração.

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País.

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações.

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso."

Art. 2º O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 23 de setembro de 1999; 178º da Independência e 111º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Serra