

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

Ana Lúcia da Silva

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA PARA
QUALIFICAR A GESTÃO DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE
INDÍGENA NA TERRA INDÍGENA GUARITA, NO MUNICÍPIO
DE REDENTORA/RS.**

Porto Alegre

2006

Ana Lúcia da Silva

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA PARA
QUALIFICAR A GESTÃO DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE
INDÍGENA NA TERRA INDÍGENA GUARITA, NO MUNICÍPIO
DE REDENTORA/RS.**

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.
Orientadora: Prof^a Ana Cecília Bastos Stenzel

Porto Alegre

2006

Agradecimentos

Agradeço à minhas filhas Anile e Krisle, por todo apoio e incentivo durante esta jornada.

Aos colegas de trabalho que, de uma forma direta ou indireta, contribuíram na realização deste trabalho. Minha sincera gratidão, em especial, a Inajara.

A minha orientadora, Ana Cecília Stenzel, pelos caminhos que me ajudou a trilhar.

RESUMO

Este estudo analisa a implantação da estratégia para qualificar a gestão de atenção básica de saúde indígena na Terra Indígena Guarita, no município de Redentora/RS. Objetiva identificar os principais atores sociais envolvidos na implantação da estratégia, verificar se tinham conhecimento sobre os objetivos da mesma, se receberam e entenderam as informações necessárias para implementá-la. A coleta de dados foi realizada através de entrevista com os atores envolvidos na implantação da estratégia e de pesquisa no banco de dados da Fundação de Saúde, sendo os dados analisados em uma perspectiva qualitativa. Conclui-se que há diferentes percepções entre os atores envolvidos relativamente ao impacto da estratégia na mortalidade infantil e ao protagonismo de sua implantação, caracterizando-se dois grupos distintos, os agentes vinculados à gestão municipal e os vinculados à Fundação Nacional de Saúde.

Palavras-chave: saúde indígena, avaliação em saúde, análise de implantação, análise de estratégia, atenção básica de saúde, gestão em saúde.

ABSTRACT

This study analyzes the strategy implantation to qualify the Indian health basic attention management in the Guarita Indian Land, in the city of Redentora/RS. Objective to identify the main social actors involved in the implantation of the strategy, to verify if they had knowledge about the objectives of the strategy, if they had received and understood the necessary information to implement it. The data collection was carried through an interview with the involved actors in the strategy implantation and with research in data base of the Health Foundation, having been the data analyzed in a qualitative perspective. One conclusion is that is different perceptions between the involved actors relatively to the strategy impact in infantile mortality and to the protagonist of its implantation, characterizing itself two distinct groups, the entailed agents to the municipal management and the other ones tied to the Health National Foundation.

Key-words: Indian health, health evaluation, implantation analysis, strategy analysis, health basic attention, health management.

LISTA DE ABREVIATURAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ASSAI	Assessoria de Saúde Indígena
CEPI	Conselho Estadual dos Povos Indígena
CIS	Comissão Intersetorial de Saúde
CMI	Coeficiente de Mortalidade Infantil
CORE-RS	Coordenação Regional do Rio Grande do Sul
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
Emater	Associação Riograndense de Empreendimentos de Assistência Técnica e Extensão Rural
EMSI	Equipe multidisciplinar de Saúde Indígena
FUNAI	Fundação Nacional de Apoio ao Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
ONG	Organizações não-governamentais
PAB	Piso de Atenção Básica
SAS-MS	Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIASI	Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
STCAS-RS	Secretaria de Estado do Trabalho, Cidadania e Assistência Social do Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
TMM5	Taxa de mortalidade entre menores de cinco anos
US	Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 OBJETIVOS.....	13
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3 CONTEXTO HISTÓRICO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA.....	14
4 REVISÃO TEÓRICA.....	20
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	24
6 ANÁLISE DOS DADOS.....	28
6.1 PERCEPÇÃO DE QUEM DESENHOU A ESTRATÉGIA.....	28
6.2 PERCEPÇÃO DO CHEFE DA ASSESSORIA INDÍGENA ATUAL.....	31
6.3 PERCEPÇÃO DOS GESTORES MUNICIPAIS.....	31
6.4 PERCEPÇÃO DAS SUPERVISORAS DAS EQUIPES MULTIDISCIPLINARES DE REDENTORA.....	33
6.5 PERCEPÇÃO DA TÉCNICA DE ENFERMAGEM DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE REDENTORA.....	34
6.6 DISCUSSÃO.....	35
7 CONCLUSÕES.....	38
REFERÊNCIAS.....	44
ANEXO – Questionários Aplicados.....	44

1 INTRODUÇÃO

A Terra Indígena Guarita faz parte dos municípios de Redentora, Tenente Portela e Erval Seco, sendo a segunda maior em extensão no Rio Grande do Sul, com aproximadamente 23.000 hectares. Conta com uma população de 5.167 habitantes, o que representa um terço da população indígena do Estado. A população vive distribuída em treze setores (aldeias), sendo três deles localizados na parte da Terra Indígena que se situa no Município de Tenente Portela representando cerca de 14% do total da população do município, e nove localizados na parte da Terra Indígena que se situa no município de Redentora, representando cerca de 39% do total da população do município, uma localizada no Município de Erval Seco, representando 2% do total da população do município.

No município de Redentora, a população indígena pertence à etnia Kaingang, que habita há séculos a Região Sudeste e Sul do território brasileiro. O povo indígena Kaingang representa sozinho mais de 40% do total dos povos pertencentes à família lingüística Jê. A população atual da etnia Kaingang é de aproximadamente 25 mil pessoas, distribuídas em cerca de 30 áreas diferentes, a maioria delas demarcadas, dispersas nos estados de São Paulo (2 Terras Indígenas), Paraná (12 Terras Indígenas), Santa Catarina (4 Terras Indígenas) e Rio Grande do Sul (12 Terras Indígenas). Além destas terras demarcadas, existem também os acampamentos, que são constituídos para reivindicar terras ou para comercializar artesanato, sendo aproximadamente 40 acampamentos espalhados pelo estado do Rio Grande do Sul (MARCON, 1994).

Apesar de todas as perdas, o povo Kaingang ainda preserva sua língua materna, costumes e algumas crenças como a do mito do surgimento do mundo. As antigas práticas de tratamento de saúde variam de acordo com o cosmo visão de cada etnia indígena, e estão presentes nas comunidades desde o nascimento das crianças, quando recebem o nome e a proteção contra qualquer mal que possa atingi-las.

Um dos principais equívocos na implantação das políticas públicas de atenção à saúde indígena foi, principalmente, desconsiderar essas diferenças, homogeneizando o modelo de atenção à saúde para diferentes comunidades indígenas. Algumas práticas de tratamento de saúde da etnia Kaingang são: ingerir o “kiki”, bebida a base de mel de diversos tipos de abelha, que é feito quando há um grande número de enfermidades (epidemias); ingerir coró cru (larva da taquara) para proteger os dentes da formação de cáries, sendo também utilizada a gordura desta larva como cicatrizante de feridas e para fortalecer os cabelos; tomar banho de rio antes do nascer do sol, para prevenir os resfriados e deixar o corpo resistente. No que tange ao uso de plantas medicinais, existe todo um ritual de retirada, pois acredita-se que não basta apenas colher a planta, a cura não está apenas na erva, mas também no método de retirada, de acordo com cada doença.

Durante anos, houve arrendamento da Terra Indígena Guarita para empresários locais praticarem culturas extensivas de soja e trigo, que, somado à extração madeireira, resultaram na exaustão e contaminação do solo por agrotóxicos, diminuição da agricultura familiar de subsistência, desmatamento e contaminação de fontes de água.

A renda da maioria das famílias é decorrente da venda de excedente do plantio de subsistência, de benefícios de aposentadoria, auxílio natalidade, trabalhos temporários e alguns poucos empregos vinculados aos órgãos públicos: professor, agente de saúde, funcionário do órgão indigenista.

Segundo Menegolla *et al.* (2003), na Terra Indígena Guarita, no município de Redentora, a mortalidade em menores de cinco anos era em torno de cinco vezes superior a média do estado, que se destaca como detentor dos melhores indicadores de saúde, sendo reconhecido como exemplo de gestão em saúde pública. Em 2002, a Terra Indígena Guarita contava com três Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), sendo duas no município de Redentora e uma no município de Tenente Portela. Estas equipes eram compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista e agentes indígenas de saúde.

Apesar da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena prever que a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) seja o órgão responsável pela execução das ações de saúde junto às populações indígenas e que as equipes devam funcionar aos moldes do Programa de Saúde da Família (PSF), no Rio Grande do

Sul isto ocorria precariamente. As mesmas eram selecionadas e contratadas pela gestão municipal, com aportes de recursos federais a título de Incentivo à Atenção Básica dos Povos Indígenas, ocasionando confusão quanto a quem competia a gestão e gerência do trabalho por elas desenvolvido.

No caso da Terra Indígena Guarita as equipes funcionavam precariamente. Os profissionais eram escolhidos, exclusivamente, pela gestão municipal, que muitas vezes não levava em conta o perfil e comprometimento dos mesmos para o desempenho de suas funções. Os médicos não cumpriam carga horária, trabalhavam em hospitais e outras instituições, acumulando estas funções durante o horário que deveriam estar trabalhando na Unidade de Saúde (US) da terra indígena. Sendo assim, era mantido um modelo hospitalocêntrico, em detrimento de ações de promoção e proteção da saúde. Portanto, mesmo com quantidade de profissionais suficiente para reverter este quadro da mortalidade, a qualidade do serviço prestado não favorecia esta mudança. A situação já se transformava em calamidade pública, atingindo principalmente a faixa etária de zero a cinco anos. O atendimento materno-infantil não era priorizado, não havia comprometimento em proteger a vida e a saúde da criança indígena.

A FUNASA não trabalhava de forma articulada com as demais esferas de gestão do SUS, colocando-se num papel de provedora de insumos e infra-estrutura para as equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, não desempenhando seu papel de gerenciar, coordenar, desenvolver assessoria técnica e promover a capacitação dos recursos humanos. Por outro lado, a comunidade indígena estava passiva em relação à situação. O sistema de informações (SIASI) sobre as populações indígenas ainda era deficitário, o que dificultava a obtenção de um quadro fidedigno da situação da saúde dessas populações e, conseqüentemente, a construção de um perfil epidemiológico.

Frente a este quadro, em meados de 2003, o grupo que assumiu a FUNASA, priorizou sua ação no sentido de qualificar, primeiramente, a atenção básica à população indígena, com a crença de que a maioria dos problemas de saúde desta população poderia ser resolvido neste nível de gestão, visando à redução da mortalidade em menores de cinco anos.

O grupo buscou novas estratégias para a organização e a gestão da atenção integral à saúde, reorientando o modelo de atenção básica, conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa estratégia consistia essencialmente, das seguintes proposições:

- 1) Articulação da FUNASA com as demais esferas de gestão do SUS.
- 2) Participação efetiva da FUNASA, junto aos municípios na seleção, acompanhamento e gerência das EMSI.
- 3) Estreita articulação com a Secretaria de Estado da Saúde/RS (SES/RS).
- 4) Definição de papéis e competências junto à organização não-governamental (ONG) conveniada.
- 5) Reestruturação da equipe da Assessoria da Saúde Indígena (ASSAI) da Coordenação Regional da FUNASA no Rio Grande do Sul (CORE/RS), localizada em Porto Alegre, bem como do Pólo Base de Referência, localizado em Passo Fundo.
- 6) Busca de referências hospitalares mais resolutivas.
- 7) Articulação intrainstitucional, principalmente com os técnicos do Serviço de Saneamento da FUNASA – CORE/RS.
- 8) Implementação da qualificação dos profissionais das EMSI para o desempenho de suas funções.
- 9) Implementação da política farmacêutica, sensibilizando os profissionais para o uso racional de medicamentos.
- 10) Implementação do controle social.
- 11) Implementação do Sistema de Informações de Atenção à Saúde Indígena (SIASI).
- 12) Articulação intersetorial e interinstitucional com: Fundação Nacional de Apoio ao Índio (FUNAI), Conselho Estadual dos Povos Indígenas (CEPI), Associação Riograndense de Empreendimentos de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER), Ministério Público Federal e Estadual, Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), Secretaria de Estado do

Trabalho, Cidadania e Assistência Social/RS (STCAS/RS) e organizações não-governamentais.

Ao abordar o tema análise da implantação da estratégia para qualificar a gestão da atenção básica de saúde indígena na Terra Indígena Guarita, no município de Redentora, foi considerado a relevância do mesmo e, principalmente, a possibilidade de contribuir para a melhoria da Gestão de Atenção Básica à Saúde da População Indígena. Uma vez que o Subsistema de Saúde Indígena é recente e está em construção, relatar esta experiência representa uma possibilidade de contribuição, tendo em vista que há pouca bibliografia específica sobre o assunto. Também servirá para divulgar as informações e análises de interesse para uma grande gama de atores da Política Nacional de Saúde.

Espera-se ampliar a difusão e intercâmbio de informações e análises, contribuindo para a qualidade da atenção básica de saúde, através da implantação de estratégias de gestão que favoreceram a redução da mortalidade infantil na referida população indígena.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a implantação da estratégia para qualificar a gestão da atenção básica de saúde indígena na Terra Indígena Guarita, no município de Redentora.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar os principais atores sociais envolvidos na implantação da estratégia.
- b) Verificar o conhecimento dos agentes da implantação sobre os objetivos da estratégia e se entenderam as informações necessárias para implementá-la.
- c) Verificar a motivação dos atores envolvidos na estratégia para implementá-la.
- d) Identificar as principais dificuldades encontradas na implantação da estratégia.
- e) Verificar o impacto da estratégia na mortalidade em menores de cinco anos.
- f) Verificar se as unidades básicas de saúde indígena estão integradas ao sistema local de saúde.

3 CONTEXTO HISTÓRICO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

A população indígena brasileira é estimada em, aproximadamente, 400.000 pessoas (FUNASA, 2006), pertencentes a cerca de 210 povos, falantes de mais de 170 línguas identificadas. Cada um destes povos tem sua própria maneira de entender e se organizar diante do mundo, que se manifesta nas suas diferentes formas de organização social, política, econômica e de relação com o meio ambiente e ocupação de seu território. Os povos indígenas estão presentes em todos estados brasileiros, exceto no Piauí e Rio Grande do Norte.

Em termos gerais observa-se um crescimento demográfico dos povos indígenas do país, fato associado à conservação do ambiente natural, estabilização das relações interétnicas, demarcação das terras indígenas e melhoria do acesso aos serviços de atenção básica à saúde (BRASIL, 2002).

Em algumas regiões onde a população indígena tem um relacionamento mais estreito com a população regional, nota-se o aparecimento de novos problemas de saúde relacionados às mudanças introduzidas no seu modo de vida e, especialmente, na alimentação. A hipertensão arterial, o diabetes, o câncer, o alcoolismo, a depressão e o suicídio são problemas cada vez mais presentes em diversas comunidades.

Em 1988, a Constituição Federal estabeleceu o reconhecimento e respeito das organizações sócio-culturais dos povos indígenas, assegurando-lhes as capacidades civis plenas, tornando obsoleta a instituição da tutela e estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena.

Para debater a saúde indígena foram realizadas, em 1986 e 1993, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, por indicação da VIII e IX Conferências Nacionais da Saúde, respectivamente. Essas duas conferências propuseram a estruturação de um modelo de atenção diferenciada baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo as necessidades percebidas pelas

comunidades e envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações.

Em sentido oposto ao processo de construção da política de atenção à saúde indígena no âmbito do SUS, em 1994 foi constituída uma Comissão Intersetorial de Saúde (CIS), com a participação de vários Ministérios relacionados com a questão indígena, sob coordenação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), vinculada ao Ministério da Justiça, conforme Decreto Presidencial nº 1.141/1994, de 19 de maio de 1999. O Decreto devolve, na prática, a coordenação das ações de saúde à FUNAI. A CIS aprovou, por intermédio da Resolução nº 2, de outubro de 1994, o “Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio”, que atribuía ao Ministério da Justiça, através da FUNAI, a responsabilidade sobre a recuperação da saúde dos índios doentes e a prevenção ao Ministério da Saúde, através da Fundação Nacional de Saúde (FNS), hoje FUNASA, que seria responsável pelas ações de imunização, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias, ficando assim conhecida como a política do “índio deitado”, onde as ações curativas ficavam a cargo da FUNAI, e do “índio em pé”, com as ações preventivas a cargo da FNS.

Desde então, a FNS e a FUNAI dividiram a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, passando a executar, cada uma, parte das ações de forma fragmentada e conflituosa, ferindo a Lei nº 8.080/90 na sua diretriz de integralidade. As limitações nas articulações desses órgãos resultaram na indefinição de fluxos políticos e administrativos, ocasionando pontos de tensão com repercussões na assistência à saúde prestada à população indígena.

Passados dezesseis anos do estabelecimento dos princípios do SUS e da legitimação do direito dos povos indígenas a atenção à saúde de forma integral, diferenciada na Constituição, nove anos após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (1990), foi formulada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. A operacionalização se deu com a Lei Arouca (Lei nº 9.836/99), do mesmo ano, que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, sob a gestão da Fundação Nacional de Saúde.

Durante a tramitação do projeto de lei para a criação do Subsistema Diferenciado da Saúde Indígena, conhecido como Lei Arouca, aprovada cinco anos após, o conflito interinstitucional permaneceu e, em 1998, a Procuradoria Geral da República considerou inconstitucional a coordenação da saúde indígena pelo

Ministério da Justiça, através da FUNAI, passando então os recursos humanos e materiais da FUNAI ligados à saúde indígena, assim como a gestão da Saúde Indígena, para a FNS. A Lei Arouca foi Regulamentada pelo Decreto n.3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas e pela Medida Provisória nº 1.911-8/99, e pela Lei n. 9.836, de 23 de setembro de 1999.

A implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços, voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Para sua efetivação, foi criada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, de acesso e de aceitabilidade que a rede de serviço convencional oferece a essa população. Foi indispensável, portanto, a adoção de medidas que viabilizassem o aperfeiçoamento do funcionamento e adequação da capacidade do Sistema de Saúde Indígena, tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade e participação comunitária (controle social). Para que esses princípios pudessem ser efetivados, foi necessário que a atenção à saúde indígena ocorresse de forma diferenciada, levando em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos.

Com base nesses preceitos, foi formulada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, cuja elaboração contou com a participação de representantes dos órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e pela política e ação indigenista do governo. Também participaram do processo organizações da sociedade civil com trajetória reconhecida no campo da atenção e da formação de recursos humanos para a saúde dos povos indígenas. Com o propósito de garantir a participação indígena em todas as etapas de formulação, implantação, avaliação e aperfeiçoamento da política, a elaboração desta proposta contou com a participação de representantes das organizações indígenas com experiência de execução de projetos no campo da atenção à saúde junto a seus povos.

Como Política Nacional foram criados trinta e quatro Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena, com modelo de organização orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo. A estrutura

foi bem delimitada, contemplando um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde indígena, promovendo a reorganização da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação de serviços.

Para a definição territorial foram considerados os seguintes critérios:

- 1) população, área geográfica e perfil epidemiológico;
- 2) disponibilidade de serviços, recursos humanos e infra-estrutura;
- 3) vias de acesso aos serviços instalados em nível local e a rede regional do SUS;
- 4) relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território;
- 5) distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas.

Cada distrito deveria organizar uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do Sistema Único de Saúde.

As equipes de saúde dos distritos devem ser compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde, contando com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitários e outros especialistas e técnicos considerados necessários. O número, a qualificação e o perfil dos profissionais devem ser estabelecidos de acordo com o planejamento detalhado de cada atividade, considerando o número de habitantes, a dispersão populacional, as condições de acesso e o perfil epidemiológico.

Na organização dos serviços de saúde, as comunidades devem ter uma outra instância de atendimento, que são os Pólos Base. Estes devem ser a primeira referência para os agentes de saúde que atuam nas aldeias, podendo ser localizados numa comunidade indígena ou num município de referência. As demandas que não forem atendidas no grau de resolutividade dos Pólos Base devem ser referenciadas para a rede de serviços do SUS, com localização geográfica definida.

A provisão de atenção diferenciada pelo Subsistema de Saúde Indígena requer um aporte financeiro suplementar aos já definidos no SUS, como o Piso de Atenção Básica (PAB) e as Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs), que consideram a população total dos municípios e, portanto, incluem a população indígena. Assim, o financiamento específico do Subsistema não é a única fonte de recursos financeiros, mas suplemento para garantir a diferenciação da atenção aos indígenas.

As principais formas de financiamento suplementar são: convênios celebrados por estados, municípios e/ou organizações não-governamentais (ONGs) com a FUNASA para o financiamento da atenção básica; transferências fundo a fundo da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), aos fundos estaduais e municipais autorizadas pela FUNASA; recursos conhecidos como Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas, que contribui, basicamente, no pagamento do pessoal das Equipes Multidisciplinares da Saúde Indígena (EMSI), conforme Portaria 1163/GM/MS/1999; transferências da SAS/MS aos hospitais de referência, denominadas Incentivos para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena.

Não foi implantado um Distrito Especial Indígena no Rio Grande do Sul. Como existem duas etnias no Estado, Guarani e Kaingang, a Coordenação da FUNASA do Rio Grande do Sul ficou vinculada a dois Distritos Sanitários Especiais Indígenas, um para atender os Kaingang, denominado de DSEI Interior Sul, e outro para atender o Guarani, denominado DSEI Sul-Sudeste, com sede no município de Florianópolis/SC, Entretanto, a Coordenação Regional da FUNASA no Estado exerce todas as atividades de gestão de Saúde Indígena como se fosse gerente do Distrito, através da Assessoria de Saúde Indígena (ASSAI).

Além disso, no Rio Grande do Sul, a implantação do Subsistema ocorreu de forma diferenciada ao resto do país no que diz respeito à contratação dos profissionais das EMSI. Enquanto nos demais estados a FUNASA realizou convênios com ONGs para que estas contratasse os recursos humanos, desde 1999 a Coordenação Regional do Rio Grande do Sul (CORE/RS) optou por repassar aos municípios a responsabilidade dessas contratações. Mais tarde, outras Coordenações Regionais da FUNASA aderiram a esta forma de organização do Subsistema. Esta proposta já visava a efetiva inserção do Subsistema ao SUS, uma

vez que havia, e por vezes ainda há, tendência do Subsistema do SUS se tornar em “Sistema Paralelo” ao SUS.

Até 2001, os profissionais que atuavam na área administrativa da ASSAI e no Pólo Base de Passo Fundo eram do quadro da FUNASA. A partir desse ano, a Coordenação Regional do Rio Grande do Sul passou a ser signatária de convênio com a Associação Estadual dos Rondonistas de Santa Catarina, do qual já eram signatários os demais estados da Região Sul (Santa Catarina e Paraná) e da região Sudeste (São Paulo e Rio de Janeiro). Este convênio prevê entre, outras coisas, a contratação de recursos humanos para atuarem na ASSAI e no Pólo Base, a aquisição de insumos e a contratação de serviços.

4 REVISÃO TEÓRICA

Ao trabalhar a temática da micropolítica do trabalho vivo em saúde, Merhy (1999) traz à tona a possibilidade de se pensar, mais amiúde, a temática da qualificação da Gestão em Saúde. A partir daí abre-se possibilidades sobre a gestão do cotidiano em saúde, terreno da cristalização dos modelos de atenção à saúde e aos processos de mudanças, que permitem instituir novos arranjos no modo de fabricar o sentido de ações em direção ao campo dos usuários finais.

O agir em saúde é complexo e tenso, sendo que se desconhece as subjetividades, os interesses e as contradições de cada um. Com isso, para concretizar a atenção básica, não há como ignorar o desafio e intervir no campo de gestão. Merhy (1999) diz que a questão para os trabalhos de saúde não é quanto a finalidade de promover e proteger a saúde individual e coletiva, mas sim quanto ao modo de conseguir isso, considerando que o trabalho em saúde produz um certo modo de cuidar, que poderá ou não ser curador ou promovedor de saúde.

Para a compreensão do gerenciamento da atenção integral à saúde indígena devemos definir alguns conceitos sobre modelos de gestão em Saúde.

Campos (1990) propõe um desenho de gestão que denominou em “defesa da vida”, uma produção intelectual cunhada para o enfrentamento da busca de saídas eticamente humanizadas e tecnicamente consistentes para o gerenciamento do cuidado da saúde.

Para o fortalecimento da capacidade gestora das três esferas de governo é preciso desenvolver ações relativas não somente ao setor saúde, mas também ações intersetoriais que indiquem novos patamares de desenvolvimento econômico e social, atendendo às desigualdades e especificidades. A escolha de métodos de integração diz respeito ao processo gerencial como um todo, a partir de racionalidades ampliadas, envolvendo os atores comprometidos com a população indígena, levando à motivação na construção de ações.

Medina *et al.* (2005) destacam a necessidade de articulações intersetoriais em saúde como parte de uma estratégia, que consiste em ações mobilizadoras e articuladoras de práticas e projetos entre o setor de saúde e os demais setores do desenvolvimento, no planejamento, organização, direção, implementação,

monitoramento e avaliação de intervenções voltadas para a modificação do modelo assistencial.

Por outro lado, uma política de saúde pode ser compreendida como uma decisão de uma autoridade formal. Também como uma intenção ou consolidação de poder para grupos sociais concretos, através de conteúdos específicos como programas ou projetos da política, e de certas ações viabilizadoras ou estratégias dirigidas para buscar alianças e consenso, ou para lutas que debilitem o poder dos oponentes contrários a essa política.

Segundo Rivera (1999), as regras de responsabilidades exercem o fortalecimento sobre toda a dinâmica de gestão e reforça a importância da cultura, enquanto conjunto de estruturas mentais que induz todas as práticas de trabalho e as derivadas formas organizativas. É importante em um sistema de gestão a definição de objetivos a partir de problemas colocados fora e dentro da organização, assim como a capacidade de processamento, sabendo gerir e distribuir os mesmos de modo que todos os níveis estejam sempre lidando de forma articulada, sendo que a viabilidade política ocupe um lugar central.

Desta forma, se torna necessário uma análise sobre as relações de poder existentes no governo e nas organizações, posto que as ações intersetoriais são permeadas por um jogo estratégico entre os distintos atores e forças sociais pertencentes aos diversos setores. As relações de poder que se estabelecem no interior das organizações, e entre as forças sociais, são complexas e conflitantes, expressando interesses múltiplos e contraditórios. A análise acerca das possibilidades de mudança dessa realidade, a partir da intervenção externa, deve levar em conta essa determinação (SOUZA, 2005).

Cabe indagar sobre as possibilidades de aumentar a governabilidade das organizações públicas de saúde brasileira, de desenvolver um processo de mudanças que aumente o compromisso dos profissionais com a assistência e que desenvolvam uma nova concepção gerencial, bem como sua articulação com o exercício da liderança, considerado um fator fundamental (AZEVEDO, 2002).

Para que reorganize uma gestão visando a qualidade de atenção integral à saúde é necessário traçar algumas estratégias. Para Medina *et al.* (2005) uma das estratégias, entre outras, para a melhoria de atenção à saúde é a descentralização,

que deverá causar impacto sobre o estado de saúde e na mortalidade infantil, com o aumento da resolutividade dos serviços de saúde.

O grande mérito de uma estratégia é trazer a tona à iminência do diálogo, capaz de se articular com a possibilidade de um raciocínio sobre a governabilidade e dispersão do poder, de enfatizar a negociação política.

As estratégias desenvolvidas para a partilha de poder e recursos entre o nível estrutural e o contexto organizacional interferem em vários graus no equilíbrio do sistema de cuidados, no que diz respeito à coordenação ou a um certo consenso entre parceiros.

A análise da implantação de uma estratégia, segundo Hartz (1997), visa relacionar o nível de sua implantação com efeitos observados nos seus objetivos. A falta de coordenação resulta em desequilíbrio do sistema, a redução ou a interrupção de recursos, podendo forçar um crescimento do espírito cooperativo entre as diferentes instituições da rede.

A descentralização é um meio essencial para implantar a qualidade de gestão da atenção básica. Hartz (1997) acredita que este é um meio de implementar os cuidados básicos de saúde, tendo como alvo principal a redução da mortalidade infantil, mostrando a importância do desenvolvimento do Sistema Local de Saúde (SILOS) para a reorganização e reorientação do setor saúde.

Os estudos sobre os sistemas locais de saúde, no âmbito da descentralização dos serviços, são importantes porque permitem identificar os componentes críticos dos diferentes modelos operacionais implantados em cada local.

A abordagem de risco na mortalidade infantil justifica a necessidade de submeter os cuidados oferecidos à lógica que, priorizando sua redução, possa evitar ou minimizar os problemas de saúde. O fato de a mortalidade infantil refletir, simultaneamente, o grau de desenvolvimento socioeconômico e a qualidade do sistema de saúde, não exclui a responsabilidade do sistema, pelo contrário, nos obriga a exigir que os serviços de saúde sejam mais acessíveis e eficientes em locais onde as condições socioeconômicas aumentam os riscos dessa população vulnerável (HARTZ, 1997).

Existe uma inter-relação das condições de risco para a mortalidade infantil que, segundo Hartz (1997), onde as principais causas de óbito ou de fragilização da saúde das crianças seriam as seguintes: o baixo peso ao nascer, a desnutrição e as doenças infecciosas (diarréia, infecções respiratórias agudas e outras doenças evitáveis pela vacinação).

Para se fazer análise de implantação de uma estratégia para qualificação da gestão de atenção integral à saúde, com suas implicações sobre a mortalidade infantil, é necessário avaliar os tipos de cuidado (primários, secundários e terciários) e os seguintes níveis: as organizações dos SILOS, a perspectiva dos atores profissionais, dos administradores e usuários, os indicadores operacionais do programa, estrutura, processo e resultados (HARTZ, 1997).

Conforme Hartz (1997) intervenções é o conjunto de meios, físico e humano, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática. Estas intervenções não serão eficazes se não se souber antes quais são suas características de implantação, ou seja, o grau de implementação e os fatores que favorecem sua dinâmica interna.

Para uma análise do grau de implantação de uma intervenção é necessário: especificar os componentes da intervenção; identificar as práticas requeridas para a implantação da intervenção; descrever as práticas correntes em nível das áreas envolvidas teoricamente pela intervenção; e analisar a variação na implantação em virtude da variação das características contextuais.

O processo de implantação de uma intervenção representa uma etapa distinta e posterior à decisão de adotar uma operacionalização de um projeto, e a sua integração a um dado contexto. Nesse sentido:

Em algumas circunstâncias o processo de implantação de programas de reorganização da atenção à saúde pode envolver a participação dos diversos profissionais, promover a integração entre os mesmos e os gestores de tal forma, que o próprio desenvolvimento das relações interpessoais pode passar a ser um resultado relevante (PATTON *apud* SILVA, 2005).

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo foi desenvolvido através de uma pesquisa descritiva, onde foi priorizada a resposta dos sujeitos como fonte de informações para análise da avaliação a cerca do estudo de caso, com abordagens quantitativas e qualitativas.

Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas, como meio de coleta de fatos relatados pelos atores enquanto sujeitos-objetos que vivenciaram uma determinada realidade que está sendo focalizada (roteiro em anexo), e que permitiu uma dose de liberdade e flexibilidade para acrescentar novas perguntas de forma a clarificar pontos considerados relevantes e que não estavam contemplados com o material coletado no questionário.

Partindo para uma análise da representatividade de uma entrevista, encontramos:

O termo entrevista é construído a partir de duas palavras, entre e vista. Vista refere-se ao ato de ver-modo de julgar ou apreciar um assunto. Entre indica a relação de lugar ou estado no espaço que separa duas pessoas ou coisas. Portanto, o termo entrevistado refere-se ao ato de perceber o realizado entre duas pessoas (RICHARDSON *apud* BARROS; LEHFELD, 2000, p. 43).

As perguntas foram elaboradas pela autora, que levou em consideração o nível de entendimento dos atores, sendo que os questionários eram diferenciados para cada ator envolvido na implantação da estratégia. O levantamento bibliográfico serviu também para desenhar o roteiro de entrevistas semi-estruturadas com os atores envolvidos no desenvolvimento das ações. Com a dinâmica do relato dos entrevistados algumas informações surgiram espontaneamente e outras foram estimuladas pela entrevistadora.

Esse instrumento qualitativo assumiu um caráter complementar aos dados quantitativos obtidos como um todo. A seleção dos sete entrevistados foi realizada em função de seu envolvimento na implantação da estratégia, são eles:

- 1) técnica de enfermagem que trabalha na equipe há mais de seis anos: a entrevista seria com o coordenador, mas como ele era novo na equipe, indicou a Técnica de Enfermagem, pois ela teria mais a contribuir em função de seu tempo na Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena;

- 2) ex-chefe da Assessoria Indígena, responsável pela implantação da estratégia;
- 3) chefe atual da Assessoria Indígena;
- 4) ex-Secretário Municipal de Saúde de Redentora da época da implantação da estratégia;
- 5) secretária Municipal de Saúde atual, de Redentora: nessa entrevista a mesma nos informou alguns dados de 2001 a título de contribuição, tendo em vista que apesar de não ser Secretária de Saúde na época, ela acompanhou toda essa trajetória na condição de Assistente Social do Município;
- 6) supervisora de Porto Alegre, responsável pela supervisão da Equipe Multidisciplinar de saúde Indígena de Redentora;
- 7) supervisora do Pólo Base em Passo Fundo, responsável pela supervisão da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena de Redentora;

As duas supervisoras da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena de Redentora foram entrevistadas, porque são elas que monitoram as ações de saúde com base em pólos diferentes.

As entrevistas foram previamente agendadas, tiveram uma duração média de uma hora. Os dados foram registrados através de apontamentos e da utilização de um gravador de modo a possibilitar uma análise posterior. A transcrição das fitas foi fidedigna, sem prejuízo da subjetividade das falas, sintetizando a filtragem das percepções mais significativas, foi assegurado verbalmente aos entrevistados anonimatos e sigilo, sendo que todos responderam que não teria nenhum problema manter ou não o anonimato.

As entrevistas serviram para avaliar se gestores, e as equipes compreenderam as ações das propostas. Foi importante conhecer e analisar suas opiniões, seus sentimentos, valores e crenças tendo em vista que estas são operadas no interior de uma estratégia que assume um mandato político e social no modelo de atenção à saúde indígena.

Também foram utilizados, ainda como fonte de informações, os seguintes documentos da FUNASA: dados do Sistema de Informação de Saúde Indígena (SIASI), relatórios de gerências e relatórios de produção das Equipes Multidisciplinar de Saúde Indígena, do período de 2002 a 2005. Como as entrevistas foram semi-estruturadas os atores sociais relacionaram fatos do período de 2001, mas como não existia registro de dados nesse período ficará apenas como informação complementar.

Nos relatórios de produção das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, do período de 2002 a 2005, constavam informações referentes aos tipos de atendimento das equipes e os encaminhamentos para hospitais, exames e dados da mortalidade infantil, permitindo identificar as condições traçadas, que são as trajetórias assistenciais de eventos considerados indesejáveis, tais como óbitos, internações por diarreia, tuberculose e infecção respiratória aguda.

As avaliações da coleta dos dados quantitativos foram através da série histórica, pois Hartz (2005) diz que em algumas situações onde não existe parâmetro técnico científico, o estabelecimento de padrão pode ser feito através da série histórica dos indicadores pela adoção do valor dos indicadores para outras populações definindo patamares a serem alcançados, pois os parâmetros para o processo de avaliação não estão bem estabelecidos. Do mesmo modo, a forma de medi-los pode variar.

Para Hartz (2005), muitas vezes, é necessário que o pesquisador que conduz o processo de avaliação construa consensos, não só em relação aos parâmetros mais apropriados, como quanto ao método mais adequado de aferir o que se quer avaliar.

Foi utilizada metodologia qualitativa para análise da implantação das propostas de ações empregadas como uma estratégia de qualificação da gestão de atenção básica à saúde indígena. Foram seguidas as seguintes fases, segundo Hartz (1997):

- 1) grau de influência do contexto na implantação da estratégia;
- 2) a partir das intervenções, identificação se houve algumas mudanças, causando algum impacto;

- 3) observação se, na implantação da estratégia, foram observados os processos de um planejamento, isto é, identificação do problema, determinação das alternativas, escolha de soluções adequadas e exercício hierárquico suficiente sobre os indivíduos responsáveis na implantação da estratégia;
- 4) identificar se houve cuidado quanto à abordagem na implantação da estratégia para que motivasse o interesse dos atores influentes;
- 5) verificar a existência de mecanismo que permitam acompanhar a implantação da intervenção;
- 6) conferir se os agentes de implantação entenderam as informações necessárias para a mesma;
- 7) identificar se há consenso entre os agentes de implantação sobre os objetivos visados pela intervenção.

6 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, será apresentada a percepção de cada ator envolvido na implementação da estratégia, expressa nas entrevistas.

6.1 PERCEPÇÃO DE QUEM DESENHOU A ESTRATÉGIA

A responsável pela implantação da estratégia, que era Chefe da Assessoria de Saúde Indígena na época, considera que a premissa principal da estratégia era garantir que o Sub-Sistema de Saúde Indígena fosse, na prática, parte integrante do SUS. Portanto, eram necessários alguns ajustes na abordagem da FUNASA.

Ela diz que para isso, “foi preciso estabelecer uma estreita relação com parceiros que, junto com a FUNASA, construíram a possibilidade de execução de ações para garantir a qualificação da atenção à saúde indígena”. Entre os principais parceiros cita a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) e Ministério Público Federal do Rio Grande do Sul, para juntos sensibilizarem a gestão municipal a se envolver na estratégia.

Na visão da responsável pelo desenho da estratégia, a FUNASA conseguiu trabalhar de forma articulada, tentando definir os papéis dos gestores, conforme havia sido proposto. Medina *et al.* (2005) destacam a necessidade de articulações intersetoriais em saúde como parte do conjunto de uma estratégia que consiste em ações mobilizadoras e articuladoras de práticas e projetos entre o setor saúde e os demais setores do desenvolvimento, no planejamento, organização, direção, implementação, monitoramento e avaliação de intervenções voltadas para a modificação do modelo assistencial.

No entanto ela diz: “[...] houve, e ainda há, dificuldade na definição dos papéis de cada esfera de gestão, ocasionando muita confusão, uma vez que vários gestores de todas as instâncias, inclusive da FUNASA, consideravam que a sua instituição era a ‘proprietária’ dos índios”.

Ela prossegue: “Este tipo de postura deixava os gestores municipais em uma situação bastante confortável, pois não se viam com responsabilidade na atenção à saúde dessa população, apesar de, na hora de receber qualquer incentivo ou repasse financeiro, cujo cálculo fosse *per capita*, não hesitavam, inclusive em aumentar, a população indígena residente em seu município”.

A Chefe da Assessoria complementa: “Portanto, era necessário retomar essa discussão a fim de garantir a ‘cidadania indígena’, incluindo-os como população de um município, de um estado e de um país, sem esquecer o respeito a sua forma de ver e viver a territorialidade”.

Outro ponto apontado como importante foi a qualificação dos profissionais das Equipes Multidisciplinar de Saúde Indígena, tanto do ponto de vista técnico como do perfil para desempenho de atividades na atenção básica e, ainda mais, junto a populações indígenas que têm outra forma de encarar o processo saúde/doença. Ela relatou que “vários profissionais precisaram ser substituídos por não terem perfil e/ou compromisso para o desenvolvimento desta atividade, pois haviam sido contratados a partir de indicações político-partidárias ou de relações de amizade com os gestores municipais, comprometendo a qualidade da atenção à saúde indígena. Para resolver este problema a FUNASA solicitou o apoio do Ministério Público Federal e, juntos, criaram comissões de seleção, acompanhamento de desempenho e indicação de demissão de profissionais das EMSI”. Estas comissões são compostas por representantes da FUNASA, Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, FUNAI, liderança indígena e Conselho Local de Saúde Indígena.

Dando seguimento, a entrevistada pontua: “Para a qualificação dos profissionais também foi necessário fazer capacitação emergencial em programas básicos de saúde, considerando que a formação nos cursos de graduação está deixando a desejar nesse aspecto. Portanto, foram primeiramente realizadas capacitações em Saúde da Criança, Saúde da Mulher, DST/Aids e Imunizações”.

Também “foi necessário qualificar a assistência hospitalar oferecida para as crianças indígenas, uma vez que o hospital do município de Redentora não contava com pediatra. Portanto, a partir de acordo com a SES/RS, desde novembro de 2004, todas as crianças menores de seis anos residentes na Terra Indígena Guarita do município de Redentora, passaram a ter como primeira referência para internação o

hospital do município vizinho de Tenente Portela, que conta com pediatras e maior capacidade instalada”.

Outro fator importante foi a implantação da política de assistência farmacêutica, a qual ainda está em processo de construção e que, entre outras coisas, visa sensibilizar os prescritores para o uso racional de medicamentos.

De acordo com a entrevistada: “Para traçar o perfil epidemiológico e qualificar o planejamento, está sendo implementado o Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI)”.

Foi garantido, pelo Serviço de Saneamento da FUNASA/RS, o acesso à água de qualidade para consumo humano à grande maioria da população indígena.

A partir da gestão do Ministério Público Federal/RS, a população indígena do Rio Grande do Sul e do Mato Grosso do Sul foram as primeiras a participarem do “Programa Fome Zero”. A partir de discussões intersetoriais, com participação de representantes indígenas, ficou estabelecido no Rio Grande do Sul que, em vez de receber o auxílio em dinheiro, seriam fornecidas cestas básicas por 18 meses, entre 2003 e 2004. Este trabalho foi coordenado pelo Conselho Estadual dos Povos Indígenas (CEPI), no qual a FUNASA tem assento.

Quando cessou o fornecimento de cestas básicas, o Estado tinha passado por uma das piores secas, deixando os agricultores em situação calamitosa, inclusive a agricultura de subsistência indígena. A FUNASA articulou-se, então, com o Ministério do Desenvolvimento Social para incluir a população indígena no recebimento de cestas básicas, as quais são administradas pela FUNAI e a Secretaria de Estado do Trabalho, Cidadania e Assistência Social.

Concluindo, a responsável pela implantação diz que houve um avanço na atenção à saúde indígena, o qual está expresso em informações que demonstram a melhoria de vários indicadores de saúde. No entanto, considera que estas conquistas ainda são muito frágeis e necessitam de muita atenção para que não sejam perdidas. Considera, também, que ainda há muito por fazer, como a qualificação do controle social e a sensibilização para a interiorização de profissionais de saúde, principalmente médicos.

6.2 PERCEPÇÃO DO CHEFE DA ASSESSORIA INDÍGENA ATUAL

Para o chefe atual da Assessoria de Saúde Indígena, a estratégia tem dado certo e será mantida, pois houve impacto nos óbitos em menores de cinco anos. Ele diz “que a estratégia implantada em 2003 está ótima, não havendo necessidade de propor outras ações, só mantê-las e monitorá-las”.

Prossegue: “Além de existir uma parceria da FUNASA com as gestões municipais, com repasse de incentivos financeiros que cobrem boa parte dos salários dos profissionais das EMSI, a gestão estadual também repassa recursos financeiros, a título de incentivo, para complementar o salário dos profissionais das equipes. Isto tem colaborado para reduzir a rotatividade de profissionais e a captação de profissionais mais qualificados”.

6.3 PERCEPÇÃO DOS GESTORES MUNICIPAIS

O Secretário Municipal de Saúde no período de 2001 a 2004, que acompanhou o início da implantação da estratégia, diz que “não houve um alto índice de mortalidade infantil, entre 2001 e 2003, pois as mortes sempre existiram, mas apenas não eram registradas”. Quanto à estratégia da nova gestão da FUNASA diz que “não notou nenhuma mudança, apenas uma continuidade do que já existia”.

A Secretária Municipal de Saúde atual diz que “entre 2001 e 2003 morriam em média 23 crianças por ano. [...] Em função disso, o prefeito foi direto ao Ministério da Saúde, em Brasília, para achar uma saída, e também procurou deputados que trabalhavam na saúde, mais precisamente o que veio a ser Secretário Estadual de Saúde na gestão 2003-2006”.

Ela continua a explicação: “Então, o Governo Federal mandou três médicos do quartel para poder estancar o problema, através do Estado, sendo esse o primeiro passo para mudar a situação da mortalidade infantil na Terra Indígena da Guarita”.

Logo depois, a titular da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) procurou se articular institucionalmente com FUNASA, FUNAI, Ministério Público e SES/RS, para juntos encontrarem uma solução para a mortalidade infantil. A mesma diz que “com os Programas de Inclusão Social do governo estadual, especialmente na área de habitação, vai” ficar 100% o atendimento das famílias indígenas “. Considera que” a FUNASA também teve sua participação, com a melhoria da qualidade da água “. Para ela, hoje quase todo o setor (aldeias) tem Unidade Básica de Saúde e, os que ainda não tem, estão em fase de conclusão”.

Ainda segundo a atual Secretária de Saúde, em 2005 foi comemorado a “Celebração do Ano da Vida”, quando o município ganhou um certificado “Viva a Criança” do governo do Estado, por ter se destacado na redução da mortalidade infantil, pois em 2004 morreram nove crianças e em 2005 o número de mortes foi reduzido para duas.

Atualmente, a seleção dos profissionais das EMSI é feita através de uma comissão, com representantes de todas as esferas de governo e mais lideranças indígenas. Isso aconteceu após a chefe da Assessoria de Saúde Indígena (ASSAI) da FUNASA entrar em atrito com o município, acionando o Ministério Público, que criou a referida comissão.

Quando foi trocada a responsável pela Assessoria de Saúde Indígena, a atual Secretária Municipal de Saúde achou ótimo, queixando-se de que a mesma não “ouvia ninguém, chegava impondo suas ordens, não respeitava os profissionais, inclusive criando um impasse com o hospital do município, pois ela chegava no hospital, avaliava o estado de saúde das crianças e as tirava do hospital. O relacionamento entre SMS e FUNASA era, então, muito tumultuado”.

Ela prossegue: “A cada três meses são reunidos todos os funcionários, independentemente do cargo que ocupam, para esclarecer as pactuações e trabalhar em cima disso. É colocado o que foi pactuado e o que se perde financeiramente com a morte de uma criança nos repasses do governo do estado”

Quanto à estratégia da FUNASA para implantação do novo modelo de gestão, não percebeu nenhuma mudança, acha que a melhora na qualidade da atenção básica aos povos indígenas, refletida no impacto da mortalidade infantil, ocorreu em

função dos programas do governo estadual e das articulações da Secretaria Municipal de Saúde com os demais órgãos.

Verifica-se que os gestores municipais de saúde, em nenhum momento, relacionaram a redução da mortalidade infantil à melhoria da qualidade da água ou a qualificação dos profissionais, ou a outras ações implantadas no novo modelo de gestão da FUNASA.

A Secretária Municipal de Saúde atual diz participar das ações da FUNASA, mas ao avaliar os resultados demonstra claramente um distanciamento em relação a estratégia e seus impactos, dando a entender que essas ações partiram exclusivamente do município, que a FUNASA apenas apóia o projeto. Ela destacou que a única diferença “para melhor” em relação a gestão foi a troca da responsável pela Assessoria de Saúde Indígena da FUNASA, em novembro de 2005.

Um dos fatores que pode explicar essa visão é que a política da FUNASA pode ter sido compreendida simplesmente como uma decisão de autoridade ou como uma intenção de consolidação de poder (OPAS, 1975).

6.4 PERCEPÇÃO DAS SUPERVISORAS DAS EQUIPES MULTIDISCIPLINARES DE REDENTORA

A supervisora das EMSI de Redentora, que trabalha na Assessoria de Saúde Indígena da FUNASA, em Porto Alegre, disse que “com as ações implantadas nesta estratégia foi possível reverter muitos problemas de saúde, principalmente os casos das doenças preveníveis, pois através das capacitações, as equipes foram qualificadas, sendo capazes de viabiliza qualquer intervenção para evitarem surtos ou epidemias, com um monitoramento efetivo, controle das imunizações e saneamento básico”.

A realização de capacitações marcou positivamente os profissionais das equipes, criando uma grande expectativa em torno das ações que iriam melhorar a qualidade de vida da população indígena: “Isso foi possível através da intervenção

direta da FUNASA sobre as ações de atenção básica, principalmente na capacitação dos profissionais”.

As supervisoras de Porto Alegre e Passo Fundo dizem que “os componentes das Equipes Municipais de Saúde Indígena, com exceção dos médicos, estão bastante motivados com os resultados que estão alcançando, principalmente em relação à redução da mortalidade infantil em menores de um ano”.

As supervisoras das EMSI reconhecem que as ações propostas pela nova gestão conseguiram reverter muitos problemas. Essa visão reforça a idéia de que a descentralização é um fator importante, que pode causar impactos sobre o estado de saúde da população, conforme apontam Medina *et al.* (2005).

6.5 PERCEPÇÃO DA TÉCNICA DE ENFERMAGEM DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE REDENTORA

A técnica de enfermagem da EMSI diz estar bastante contente com a melhoria na atenção básica aos indígenas e estar motivada pelos resultados na redução das doenças em 2004 em relação a 2003. Afirma que “houve uma redução da mortalidade e diminuição das doenças preveníveis em função da distribuição de cestas básicas, que reduziram o índice de desnutrição, e de melhorias habitacionais, e não com o novo modelo de atenção básica a saúde indígena”.

Embora esteja bastante contente com os avanços positivos na atenção básica aos povos indígenas, não atribui os resultados à nova gestão da FUNASA, mesmo mencionando uma série de ações desse órgão, como a inclusão da população indígena para recebimento de cestas básicas e a colocação de rede de água. Verifica-se, inclusive, que a mesma não tem noção e nem percebeu a implantação da estratégia.

6.6 DISCUSSÃO

Na visão da responsável pela implantação da estratégia, a FUNASA conseguiu trabalhar de forma articulada, tentando definir os papéis dos gestores, conforme uma das ações propostas na estratégia. Medina *et al.* (2005), destaca a necessidade de articulações intersetoriais em saúde como parte do conjunto de uma estratégia que consiste em ações mobilizadoras e articuladoras de práticas e projetos entre o setor saúde e os demais setores do desenvolvimento, no planejamento, organização, direção, implementação, monitoramento e avaliação de intervenções voltadas para a modificação do modelo assistencial. A responsável pela implantação da estratégia também se preocupou em garantir a “cidadania” indígena, incluindo-os como população de um município, de um estado e de um país, sem esquecer o respeito a sua forma de ver e viver a territorialidade. O atual Chefe da Assessoria de Saúde Indígena, por sua vez, diz que a estratégia implantada em 2003 está ótima, não havendo necessidade de propor outras ações, só mantê-las e monitorá-las.

Já os gestores municipais de saúde em nenhum momento relacionaram a redução da mortalidade infantil à melhoria da qualidade da água ou a qualificação dos profissionais, ou outras ações implantadas no novo modelo de gestão da FUNASA. A Secretária Municipal de Saúde atual, diz participar das ações da FUNASA, mas na hora de avaliar os resultados demonstra claramente um distanciamento em relação a esta estratégia e seus impactos, dando a entender que essas ações partiram exclusivamente de seu município, que a FUNASA apenas apóia este projeto. Ela destacou que a única diferença “para melhor”, em relação a gestão foi a troca da responsável pela Assessoria de Saúde Indígena da FUNASA em Porto Alegre, em novembro de 2005. Um dos fatores que pode explicar essa visão é que a política da FUNASA pode ter sido compreendida simplesmente como uma decisão de uma autoridade formal, ou como uma intenção de consolidação de poder, sendo dirigida para conseguir alianças consensos ou para lutas que debilitem o poder dos oponentes contrários a essa política, conforme vimos da revisão teórica (OPAS, 1975).

As supervisoras das EMSI da área reconhecem que as ações propostas pela nova gestão conseguiram reverter muitos problemas, principalmente os casos de

doenças preveníveis, sendo que hoje as equipes estão capacitadas e aptas para viabilizar qualquer intervenção no sentido de evitar surtos e epidemias. Elas avaliam que todos os membros das EMSI estão motivados com os resultados. Logo dentre as ações implantadas, observou-se que em relação aos atores sociais envolvidos, a realização de capacitações das EMSI marcou positivamente seus componentes criando uma grande expectativa em torno das ações que iriam melhorar a qualidade de vida da população indígena. Conforme Medina *et al.* (2005) a descentralização é um fator importante que pode causar impactos sobre o estado de saúde da população.

A Técnica de enfermagem da equipe multidisciplinar da área, embora esteja bastante contente com os resultados, não atribui à FUNASA este fato. Inclusive, pode-se observar que a mesma não tem noção e nem percebeu a implantação da estratégia.

Observa-se que há dois grupos distintos de atores com percepções diferentes em relação à implantação da estratégia para qualificar a gestão de atenção básica de saúde indígena:

- 1) Grupo 1 - atores ligados ao poder público municipal: os Gestores Municipais de Saúde e os profissionais das EMSI, contratados pela prefeitura de Redentora, os quais não observaram que as mudanças foram em função da implantação da estratégia;
- 2) Grupo 2 - atores ligados à FUNASA: a ex-chefe da Assessoria de Saúde Indígena, que foi responsável pela implantação da estratégia, a chefe atual e as supervisoras das EMSI de Redentora, as quais reconhecem e perceberam as mudanças em função da nova gestão e estão bastante otimistas com os resultados alcançados.

Os atores vinculados à gestão municipal não atribuem a melhoria da saúde indígena à nova gestão, já os profissionais da FUNASA acham que sim.

Cada ator, dependendo da sua situação tem um olhar diferente em relação ao impacto da estratégia na qualidade da saúde indígena. Para Matus (1997), os problemas podem ser objeto de múltiplas explicações, a depender da posição ocupada pelo ator que o descreve, em função de seus interesses, visões de mundo, crença, ideologia do papel que desempenha na instituição e da luta que se

estabelece com outras forças sociais. Cada um detém uma parte da verdade, razão pela qual é muito complexa a análise de implantação de uma estratégia de ação, quando envolve vários atores sociais.

Quanto ao impacto da estratégia na mortalidade infantil, pode-se avaliar que a estratégia para qualificar a gestão de atenção básica da saúde indígena vem dando resultados, pois houve uma redução dos óbitos infantis no período de 2002 a 2005 de 39,04 por cento conforme demonstra o gráfico da figura abaixo. Isso confirma que, qualificando a gestão dos serviços de saúde, há uma redução da mortalidade infantil Hartz (1997).

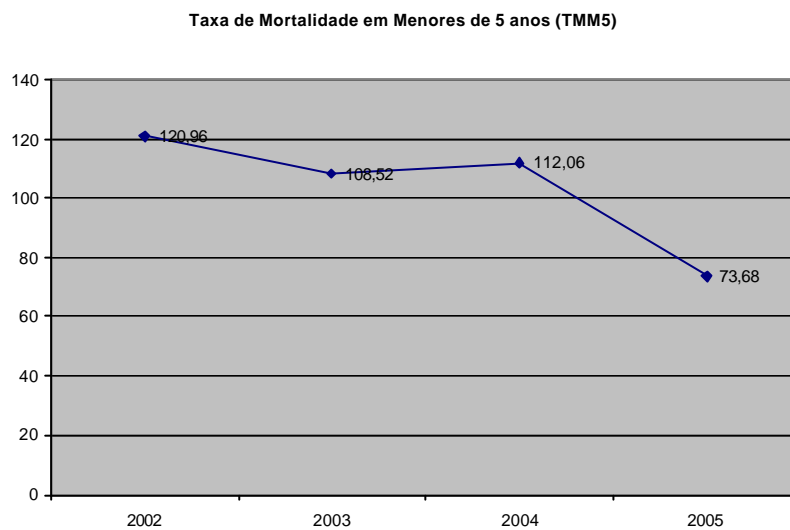


Gráfico 1 – Taxa de Mortalidade em Menores de 5 anos (TMM5) na Terra Indígena Guarita Município de Redentora-RS - Período de 2002 a 2005
Fonte: Funasa/RS

Além disto, o conjunto de informações através da implementação do Sistema de Informações (SIASI) têm trazido novas perspectivas para a saúde dos povos indígenas, pois permite o monitoramento dos indicadores epidemiológicos dessa população.

As relações de poder que se estabelecem nas organizações e entre as forças sociais são complexas e conflitantes, expressando interesses múltiplos e contraditórios que devem ser levados em consideração para entender a resistência de alguns atores envolvidos em atribuir os méritos aos responsáveis pela implantação da estratégia. Além disso, considere-se que o agir em saúde é muito complexo, por se desconhecer as subjetividades e interesses de cada um, sendo um desafio intervir no campo de gestão em saúde.

7 CONCLUSÕES

Na análise de implantação da estratégia desenvolvida pela FUNASA para qualificar a atenção básica na Terra Indígena da Guarita/RS, a principal constatação foi que há dois grupos distintos de atores com percepções diferentes:

- 3) Grupo 1 – atores ligados ao poder público municipal: os Gestores Municipais de Saúde e os profissionais das EMSI, contratados pela prefeitura de Redentora, os quais não observaram que as mudanças foram em função da implantação da estratégia;
- 4) Grupo 2 - atores ligados a FUNASA: a ex-chefe da Assessoria de Saúde Indígena, que foi responsável pela implantação da estratégia, a chefe atual e as supervisoras das EMSI de Redentora, as quais reconhecem e perceberam as mudanças em função da nova gestão e estão bastante otimistas com os resultados alcançados.

Os atores vinculados à gestão municipal não atribuem a melhoria da saúde indígena à nova gestão. Já os profissionais da FUNASA acham que sim. Cada ator, dependendo da sua situação, tem um olhar diferente em relação ao impacto da estratégia na qualidade da saúde indígena.

Para Matus (1997), os problemas podem ser objeto de múltiplas explicações, que depende da posição ocupada pelo ator que o descreve, em função de seus interesses, visões de mundo, crença, ideologia do papel que desempenha na instituição e da luta que se estabelece com outras forças sociais. Cada um detém uma parte da verdade, razão pela qual é muito complexa a análise de implantação de uma estratégia de ação quando envolve vários atores sociais.

As relações de poder que se estabelecem nas organizações, e entre as forças sociais, são complexas e conflitantes, expressando interesses múltiplos e contraditórios, que devem ser levados em consideração para entender a resistência de alguns atores envolvidos em atribuir os méritos aos responsáveis pela implantação da estratégia. Além disso, considere-se que o agir em saúde é muito

complexo, por se desconhecer as subjetividades e interesses de cada um, sendo um desafio intervir no campo de gestão em saúde.

Quanto ao impacto da estratégia para qualificar a gestão de atenção básica da saúde indígena na mortalidade infantil, observa-se que houve uma redução de nos óbitos infantis no período de 2002 a 2005, ou seja, em 2002 o CMI era 96,77/1000, em 2005 foi reduzido para 31,57/1000 e TMM5 em 2002 120/1000 em 2005 reduziu para 73,68/1000, ou seja, houve uma redução de 67,38 por cento na mortalidade infantil e 39,04 por cento entre os menores de cinco anos, corroborando a afirmativa de Hartz (1997) quando diz que qualificando a gestão dos serviços de saúde há uma redução da mortalidade infantil.

Além disto, o conjunto de informações produzidas através da implementação do Sistema de Informações (SIASI) têm trazido novas perspectivas para a saúde dos povos indígenas, pois permite o monitoramento dos indicadores epidemiológicos dessa população.

Quanto aos objetivos específicos propostos para este trabalho, foram feitas as constatações a seguir.

Os principais atores envolvidos pela FUNASA na implantação da estratégia foram: o Ministério Público Federal; a FUNAI; a Secretaria Estadual de Saúde; a Secretaria Estadual do Trabalho; Cidadania e Assistência Social; a Secretaria Municipal de Saúde; a Secretaria Municipal de Educação; o Conselho Estadual dos Povos Indígenas (CEPI); o Conselho Local de Saúde Indígena e a liderança indígena da Terra Indígena da Guarita. Além disso, no âmbito interno da FUNASA, houve articulação com o Serviço de Saneamento, garantindo-se a participação desse setor, fundamental para o sucesso da estratégia.

Para garantir que o Subsistema de Saúde Indígena fosse, na prática, parte integrante do SUS, sendo esta a premissa principal da estratégia, foi estabelecida uma estreita relação com parceiros, que junto com a FUNASA construíram a possibilidade da execução das ações para garantir a qualificação da atenção à saúde indígena. As articulações intersetoriais propiciam ações mais efetivas para a promoção de qualidade de vida, sendo possível pensar em alternativas de qualificação de atenção à saúde indígena em parcerias o que pode ser visto como

uma construção social, de sensibilização de diversos atores sociais para um objetivo comum que melhor se viabiliza através da integração entre serviços.

Inicialmente, em função da gravidade da situação encontrada pela nova gestão da FUNASA, a implantação da estratégia não foi discutida previamente com as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena – EMSI. Algumas ações foram impostas, pois as medidas tiveram que ser tomadas de imediato, de modo que no início nem todos os Agentes da Implantação tinham conhecimento de estratégia. Conseqüentemente, não houve participação ativa dos sujeitos envolvidos na implantação da mesma.

Essa opção teve que ser realizada pela gestão da Assessoria de Saúde Indígena da FUNASA, considerando, entretanto, o que coloca Campos (1990), em seu desenho de gestão “em defesa da vida”, que devemos buscar saídas eticamente humanizadas e consistentes para o gerenciamento do cuidado da saúde. Por estas razões, os profissionais da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena no início não estavam motivados com a estratégia, verificando-se um certo descomprometimento na execução das ações.

Além disto, os profissionais das EMSI sentiram-se ameaçados em função da criação de uma comissão para selecionar, acompanhar o desempenho e indicar a demissão dos componentes das equipes, pois até aquele momento a FUNASA pouco se envolvia na gerência das mesmas. Uma das propostas de nova gestão era a participação efetiva da FUNASA junto aos Municípios na seleção, acompanhamento e gerência das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, buscando fazer com que trabalhassem com mais seriedade e comprometimento.

Alguns profissionais foram resistentes em se adequar às novas normas, inclusive sonegavam informações importantes para o desenvolvimento das ações, demonstrando a influência dos interesses corporativos de certas categorias profissionais. No entanto, após a reestruturação e qualificação dos profissionais, foi construída uma relação estável e de confiança entre implementadores, agentes responsáveis pelo desenvolvimento das ações, e usuários, qual seja, a comunidade indígena. Os profissionais foram se apropriando da proposta e hoje estão bastante conscientes e motivados com os resultados. Isto vem favorecendo a manutenção da estratégia como um novo modelo de atenção à saúde indígena, que requer interação e adesão dos atores envolvidos.

Observou-se também que existem conflitos entre o governo federal e municipal, o que dificulta a condução dos projetos. Entretanto, esse conflito vem diminuindo cada vez mais, pois a gestão federal procura agregar todos atores sociais. Segundo Rivera (1999), os conflitos são inevitáveis e dificultam a implantação de novas estratégias de gestão, pois envolvem atores de setores diferentes, tornando o processo bastante complexo, tenso e lento.

Em relação à integração das unidades básicas de saúde indígena no sistema local de saúde, a atual Secretária Municipal de Saúde garante que existe esta integração, pois na falta do atendimento na Unidade Básica dos setores indígenas, é disponibilizado um espaço no posto de saúde local para atender essa população. Também relata que nas reuniões trimestrais de avaliação da pactuação de saúde, os profissionais das áreas indígenas são chamados para participarem.

A implantação efetiva da estratégia para qualificar a atenção básica à população indígena na Terra Indígena da Guarita/RS é um processo que vem sendo construído, embora tenha avançado muito no período 2003-2005. Este trabalho sinaliza que outros avanços são urgentes para continuar alcançando impactos positivos, diminuindo a situação de desigualdade em que se encontra aquela população.

Por fim, a grande novidade da estratégia analisada não está nas suas diretrizes, que são propugnadas por todos, mas no fato de ter sido implementada.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Creuza da Silva. Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 1-17, 2002.

BARROS, A.; LEHFELD, N. **Fundamentos da metodologia científica**. São Paulo: Makron, 2000.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

CHAVES, Maria Betania Garcia; CARDOSO, Andrey Moreira; ALMEIDA, Célia. Implementação da política de saúde indígena no pólo base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 1-15, fev. 2006.

HARTZ, Zulmira M.Araújo. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais á prática na análise da implantação de programas**: Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

_____; SILVA, Ligia Maria Vieira da (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos a prática na avaliação e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MARCON, Telmo. **História e cultura kaingang no Sul do Brasil**. Passo Fundo: UPF, 1994.

MATUS, Carlos. **Políticas, planejamento & governo**. 3 ed. Brasília: IPEA, 1997

MEDINA, Maria Guadalupe *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira da (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos a prática na avaliação e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MENEGOLLA, Ivone *et al.* Financiamento e atenção à saúde no distrito sanitário especial indígena interior sul. In: COIMBRA JR, Carlos (org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 2003.

MERHY, Emerson Elias. O ato de governar: as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Oficina Sanitária Panamericana. Oficina Regional de La Organización Mundial de La Salud. Formulación de Políticas de Salud. Centro Panamericano de Planificación La Salud. **Documento Oficial n. 173**. Santiago, 1975.

RICHARDSON, Rubens da Silva. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 38. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

RIVERA, Francisco Javier Uribe. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

SILVA, Ligia Maria Vieira. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira da (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos a prática na avaliação e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SOUZA, Luiz Eugenio Portela Fernandes de SILVA, Ligia Maria Vieira de. Conferência de consenso sobre a imagem: objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira da (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos a prática na avaliação e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

ANEXO – Questionários Aplicados

A) Responsável pela implantação da estratégia, no período de julho/2003 a novembro/2004 (Chefia da ASSAI).

1. Como foi definida a estratégia de qualificação da atenção básica da saúde indígena no município de Redentora?
2. Quais as ações implantadas?
3. Quais os atores envolvidos?
4. Porque achou necessário envolver outras instituições?
5. Quais as dificuldades encontradas durante a implantação da estratégia de qualificação da atenção à saúde básica em Redentora?
6. Quais as instâncias que viabilizaram a estratégia?

B) Responsável atual pela ASSAI (Chefia da ASSAI)

1. O que está sendo feito para manter a estratégia em Redentora?
2. Existem outras ações para somar às já existentes, focalizando o aprimoramento da atenção básica da saúde indígena em Redentora?
3. Como é a articulação da FUNASA junto aos gestores das esferas municipais e estaduais envolvidas com a população indígena de Redentora?
4. Houve algum impacto com a implantação da estratégia? Qual?

C) Responsável pela supervisão da EMSI de Redentora

1. Há quanto tempo trabalhas na equipe?
2. Como era a atuação da FUNASA junto a EMSI de Redentora, antes e após de 2003?O que mudou? Como mudou?
3. Como é realizada a supervisão as EMSI?Existe algum instrumento que permite acompanhar a implantação das ações?
4. São realizadas reuniões com as lideranças indígenas para avaliar o desempenho das EMSI? Se sim, como tem sido as reuniões? Se não, porque?
5. As equipes estão trabalhando conforme preconizado no modelo de gestão atual?
6. Os componentes da equipe estão motivados a desenvolver suas ações com qualidade?

D) Coordenador da EMSI

1. Há quanto tempo trabalhas na equipe?
2. Existe articulação entre os gestores municipais e a FUNASA?
3. Quando chega um paciente com problema grave de saúde que não possa ser resolvido na UB, como é feito o encaminhamento? Existe hospital de referência?
4. Como é o acompanhamento das gestantes?
5. O que você está percebendo em relação ao processo de qualificação da atenção integral à saúde Indígena, e como você tem participado disso?
6. Ao seu ver como deveria trabalhar a equipe para se tornar eficaz?

E) Secretário Municipal de Saúde na época da implantação da estratégia.

1. Havia um índice alto de mortalidade infantil indígena, amplamente divulgado há três anos atrás. E agora, como o quadro se apresenta?
2. Qual era a atuação da Secretaria Municipal de Saúde em relação a atenção à saúde da população indígena em seu município?
3. Como era a atuação da FUNASA?
4. Como era a atuação da Secretaria Estadual de Saúde? SES/RS?
5. Houve algum impacto positivo após 2003 em relação à saúde indígena? Em caso afirmativo, qual?
6. Como era feita a seleção dos profissionais das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena?
7. Havia um índice alto de mortalidade infantil indígena, amplamente divulgado há três anos atrás. Como era administrado esse problema?

F) Secretário Municipal de Saúde Atual

1. Havia um índice alto de mortalidade infantil indígena, amplamente divulgado há três anos atrás. E agora, como o quadro se apresenta?
2. Qual é a atuação da Secretaria Municipal de Saúde em relação à atenção à saúde da população indígena em seu município?
Como é feita a seleção dos profissionais das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena?