

Planejamento e gestão do processo de trabalho em saúde: avanços e limites no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS

Planning and management of the health work process: advances and limits in the SUS-Indigenous Health Care Subsystem

Maria Luiza Silva Cunha^a

 <http://orcid.org/0000-0001-7565-7996>
E-mail: luiza.cunha@focruz.br

Angela Oliveira Casanova^a

 <https://orcid.org/0000-0002-7888-9490>
E-mail: angela.casanova@focruz.br

Marly Marques da Cruz^a

 <https://orcid.org/0000-0002-4061-474X>
E-mail: marly@ensp.focruz.br

Martha Cecilia Suárez-Mutis^b

 <http://orcid.org/0000-0003-2809-6799>
E-mail: martha.mutis@focruz.br

Verônica Marchon-Silva^b

 <https://orcid.org/0000-0002-8267-0096>
E-mail: vmarchon@ioc.focruz.br

Michele Souza e Souza^d

 <https://orcid.org/0000-0002-8014-8528>
michele.ifcs@gmail.com

Marcelly de Freitas Gomes^{a,e}

 <https://orcid.org/0000-0002-5468-0094>
E-mail: gomesfmarcelly@gmail.com

Ana Cristina Reis^c

 <https://orcid.org/0000-0001-7947-1769>
E-mail: ana.reis@focruz.br

Paulo Cesar Peiter^b

 <https://orcid.org/0000-0001-8383-4542>
E-mail: paulopeiter@gmail.com

^aFundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^bFundação Oswaldo Cruz. Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^cFundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^dUniversidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

^eUniversidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Direitos Humanos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência

Maria Luiza Silva Cunha
Avenida Brasil, 4365. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 21040-360

Resumo

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), como parte do Sistema Único de Saúde (SUS), é responsável pela atenção à saúde dos povos indígenas do Brasil. Em âmbito local, são os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) os responsáveis pela gestão, planejamento e organização do processo de trabalho das equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI), que realizam a atenção primária à saúde para essa população. O objetivo do estudo foi analisar como ocorrem o planejamento e a gestão do processo de trabalho das EMSI. Foi realizado um estudo de casos múltiplos holístico, considerando sete DSEI como unidades de análise. A principal fonte de dados utilizada foi a entrevista e, de forma complementar, a observação direta. Os resultados indicaram que, de forma geral, o planejamento está presente na organização do processo de trabalho das equipes, com variações entre os DSEI. A efetivação das ações planejadas foi relacionada à disponibilidade de diferentes recursos: funcionamento adequado do sistema de informação e a articulação intra e intersetorial do SasiSUS. Como conclusão, apontou-se a necessidade de radicalização da participação no planejamento e na gestão, necessária a uma ação coordenada para garantia da atenção diferenciada e dos princípios do SUS.

Palavras-chave: Planejamento em Saúde; Gestão em Saúde; Serviços de Saúde do Indígena; Distrito Sanitário Especial Indígena; Sistema Único de Saúde.

Abstract

The Indigenous Health Care Subsystem (SasiSUS), as part of the Brazilian National Health System (SUS), is responsible for health care for indigenous peoples in Brazil. At the local level, the Special Indigenous Health Districts (DSEI) are responsible for managing, planning, and organizing the work process of the multidisciplinary indigenous health teams (EMSI), which provide primary health care for this population. The objective of the study was to analyze how the planning and the management of the EMSI work process occurs. A holistic multiple-case study was carried out, considering seven DSEI as units of analysis. The main source of data used were interviews and, in a complementary way, direct observation. The results indicated that, in general, planning is present in the organization of the teams' work process, with variations between the DSEI. Carrying out the planned actions was related to the availability of different resources: adequate functioning of the information system and the intra and intersectoral articulation of SasiSUS. As a conclusion, the need to radicalize participation in planning and management, necessary for a coordinated action to guarantee differentiated care and the principles of SUS, was pointed out.

Keywords: Health Planning; Health Management; Indigenous Health Services; Special Indigenous Health District; Brazilian National Health System.

Introdução

No Brasil, desde 1999, a atenção à saúde dos povos indígenas tem sido desenvolvida por meio do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), criado pela Lei nº 9.836/1999 (Lei Arouca), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de diferenciar e especificar as ações e serviços de saúde voltadas aos indígenas (Brasil, 1999).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) foi instituída em 2002 e estabeleceu os princípios e diretrizes da atenção à saúde, reconhecendo as especificidades culturais, étnicas e o direito territorial desses povos (Brasil, 2002). A definição da PNASPI se deu no âmbito da 2ª Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (1993), com o intuito de garantir a essas populações o acesso à saúde e à atenção diferenciada (Cardoso et al., 2012).

No ano de 2010, foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), órgão do Ministério da Saúde (MS) que assumiu a coordenação e execução da gestão do SasiSUS. Assim como o SasiSUS, a criação da SESAI também teve como base reivindicações apontadas durante as Conferências Nacionais de Saúde Indígena. Entre as propostas apresentadas nessas Conferências, encontram-se o incentivo ao fortalecimento da gestão da saúde indígena sob coordenação do governo federal e a necessidade de estabelecer as responsabilidades do MS sobre a organização, financiamento e articulação com o SUS.

A operacionalização das ações voltadas ao cuidado em saúde dos povos indígenas está estrategicamente estruturada por um modelo diferenciado de organização, voltado para a proteção, promoção e recuperação da saúde. Os Distritos Especiais Sanitários Indígenas (DSEI) - por intermédio de equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) - têm a função de gerir e organizar a atenção primária à saúde no nível local (aldeias) e também de realizar a articulação com a rede de serviços do SUS, para garantir sua integralidade, referenciando outros níveis de atenção quando necessário (Garnelo, 2012).

Os povos indígenas no Brasil têm conseguido avanços na implementação de suas demandas, para isso, a criação e organização de movimentos de resistência e luta por seus direitos têm sido

fundamentais. A elaboração da PNASPI e a estruturação da atenção à saúde indígena envolveram amplos debates, com forte participação de seus representantes. Porém, permanecem entraves ao cuidado, uma vez que as ações ainda não correspondem satisfatoriamente às reivindicações feitas nos espaços de mobilização comunitária (Varga, 2010).

Apesar da base legal existente e dessa estrutura estar institucionalmente estabelecida, a relação entre os povos indígenas e os órgãos governamentais responsáveis por seu cuidado e proteção têm sido caracterizadas por um ambiente de disputas e conflitos (Antunes, 2019). A esse respeito, Langdon e Garnelo (2017) indicaram que, como em outras políticas, permanece um distanciamento entre a garantia jurídico-política do direito à saúde dos indígenas e os impactos concretos na melhoria das condições de saúde desses povos.

Ademais, alguns dos interesses e direitos defendidos pelos indígenas não têm sido efetivados, sobretudo no que se refere à proteção das terras ocupadas por eles, existência de perspectivas diversas sobre seu lugar na sociedade brasileira, garantia de acesso e uso dos bens naturais, bem como o direito à saúde e outras garantias já assegurados em forma de lei (Antunes, 2019; Varga, 2010).

No contexto político dos últimos anos, o processo de desmobilização e esvaziamento de diferentes políticas e programas federais foi intensificado. Observa-se, em especial desde 2018, o desmonte da política de saúde indígena. Diversas lideranças apontam que o SasiSUS e a SESAI são conquistas e demandas históricas dos povos indígenas, e que se trata de uma política de Estado, portanto, não poderiam estar suscetíveis às transições de governo (Magalhães, 2022). No entanto, identifica-se que a própria SESAI sofreu uma significativa redução da sua estrutura organizacional. Em 2019, foi extinto um dos seus principais departamentos, o Departamento de Gestão da Saúde Indígena (DGESI), responsável por garantir as condições necessárias à gestão do subsistema, programação da aquisição de insumos, coordenação das unidades de atendimento e gestão dos sistemas de informação utilizados na saúde indígena. Tais mudanças são contraditórias com as características assumidas pela SESAI que, conforme apontaram Garnelo e Maquiné (2015), referem-se não apenas à participação na formulação,

coordenação e implementação da PNASPI, mas também à responsabilidade sobre a gestão do subsistema. Para os autores, esse fato, somado às atribuições de articulação entre os entes governamentais federais, estaduais e municipais, exigem que a SESAI disponha de uma robusta estrutura administrativa.

Para promover o cuidado à saúde da população indígena, é primordial que um conjunto de ações integradas seja estabelecido de forma participativa, em nível local, com o compartilhamento de informações e respeito aos seus interesses. Sendo assim, o planejamento se constitui como um componente fundamental para a definição de prioridades e desenvolvimento das ações em saúde.

O planejamento participativo tem como base as concepções de planejamento estratégico. Conforme Rivera e Artmann (2010), nessa vertente o planejamento é concebido como um processo interativo, que considera os diferentes atores sociais e leva em conta, além da técnica, a viabilidade política dos planos. A PNASPI incorpora o planejamento como um dos seus temas centrais, assim como estabelece que os indígenas e suas representações têm o direito de planejar as ações que devem ser realizadas nos DSEI, juntamente com os coordenadores e os demais membros das EMSI, por meio de reuniões e também como co-participe na elaboração dos instrumentos de planejamento - por exemplo, o Plano Distrital de Saúde Indígena - PDSI (Brasil, 2002)

Nesse sentido, a questão que norteou este estudo foi como o planejamento e a gestão do SasiSUS se estruturam em nível local e se expressam no cotidiano do processo de trabalho das EMSI. Adotamos como conceito de processo de trabalho em saúde aquele definido por Peduzzi e Schraiber (2009), que “diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde”. Assim, teve-se por objetivo analisar como ocorrem o planejamento e a gestão do processo de trabalho das EMSI.

Metodologia

A investigação foi realizada por meio de estudo de casos múltiplos. O estudo de caso é uma investigação empírica que analisa em profundidade um fenômeno

social complexo e contemporâneo, no contexto da vida real. Este se mostrou como estratégia metodológica adequada, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto estudados não estão evidentes, existindo variáveis sobre as quais há pouco controle. Os casos podem ser analisados individualmente (análise holística) ou por meio de análises individuais que os relacionem (análise imbricada). Nesse estudo, os DSEI foram as unidades de análise utilizadas e tratadas como caso único, caracterizando-se por um estudo de casos múltiplos holísticos (Yin, 2009).

Dos 34 DSEI existentes no Brasil, foram selecionados sete, adotando-se uma amostra que

buscou representar as cinco grandes regiões do país, com base nos critérios: abarcar diferentes realidades, como a de área urbana e não urbana; presença de única etnia ou diferentes etnias; a existência ou não de povos isolados; e o tamanho da população. Esta seleção foi realizada a partir de consulta à especialistas da saúde indígena e técnicos da SESAI. Por conveniência, foram incluídos DSEI cuja sede se encontra na mesma região, como os DSEI Leste Roraima e DSEI Yanomami (RR), bem como os DSEI Vale do Javari e o DSEI Alto Rio Solimões (AM). Os DSEI selecionados encontram-se descritos no Quadro 1.

Quadro 1 - Informações dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas selecionados para o estudo

DSEI ¹	Região	Estado(s) de Abrangência	No. de Município(s) de Abrangência	Município sede do DSEI UF	Etnias	Pop. Indígena	No. de Polos Base	Aldeias	UBSI ²	CASAI ³	Conveniada	Força de trabalho contratada 2018/2019
Alto Rio Solimões	N	AM	7	Tabatinga AM	7	70,823	13	236	14	1	MEC ⁴	863
Leste Roraima	N	RR	11	Boa Vista RR	7	51,797	34	342	323	0	SVP ⁵	1064
Litoral Sul	S-SE	PR/RJ/SP	55	Curitiba PR	6	24,699	12	126	26	1	Andradina ⁶	485
Pernambuco*	NE	PE	13	Recife PE	8	39,543	14	224	63	1	IMIP ⁷	569
Vale do Javari	N	AM	4	Atalaia do Norte AM	6	6,281	7	60	8	1	MEC ⁴	284
Xavante	CO	MT	14	Barra do Garças MT	1	21,433	6	317	36	2	SPDM ⁸	473
Yanomami	N	AM/RR	8	Boa Vista RR	2	26,785	37	366	38	1	MEC ⁴	770

¹Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI); ²Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI); ³Casa de Saúde Indígena (CASAI)

⁴Missão Evangélica Caiuá (MEC); ⁵Fundação São Vicente de Paulo (SVP); ⁶Irmã Santa Casa de Andradina (Andradina); ⁷Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP); ⁸Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM).

Fontes: Distrito Sanitário Especial Indígena. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/estrutura/dsei> Acesso em 17 abr. 2020

* Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2015).

O roteiro de entrevista foi previamente validado, em um estudo piloto, com alguns profissionais que já atuaram nas EMSI, sofrendo poucas alterações. O roteiro continha 51 questões, organizado nos seguintes módulos: (1) Identificação, com informações demográficas e trajetória profissional; (2) Atuação profissional; (3) Organização do processo de trabalho; (4) Organização da atenção à saúde; e (5) Características da estrutura dos polos-base.

A pesquisa de campo nos sete DSEI selecionados ocorreu entre setembro e dezembro de 2019. Foram realizadas 70 entrevistas semiestruturadas com

profissionais das EMSI de distintas categorias: médico, enfermeiro, dentista, assistente social, psicólogo, farmacêutico, técnico de enfermagem, agente indígena de saúde (AIS) e agente indígena de saneamento (AISAN), conforme Quadro 2.

O tempo médio de cada entrevista foi de uma hora, variando entre 30 e 80 minutos, a depender da disponibilidade de tempo do profissional, já que foram feitas nos polos-base, durante o horário de trabalho das EMSI. Cada entrevista foi realizada por dois entrevistadores, também responsáveis pela observação direta nos polos-base no período prévio

e posterior às entrevistas (em torno de uma hora), o que permitiu verificar as condições de trabalho e moradia dos profissionais das EMSI, cujo registro foi feito em diários de pesquisa e fotografias (Gibbs, 2009). Também foram observados dois processos de planejamento: no DSEI Alto Rio Solimões uma

oficina com equipe técnica e a população indígena para elaboração do PDSI; no DSEI Pernambuco, uma reunião do Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi), em que foi discutida a redefinição do tempo de permanência/moradia dos profissionais da EMSI em área indígena.

Quadro 2 – Entrevistas realizadas com profissionais das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas selecionados.

Profissional	DSEI selecionado (UF)							Total
	Litoral Sul (RJ)	Leste de Roraima (RR)	Yanomami (RR)	Alto Rio Solimões (AM)	Vale do Javari (AM)	Pernambuco (PE)	Xavantes (MS)	
Enfermagem	3	4	8	3	4	2	2	26
Médico	1	0	0	3	0	2	2	8
Dentista	0	1	0	2	0	2	3	8
Farmacêutico	1	0	0	0	0	0	0	1
Nutricionista	0	1	0	1	1	1	0	4
Assistente social	0	0	0	0	0	1	1	2
Técnico de enfermagem	2	7	2	2	1	1	1	16
Agente de saúde bucal	1	0	0	0	0	1	0	2
AIS/AISAN	0	1	0	0	0	1	1	3
Total de Profissionais	8	14	10	11	6	11	10	70

Fonte: elaboração equipe de pesquisa

As entrevistas foram gravadas, transcritas e organizadas em bases de dados, junto aos registros dos diários de campo e fotografias para cada caso selecionado (DSEI). Após a transcrição, houve a análise temática, com codificação aberta de categorias empíricas. Em seguida, foram identificadas suas relações internas em cada

caso, e, posteriormente, cotejadas entre os casos, de modo a favorecer a construção da teoria (teoria fundamentada nos dados) (Gibbs, 2009). Essas categorias foram confrontadas com referências bibliográficas específicas sobre o tema, para então se estabelecer as dimensões de análise, conforme Quadro 3.

Quadro 3 - Dimensões e temas do processo de trabalho das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena

Dimensões	Temas
Planejamento e processo de trabalho	Planejamento participativo; Atores envolvidos; Utilização dos dados epidemiológicos; Informação; Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI).
Planejamento e gestão	Infraestrutura; Gestão do trabalho e da educação na saúde; Gestão do cuidado; Canais utilizados para a resolução dos problemas.

Fonte: elaboração equipe de pesquisa

As entrevistas foram realizadas mediante o consentimento prévio e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, sob o registro CAAE 16365119.5.0000.5240.

Resultados e discussão

Planejamento e gestão do processo de trabalho na saúde indígena

Foram observadas variações na forma com que o planejamento do processo de trabalho estava sendo realizado nos DSEI pesquisados. Nos DSEI Vale do Javari e DSEI Pernambuco, o planejamento busca ser realizado com toda a equipe do polo base no momento de entrada na área indígena. No DSEI Pernambuco foi comentado que as reuniões mensais de planejamento se voltavam à efetivação das metas traçadas na reunião anual de planejamento, da qual participavam o grupo técnico da coordenação, profissionais das equipes de saúde, representantes do Condisi e outras lideranças indígenas. No DSEI Alto Rio Solimões, observamos uma reunião em que a equipe técnica da coordenação, os profissionais de saúde do polo e os conselheiros passaram o dia em uma aldeia, avaliando os resultados alcançados pela gestão no último ciclo e pactuando prioridades do próximo PDSI. Profissionais das equipes relataram que, neste DSEI, o planejamento é conduzido pelo enfermeiro, que coordena o polo base na entrada em área da equipe, ou, ainda, pela própria coordenação do distrito, que indica os temas que precisam ser

priorizados. No DSEI Leste Roraima, o planejamento costuma ser organizado por meio de um cronograma elaborado pela enfermagem, nesta unidade não foram mencionadas reuniões de equipe, nem uso dos dados fornecidos pelo Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), ainda que a coleta de dados seja realizada pelos profissionais das EMSI por meio de diferentes instrumentos.

Para a obtenção dos dados epidemiológicos nos DSEI foram citadas diversas fontes de informação: os relatórios das áreas programáticas produzidos pelas equipes; informações dos responsáveis pelas áreas técnicas do DSEI; dos digitadores do polo base; e àquelas oriundas do relato dos profissionais técnicos e dos agentes indígenas de saúde e saneamento, principalmente face ao seu papel de mediadores entre equipe e comunidade. Em várias entrevistas, foi indicada a divergência entre os dados gerados pelo SIASI daqueles constantes nos relatórios elaborados pelas equipes, gerando dúvidas e retrabalho.

Pela importância das informações para a análise da situação de saúde e o planejamento das ações, o SIASI deveria se constituir como ferramenta para consolidação dos dados demográficos e epidemiológicos em cada um dos 34 DSEI do país. Atualmente, esse sistema possui doze módulos, coletando desde informações demográficas até programas e condições de saúde, como: imunização, saúde da mulher, saúde bucal e morbidades específicas, entre outros. Além disso, conforme Reis et al (2022, p. 5) sinalizam: “Se, por um lado, essa configuração permite um conhecimento mais abrangente sobre a saúde indígena, por outro, implica em uma maior complexidade para a

implementação de ações de gestão da informação, uma vez que cada módulo apresenta uma dinâmica específica para produção da informação”. Assim, sua operacionalização apresenta dificuldades como a baixa alimentação, deficiências técnicas de processamento das informações, insuficiência dos recursos disponíveis - como equipamentos e insumos - e rede de internet inadequada (MS, 2017).

Os entrevistados indicaram a inexistência de capacitação dos profissionais e as limitações para operação do sistema de maneira descentralizada pela falta de internet na maioria dos polos bases. Sousa, Scatena e Santos (2007) consideram que a qualificação dos profissionais é uma condição para a análise dos dados gerados pelo SIASI em nível local, que deveria ser acompanhada pela organização dos serviços e uma capacidade instalada mínima. Além disso, Reis et al (2022) destacam a importância da capacidade técnica para operar, sistematizar e analisar os dados disponíveis no SIASI, de forma a possibilitar o uso efetivo das informações para o planejamento e monitoramento das ações e subsidiar o processo de gestão, com base na realidade dos territórios indígenas.

Quanto às reuniões de planejamento mensais, foram relatadas dificuldades na sua realização em alguns dos DSEI estudados, resultando em um processo de trabalho direcionado à resolução de urgências e de demandas não programadas. Os entrevistados mencionaram também a limitação de recursos, como viaturas, helicóptero, combustível, medicamentos e outros equipamentos e insumos para o cumprimento do seu planejamento. Esses recursos, em muitas situações considerados insuficientes, induzem alterações no planejamento das ações inicialmente elaborado.

Em alguns relatos, foi mencionada a participação da comunidade na organização do processo de trabalho das equipes, como a de um enfermeiro do DSEI Leste Roraima, que falou: *“Toda entrada [na área indígena] a gente tem um cronograma. Eu me sento com o tuxaua da comunidade, marco o dia do atendimento”*. Contudo, a interlocução com os conselheiros locais foi pouco mencionada. Na maioria das vezes foi referido que o planejamento envolveu o conjunto ou parte da equipe, com papel protagonista do coordenador do polo base - em geral

ocupado pelo enfermeiro. Esses resultados foram coerentes com o estudo desenvolvido por Sarti et al. (2012), que identificaram que as Equipes da Estratégia da Família (ESF) raramente planejam suas ações de forma conjunta com a comunidade e outros trabalhadores dos serviços, geralmente adotando formas centralizadas e pouco participativas de planejamento.

Ainda que os profissionais reconheçam a importância das campanhas nacionais na agenda da saúde pública brasileira, informaram que a sua realização muitas vezes compromete o planejamento de ações mais coerentes com as necessidades de saúde do território. Acrescentaram que os recursos para as ações de educação em saúde são poucos ou inexistentes, sendo necessário usar recursos próprios e criatividade para desenvolvê-las. Refletem que é preciso encontrar um caminho para que o planejamento local e nacional sejam melhor articulados. Tal aspecto foi identificado por Macêdo et al. (2018), ao observarem que o planejamento das ações de promoção e educação em saúde ocorre de forma pouco sistematizada, com algumas ações executadas para atendimento do calendário de campanhas previsto pelo MS. Pode-se considerar a dificuldade das equipes de saúde em coadunar as estratégias previstas pelos programas, as campanhas, com as necessidades e demandas da população indígena no seu planejamento.

Outro aspecto é a rotatividade de gestores e profissionais, considerada questão central por diferentes profissionais entrevistados. Segundo Diehl, Langdon e Dias-Scopel (2012), a alta rotatividade nas EMSI é um problema desde o início da implantação dos DSEI, e envolve os profissionais indígenas e não indígenas, com repercussões na qualidade dos serviços prestados, interrupção dos atendimentos, capacitação, supervisão dos AIS e no controle das informações e dados em saúde, com descontinuidade desses dados. A rotatividade nos cargos de coordenação dos DSEI é apontada como situação que compromete a condução da PNASPI em nível loco-regional, relativa ao alto grau de influência política na contratação e permanência no cargo. Tem sido discutida, na literatura, a influência dos partidos políticos sobre a burocracia de confiança e as relações entre o perfil dos nomeados e a qualidade das políticas públicas formuladas e implementadas. Lopez e Praça (2018), ao analisarem a interface entre

política e burocracia de alto escalão no Executivo federal, indicam que quanto maior a hierarquia do cargo de direção e assessoramento superior (DAS), maior a politização e rotatividade. Eles destacam que:

Observado da ótica política, o cenário de ampla nomeação estimula e fortalece redes pessoais, faccionais e patronagem que minam a legitimidade da esfera política e das organizações do Estado aos olhos da população. (...) Ademais, as nomeações politicamente motivadas em cargos de confiança ensejam que amadores ocupem a gestão, e aqui entra a discussão sobre profissionalismo (Lopez; Praça, 2018, p. 144).

Tal situação foi encontrada em três DSEI pesquisados, em que houve rotatividade no cargo de coordenador, com ingresso de gestores por indicação política, sem contar com experiência na saúde indígena. À causalidade desse problema acrescenta-se a contratação dos profissionais das EMSI por meio de organizações denominadas “parceiras”. Conforme Weiss, Correia e Reis (2016), isso se dá pelo fato da gestão do subsistema se mostrar orientada para o modelo gerencial e esse processo de terceirização envolver tanto as atividades meio quanto as atividades fim, estando presente desde a criação do SasiSUS.

O estudo realizado permitiu identificar um conjunto de fatores que estão presentes no trabalho em saúde, como a infraestrutura, a gestão do trabalho e da educação na saúde, a gestão do cuidado, e o canal para a resolução dos problemas. A seguir abordaremos os seus limites e possibilidades, conforme o olhar dos profissionais das EMSI.

O cotidiano do trabalho em saúde em questão: limites e possibilidades na perspectiva dos profissionais das EMSI

Foi identificado um conjunto de problemas na organização do processo de trabalho, que repercutem negativamente sobre o cuidado em saúde. Quanto à infraestrutura, foram indicadas a falta e/ou insuficiência de recursos de logística e de transporte. Uma enfermeira do DSEI Litoral Sul exemplificou que a falta de carro impede a visita às aldeias, levando ao atraso na coleta de exames preventivos,

postergação de tratamento e agravamento do quadro. Conforme Furtado et al. (2016), tais dificuldades de transporte podem impactar negativamente na resolutividade dos serviços de saúde.

Em relação à inadequação da estrutura física dos polos bases, alguns profissionais mencionaram que são necessárias melhorias nas Unidades de Saúde para acolhimento e atendimento adequado. Sobre esse tema, Amorim et al. (2013) destacam o impacto do ambiente físico sobre a saúde e a segurança dos usuários, bem como a relevância dos estabelecimentos assistenciais serem avaliados nos seus aspectos físicos e funcionais. O reforço da estrutura logística e da infraestrutura dos polos bases foi apontado especialmente pelos profissionais que atuam nos DSEI da Região Norte, cujo contexto geográfico é bastante complexo, pelas longas distâncias, formas e tempo de deslocamento, assim como pela insuficiência de conectividade.

Ademais, a necessidade de investimento para melhoria e adequação da estrutura física dos alojamentos, inadequada em todos os polos visitados, foi praticamente um consenso entre os profissionais de todos os DSEI. Tendo em vista que as equipes trabalham no regime de escala, uma parte da vida desses profissionais se dá imersa em terras indígenas. Pontes (O cenário..., 2019) indicou que as situações em que essa estrutura física é inadequada, somada à insuficiência de insumos e equipamentos, resultam em sofrimento do profissional, repercutindo no trabalho que realiza.

Aspectos relacionados às condições inadequadas de saneamento básico foram enfatizadas. A importância da morbimortalidade por doenças infecciosas e parasitárias entre os povos indígenas no Brasil e sua relação com a falta de saneamento básico nas aldeias tem sido bastante documentada na literatura. Simões et al. (2015) sinalizaram a complexa relação entre saúde e meio ambiente, assim como identificaram que estratégias governamentais associando saneamento básico com educação ambiental, a fim de melhorar as condições de vida e saúde da população indígena, tornam-se fundamentais e obrigatórias nas aldeias. Sobre esse aspecto, um AISAN do DSEI Pernambuco reportou como dificuldade a resistência às orientações dadas sobre a coleta seletiva de lixo implantada na aldeia. Informou,

igualmente, que recursos materiais nem sempre estão disponíveis, impactando na realização do seu trabalho.

No que se refere à gestão do trabalho e da educação na saúde, foram ressaltadas propostas concernentes à ampliação do número e de categorias profissionais na composição das equipes, da sua capacitação e no cuidado em saúde voltado aos trabalhadores. Alguns profissionais relataram a ausência de médicos ou dentistas nas equipes, implicando em rodízio dos existentes de modo que, em escalas alternadas, a equipe ficava incompleta. A escala de trabalho foi considerada como algo que precisa ser revisto, com variações entre os distritos que, igualmente, tem perfis diferentes de acesso às aldeias. Alguns adotam a escala de 30 dias de trabalho por 15 dias de folga e outros consideram jornadas de 20/10 dias. No caso dos médicos, a escala do Programa Mais Médicos é de 15/15. No entanto, há distritos em que, por condições logísticas e geográficas, a escala é de 90 ou até 120 dias de trabalho. Sobre esse aspecto, um enfermeiro do DSEI Yanomami comentou “*é pesado o nosso trabalho. 30 dias [na área] deixa você cansado*”. No DSEI Pernambuco, observamos uma reunião do Condisi, em que gestão e conselheiros discutiram a viabilidade de mudar a escala dos profissionais de saúde. A proposta era a de aumentar o tempo de permanência das equipes dentro das áreas indígenas face a essa redução de profissionais, especialmente médicos e para contenção de custos de combustível. Nesse caso, havia uma clara divergência de entendimentos entre os conselheiros indígenas, que, por seu lado, queriam garantir a periodicidade do atendimento médico e, do outro, os profissionais, que julgavam a modificação desumana, principalmente considerando a precariedade dos alojamentos das equipes.

No que se refere ao vínculo por contrato junto às Organizações Sociais (OS), os entrevistados referiram que precisa ser repensado, dadas as situações de insegurança pela possibilidade de interrupção. Foi mencionado, ainda, que as OS contratualizadas não promovem uma qualificação inicial para o trabalho dos profissionais com os povos indígenas, assim como o suporte às ações de educação em saúde.

A longa permanência na aldeia e as condições de trabalho foram associadas à necessidade de cuidado

à saúde dos integrantes da EMSI. Na visão de um odontólogo do DSEI Leste Roraima, “*os profissionais tinham que ter um apoio psicológico, porque a gente está numa sociedade, mas a gente é excluído dela. Então, a gente trabalha e fica no alojamento e é essa nossa interação social*”. Esse ponto de vista foi corroborado por um enfermeiro do DSEI Yanomami, que destacou a questão do isolamento, indicando que a comunicação precisaria funcionar melhor para possibilitar o contato com a família. A proposta de melhor infraestrutura de conectividade e comunicação também foi vista como necessária para obtenção de orientações a respeito das medidas a serem tomadas em situações de intercorrência, emergências e para qualificar a atenção prestada.

Os limites em efetivar a atenção diferenciada, central na PNASPI, estão relacionados à insuficiência ou inexistência de qualificação profissional. Buscou-se verificar como os profissionais avaliaram a capacitação recebida e se ela atendeu às necessidades de atuação nos polos base. Entre os profissionais médicos entrevistados, foi valorizada a compreensão dos instrumentos e preenchimento das planilhas, assim como as orientações sobre metas. Um dos médicos fez uma ressalva, relatando que a capacitação de duas a três semanas – oferecida pelo programa Mais Médicos, no Ministério da Saúde – foi muito rápida e genérica, para ele: “*deveria ter sido um pouco mais focada e com uma abordagem maior, mostrando as características, que eu acho que faltou um pouco disso, de como é trabalhar, realmente, numa área indígena*” (Médico, DSEI Xavante).

Em consonância com o estudo desenvolvido por Alves et al (2017), que identificaram profissionais sem qualificação prévia para atuação na saúde indígena, em nosso estudo, chamou-nos a atenção a existência de diferentes profissionais de nível superior (cinco enfermeiros, um nutricionista, dois odontólogos e uma assistente social), de diferentes DSEI, que informaram ter iniciado o trabalho na saúde indígena sem nenhuma qualificação profissional na área. Ainda que os gestores tenham reportado a importância dessa formação, e que todos os profissionais tenham indicado a realização de cursos ou oficinas posteriormente ao início da sua atuação, consideraram que temas como antropologia da saúde e interculturalidade foram tratados de forma insuficiente ou não foram abordados. Essa

questão é central para o processo de trabalho das EMSI. Conforme Diehl, Langdon e Dias-Scopel (2012, p. 821), “a atenção diferenciada contempla noções de respeito às concepções, valores e práticas em saúde de cada povo e de articulação entre os saberes indígenas e biomédico”. Em alguns DSEI, foi reportada a dificuldade de repasse de recursos por parte das OS para o desenvolvimento dessa formação.

Outro entrave é que a oferta de cursos de capacitação nem sempre é voltada para o conjunto dos profissionais que compõe as EMSI e tem correspondência com as suas necessidades formativas, distanciando-se da concepção de educação permanente. Esse resultado indica a não efetivação da educação permanente como diretriz da política, considerada por Diehl e Pellegrini (2014) como uma agenda oficial atrasada e inconclusa. Para esses autores, a educação permanente, ao articular aprendizagem e trabalho e ao levar em consideração os conhecimentos e experiências dos sujeitos, favorece o diálogo intercultural e a transformação das práticas profissionais e da organização do processo de trabalho.

Na gestão do cuidado, o papel do núcleo de apoio a saúde indígena, formado por profissionais como assistente social, psicólogo e nutricionista foi referido como de grande importância no apoio matricial às equipes de saúde e na realização de atividades nas aldeias. Contudo, os profissionais entrevistados nos DSEI observaram que o quantitativo desses profissionais é insuficiente para atender as demandas que as equipes e os usuários apresentam. Um médico entrevistado relatou a importância desses profissionais frente ao conjunto de necessidades sociais que a população indígena tem e que são demandadas às equipes de saúde face a dificuldade de acesso às demais políticas sociais.

Quanto aos fluxos e encaminhamentos para rede de serviços do SUS, os profissionais referiram que o acesso aos níveis de maior complexidade ainda encontra muitas dificuldades, com demora na marcação de consultas com especialistas, exames diagnósticos e/ou cirurgias eletivas, bem como dificuldade de remoção de pacientes. Na visita a uma CASAI, por exemplo, foi possível observar no sistema de informação que algumas especialidades ainda demandam um longo tempo de espera para atendimento, indicando dificuldade de acesso ao nível secundário da rede de serviços do SUS. Acrescenta-se

ainda, em alguns casos, dificuldades de concordância do próprio usuário ou familiares, que não desejam a assistência em âmbito hospitalar, exigindo capacidade de negociação compreensiva e respeitosa.

Observa-se que persistem dificuldades de garantir acesso e integralidade do cuidado, baseado no diálogo intercultural e na valorização dos saberes tradicionais. Diversos profissionais entrevistados referiram conflitos e dificuldades no cuidado compartilhado, pautado no diálogo entre benzedoras, pajés e membros da EMSI. As equipes indicaram momentos de tensão ao terem que lidar com situações de violência doméstica ou no acompanhamento do recém-nascido, quando a família atribui exclusivamente o cuidado ao pajé, por exemplo. Isso ocorre em geral em contextos em que o diálogo e o trabalho conjunto com pajés, rezadeiras ou parteiras são pouco valorizados e ou de difícil interação. As propostas e diretrizes de uma atenção diferenciada parecem, por vezes, ser vistas como problemáticas pelas equipes e a própria racionalidade biomédica impede o compartilhamento de ações em direção ao diálogo intercultural, inviabilizando o reconhecimento das especificidades culturais que permeiam o cuidado em saúde dos povos indígenas (Langdon, 2016; Ferreira, 2013; Mendes et al, 2018).

Como canal para resolução de problemas que ocorrem no polo base, foi identificado que existe um fluxo direcionado, principalmente, à coordenação do polo e ao DSEI. Neste, foram mencionados a Divisão de Ações de Saúde Indígena (DIASI) e as suas áreas técnicas. Foi reportado, igualmente, a integração e apoio entre os polos, para resolução da falta de recursos, como referido no DSEI Alto Rio Solimões. Na Região Norte, foi mencionada a importância do apoio de lideranças indígenas e a intermediação dos caciques para a solução dos problemas, pelo respeito que eles têm na aldeia. Esse aspecto remete à importância da gestão local e da dimensão relacional dos atores envolvidos, tendo em vista que, assim como destacaram Alves et al (2017), o processo de trabalho na saúde indígena deve considerar as concepções do processo saúde-doença-cuidado desses povos e o emprego articulado de tecnologias instrumentais e relacionais.

As questões apontadas, referentes ao aprimoramento da atenção prestada, estão em consonância com a

reflexão feita por Mendes et al. (2018), que indicou a permanência de desafios para a efetivação da PNASPI ao considerar que os seus ganhos foram parciais, ainda que positivos, mas distantes dos objetivos propostos, e o seu impacto limitado.

Considerações finais

A saúde indígena requer uma estrutura organizacional capaz de implementar políticas integradas dentro do setor saúde e ações intersetoriais que garantam o direito à saúde e considerem as especificidades étnicas e culturais. A capacidade de articulação da SESAI com os diferentes atores sociais é um fator fundamental para a implementação da PNASPI. Entretanto, as mudanças recentes na Secretaria, com a redução de sua estrutura, podem representar uma maior fragilidade na condução da PNASPI e efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

No que se refere ao planejamento, questões centrais, como o funcionamento adequado do SIASI; a vinculação e qualificação dos trabalhadores; e a articulação intra e intersetorial foram identificadas como desafios, tanto a nível central quanto no nível local. No planejamento do processo de trabalho, apesar de termos identificado alguns avanços na concepção participativa, com base nas necessidades de saúde dos povos indígenas, permanecem formas normativas e centralizadoras de planejar. Assim, destaca-se a necessidade de radicalização da participação no planejamento e na gestão, necessária para garantia da atenção diferenciada, da integralidade, da equidade e do controle social.

A análise realizada na pesquisa indica um conjunto de desafios que possuem repercussões no processo de trabalho, conforme evidenciado junto às EMSI. O enfrentamento destes depende de uma ação coordenada e integrada, com reforço na articulação entre SESAI, DSEI, secretarias municipais e estaduais de saúde, de forma a estabelecer uma contratualização interpartes, com definição clara de competências, compartilhamento de recursos quando necessário, definição e divulgação de fluxos assistenciais e comunicacionais, para favorecer e ampliar o acesso a rede de serviços do SUS e o controle social. Cabe à SESAI o papel indutor desse processo.

Em vias de conclusão, destacamos como lições aprendidas alguns aspectos positivos observados, como: a relevância do trabalho realizado pelas EMSI e do trabalho multiprofissional desenvolvido pelos núcleos de apoio a saúde indígena, face as múltiplas necessidades desses povos; a responsabilização dos profissionais com a atenção a saúde indígena em contextos de precariedade e insuficiência de recursos; o papel do agente indígena de saúde na mediação intercultural; a importância da estabilidade das equipes que apoiam a coordenação do DSEI, bem como a de seus gestores, no planejamento e gestão do processo de trabalho e na sustentabilidade dos processos desenvolvidos, incluindo o apoio logístico e técnico gerencial. Por fim, destacamos a importância e a grande capilarização do SUS em territórios tão distintos.

Como recomendações, indicamos: o fortalecimento da educação permanente das equipes, com destaque para atuação em contexto intercultural; qualificação dos conselheiros distritais para o exercício do controle social; profissionalização da gestão e sua equipe de apoio técnico; promoção da transparência nos processos de contratualização entre os DSEI e as OS, com a publicização dos contratos em sítios de acesso aberto; investimento nos alojamentos de moradia das equipes, para melhorar sua qualidade de vida; investimento na gestão da informação, com destaque na infraestrutura necessária, recursos computacionais, operação do SIASI e uso qualificado das informações por ele produzidas.

Referências

- ALVES, A. et al. Processo de trabalho e produção do cuidado em um serviço de saúde indígena no Brasil. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20170029, 2017. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0029
- AMORIM, G. M. et al. Prestação de serviços de manutenção predial em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 145-158, 2013.
- ANTUNES, A. 20 anos de saúde indígena no SUS. *Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio*, Rio de Janeiro, 2019. Notícias. Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/>

reportagem/20-anos-de-saude-indigena-no-sus>. Acesso em: 1 fev. 2021.

BRASIL. *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. Brasília, DF: Presidência da República, 1999.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: < https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf >. Acesso em: 1 fev. 2021

CARDOSO, A. M. et al. Políticas públicas de saúde para os povos indígenas. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 911-932.

DIEHL, E.E.; PELLEGRINI, M.A. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 867-874, 2014. DOI: 10.1590/0102-311X00030014

DIEHL, E.E.; LANGDON, E. J.; DIAS-SCOPEL, R. P. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 819-831, 2012. DOI: 10.1590/S0102-311X2012000500002

FERREIRA, L.O. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, v. 20, n. 1, p. 203-219, 2013. DOI: 10.1590/S0104-59702013000100011

FURTADO, B. A. et al. Percepção de indígenas Munduruku e equipe multidisciplinar de saúde indígena sobre resolutividade na atenção à saúde. *Enferm. Foco*, Salvador, v. 7, n. 3/4, p. 71-74, 2016. DOI: 10.21675/2357-707X.2016.v7.n3/4.920

GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, M. L.; PONTES (Org.). *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Brasília, DF: MEC-SECADI, 2012. p. 18-59.

GARNELO, L.; MAQUINÉ, A. Financiamento e gestão do subsistema de saúde indígena: considerações à luz dos marcos normativos da administração pública no Brasil. In: LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. D. (Org.). *Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora UFSC, 2015. p. 106-142.

GIBBS, G. *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

LANGDON, E. J.; GARNELO, L. Articulación entre servicios de salud y “medicina indígena”: reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil. *Salud Colectiva*, Lanús, v. 13, n. 3, p. 457-470, 2017. DOI: 10.18294/sc.2017.1117

LANGDON, E. J. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas em saúde indígena. In: LANGDON, E. J.; GRISOTTI, M. *Políticas públicas: reflexões antropológicas*. Florianópolis: Editora UFSC; 2016. p. 15-39.

LOPEZ, F. G.; PRAÇA, S. Cargos de confiança e políticas públicas no Executivo federal. In: PIRES, R.; LOTTA, G.; OLIVEIRA, V. E. (Org.). *Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas*. Brasília, DF: Ipea, 2018. p. 141-160.

MACÊDO, D. F. et al. Potencialidades e desafios do processo de planejamento integrado: a experiência de uma Secretaria Municipal de Saúde do Nordeste Brasileiro. *Revista Interdisciplinar de Gestão Social*, Salvador, v. 7, n. 1, p. 183-195, 2018. DOI: 0.9771/23172428rigs.v7i1.24746

MAGALHÃES, A. M. O subsistema é nosso: mobilizações indígenas e a coletivização do cuidado no Brasil. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, 2022. DOI: 10.1590/1678-49442022v28n1a202

MENDES, A. M. et al. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, DC, v. 42, e184, 2018. DOI: 10.26633/RPSP.2018.184

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Relatório de Gestão do Exercício de 2016*. Brasília, DF: SESAI, 2017. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/transparencia-e-prestacao-de-contas/relatorios-da-sas/relatorio-de-gestao-da-sas-23-06-2017-pdf/view>>. Acesso em: 28 jan. 2020.

MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME. Secretaria Nacional de Renda da Cidadania. *Guia de Cadastro de Famílias Indígenas*. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cadastro_unico/_Guia_de_Cadastramento_de_Familias_Indigenas.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2020.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>>. Acesso em: 25 mar. 2022.

O CENÁRIO é muito desfavorável para qualquer questão relacionada aos povos indígenas. Entrevistada: Ana Lúcia Pontes. Entrevistador: André Antunes. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2019. Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/o-cenario-e-muito-desfavoravel-para-qualquer-questao-relacionada-aos-povos>>. Acesso em: 3 mar. 2020.

REIS, A. C. et al. Estudo de avaliabilidade do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena: potencialidades e desafios para apoiar a gestão em saúde no nível local. *Cadernos de*

Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 38, n. 5, 2022. DOI: 10.1590/0102-311XPT021921

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2265-2274, 2010. DOI: 10.1590/S1413-81232010000500002

SARTI, T. D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-548, 2012. DOI: 10.1590/S0102-311X2012000300014

SIMÕES, B. S. et al. Condições ambientais e prevalência de infecção parasitária em indígenas Xukuru-Kariri, Caldas, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, DC, v. 38, n. 1, p. 42-48, 2015.

SOUSA, M. C.; SCATENA, J. H. G.; SANTOS, R. V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 853-861, 2007. DOI: 10.1590/S0102-311X2007000400013

VARGA, I. D. Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena: desafios. *BIS – Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 167-171, 2010. DOI: 10.52753/bis.2010.v12.33782

WEISS, M. C. V.; CORREA, M. L. M.; REIS, A. F. C. Contradições do modelo de gestão em saúde indígena. *Revista Brasileira de Administração Política*, Salvador, v. 9, n. 2, p. 163-178, 2016.

YIN, R. K. *Case Study Research: design and methods*. 4. ed. Washington, DC: Sage; 2009.

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram igualmente da concepção do artigo, da análise e interpretação dos dados, da escrita do texto e sua revisão crítica, assim como aprovaram a versão final submetida.

Recebido: 4/10/2022

Reapresentado: 4/10/2022

Aprovado: 31/1/2023