

# Projeto VIGISUS

ÁREA PROGRAMÁTICA IV:

ESTRUTURAÇÃO DE AÇÕES  
VOLTADAS PARA A ATENÇÃO À  
SAÚDE DAS POPULAÇÕES  
INDÍGENAS

MAIO/1998

# Sumário

<b>1. Diagnóstico e Contextualização .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Concepção e Modelo de Atuação .....</b>	<b>8</b>
<b>3. Sustentabilidade .....</b>	<b>11</b>
<b>4. Objetivos Específicos .....</b>	<b>13</b>
<b>5. Localização e Beneficiários .....</b>	<b>14</b>
<b>6. Subáreas Programáticas .....</b>	<b>15</b>
<b>7. Atividades e Estratégias de Implementação .....</b>	<b>16</b>
<b>7.1. Subárea: Organização do Sistema de Atenção à Saúde Indígena</b> .....	<b>16</b>
<b>7.2. Subárea: Operacionalização de um Fluxo de Informações</b> <b>Epidemiológicas e Antropológicas, de Âmbito</b> <b>Nacional, articulado à Rede Nacional de Informações</b> <b>em Saúde .....</b>	<b>17</b>
<b>7.3. Subárea: Fortalecimento das instâncias locais de articulação ao</b> <b>Sistema de Atenção à Saúde Indígena .....</b>	<b>18</b>
<b>8. Operacionalização .....</b>	<b>19</b>
<b>8.1. Componente I .....</b>	<b>19</b>
<b>8.1.1. Critérios de Elegibilidade .....</b>	<b>20</b>
<b>8.2. Componente II .....</b>	<b>22</b>
<b>8.2.1. Critérios de Formulação .....</b>	<b>23</b>
<b>8.3. Distribuição Anual dos Recursos nos Componentes I e II,</b> <b>segundo as fases .....</b>	<b>24</b>
<b>8.4. Cronograma Trimestral de Distribuição dos Recursos do</b> <b>Componente II, na 1ª fase .....</b>	<b>25</b>
<b>8.5. Cronograma trimestral de execução das atividades do</b> <b>componente II, na 1ª fase .....</b>	<b>26</b>

# Sumário

<b>8.6. Divisão dos recursos entre as unidades federadas .....</b>	<b>27</b>
<b>8.6.1. Critérios .....</b>	<b>27</b>
<b>8.6.2. Percentuais de distribuição dos recursos por estado, segundo os critérios estabelecidos .....</b>	<b>29</b>
<b>8.6.3. Distribuição anual dos recursos na 1ª fase, por unidade federada – período 1999/2001 .....</b>	<b>30</b>
<b>8.6.4. Distribuição anual dos recursos nas três fases do projeto, por unidade federada – período 1999/2005 .....</b>	<b>31</b>
<b>9. Modelo de Acompanhamento e Avaliação .....</b>	<b>32</b>
<b>9.1. Indicadores de Avaliação .....</b>	<b>32</b>
<b>9.2. Indicadores de Impacto .....</b>	<b>32</b>
<b>9.3. Processo de Avaliação .....</b>	<b>34</b>
<b>10. Recursos Financeiros .....</b>	<b>35</b>
<b>10.1. 1ª Fase .....</b>	<b>36</b>
<b>Quadro 1.1. Distribuição anual dos recursos da 1ª fase, segundo os componentes .....</b>	<b>37</b>
<b>Quadro 1.2. Distribuição anual dos recursos da 1ª fase, por unidade da federação .....</b>	<b>38</b>
<b>Quadro 1.3. Distribuição anual dos recursos da 1ª fase, por órgão executor .....</b>	<b>39</b>
<b>Quadro 1.4. Distribuição anual dos recursos da 1ª fase, por fonte de financiamento .....</b>	<b>40</b>
<b>Quadro 1.5. Distribuição orçamentária anual da 1ª fase, por categoria econômica e fonte de financiamento .....</b>	<b>41</b>
<b>Quadro 1.6. Distribuição orçamentária anual da 1ª fase, segundo a natureza da despesa e as fontes de financiamento .....</b>	<b>42</b>

## Sumário

Quadro 1.7. Distribuição dos recursos do 1º ano da 1ª fase, segundo as categorias econômicas, fontes de financiamento e sua correlação com a classificação orçamentária .....	43
Quadro 1.8. Demonstrativo orçamentário do 1º ano da 1ª fase, segundo a natureza da despesa, órgãos executores e fontes de financiamento.....	44
10.2. Consolidado das três fases do Projeto .....	45
Quadro 2.1. Distribuição consolidada dos recursos das três fases, por componente e área de aplicação dos recursos .....	46
Quadro 2.2. Distribuição consolidada dos recursos das três fases, por unidade da federação .....	47
Quadro 2.3. Distribuição consolidada dos recursos das três fases, por órgão executor .....	48
Quadro 2.4. Distribuição consolidada das três fases, por fonte de financiamento .....	49
11. Informações Complementares (definições) .....	50
11.1. Postos de Saúde Indígena .....	51
11.2. Casas do Índio .....	51
11.3. Sistema de Abastecimento de Água e Melhorias Sanitárias .....	51
11.4. Banco de dados de Antropologia em Saúde Indígena .....	52
11.5. Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (NISIs) .....	53
11.6. Planejamento Pactuado Local ou Regional de Saúde Indígena .....	54

## PROJETO VIGISUS

### ÁREA PROGRAMÁTICA:

#### → ESTRUTURAÇÃO DE AÇÕES VOLTADAS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS

### 1. DIAGNÓSTICO E CONTEXTUALIZAÇÃO

#### ⇒ Diagnóstico:

A população indígena do Brasil apresenta, com raras exceções, condições de saúde precárias. Ressaltam-se, entre o vasto leque de doenças e agravos que vitimam essa população, a malária, as infecções respiratórias agudas, a tuberculose, as doenças diarréicas, a desnutrição e o alcoolismo. Continuam sendo, como no passado, o principal fator de extermínio para muitos grupos dessa população.

Ainda como fatores responsáveis pelo comprometimento da saúde dos índios, temos a deterioração ambiental, a desorganização social e a alta suscetibilidade desses indivíduos. Da mesma forma, o tipo de contato com a sociedade dá origem a uma grande diversidade de situações de risco.

Como corolário desse processo, contribuindo para agravar o quadro observado, temos: 1) a grande multiplicidade de agentes interventores e de processos de informação sem a necessária coordenação pelos agentes do governo federal; e 2) o inadequado sistema de saúde brasileiro, insuficiente em matéria de estrutura física e carente de uma organização complementar de serviços capaz de superar as dificuldades de ordem geográfica, os desafios de ordem etnocultural e a grande dispersão desses grupos populacionais.

#### ⇒ Contextualização:

Com o processo de colonização do Brasil, houve a introdução de novos agravos à saúde até então desconhecidos, como a varíola e as formas letais da tuberculose, inclusive como decorrência das tentativas de escravidão do índio e outras formas do aproveitamento dessa mão-de-obra no sistema colonial.

A assistência à saúde do índio limitava-se, basicamente, a um complemento assistencial dependente da política da catequese.

Somente a partir do início do século XX, com a atuação da Comissão Rondon, que culminou com a criação do Serviço de Proteção ao Índio em 1910, a saúde indígena passou a ter a atenção do Estado.

Na década de 60, esse serviço cedeu lugar à FUNAI, na qual foi criado um setor de saúde específico. O modelo de atenção era baseado na atuação das Equipes Volantes de Saúde, que se completava com a permanência de um auxiliar de enfermagem e a distribuição de um *kit* de medicamentos nos Postos Indígenas.

Na década de 80, diante da crise financeira nacional e o conseqüente estrangulamento financeiro progressivo, a FUNAI viu inviabilizado o custeio das atividades das equipes volantes.

A 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, realizada em 1986, recomendou, diante das dificuldades encontradas pela FUNAI para a realização das suas atividades fins, que a responsabilidade pelas ações de saúde deveria ser assumida pelo Ministério da Saúde, órgão gestor do Sistema Único de Saúde.

No início da década de 90, a invasão garimpeira na área Yanomami, que levou aqueles índios a uma dramática situação de saúde, pressionou o governo federal a promover a reestruturação da FUNAI, quando, pelo Decreto nº 23/91, conferiu a base legal para inserir o Ministério da Saúde nessa nova política.

A assistência à saúde do índio no âmbito do Ministério da Saúde subordinou-se, porém, aos avanços e retrocessos desse processo de reorganização.

A Fundação Nacional de Saúde, órgão vinculado ao Ministério da Saúde, recebeu esta responsabilidade à época em que passava por uma certa comoção interna provocada pela fusão da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - SUCAM e da Fundação Serviços de Saúde Pública - FSESP, na sua organização. A estrutura verticalizada da Fundação e a falta de experiência ou preparo do seu corpo técnico para lidar com as especificidades culturais, políticas e organizacionais

da Saúde do Índio, chocaram-se com a necessidade de respostas rápidas às demandas emergenciais. Isto suscitou um clima de tensão pontuado pela insatisfação dos responsáveis pelo setor de saúde da FUNAI que, embora estivesse esvaziada de recursos, continuava a receber a pressão por soluções procedente das áreas indígenas. Apesar das dificuldades de desempenho, a nova inserção da saúde indígena no Ministério da Saúde veio contribuir para o incremento considerável de recursos, tanto financeiros quanto técnicos e humanos, e com a abertura a uma maior interlocução entre os diversos atores interessados na questão, como é de praxe na história recente da Saúde no Brasil.

A 2ª Conferência Nacional de Saúde do Índio, realizada em 1993, foi antecedida por um amplo processo de conferências locais, estaduais e regionais, em que foi garantida a participação paritária dos índios a partir do nível local.

Essa conferência delineou o subsistema diferenciado da Saúde do Índio, baseado nas figuras dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), Conselhos Distritais (NISIs) e a Comissão Interinstitucional da Saúde Indígena (CISI), esta última vinculada ao Conselho Nacional de Saúde.

Como consequência das tensões existentes entre a Fundação Nacional do Índio e a Fundação Nacional de Saúde, foi promulgado o Decreto nº 1.141, de 1994, que revogou o Decreto nº 23 e constituiu uma Comissão Intersetorial, de caráter interministerial, com a incumbência de definir os objetivos gerais de programas e projetos e de analisá-los e aprová-los, bem como de estabelecer as linhas prioritárias de ação.

A Resolução nº 2, de 27/10/94, dessa Comissão, atribui as ações de caráter curativo à FUNAI e as ações de caráter preventivo à FNS. Os Distritos Sanitários não foram mencionados.

Para propiciar a mudança qualitativa requerida pela Saúde Indígena é necessário desencadear um processo de transição, superando os procedimentos setorializados e dispersos que, hoje, rotineiramente, são praticados pelas múltiplas instituições que intervêm na saúde. A extensão do Sistema de Vigilância em Saúde às áreas indígenas pressupõe a implementação de um conjunto de processos de trabalho em saúde que enfatizem a democratização e a

participação na prevenção e no controle de agravos, através de ações sistêmicas desenvolvidas junto aos índios e ao meio ambiente em um território determinado.

Com a implantação da metodologia de planejamento estratégico, como estímulo à descentralização das instâncias de integração institucional no âmbito da saúde, têm-se criado as condições propícias ao processo de configuração progressiva de potenciais Distritos Sanitários Especiais Indígenas.



## 2. CONCEPÇÃO E MODELO DE ATUAÇÃO

O modelo procura compatibilizar as determinações da Lei Orgânica da Saúde com a determinação constitucional que reconhece às populações indígenas suas especificidades étnicas e culturais, bem como seus direitos territoriais. Assim, a atuação desta área programática objetiva a implementação progressiva de um Sistema de Saúde Indígena, caracterizado pelo fortalecimento das instâncias locais de decisão, execução e controle de ações diferenciadas, desenvolvidas conforme as especificidades das diversas etnias, de forma complementar às do SUS.

A organização dos serviços de atenção à saúde indígena tem sua eficiência relacionada ao fortalecimento da capacidade executora dos Municípios e das Organizações prestadoras de serviços, assim como dos papéis a serem desempenhados pelos Estados Federados e Fundações Nacionais, de Saúde e do Índio. Depende, por outro lado, de que se criem as estruturas que permitam uma atuação concertada desses atores e mobilizem recursos humanos, técnicos e financeiros capazes de garantir a especificidade da assistência. Este é o papel que está sendo proposto para um Sistema de Saúde Indígena, como organização complementar ao SUS e inspirada nas diretrizes traçadas pelos principais foros especializados.

O desenho básico do referido Sistema é dado pela distinção de três esferas de organização: a primeira se refere às tarefas de cunho técnico e administrativo e diz respeito à organização dos serviços assistenciais propriamente ditos; a segunda está relacionada à organização do controle social e das negociações interinstitucionais; e a terceira diz respeito à organização dos próprios usuários para intervirem no problema. As instâncias correspondentes a essas esferas podem ser assim descritas, na mesma ordem:

- 1º) equipes locais multiinstitucionais, com a participação da FUNAI, e a Fundação Nacional de Saúde;
- 2º) Núcleos Interinstitucionais, Conselhos Locais e a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena do Conselho Nacional de Saúde; e
- 3º) organizações civis e recursos humanos indígenas capacitados.

No que diz respeito a divisão de tarefas interesferas, a sua sistematização, em razão dos princípios emanados da 2ª Conferência Nacional das Populações Indígenas e da própria tramitação, no Congresso Nacional, do Projeto de Lei nº 4.681-C, de 1994, pode ser assim apresentada:

***Esfera Federal – Fundação Nacional de Saúde:***

- Coordenação Nacional do Sistema;
- repasse dos recursos financeiros;
- controles técnicos nas áreas de informação e epidemiologia, planejamento e projetos, antropologia em saúde e operações;
- supervisões e avaliações;
- normatizações;
- articulações setoriais e institucionais em níveis nacional e internacional (especialmente para o controle das principais endemias e agravos em zona de fronteira e exploração mineral);
- garantia dos objetivos e diretrizes da política nacional para o setor; e
- suplementação da capacidade executora do SUS em áreas indígenas, incluindo a garantia dos recursos humanos para áreas isoladas.

***Esfera Estadual:***

- suplementação da capacidade executora do SUS municipal nas áreas; e
- garantia do apoio logístico e estratégico dos municípios às ações planejadas no âmbito dos distritos sanitários especiais indígenas.

***Esfera Municipal:***

- participação na composição das equipes locais;
- parceria com as instituições que atuam no setor; e

- apoio logístico e estratégico para a execução das ações planejadas no âmbito dos sistemas locais ou distritos sanitários especiais.

Nesse contexto, o Projeto VIGISUS deverá promover o estabelecimento de parcerias interinstitucionais capazes de:

1. Capacitar profissionais de procedência multiinstitucional (FNS, FUNAI, SMS, SES, UNIVERSIDADES, ONGs) envolvidos com a atenção à saúde dos índios, objetivando a modernização técnico-administrativa e a adequação cultural de sua atuação com vistas à otimização da articulação com o SUS.
2. Apoiar a atuação da própria população indígena nas ações de saúde através da formação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS).
3. Fortalecer as instâncias locais para tomada de decisões (Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena – NISIs/Conselhos de Saúde Indígena) com vistas a estender às áreas indígenas a estratégia de distritalização sanitária.
4. Implementar canais de comunicação e articulação regular com as Organizações Indígenas, visando à sua estruturação progressiva para a atuação em saúde.
5. Dotar o sistema de saúde indígena com infra-estrutura adequada para funcionar em articulação com a rede do SUS, além de promover melhores condições de saneamento básico em áreas prioritárias.
6. Subsidiar os gestores responsáveis pela implantação da política de saúde entre as populações indígenas, com informações e conhecimentos antropológicos, de valor estratégico para assegurar a organicidade e a eficácia das ações.

O Sistema deverá fornecer os meios institucionais para viabilizar esse esquema de participação e parcerias. O apoio técnico e financeiro do nível federal à formação de equipes locais é um elemento fortemente motivador e aglutinador de ações interinstitucionais. Uma experiência neste sentido está sendo promovida no Estado de Mato Grosso e aponta para o envolvimento significativo dos Municípios.

Numa certa medida, trata-se também de um reflexo das disposições da Norma Operacional Básica do SUS (NOB/96), que envolve os Estados no apoio à saúde indígena, o que repercute sobre a atuação municipal. O apoio às equipes pode ensejar formas consorciadas dessa participação.

Com base na atuação dessas equipes e de sua coordenação nacional, é possível também melhorar a organização do atual fluxo de informação, em função do principal objetivo técnico, qual seja, o de uma intervenção dirigida com base num sistema de informações de saúde indígena, de âmbito nacional, caracterizado como uma vertente fundamental na estruturação do setor.

A implementação do Sistema de Saúde Indígena deve ter como respaldo a homologação de uma política pública oficial, cujos contornos já vêm sendo formulados no Brasil pelas conferências nacionais e demais foros setoriais, com ampla participação das comunidades, há mais de uma década. O modelo proposto já foi assimilado e delineado pela área técnica da FNS - COSAI e enviado ao Ministro da Saúde, através do documento "A Atenção à Saúde das Populações Indígenas do Brasil".

### 3. SUSTENTABILIDADE

As ações previstas de cunho organizacional, a sistematização das informações, os investimentos a serem realizados em infra-estrutura, a capacitação de pessoal para o Sistema de Atenção e os impactos dos primeiros projetos orientados à distritalização sanitária da Saúde Indígena permitirão à Fundação Nacional de Saúde e a seus parceiros condições seguras para, no futuro, manterem atenção adequada àquelas populações.

Além disso, a participação comunitária crescente, a atuação multiinstitucional e o caráter primário da maior parte das carências, cuja solução não exige grandes investimentos, são fatores que configuram um padrão de economicidade que facilitará a sua incorporação aos orçamentos futuros da FNS.

Finalmente, devem ser considerados os seguintes fatos: 1º) os municípios já incluem as populações indígenas no cálculo dos recursos do SUS (PAB); 2º) tramita no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 4.681-C, de 1994, que garantirá ao Ministério da Saúde, uma vez aprovado, assumir, em caráter definitivo, a atenção integral à Saúde Indígena, de forma diferenciada e vinculada ao SUS; e 3º) a Fundação Nacional de Saúde, como coordenadora do Projeto VIGISUS, prepara-se para assumir, com o Ministério da Saúde, a gestão do subsistema de saúde indígena no SUS, configurando, de maneira permanente, a sustentabilidade das ações de saúde voltadas para essa população.

#### 4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- contribuir para a organização do Sistema de Saúde Indígena no país;
- apoiar o processo de implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;
- promover a definição de diretrizes para elaboração de Planos Distritais de Saúde, referendados e acompanhados pelos Conselhos Locais de Saúde Indígena;
- apoiar projetos específicos, integrados aos Planos Distritais nas áreas de informação, capacitação, saneamento ambiental, antropologia em saúde e atividades de promoção da saúde;
- participar, juntamente com a FUNAI e outras instituições, no ordenamento do processo de seleção, sistematização, captação, análise e disponibilização das informações relevantes para as ações de saúde;
- participar no diagnóstico das condições de vida e saúde da população indígena das áreas de execução do projeto;
- contribuir para elevar o nível de resolutividade das ações de saúde;
- contribuir para a melhoria das condições de saneamento ambiental;
- contribuir, juntamente com a FUNAI e outras instituições, para a redução da incidência e prevalência dos principais eventos mórbidos;
- contribuir, juntamente com a FUNAI e outras instituições, para a redução da mortalidade infantil por Doenças Diarréicas e IRAs; e
- promover o incentivo ao controle social das comunidades indígenas sobre o processo de intervenção em sua saúde.

## 5. LOCALIZAÇÃO E BENEFICIÁRIOS

O Projeto VIGISUS atuará em 18 Estados da Federação dos 24 com população indígena. Esses Estados contemplam os quadros regionais mais expressivos, sobretudo do ponto de vista demográfico e epidemiológico, abrangendo um total de 257 municípios, com uma população estimada de 300.000 índios conforme a tabela abaixo:

UF	MUNIC. COM POP. INDÍGENAS	POPULAÇÃO
AC	11	7.960
AM	27	77.506
AP	02	6.163
MA	08	16.083
MT	26	22.113
PA	25	17.651
RO	16	5.446
RR	07	28.896
TO	13	8.242
<b>AMAZÔNIA LEGAL</b>	<b>135</b>	<b>190.065</b>
BA	16	10.333
CE	04	5.660
MG	06	6.216
MS	23	32.544
PB	03	6.776
PE	11	19.408
PR	17	9.507
RS	29	14.124
SC	13	5.543
<b>Demais Regiões</b>	<b>122</b>	<b>110.116</b>
<b>TOTAL</b>	<b>257</b>	<b>300.181</b>

Os Estados restantes – Alagoas, Espírito Santo, Goiás, São Paulo e Rio de Janeiro – que somam uma população indígena em torno de 9.000, serão atendidos pelo programa regular da Fundação Nacional de Saúde.

## 6. SUBÁREAS PROGRAMÁTICAS

A área programática – Estruturação de Ações Voltadas para a Atenção à Saúde das Populações Indígenas – subdivide-se em três subáreas:

- 1) organização do Sistema de Atenção à Saúde Indígena;
- 2) operacionalização de um fluxo de informações epidemiológicas e antropológicas, de âmbito nacional, articulado ao Sistema Nacional de Informações; e
- 3) fortalecimento institucional das instâncias central e locais na articulação ao Sistema de Atenção à Saúde Indígena (FNS, FUNAI, SES, SMS, Universidades e ONGs).



## 7. ATIVIDADES E ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO

### 7.1. *Subárea: Organização do Sistema de Atenção à Saúde Indígena*

#### *Atividades:*

- a) capacitação de gerentes de programas de saúde em atividades de análise e supervisão de projetos, bem como na abordagem de cunho antropológico exigido pelas especificidades apresentadas pela saúde indígena;
- b) capacitação de Agentes Indígenas de Saúde;
- c) reforma e construção de postos de saúde indígenas e Casas do Índio;
- d) implantação de sistemas de água potável e melhorias sanitárias;
- e) aquisição de equipamentos;
- f) produção de material didático para a Saúde Indígena, e
- g) Implementação do programa de eliminação da Oncocercose na área Yanomami.

#### *Estratégias de implementação:*

A realização dessas atividades pautar-se-á pela atuação em parcerias, pela priorização dos investimentos e pela garantia da qualidade do aperfeiçoamento técnico dos recursos humanos, através de:

- articulação com o órgão indigenista oficial – FUNAI, para o desenvolvimento de atividades no campo da saúde indígena, objetivando a promoção de mudanças qualitativas no setor;
- definição das áreas indígenas prioritárias no que se refere a obras de saneamento ambiental, através da COSAI, de acordo com critérios técnicos;

- apoio a oficinas e cursos oferecidos sob a égide de instituições competentes, visando ao aperfeiçoamento da formação dos Agentes Indígenas de Saúde e dos profissionais do setor;
- implementação do programa de eliminação da Oncocercose na área Yanomami, utilizando estratégia definida e financiamento do Programa para a Eliminação da Oncocercose nas Américas – OEPA, com medicamentos doados pela Organização Mundial de Saúde – OMS e operacionalização através do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. Esta atividade não utiliza recursos do Acordo de Empréstimo;
- articulação e apoio às instituições formadoras de nível superior para o aperfeiçoamento da capacidade técnica, gerencial e operacional, de gerentes de Programa de Saúde do Índio; e
- realização de construções, de reformas e equipamentos de postos de saúde indígenas e Casas do Índio, diretamente e através de acordos com Estados, Municípios e FUNAI.

**7.2. Subárea: Operacionalização de um fluxo de informações epidemiológicas e antropológicas, de âmbito nacional, articulado à rede nacional de informações em saúde**

**Atividades:**

- a) criação de um banco de dados de antropologia em Saúde Indígena; e
- b) capacitação operacional de profissionais de saúde para atuarem em coerência com a metodologia do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.

**Estratégias de implementação** – As estratégias de realização dessas atividades preconizam:

- a) definição de um sistema de informações e constituição de um banco de dados adequado para o campo da Saúde Indígena; e
- b) integração desta área programática com as demais áreas do VIGISUS, visando à preparação das equipes estaduais e municipais para atenderem às demandas de atuação nas Áreas Indígenas, de acordo com os protocolos a serem definidos pelas

instâncias de articulação interinstitucional competentes, conforme o caso.

### **7.3. Subárea: Fortalecimento das instâncias locais de articulação ao Sistema de Atenção à Saúde Indígena**

- a) adequação da infra-estrutura de Organizações Indígenas;
- b) estruturação dos Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena/ Conselhos de Saúde Indígena; e
- c) capacitação de multiplicadores dos NISIs/Conselhos de Saúde Indígena.

**Estratégias de implementação** – Para realização dessas atividades estão previstas as seguintes estratégias:

- a) realização de reuniões com instituições envolvidas na atenção à saúde indígena, de âmbito estadual, visando à identificação das condições institucionais para o estabelecimento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e mapeamento das respectivas “áreas problemas”;
- b) realização de reuniões locais e apoio à elaboração dos Planos Distritais de Saúde Indígena, com detalhamento das necessidades de infra-estrutura;
- c) incentivo à criação e ao reconhecimento das instâncias de controle social e negociações interinstitucionais para a deliberação, aprovação e controle dos Planos Distritais de Saúde Indígena e projetos correlatos;
- d) criação e aperfeiçoamento de canais de comunicação que permitam uma articulação regular com as Organizações Indígenas, visando à estruturação progressiva dessas Organizações para sua atuação em saúde; e
- e) capacitação de recursos humanos das instâncias locais e central das instituições envolvidas.

## 8. OPERACIONALIZAÇÃO

### 8.1. Componente I

A previsão dos recursos a serem alocados neste componente montam a US\$ 24,000,000.00 (vinte e quatro milhões de dólares americanos), representando um percentual da ordem de 39,3% do total a ser aplicado por esta área programática.

Os recursos alocados a este Componente atendem à diretriz inicial de descentralização adotada pela Coordenação de Saúde do Índio – COSAI, para apoio às instituições que executam serviços de ponta, particularmente municipais e estaduais, com o objetivo de viabilizar a sustentabilidade futura. Pela diretriz de promoção da participação, estimulam-se, também, as propostas procedentes dos próprios grupos indígenas, os quais, na sua grande maioria, são totalmente desaparelhados no que diz respeito à viabilização das ações de saúde.

Para a 1ª fase de execução deste Componente, foi previsto o montante de US\$ 4,769,000.00 (quatro milhões, setecentos e sessenta e nove mil dólares americanos), estimado para as atividades e campos de aplicação de recursos conforme referido no quadro a seguir:

#### COMPONENTE I

Em US\$ 1,000.00

ATIVIDADES	CAMPOS DE APLICAÇÃO DE RECURSOS		TOTAL
	INFRA-ESTRUTURA	CAP. TEC. GERENCIAL	
1. Construção de 11 postos de saúde indígena	440	-	440
2. Implantação de 42 sistemas de água potável	2.529	-	2.529
3. Aquisição de equipamentos	400	-	400
4. Formação de 800 agentes indígenas de saúde	-	800	800
5. Reciclagem de 200 agentes indígenas de saúde	-	200	200
6. Produção de material didático para ações de saúde indígena	-	400	400
<b>TOTAL</b>	<b>3.369</b>	<b>1.400</b>	<b>4.769</b>

Como previsão, segundo a natureza dos gastos, esses recursos ficaram assim distribuídos:

US\$ 1.000,00	
NATUREZA DOS GASTOS	VALOR
Obras	2.969
Bens	400
Consultorias	400
Treinamento	1.000
<b>TOTAL</b>	<b>4.769</b>

8.1.1. **CrITÉRIOS de elegibilidade** para as propostas a serem financiadas pelo Componente I, de acordo com as áreas de ação definidas:

**CrITÉrio I** - Capacidade de Execução e Acompanhamento das cartas consulta ou subprojetos pelos Executores:

*Indicadores:*

- o proponente prevê Recursos Humanos específicos para a realização das ações propostas;
- o proponente prevê equipe multiprofissional de acompanhamento em todas as fases;
- o proponente apresenta cronograma de atividades adequado à realidade local;
- o proponente prevê infra-estrutura física adequada às ações propostas; e
- a carta consulta ou subprojeto apresenta organicidade e unidade interna.

**CrITÉrio II** - Nível de Controle Social sobre as propostas:

*Indicadores:*

- a proposta é submetida à aprovação coletiva dos beneficiários ou seus representantes;
- a proposta prevê o envolvimento dos atores locais que desenvolvem ações tradicionais de saúde ou que têm responsabilidades de alcance coletivo;

- a proposta é aprovada por um conselho local de saúde indígena; e
- a proposta é aprovada por um conselho regional de saúde indígena ou pelo Conselho Distrital quando formalizada a sua criação.

**Critério III -** Comprometimento da proposta com as diretrizes da FNS para a Saúde Indígena:

*Indicadores:*

- o proponente participa da elaboração do planejamento pactuado regional anual da Saúde do Índio da FNS;
- a proposta prevê ações que fomentam a criação e ou implementação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;
- a proposta prevê o envolvimento dos Agentes Indígenas de Saúde nas ações propostas para as respectivas áreas;
- a proposta prevê atuação articulada das instituições prestadoras de serviços de saúde à população alvo; e
- o proponente informa regularmente aos órgãos responsáveis pela saúde indígena sobre projetos e relatórios referentes a trabalhos desenvolvidos com essa população.

**Critério IV -** Coerência da proposta com as condições de saúde da população alvo:

*Indicadores:*

- as ações propostas pautam-se em dados epidemiológicos da população alvo do projeto;
- as ações propostas contemplam diferentes aspectos envolvidos com a promoção da saúde indígena local;
- a proposta pauta-se em estudos ou levantamentos realizados no campo da etnomedicina; e
- a proposta permite adequação das ações a novas situações epidemiológicas.

# Projeto VIGISUS

ÁREA PROGRAMÁTICA IV:

ESTRUTURAÇÃO DE AÇÕES  
VOLTADAS PARA A ATENÇÃO À  
SAÚDE DAS POPULAÇÕES  
INDÍGENAS

MAIO/1998

*De*

## 8.2. Componente II

Os recursos a serem alocados ao Componente II atingem o montante de US\$ 37,000,000.00 (trinta e sete milhões de dólares americanos) para as três fases do Projeto, ou seja, 60,7% do total previsto para a área. Para a primeira fase o valor calculado é de US\$ 8,231,000.00 (oito milhões duzentos e trinta e um mil dólares americanos), distribuídos nas atividades e campos de aplicação de recursos, conforme quadro a seguir:

### COMPONENTE II

Em US\$ 1,000.00

ATIVIDADES	CAMPOS DE APLICAÇÃO DE RECURSOS		TOTAL
	INFRA-ESTRUTURA	CAP. TEC. GERENCIAL	
1. Construção de 27 postos de saúde indígena	1.080	-	1.080
2. Reforma de 12 postos de saúde indígena	480	-	480
3. Reforma de 5 Casas do Índio	885	-	885
4. Construção de 15 instalações para organizações indígenas	600	-	600
5. Aquisição de equipamentos	2.625	-	2.625
6. Formação de 558 agentes indígenas de saúde	-	558	558
7. Reciclagem de 140 agentes indígenas de saúde	-	140	140
8. 24 reuniões para formação e estruturação de 18 Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena - NISIS	-	316	316
9. Capacitação de 48 multiplicadores dos Conselhos Locais de Saúde Indígena	-	140	140
10. Capacitação de 96 profissionais de saúde para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde	-	132	132
11. Capacitação de 60 gerentes para o programa de saúde indígena, em atividades de supervisão e análise de projetos.	-	175	175
12. Criação de um banco de dados de antropologia em Saúde Indígena	-	400	400
13. Consultorias para o aperfeiçoamento da capacidade técnica gerencial e operacional da COSAI	-	700	700
<b>TOTAL</b>	<b>5.670</b>	<b>2.561</b>	<b>8.231</b>



Esses recursos foram projetados em função das necessidades relativas à implementação da Coordenação do Sistema de Saúde Indígena, em nível nacional, principalmente aquela de induzir os múltiplos parceiros a caminharem de forma convergente para o estabelecimento e implementação da nova organização.

Como previsão, segundo a natureza de gastos, esses recursos ficaram assim distribuídos:

Em US\$ 1,000.00	
NATUREZA DE GASTOS	VALOR
Obras	3,045
Bens	2,625
Consultorias	1,416
Treinamento	1,145
<b>TOTAL</b>	<b>8,231</b>

### 8.2.1. Critérios de formulação para o Componente II

O Programa de Trabalho Anual deverá ser concebido de forma a atender a critérios que:

- a) reforcem os objetivos definidos pela Coordenação de Saúde do Índio, em termos de dotar a estrutura existente de melhores condições para execução das atividades de atenção à Saúde Indígena;
- b) possibilitem o mapeamento dos potenciais Distritos Sanitários Especiais Indígenas, bem como a formulação de diretrizes para a elaboração dos Planos Distritais; e
- c) viabilizem a organização das informações da Saúde Indígena e a extensão do Sistema de Vigilância Epidemiológica às aldeias, definindo critérios relativos à pertinência dos dados a serem coletados, ao processamento, à análise, à disponibilização e ao fluxo dos mesmos, bem como sistemáticas de cooperação e divisão de tarefas entre as múltiplas instituições que atuam em saúde.

### 8.3. Distribuição anual dos recursos nos componentes I e II, segundo as fases

US\$ 1.000,00

COMPONENTES	1ª FASE			2ª FASE		3ª FASE		Total
	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano	6º ano	7º ano	
Comp. I	1.733	1.563	1.473	6.300	5.000	5.000	2.931	24.000
Comp. II	3.180	2.705	2.346	9.934	7.000	7.835	4.000	37.000
<b>Total</b>	<b>4.913</b>	<b>4.268</b>	<b>3.819</b>	<b>16.234</b>	<b>12.000</b>	<b>12.835</b>	<b>6.931</b>	<b>61.000</b>

#### 8.4. CRONOGRAMA TRIMESTRAL DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES DO COMPONENTE II, NA 1ª FASE

ATIVIDADE	UNIDADE	1º ANO / TRIMESTRE				2º ANO / TRIMESTRE				3º ANO / TRIMESTRE			
		1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º
1- Construção de Posto de Saúde	Posto de Saúde			8	→			10	→			9	→
2- Reforma de Posto de Saúde	Posto de Saúde			4	→			4	→			4	→
3- Reforma das Casas do Índio	Casa do Índio			2	→			2	→			1	→
4- Infra-estrutura de Organizações Indígenas	Organização Indígena			6	→			5	→			4	→
5- Aquisições de Equipamentos	Equipamento	20,2% →				17,3% →				17,2% →			
6- Formação de AIS	Agente Indígena	---	64	60	50	---	74	60	60	---	70	60	60
7- Reciclagem de AIS	Agente Indígena	30	30	---	---	40	---	---	---	40	---	---	---
8- Formação e Estruturação dos NISI's	Reunião	---	4	4	4	---	4	4	4				
9- Capacitação de Multiplicadores para os NISI's	Multiplicador	---	24	---	---	---	24	---	---				
10- Capacitação de Profissionais de Saúde para o SNVS	Profissional	24	---	24	---	24	---	24	---				
11- Capacitação dos Gerentes do Programa de Saúde do Índio em Atividades de Supervisão e Análises de Projetos	Gerente	---	---	30	30								
12- Criação de Um Banco de Dados Antropológicos para a Saúde Indígena	Projetos												
		3 →								3 →			
13- Consultorias para o aperfeiçoamento da capacidade técnico-gerencial e operacional da COSAI	Consultor	5 →				5 →				5 →			

**Notas:**

- Atividades que se estendem por todo o período  
 NISI's - Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena  
 SNVS - Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

### 8.5. CRONOGRAMA TRIMESTRAL DE DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS DO COMPONENTE II, NA 1ª FASE

ATIVIDADE	UNIDADE	1º ANO / TRIMESTRE				2º ANO / TRIMESTRE				3º ANO / TRIMESTRE			
		1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º
1- Construção de Posto de Saúde	Posto de Saúde			320	→			400	→			360	→
2- Reforma de Posto de Saúde	Posto de Saúde			160	→			160	→			160	→
3- Reforma das Casas do Índio	Casa do Índio			354	→			354	→			177	→
4- Infra-estrutura de Organizações Indígenas	Organização Indígena			240	→			200	→			160	→
5- Aquisições de Equipamentos	Equipamento	970	→			830	→			825	→		
6- Formação de AIS	Agente Indígena	---	64	60	50	---	74	60	60	---	70	60	60
7- Reciclagem de AIS	Agente Indígena	30	30	---	---	40	---	---	---	40	---	---	---
8- Formação e Estruturação dos NISI's	Reunião	---	52,6	52,7	52,7	---	52,6	52,7	52,7				
9- Capacitação de Multiplicados para os NISI's	Multiplicador	---	70	---	---	---	70	---	---				
10- Capacitação de Profissionais de Saúde para o SNVS	Profissional	33	---	33	---	33	---	33	---				
11- Capacitação dos Gerentes do Programa de Saúde do Índio em Atividades de Supervisão e Análises de Projetos	Gerente	---	---	87,5	87,5								
12- Criação de Um Banco de Dados Antropológicos para a Saúde Indígena	Banco de Dados	200	→							200	→		
13- Consultorias para o aperfeiçoamento da capacidade técnico-gerencial e operacional da COSAI	Consultor	233	→			233	→			234	→		

**Notas:**

- Atividades que se estendem por todo o período  
 NISI's - Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena  
 SNVS - Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

## 8.6. Divisão dos recursos entre as unidades federadas

### 8.6.1. Critérios:

A previsão de distribuição de recursos obedeceu os seguintes critérios:

1. *Critério Populacional*: Estados com população igual ou superior a 5.000 índios.
2. *Critério de Execução*: Capacidade de gasto de cada Estado obtida através da média percentual dos dois últimos anos (96/97).
3. *Critério Epidemiológico*: Selecionados os quantitativos de registros referentes ao atendimento por Doenças Diarréicas e Parasitoses, um dos três agravos mais representativos na área indígena decorrente das más condições de saneamento, objeto de atuação prioritária do Projeto no exercício de 1997.

Para esses critérios foram dados os seguintes pesos relativos:

- *População*: peso 30
- *Execução*: peso 20
- *Epidemiológico*: peso 50

Obteve-se uma distribuição percentual dos Estados por critério, de acordo com o total de cada critério.

Cada Estado teve o seu percentual multiplicado pelos respectivos pesos, obtendo-se um total de pontos.

#### *Exemplo:*

- ACRE: - classificação populacional:  $2.7 \times 30$  (peso) = 81;  
- classificação de execução:  $565 \times 20$  (peso) = 1.130 pontos;  
- classificação epidemiológica:  $0,2 \times 50$  (peso) = 10; e  
- total de pontos do Estado = 1.221.

Para se fazer a distribuição dos recursos por Estado, foi utilizada a distribuição percentual, tendo como base o total geral dos pontos de todos os Estados.

*Exemplo:*

ACRE:- Percentual de distribuição: 4,63 %  
 $1.221$  (total de pontos do Estado) /  $26.296$  (total geral de pontos) x 100

## 8.6.2. Percentuais de Distribuição dos Recursos por Estado, segundo os Critérios Estabelecidos

UF	População	%	Pontos	Execução (%)	Pontos	Epidemiológico	%	Pontos	TOTAL	% DISTRIB.
AC	7.960	2,7	81	56,5	1.130	82	0,2	10	1.221	4,7
AM	77.506	25,8	684	70,5	1.410	4.330	9,5	475	2.569	9,8
AP	6.168	2,1	63	58,7	1.174	543	1,2	60	1.297	4,9
MA	16.083	5,4	162	54,7	1.094	2.107	4,6	230	1.486	5,7
MT	22.113	7,4	222	38,3	766	1.799	4,0	200	1.188	4,5
PA	17.651	5,9	177	53,1	1.062	8.684	19,1	955	2.194	8,4
RO	5.446	1,8	54	52,4	1.048	2.118	4,7	235	1.337	5,1
RR	28.896	9,6	288	83,0	1.660	7.562	16,6	830	2.778	10,6
TO	8.242	2,7	81	41,5	830	931	2,0	100	1.011	3,9
<b>Amaz. Legal</b>	<b>190.065</b>	<b>63,3</b>	<b>1.812</b>		<b>10.174</b>	<b>28.156</b>	<b>61,8</b>	<b>3.095</b>	<b>15.081</b>	<b>57,5</b>
BA	10.338	3,4	102	44,1	882	0	0,0	0	984	3,8
CE	5.660	1,9	57	19,9	398	1.814	4,0	200	655	2,5
PB	6.776	2,3	69	72,7	1.454	945	2,1	105	1.628	6,2
PE	19.408	6,5	195	59,5	1.190	167	0,4	20	1.405	5,4
<b>Nordeste</b>	<b>42.182</b>	<b>14,1</b>	<b>423</b>		<b>3.924</b>	<b>2.926</b>	<b>6,4</b>	<b>325</b>	<b>4.672</b>	<b>17,8</b>
MG	6.216	2,1	63	34,2	684	1.074	2,4	120	867	3,3
<b>Sudeste</b>	<b>6.216</b>	<b>2,1</b>	<b>63</b>		<b>684</b>	<b>1.074</b>	<b>2,4</b>	<b>120</b>	<b>867</b>	<b>3,3</b>
MS	32.544	10,8	324	49,6	992	201	0,4	20	1.336	5,1
<b>C. Oeste</b>	<b>32.544</b>	<b>10,8</b>	<b>324</b>		<b>992</b>	<b>201</b>	<b>0,4</b>	<b>20</b>	<b>1.336</b>	<b>5,1</b>
PR	9.507	3,2	96	19,1	382	11.882	26,1	1.305	1.783	6,8
RS	14.124	4,7	141	59,2	1.184	966	2,1	105	1.430	5,5
SC	5.543	1,8	54	47,8	956	320	0,7	35	1.045	4,0
<b>Sul</b>	<b>29.174</b>	<b>9,7</b>	<b>291</b>		<b>2.522</b>	<b>13.168</b>	<b>28,9</b>	<b>1.445</b>	<b>4.258</b>	<b>16,2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>300.181</b>	<b>100,0</b>	<b>2.913</b>		<b>18.296</b>	<b>45.525</b>	<b>100,0</b>	<b>5.005</b>	<b>26.214</b>	<b>100,0</b>

8.6.2 Percentuais

**8.6.3. Distribuição Anual dos Recursos na 1ª fase,  
por Unidade Federada**

**Componente I**

Período: 1999/2001

US\$ 1,000.00

UF	1ª FASE			TOTAL
	1999	2000	2001	
AC	70,5	62,5	58,2	191,2
AM	147,0	130,3	121,4	398,7
AP	73,5	65,2	60,7	199,4
MA	85,5	75,8	70,6	231,9
MT	67,5	59,9	55,8	183,2
PA	126,0	111,7	104,1	341,8
RO	76,5	67,8	63,2	207,5
RR	157,5	139,7	130,1	427,3
TO	58,5	51,9	48,3	158,7
<b>AMAZ. LEGAL</b>	<b>862,5</b>	<b>764,8</b>	<b>712,4</b>	<b>2.339,7</b>
BA	57,0	50,5	47,1	154,6
CE	37,5	33,2	31,0	101,7
PB	93,0	82,5	76,8	252,3
PE	80,0	70,5	65,6	216,1
<b>NORDESTE</b>	<b>267,5</b>	<b>236,7</b>	<b>220,5</b>	<b>724,7</b>
MG	49,0	43,9	40,9	133,8
<b>SUDESTE</b>	<b>49,0</b>	<b>43,9</b>	<b>40,9</b>	<b>133,8</b>
MS	76,5	67,8	63,2	207,5
<b>C. OESTE</b>	<b>76,5</b>	<b>67,8</b>	<b>63,2</b>	<b>207,5</b>
PR	102,0	90,4	84,3	276,7
RS	82,5	73,2	68,1	223,8
SC	60,0	53,2	49,6	162,8
<b>SUL</b>	<b>244,5</b>	<b>216,8</b>	<b>202,0</b>	<b>663,3</b>
<b>BRASIL</b>	<b>1.500,0</b>	<b>1.330,0</b>	<b>1.239,0</b>	<b>4.069,0</b>
NÍVEL CENTRAL	233,0	233,0	234,0	700,0
<b>TOTAL</b>	<b>1.733,0</b>	<b>1.563,0</b>	<b>1.473,0</b>	<b>4.769,0</b>

UF-1ª FASE



### 8.6.4. Distribuição Anual dos Recursos nas três fases do Projeto, por Unidade Federada

#### Componente I

Período: 1999/2005

US\$ 1.000,00

UF	1ª FASE			2ª FASE		3ª FASE		TOTAL
	1.999	2.000	2.001	2.002	2.003	2.004	2.005	
AC	70,5	62,5	58,2	260,0	198,8	199,0	101,8	950,8
AM	147,0	130,3	121,4	542,2	414,8	414,9	212,2	1.982,6
AP	73,5	65,2	60,7	271,1	207,4	207,5	106,1	991,5
MA	85,5	75,8	70,6	315,4	241,3	241,3	123,4	1.153,3
MT	67,5	59,9	55,8	249,0	190,5	190,6	97,4	910,7
PA	126,0	111,7	104,1	464,8	355,6	355,7	181,9	1.699,6
RO	76,5	67,8	63,2	282,2	215,9	215,9	110,4	1.031,9
RR	157,5	139,7	130,1	581,0	444,5	444,6	227,3	2.124,7
TO	58,5	51,9	48,3	215,8	165,1	165,1	84,4	789,1
<b>Amaz. Legal</b>	<b>862,5</b>	<b>764,8</b>	<b>712,4</b>	<b>3.181,5</b>	<b>2.433,9</b>	<b>2.434,6</b>	<b>1.244,9</b>	<b>11.634,6</b>
BA	57,0	50,5	47,1	210,3	160,9	160,9	82,3	769,0
CE	37,5	33,2	31,0	138,3	105,8	105,9	54,1	505,8
PB	93,0	82,5	76,8	343,0	262,5	262,5	134,3	1.254,6
PE	80,0	70,5	65,6	293,3	224,3	224,4	114,7	1.072,9
<b>Nordeste</b>	<b>267,5</b>	<b>236,7</b>	<b>220,5</b>	<b>984,9</b>	<b>753,5</b>	<b>753,7</b>	<b>385,4</b>	<b>3.602,2</b>
MG	49,0	43,9	40,9	182,5	139,7	139,7	71,4	667,1
<b>Sudeste</b>	<b>49,0</b>	<b>43,9</b>	<b>40,9</b>	<b>182,5</b>	<b>139,7</b>	<b>139,7</b>	<b>71,4</b>	<b>667,1</b>
MS	76,5	67,8	63,2	282,2	215,9	215,9	110,4	1.031,9
<b>C. Oeste</b>	<b>76,5</b>	<b>67,8</b>	<b>63,2</b>	<b>282,2</b>	<b>215,9</b>	<b>215,9</b>	<b>110,4</b>	<b>1.031,9</b>
PR	102,0	90,4	84,3	376,3	287,9	287,9	147,2	1.376,0
RS	82,5	73,2	68,1	304,3	232,8	232,9	119,1	1.112,9
SC	60,0	53,2	49,6	221,3	169,3	169,3	86,6	809,3
<b>Sul</b>	<b>244,5</b>	<b>216,8</b>	<b>202,0</b>	<b>901,9</b>	<b>690,0</b>	<b>690,1</b>	<b>352,9</b>	<b>3.298,2</b>
<b>Subtotal</b>	<b>1.500,0</b>	<b>1.330,0</b>	<b>1.239,0</b>	<b>5.533,0</b>	<b>4.233,0</b>	<b>4.234,0</b>	<b>2.165,0</b>	<b>20.234,0</b>
Nível Central	233,0	233,0	234,0	767,0	767,0	766,0	766,0	3.766,0
<b>TOTAL</b>	<b>1.733,0</b>	<b>1.563,0</b>	<b>1.473,0</b>	<b>6.300,0</b>	<b>5.000,0</b>	<b>5.000,0</b>	<b>2.931,0</b>	<b>24.000,0</b>

UF-TOTAL

## 9. MODELO DE ACOMPANHAMENTO E DE AVALIAÇÃO

### 9.1. Indicadores de Avaliação

a) Taxa de Agentes Indígenas de Saúde capacitados e atuantes

$$A 1) \frac{\text{Nº de recursos humanos indígenas treinados nas comunidades indígenas}}{\text{Nº total de recursos humanos programados}} \times 100$$

$$A 2) \frac{\text{Nº de recursos humanos treinados e atuantes nas comunidades indígenas}}{\text{nº total de recursos humanos treinados}} \times 100$$

b) Taxa de Serviços de Saúde beneficiados com construção, reforma e equipamentos;

$$b.1) \frac{\text{Nº de serviços de saúde beneficiados com reformas e equipamentos, funcionando, na área x, ano t}}{\text{nº total de serviços de saúde a reformar e equipar, programados na área x, ano t}} \times 100$$

$$b.2) \frac{\text{nº de serviços de saúde construídos e equipados, funcionando na área x, ano t}}{\text{nº total de serviços a construir e equipar programados na área x, ano t}} \times 100$$

c) Capacidade de gasto de recursos disponibilizados;

$$\frac{\text{R. E. ano A} + \text{R. E. ano B} + \text{R. E. ano C}}{\text{R. D. ano A} + \text{R. D. ano B} + \text{R. D. ano C}}$$

Obs.:

R. E. = Recursos Executados

R. D. = Recursos Disponibilizados

### 9.2. Indicadores de impacto

Serão aplicados nas áreas com atuação de recursos humanos capacitados pelo Projeto.

a) Taxa de episódios de Doenças Diarréicas diagnosticados através da implantação do Programa da MDDA, em aldeias cuja população foi contemplada com melhorias sanitárias;

nº de episódios de doenças diarréicas agudas diagnosticados através da implantação do programa de monitorização da doença diarréica aguda, na área a, ano t

$$\frac{\text{Nº total da população das aldeias contempladas com melhorias sanitárias e utilização adequadas, na área a, ano t}}{\text{Nº total da população das aldeias contempladas com melhorias sanitárias e utilização adequadas, na área a, ano t}} \times 100$$

b) Taxa de casos tratados de tuberculose e malária;

b.1)  $\frac{\text{nº de casos tratados de tuberculose, na área a, ano t}}{\text{nº total de casos diagnosticados, na área a, ano t}} \times 100$

b.2)  $\frac{\text{nº de casos tratados de malária, na área a, ano t}}{\text{nº total de casos diagnosticados, na área a, ano t}} \times 100$

c) Taxa de letalidade de doenças diarréicas agudas em menores de 5 anos;

c.1)  $\frac{\text{Taxa de letalidade de doenças diarréicas agudas, área a, ano t}}{\text{nº de casos da mesma causa, na área a, ano t}} \times 100$

d) Coeficiente específico de mortalidade, por causa, em menores de 5 anos;

d.1)  $\frac{\text{nº de óbitos por determinada causa em < de 5 anos, na área a, ano t}}{\text{População da mesma faixa etária}} \times 100$

e) Coeficiente de incidência por determinada causa em menores de 5 anos;

e.1)  $\frac{\text{Coeficiente de incidência por tuberculose em < de 5 anos, na área a, ano t}}{\text{População da mesma faixa etária, área a, ano t}} \times 100$

e.2)  $\frac{\text{Coeficiente de incidência por malária em < de 5 anos, na área a, ano t}}{\text{População da mesma faixa etária, área a, ano t}} \times 100$

e.3)  $\frac{\text{coeficiente de incidência por IRA em < de 5 anos, na área a, ano t}}{\text{População da mesma faixa etária, área a, ano t}} \times 100$

### 9.3. Processo de Avaliação

O processo de avaliação poderá ser efetuado sob dois aspectos:

- a) Avaliação de processo – Enfoca aspectos operacionais. Os critérios de elegibilidade serão a principal referência nessa avaliação. Deverão, também, ser utilizados mecanismos capazes de verificar “como” o mesmo está sendo executado, através de questionamentos do tipo:

Quais estratégias foram empregadas para a execução das atividades?

Quais tipos de problemas surgiram?

Como as dificuldades foram superadas?

Ainda procurar-se-á aferir o grau de cumprimento das metas, identificando-se o “quê” foi efetivamente alcançado dentro do proposto. Podem ser levantadas algumas perguntas, como:

As atividades do projetos estão sendo executadas conforme o cronograma?

Estão sendo atingidos os objetivos pretendidos?

Quantos NISIS foram implantados e estão funcionando em relação aos programados?

Quantos Distritos foram implantados e estão funcionando em relação aos programados?

- b) Avaliação de impacto – tentará se identificar as mudanças ocorridas no nível de saúde e qualidade de vida da população alvo do projeto, em decorrência da intervenção. Os seguintes questionamentos podem ser considerados:

Quais as mudanças observadas durante a execução do programa?

Podem ser elas consideradas como efeitos do programa?

Existe diferença significativa entre a situação encontrada antes da intervenção e posteriormente à mesma?

A avaliação terá ainda, como fonte, a consulta periódica aos beneficiários, nos foros de controle social existentes ou especialmente convocadas para essa finalidade.

## 10. RECURSOS FINANCEIROS

## **10.1. 1ª FASE**

## PROJETO VIGISUS

Distribuição anual dos recursos da 1ª fase,  
 segundo os componentes

Período: 1999/2000/2001

US\$ 1,000.00

COMPONENTES	1ª FASE			TOTAL	%
	1999	2000	2001		
- PROJETOS INTEGRADOS	1.733	1.563	1.473	4.769	36,68
- CAPACITAÇÃO TÉCNICO- INSTITUCIONAL	3.180	2.705	2.346	8.231	63,32
TOTAL GERAL	4.913	4.268	3.819	13.000	100,00

37

ÁREA PROGRAMÁTICA: ATENÇÃO À SAÚDE DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS  
 PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA / FINANCEIRA  
 QUADRO 1.2

## PROJETO VIGISUS

Distribuição anual dos recursos da 1ª fase,  
 por Unidade da Federação

Componentes I e II

Período: 1999/2000/2001

US\$ 1.000,00

UNIDADES DA FEDERAÇÃO	1ª FASE			TOTAL	%
	1999	2000	2001		
ACRE	218	188	166	572	4,40
AMAZONAS	459	395	351	1.205	9,27
AMAPA	232	200	177	609	4,68
MARANHAO	265	229	203	697	5,36
MATO GROSSO	212	183	162	557	4,29
PARA	392	338	300	1.030	7,92
RONDONIA	239	206	183	628	4,83
RORAIMA	496	428	380	1.304	10,03
TOCANTINS	180	156	138	474	3,65
<b>SUBTOTAL-AMAZONIA LEGAL</b>	<b>2.693</b>	<b>2.323</b>	<b>2.060</b>	<b>7.076</b>	<b>54,43</b>
BAHIA	176	151	135	462	3,55
CEARA	117	100	90	307	2,36
MINAS GERAIS	155	133	119	407	3,13
MATO GROSSO DO SUL	239	206	183	628	4,83
PARAIBA	290	251	223	764	5,88
PERNAMBUCO	251	216	192	659	5,07
PARANA	318	274	244	836	6,43
RIO GRANDE DO SUL	255	220	196	671	5,16
SANTA CATARINA	186	161	143	490	3,77
<b>SUBTOTAL-OUTROS ESTADOS</b>	<b>1.987</b>	<b>1.712</b>	<b>1.525</b>	<b>5.224</b>	<b>40,18</b>
<b>COSAI - NÍVEL CENTRAL</b>	<b>233</b>	<b>233</b>	<b>234</b>	<b>700,00</b>	<b>5,39</b>
<b>SUBTOTAL - NÍVEL CENTRAL</b>	<b>233</b>	<b>233</b>	<b>234</b>	<b>700</b>	<b>5,39</b>
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>4.913</b>	<b>4.268</b>	<b>3.819</b>	<b>13.000,00</b>	<b>100,00</b>



## PROJETO VIGISUS

### Distribuição anual dos recursos da 1ª fase, por órgão executor

Período: 1999/2000/2001

US\$ 1,000.00

EXECUTORES	1ª FASE			TOTAL	%
	1999	2000	2001		
MS/FNS	2.589	2.224	2.002	6.815	52.42
SEC. EST. DE SAÚDE	292	305	271	868	6.68
SEC. MUN. DE SAÚDE	589	544	471	1.604	12.34
INST. PÚBLICAS	393	372	318	1.083	8.33
INST. PRIVADAS	442	415	357	1.214	9.34
ORG. INTERNACIONAIS	608	408	400	1.416	10.89
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>4.913</b>	<b>4.268</b>	<b>3.819</b>	<b>13.000</b>	<b>100,00</b>

MS/FNS - Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde

39

## PROJETO VIGISUS

### Distribuição anual dos recursos da 1ª fase, por fonte de financiamento

Período: 1999/2000/2001

US\$ 1.00

FONTES DE FINANCIAMENTO	ANO 1	ANO 2	ANO 3	TOTAL	%
BIRD	2,456,000	2,134,000	1,910,000	6,500,000	50,00
MS/FNS	2,384,970	2,065,640	1,849,490	6,300,100	48,46
SES	14,600	15,250	13,550	43,400	0,34
SMS	53,010	48,960	42,390	144,360	1,11
INST. PRIVADAS	4,420	4,150	3,570	12,140	0,09
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>4,913,000</b>	<b>4,268,000</b>	<b>3,819,000</b>	<b>13,000,000</b>	<b>100,00</b>

BIRD - Banco Mundial

MS/FNS - Minist. da Saúde/Fundação Nacional de Saúde

SES - Secretarias Estaduais de Saúde

SMS - Secretarias Municipais de Saúde

INST. PRIV. - Instituições Privadas

40

ÁREA PROGRAMÁTICA: ATENÇÃO À SAÚDE DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA / FINANCEIRA

QUADRO 1.5

## PROJETO VIGISUS

Distribuição orçamentária anual da 1ª fase, por categoria econômica e a fonte de financiamento

Período: 1999/2000/2001

US\$ 1,000.00

CATEGORIAS ECONÔMICAS	1ª FASE									ACUMULADO		
	1999			2000			2001			BIRD	C.P.	TOTAL
	BIRD	C.P.	TOTAL	BIRD	C.P.	TOTAL	BIRD	C.P.	TOTAL			
1) TREINAMENTO	462,5	462,5	925,0	340,0	340,0	680,0	270,0	270,0	540,0	1,072,5	1,072,5	2,145,0
2) OBRAS	1,038,5	1,038,5	2,077,0	1,058,5	1,058,5	2,117,0	910,0	910,0	1,820,0	3,007,0	3,007,0	6,014,0
3) BENS	585,0	585,0	1,170,0	465,0	465,0	930,0	462,5	462,5	925,0	1,512,5	1,512,5	3,025,0
4) CONSULTORIAS	370,5	370,5	741,0	270,5	270,5	541,0	267,0	267,0	334,0	908,0	908,0	1,816,0
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>2,456,5</b>	<b>2,456,5</b>	<b>4,913,0</b>	<b>2,134,0</b>	<b>2,134,0</b>	<b>4,268,0</b>	<b>1,909,5</b>	<b>1,909,5</b>	<b>3,819,0</b>	<b>6,500,0</b>	<b>6,500,0</b>	<b>13,000,0</b>

BIRD – Banco Mundial

C.P. - Contrapartida

## PROJETO VIGISUS

**Distribuição orçamentária anual da 1ª fase, segundo a natureza da despesa e as fontes de financiamento**

**Período: 1999/2000/2001**

US\$ 1.000,00

NATUREZA DA DESPESA	1ª FASE									ACUMULADO		
	1999			2000			2001			BIRD	C.P.	TOTAL
	BIRD	C.P.	TOTAL	BIRD	C.P.	TOTAL	BIRD	C.P.	TOTAL			
- CUSTEIO	833	833	1.666	610	611	1.221	537	537	1.074	1.980	1.981	3.961
- CAPITAL	1.623	1.624	3.247	1.524	1.523	3.047	1.372	1.372	1.745	4.520	4.519	9.039
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>2.456</b>	<b>2.457</b>	<b>4.913</b>	<b>2.134</b>	<b>2.134</b>	<b>4.268</b>	<b>1.910</b>	<b>1.909</b>	<b>3.819</b>	<b>6.500</b>	<b>6.500</b>	<b>13.000</b>

BIRD - Banco Mundial

C.P - Contrapartida Nacional

## PROJETO VIGISUS

**Distribuição dos recursos do 1º ano da 1ª fase, segundo as categorias econômicas, fontes de financiamento e sua correlação com a classificação orçamentária**

**Período: 1999**

US\$ 1.000,00

CATEGORIAS ECONÔMICAS	BIRD	C.P.	TOTAL	NATUREZA DA DESPESA	BIRD		C.P.		TOTAL
					VALOR	SUBTOTAL	VALOR	SUBTOTAL	
1) TREINAMENTO	462,5	462,5	925,0	3490.30	32,5	32,5	32,5	32,5	65,0
				3490.33	40,0	40,0	40,0	40,0	80,0
				3490.36	50,0	50,0	50,0	50,0	100,0
				3490.39	20,0	20,0	20,0	20,0	40,0
				3430.41	29,5	29,5	29,5	29,5	59,0
				3440.41	69,5	69,5	69,5	69,5	139,0
				3450.41	221,0	221,0	221,0	221,0	442,0
2) OBRAS	1,038,5	1,038,5	2,077,0	4540.42	150,0	150,0	150,0	150,0	300,0
				4590.51	888,5	888,5	888,5	888,5	1,777,0
3) BENS	585,0	585,0	1,170,0	4530.42	50,0	50,0	50,0	50,0	100,0
				4540.42	75,0	75,0	75,0	75,0	150,0
				4590.51	460,0	460,0	460,0	460,0	920,0
4) CONSULTORIAS	370,5	370,5	741,0	3472.41	370,5	370,5	370,5	370,5	741,0
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>2,456,5</b>	<b>2,456,5</b>	<b>4,913,0</b>		<b>2,456,5</b>	<b>2,456,5</b>	<b>2,456,5</b>	<b>2,456,5</b>	<b>4,913,0</b>

BIRD - Banco Mundial

C.P. - Contrapartida

## PROJETO VIGISUS

Demonstrativo orçamentário do 1º ano da 1ª fase, segundo a natureza da despesa, órgãos executores e fontes de financiamento

Período: 1999

US\$ 1.00

NATUREZA DA DESPESA	EXECUTOR	1999					VALOR TOTAL DO ANO 1
		FONTES EXTERNAS	FONTES INTERNAS				
		BIRD	T.N.	EST.	MUN.	I.P.	
<b>1) CUSTEIO</b>							
3430.41	SES	96,000	86,400	9,600	--	--	192,000
3440.41	SMS	69,500	56,990	--	12,510	--	139,000
3450.41	INST.PRIV.	221,000	216,580	--	--	4,420	442,000
3472.41	ORG. INTERN.	304,000	304,000	--	--	--	608,000
3490.30	MS/FNS	32,500	32,500	--	--	--	65,000
3490.33	MS/FNS	40,000	40,000	--	--	--	80,000
3490.36	MS/FNS	50,000	50,000	--	--	--	100,000
3490.39	MS/FNS	20,000	20,000	--	--	--	40,000
<b>SUBTOTAL</b>		<b>833,000</b>	<b>806,470</b>	<b>9,600</b>	<b>12,510</b>	<b>4,420</b>	<b>1,666,000</b>
<b>2) INVESTIMENTOS</b>							
4530.42	SES	50,000	45,000	5,000	--	--	100,000
4540.42	SMS	225,000	184,500	--	40,500	--	450,000
4590.51	MS/FNS	888,500	888,500	--	--	--	1,777,000
4590.52	MS/FNS	460,000	460,000	--	--	--	920,000
<b>SUBTOTAL</b>		<b>1,623,500</b>	<b>1,578,000</b>	<b>5,000</b>	<b>40,500</b>	<b>--</b>	<b>3,247,000</b>
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>2,456,500</b>	<b>2,384,970</b>	<b>14,600</b>	<b>53,010</b>	<b>4,420</b>	<b>4,913,000</b>

BIRD - Banco Mundial  
T.N. - Tesouro Nacional  
SES - Secretarias Estaduais de Saúde  
SMS - Secretarias Municipais de Saúde  
MS/FNS - Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde  
ORG. INTERN. - Organismos Internacionais  
INST. PRIV. - Instituições Privadas

## **10.2. CONSOLIDADO DAS TRÊS FASES DO PROJETO**

**PROJETO VIGISUS**  
**DISTRIBUIÇÃO CONSOLIDADA DOS RECURSOS DAS TRÊS FASES, POR**  
**COMPONENTE E ÁREA DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS**  
**PERÍODO: 1999/2005**

US\$ 1.000,00

COMPONENTES	1º FASE									CONSOLIDADO		TOTAL DA 1ª FASE
	1999			2000			2001			Infra-estrut.	Cap. Téc. Gerencial	
	Infra-estrut.	Cap. Téc. Gerencial	Total	Infra-estrut.	Cap. Téc. Gerencial	Total	Infra-estrut.	Cap. Téc. Gerencial	Total			
I - PROJETOS INTEGRADOS	1.203	530	1.733	1.103	460	1.563	1.063	410	1.473	3.369	1.400	4.769
II - CAPACITAÇÃO TEC INSTITUCIONAL	2.044	1.136	3.180	1.944	761	2.705	1.682	664	2.346	5.670	2.561	8.231
<b>TOTAL</b>	<b>3.247</b>	<b>1.666</b>	<b>4.913</b>	<b>3.047</b>	<b>1.221</b>	<b>4.268</b>	<b>2.745</b>	<b>1.074</b>	<b>3.819</b>	<b>9.039</b>	<b>3.961</b>	<b>13.000</b>

US\$ 1.000,00

COMPONENTES	2º FASE						CONSOLIDADO		TOTAL DA 2ª FASE
	2002			2003			Infra-estrut.	Cap. Téc. Gerencial	
	Infra-estrut.	Cap. Téc. Gerencial	Total	Infra-estrut.	Cap. Téc. Gerencial	Total			
I - PROJETOS INTEGRADOS	3.356	2.944	6.300	2.882	2.118	5.000	6.238	5.062	11.300
II - CAPACITAÇÃO TEC INSTITUCIONAL	3.881	6.053	9.934	2.945	4.055	7.000	6.826	10.108	16.934
<b>TOTAL</b>	<b>7.237</b>	<b>8.997</b>	<b>16.234</b>	<b>5.827</b>	<b>6.173</b>	<b>12.000</b>	<b>13.064</b>	<b>15.170</b>	<b>28.234</b>

US\$ 1.000,00

COMPONENTES	3º FASE						CONSOLIDADO		TOTAL DA 3ª FASE
	2004			2005			Infra-estrut.	Cap. Téc. Gerencial	
	Infra-estrut.	Cap. Téc. Gerencial	Total	Infra-estrut.	Cap. Téc. Gerencial	Total			
I - PROJETOS INTEGRADOS	2.675	2.325	5.000	879	2.052	2.931	3.554	4.377	7.931
II - CAPACITAÇÃO TEC INSTITUCIONAL	2.987	4.848	7.835	1.200	2.800	4.000	4.187	7.648	11.835
<b>TOTAL</b>	<b>5.662</b>	<b>7.173</b>	<b>12.835</b>	<b>2.079</b>	<b>4.852</b>	<b>6.931</b>	<b>7.741</b>	<b>12.025</b>	<b>19.766</b>

US\$ 1.000,00

CONSOLIDADO GERAL DAS 3 FASES			
1ª FASE	2ª FASE	3ª FASE	TOTAL
4.769	11.300	7.931	24.000
8.231	16.934	11.835	37.000
<b>13.000</b>	<b>28.234</b>	<b>19.766</b>	<b>61.000</b>



ÁREA PROGRAMÁTICA: Atenção à Saúde das Populações Indígenas  
 PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA/FINANCEIRA  
 QUADRO 2.2

**PROJETO VIGISUS**

**Distribuição Consolidada dos Recursos das três fases,  
 por Unidade da Federação**

**Componentes I e II**

**Período: 1999/2005**

US\$ 1,000

UF	1ª FASE			2ª FASE		3ª FASE		TOTAL
	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano	6º ano	7º ano	
AC	217,99	0,00	166,98	720,42	523,21	562,15	287,15	2.665,85
AM	458,64	0,00	351,33	1.515,78	1.100,85	1.182,77	604,18	5.608,99
AP	231,55	0,00	177,38	765,27	555,78	597,14	305,03	2.831,79
MA	265,30	0,00	203,22	876,78	636,77	684,16	349,48	3.244,44
MT	212,09	0,00	162,47	700,95	509,07	546,96	279,39	2.593,80
PA	391,70	0,00	300,05	1.294,52	940,15	1.010,12	515,98	4.790,24
RO	238,70	0,00	182,85	788,87	572,92	615,56	314,44	2.919,12
RR	495,96	0,00	379,92	1.639,10	1.190,40	1.279,00	653,33	6.065,31
TO	180,49	0,00	138,26	596,52	433,23	465,47	237,77	2.207,35
<b>Amaz. Legal</b>	<b>2.692,42</b>	<b>0,00</b>	<b>2.062,46</b>	<b>8.898,22</b>	<b>6.462,38</b>	<b>6.943,34</b>	<b>3.546,74</b>	<b>32.926,91</b>
BA	175,67	0,00	134,57	580,59	421,66	453,04	231,42	2.148,40
CE	116,94	0,00	89,58	386,47	280,68	301,56	154,04	1.430,09
PB	290,65	0,00	222,64	960,57	697,62	749,54	382,87	3.554,47
PE	250,84	0,00	192,15	828,99	602,06	646,87	330,43	3.067,59
<b>Nordeste</b>	<b>834,09</b>	<b>0,00</b>	<b>638,94</b>	<b>2.756,61</b>	<b>2.002,01</b>	<b>2.151,00</b>	<b>1.098,76</b>	<b>10.200,55</b>
MG	154,79	0,00	118,57	511,55	371,52	399,17	203,90	1.892,95
<b>Sudeste</b>	<b>154,79</b>	<b>0,00</b>	<b>118,57</b>	<b>511,55</b>	<b>371,52</b>	<b>399,17</b>	<b>203,90</b>	<b>1.892,95</b>
MS	238,52	0,00	182,71	788,28	572,49	615,10	314,20	2.916,94
<b>C. Oeste</b>	<b>238,52</b>	<b>0,00</b>	<b>182,71</b>	<b>788,28</b>	<b>572,49</b>	<b>615,10</b>	<b>314,20</b>	<b>2.916,94</b>
PR	318,32	274,45	243,84	1.052,02	764,04	820,90	419,33	3.892,89
RS	255,30	220,11	195,57	843,74	612,77	658,38	336,31	3.122,17
SC	186,56	160,85	142,91	616,58	447,79	481,12	245,76	2.281,59
<b>Sul</b>	<b>760,18</b>	<b>655,41</b>	<b>582,32</b>	<b>2.512,34</b>	<b>1.824,60</b>	<b>1.960,40</b>	<b>1.001,40</b>	<b>9.296,65</b>
<b>Subtotal</b>	<b>4.680,00</b>	<b>4.035,00</b>	<b>3.585,00</b>	<b>15.467,00</b>	<b>11.233,00</b>	<b>12.069,00</b>	<b>6.165,00</b>	<b>57.234,00</b>
Consultorias	233,00	233,00	234,00	767,00	767,00	766,00	766,00	3.766,00
<b>TOTAL</b>	<b>4.913,00</b>	<b>4.268,00</b>	<b>3.819,00</b>	<b>16.234,00</b>	<b>12.000,00</b>	<b>12.835,00</b>	<b>6.931,00</b>	<b>61.000,00</b>

ÁREA PROGRAMÁTICA: Atenção à Saúde das Populações Indígenas  
 PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA/FINANCEIRA  
 QUADRO 2.3

### PROJETO VIGISUS

Distribuição consolidada dos recursos das três  
 fases, por órgão executor

Período : 1999/2005

US\$ 1,000,00

EXECUTORES	1ª FASE			2ª FASE		3ª FASE		TOTAL DAS 3 FASES	%
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005		
MS/FNS	2.589	2.224	2.002	8.510	6.290	6.728	3.633	31.976	52,42
SEC. EST. DE SAÚDE	292	305	271	584	432	462	250	2.596	4,26
SEC. MUN. DE SAÚDE	589	544	471	2.003	1.481	1.584	855	7.527	12,34
INST. PÚBLICAS	393	372	318	1.352	1.000	1.069	577	5.081	8,33
INST. PRIVADAS	442	415	357	1.516	1.121	1.199	648	5.698	9,34
ORG. INTERNACIONAIS	608	408	400	2.269	1.676	1.793	968	8.122	13,31
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>4.913</b>	<b>4.268</b>	<b>3.819</b>	<b>16.234</b>	<b>12.000</b>	<b>12.835</b>	<b>6.931</b>	<b>61.000</b>	<b>100,00</b>

ÁREA PROGRAMÁTICA: Atenção à Saúde das Populações Indígenas  
 PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA/FINANCEIRA  
 QUADRO 2.4

### PROJETO VIGISUS

Distribuição consolidada dos recursos das três fases,  
 por fonte de financiamento

Período : 1999/2005

US\$ 1.00

FONTES DE FINANCIAMENTO	1ª FASE			2ª FASE		3ª FASE		TOTAL DAS 3 FASES	%
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005		
BIRD	2.456.000	2.134.000	1.910.000	8.117.000	6.000.000	6.417.500	3.465.500	30.500.000	50,00
MS/FNS	2.384.970	2.065.640	1.849.490	7.892.370	5.833.900	6.239.850	3.369.570	29.635.790	48,58
SES	14.600	15.250	13.550	29.200	21.600	23.100	12.500	129.800	0,21
SMS	53.010	48.960	42.390	180.270	133.290	142.560	76.950	677.430	1,11
INST. PRIVADAS	4.420	4.150	3.570	15.160	11.210	11.990	6.480	56.980	0,10
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>4.913.000</b>	<b>4.268.000</b>	<b>3.819.000</b>	<b>16.234.000</b>	<b>12.000.000</b>	<b>12.835.000</b>	<b>6.931.000</b>	<b>61.000.000</b>	<b>100,00</b>

**11. INFORMAÇÕES  
COMPLEMENTARES  
(DEFINIÇÕES)**

### **11.1. Postos de Saúde Indígenas**

São estabelecimentos que prestam atenção primária à saúde e têm competência para referência para outros estabelecimentos de maior complexidade do sistema. Contam com os seguintes ambientes básicos: sala de espera, sala de imunizações, consultório e sala de curativos.

Para sua construção, são utilizados, na maioria das vezes, sistemas tradicionais: alvenarias, esquadrias de madeiras, cobertura com telhas cerâmicas. Os sistemas construtivos podem, entretanto, ser adaptados a condições específicas de cultura, clima e acesso. Os postos originalmente construídos por outras instituições utilizaram sistemas construtivos mais rudimentares e hoje encontram-se em sua maioria deteriorados. A experiência mostra que, na intenção de apenas reformá-los, realizam-se, na prática, novas construções.

Estão programadas reformas/construções de postos, com aproximadamente 80 metros quadrados de área construída, ao custo médio de 500 dólares por metro quadrado.

### **11.2. Casas do Índio**

São estabelecimentos que hoje pretendem prestar a atenção primária e secundária à saúde, em complementação à rede do SUS, no sentido de atender às especificidades que a saúde do índio requer. Até recentemente essas casas tinham a função apenas de alojar e apoiar as populações indígenas em trânsito. Suas áreas construídas variam de 400 a 800 metros quadrados. Em função da deterioração física existente, serão priorizados projetos de reformas ao custo médio unitário de 170 mil dólares.

### **11.3. Sistema de Abastecimento de Água e Melhorias Sanitárias**

São projetos que visam à redução das doenças de veiculação hídrica através da melhoria e qualidade da água e destino adequado dos dejetos. Os primeiros são constituídos de sistemas de captação de água superficial ou subterrânea, reservatório e rede de distribuição. Os últimos constam de *kits* sanitários (privada de fossa seca), tanques e chafarizes.

#### 11.4. Banco de Dados de Antropologia em Saúde Indígena

A criação de um banco de dados antropológicos visando à adequação das ações tem como justificativa fundamental a determinação constitucional (Artigo 231 da Constituição Brasileira) que reconhece aos índios "sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições...". À guisa de justificativa complementar, cabe destaque para os seguintes dados:

- a) no Brasil, existem mais de 200 sociedades indígenas, que falam 180 línguas pertencentes a 35 famílias lingüísticas diferentes. Essa diferenciação no nível lingüístico diz respeito ao vocabulário, às configurações fonético-fonológicas, morfológicas e sintáticas. Tais diferenças lingüísticas refletem a diversidade de recortes cognitivos do mundo real e imaginário, de ordenamentos de valores, portanto de sistemas de representações onto-cosmológicas, de etno-saberes e etno-práticas (de etnomedicinas entre estes). Os dados lingüísticos, de cosmologia e de etnomedicina, por exemplo, são de grande importância para definir o modelo mais produtivo de abordagem da educação em saúde, os conteúdos a serem priorizados, as técnicas mais apropriadas na produção de materiais didáticos;
- b) a implantação ecológica, geográfica e territorial das populações, as características de sua organização econômica e política, a história demográfica, são fatores co-determinantes do seu nível de saúde e de vida. Diferenças quanto aos modelos da relação homem/meio ambiente, da organização da vida produtiva, no tipo de assentamento e de habitação, por exemplo, são aspectos relevantes para definição de estratégias diversificadas de controle de endemias infecto-parasitárias como malária, leishmaniose, dengue, junto a grupos que sejam predominantemente caçadores-coletores, ou agricultores de auto-sustento, ou "bóias-frias" (ênfase no controle de vetores extra, peri ou endodomiciliar; ênfase no diagnóstico/tratamento precoce; ou no acesso aos serviços, etc.); e

- c) dados sobre a organização social e política são subsídios indispensáveis a um gestor de projetos na adequada condução das negociações, implicada pelas práticas locais de controle social.

O projeto de banco de dados antropológicos visa suprir os gestores das ações com subsídios que possam garantir às ações propostas uma maior organicidade e eficácia. Ele propõe a compilação, o processamento e a aplicação de informações e conhecimentos já produzidos pela etnografia e a etnologia no Brasil, a respeito dos diferentes aspectos com valor estratégico para a implementação da política de saúde entre as populações indígenas.

#### 11.5. **Constituição dos Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (NISIs)**

Eles consistem em grupos de trabalho compostos por representantes das diferentes agências governamentais ou não governamentais que desenvolvem ações de saúde em áreas indígenas e representantes das organizações indígenas. Esses NISIs funcionarão como instâncias catalisadoras do surgimento dos Conselhos regionais/locais de saúde indígena onde ainda não tenham sido instalados. Sua constituição tem de ser transitória, limitada à fase de implantação do Sistema de Saúde Indígena em conformidade com o paradigma técnico-assistencial sanitário. A criação dos Conselhos de Saúde é uma exigência legal para a construção do SUS (Lei nº 8.142, de 28/12/1990). Os Conselhos e a sua figura precursora - os NISIs são instrumentos concebidos para garantir a participação efetiva da sociedade na gestão e não somente no uso dos serviços de saúde. A criação dos NISIs foi estimulada pela Portaria nº 540, de 18/05/1993, do Ministério da Saúde, que determinou o seu reconhecimento como instância de:

- a) promoção de estudos e de formulação de medidas visando ao aperfeiçoamento de programas e ações voltadas para a saúde indígena (promoção, proteção e recuperação);
- b) supervisão de programas e ações;
- c) articulação interinstitucional; e
- d) promoção da articulação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas criados no âmbito de cada Estado.

O caráter dos NISIs, tal como concebidos para a presente proposta, ultrapassa os aspectos contemplados pela Portaria nº 540, na medida em que eles terão competência terminal, não só na formulação mas, também, na decisão (aprovação) de diretrizes e estratégias, no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos financeiros (Art. 1º, § 2º, da Lei nº 8.142). A representação dos usuários nos NISIs será como a dos mesmos nos conselhos que os sucederão: paritária em relação ao conjuntos dos demais segmentos (§ 4º).

A diferença entre os NISIs e o Conselho será estabelecida uma vez que a existência desses será formalizada por regulamentação específica.

#### **11.6. Planejamento Pactuado Local ou Regional da Saúde Indígena**

O planejamento pactuado integrado local ou regional é um instrumento metodológico adotado pela COSAI pelo qual se procura: 1) identificar, através do múltiplo enfoque, os problemas que afetam uma determinada população; 2) hierarquizá-los conforme critérios de viabilidade; 3) priorizar as ações a serem desenvolvidas; e 4) definir as atribuições e responsabilidades das diversas instituições governamentais e não governamentais que atuam numa determinada localidade ou região junto à população indígena.