

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

GERALDO SCHNEIDER DE MELLO

**Financiamento em Saúde Indígena: uma análise dos Planos Distritais de Saúde
do Interior Sul e do Litoral Sul**

PORTO ALEGRE – RS

2020

GERALDO SCHNEIDER DE MELLO

**Financiamento em Saúde Indígena: uma análise dos Planos Distritais de Saúde
do Interior Sul e do Litoral Sul**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico) junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa
ORIENTADOR

PORTO ALEGRE – RS, 2020

GERALDO SCHNEIDER DE MELLO

**Financiamento em Saúde Indígena: uma análise dos Planos Distritais de Saúde
do Interior Sul e do Litoral Sul**

Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa
ORIENTADOR

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGCol da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS como requisito parcial para obtenção de grau de Mestre em Saúde Coletiva, aprovada pela Banca Examinadora composta pelos Professores:

Prof^ª. Dra. Aline Blaya Martins
Professora Examinadora - UFRGS

Prof^ª. Dra. Cristina Arthmar Mentz Albrecht
Professora Examinadora - FURG

Prof. Dr. Ronado Bordin
Professor Examinador - UFRGS

PORTO ALEGRE – RS, 2020

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Arlindo de Mello e Davina Noeli Schneider de Mello, por terem me ensinado que educação é o alicerce para sustentação de tudo;

Aos meus amores Léia Gonchoroski Machado de Mello (esposa), Gabrieli Machado de Mello (filha) e Giovanna Machado de Mello (filha), que vêm me apoiando sempre nessa caminhada acadêmica, mesmo nos meus momentos de maior ausência;

Ao meu orientador Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa, que tive o privilégio de conhecer e admirá-lo pela excelência, competência e paciência. Sou imensamente grato por todo o tempo dedicado e toda a resiliência que sempre tiveste comigo.

CIP - Catalogação na Publicação

Mello, Geraldo S.
FINANCIAMENTO EM SAÚDE INDÍGENA NOS DISTRITOS

SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS INTERIOR SUL E LITORAL SUL / Geraldo S. Mello. --
2020.

90 f.

Orientador: Roger Dos Santos Rosa.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2020.

1. Saúde indígena;. 2. Financiamento em Saúde;. 3. Sistema Locais de Saúde;. 4. Administração e Planejamento em Saúde;. I. Rosa, Roger Dos Santos, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

RESUMO

Os povos indígenas possuem vulnerabilidades próprias que demandam um modelo de gestão de saúde que contemple suas necessidades étnico-culturais. A atenção à saúde indígena deve primar pela diferenciação assistencial que considere o caráter multiétnico dos indígenas. Com a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), surgiu a necessidade de uma estrutura administrativa que atendesse as demandas da saúde indígena. A Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) foi criada considerando a descentralização dos recursos administrativos, gerenciais, financeiros e orçamentários do Ministério da Saúde para os DSEI, com a finalidade de contemplar essa pluralidade étnica e especificidades loco-regionais. Em vista disto, o presente estudo tem como objetivo analisar os Planos Distritais de Saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (PDSI) Interior Sul e Litoral Sul no período de 2012 a 2015. Utilizou-se como fonte de dados o PDSI do DSEI Interior Sul e o PDSI do DSEI Litoral Sul, ambos relativos a 2012-2015. Trata-se de um estudo de cunho documental quali-quantitativo realizado a partir da análise da dotação orçamentária de gestão compartilhada dos DSEIs. Foram criadas planilhas para avaliação do comprometimento do financiamento de saúde com as despesas de custeio e de capital. Demonstrou-se preponderância com gastos de custeio em terceirizações com atividades administrativas e gerenciais em ambos os DSEIs nos períodos de análises. Após a descentralização dos recursos da SESAI, evidenciaram-se incrementos de repasses públicos à iniciativa privada. A autonomia e a descentralização orçamentária para a operacionalização da assistência de saúde indígena deveriam implicar na afirmação do setor público em relação aos gastos com o setor privado e a importância da manutenção da função do Estado como provedor e administrador dos recursos públicos ao invés de repasses para iniciativa privada.

DESCRITORES: Saúde indígena, Financiamento em Saúde, Sistema Locais de Saúde, Administração e Planejamento em Saúde

ABSTRACT

Indigenous peoples have their own vulnerabilities that demand a health management model that addresses their ethnic-cultural needs. Attention to indigenous health must excel in the assistance differentiation that considers the multiethnic character of the Indians. With the creation of the Special Indigenous Health Districts (DSEI), the need for an administrative structure that met the demands of indigenous health emerged. The Secretariat of Indigenous Health (SESAI) was created considering the decentralization of the Ministry of Health's administrative, managerial, financial and budgetary resources to the DSEI, with the purpose of contemplating this plurality of ethnicity and loco-regional specificities. In view of this, the present study aims to analyze the District Health Plans of the Special Indigenous Sanitary Districts (PDSI) Interior Sul and Litoral Sul from 2012 to 2015. The PDSI of the DSEI Interior and the PDSI of the DSEI Litoral Sul were used as data source, both related to 2012-2015. It is a qualitative and quantitative documentary study carried out based on the analysis of the budgetary allocation for shared management of the DSEIs. Spreadsheets were created to assess the commitment of health financing to current and capital expenditures. There was a preponderance of costing expenses in outsourcing with administrative and managerial activities in both DSEIs during the period analysis. After the decentralization of SESAI resources, there was an increase in public transfers to the private sector. Budgetary autonomy and decentralization for the operationalization of indigenous health care should imply the affirmation of the public sector in relation to expenditures with the private sector and the importance of maintaining the role of the State as provider and administrator of public resources to the public rather than transfer to private initiative.

KEY WORDS: Indigenous Health, Health Financing, Local Health Systems, Planning and Health Administration

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Despesas de Custeio do DSEI Interior Sul (DSEI ISul - Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS) - 2012-2015 (em R\$).....	36
Tabela 1.1 - Despesas com Material de Consumo do DSEI Interior Sul (DSEI ISul - Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS) - 2012-2015 (em R\$).....	38
Tabela 1.2 - Despesas com Diárias - pessoal civil - DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS) - 2012-2015 (em R\$).....	40
Tabela 1.3 - Despesas com Passagens e Locomoção - DSEI Interior Sul (DSEI ISul - Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS) - 2012-2015 (em R\$).....	41
Tabela 1.4 - Despesas com Locação de Mão-de-obra do DSEI Interior Sul (DSEI ISul - Gestão DSEI Isul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS) - 2012-2015 (em R\$).....	42
Tabela 1.5 - Despesas de Capital com Obras e Instalações - DSEI Interior Sul (DSEI ISul - Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS) - 2012-2015 (em R\$).....	46
Tabela 1.6 - Despesas de Custeio e de Capital do DSEI Interior Sul (DSEI ISul - Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS) - 2012-2015 (em R\$).....	49
Tabela 1.7 - Despesas de Custeio do DSEI Litoral Sul (DSEI LiSul - Gestão (DSEI Isul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ) - 2012-2015 (em R\$).....	51
Tabela 1.8 - Despesas com Passagens e Locomoção - DSEI Litoral Sul (DSEI LiSul - Gestão DSEI Isul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ) - 2012-2015 (em R\$).....	53
Tabela 1.9 - Despesas com Locação de Mão-de-obra do DSEI Litoral Sul (DSEI LiSul - Gestão DSEI ISul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ) - 2012-2015 (em R\$).....	55
Tab 1.10 - Despesas de Capital com Obras e Instalações do DSEI Litoral Sul (DSEI LiSul - Gestão DSEI ISul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ) - 2012-2015 (em R\$).....	59

Tabela 1.11 - Despesas de Capital e de Custeio do DSEI Litoral Sul (DSEI LiSul - Gestão DSEI ISul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ) - 2012-2015 (em R\$).....61

Tabela 1.12 - Despesas planejadas por categoria econômica do DSEI Interior Sul (Gestão ISul SC-RS e LiSul SC-RS) e do DSEI Litoral Sul (Gestão ISul PR-SP e LiSul PR-SP-RJ), 2012-2015. (em R\$).....67

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 2 - Despesas de Custeio do DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS) - 2012-2015 (em R\$).....	37
Gráfico 2.1 - Despesas com Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica - DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS) - 2012-2015 (em R\$)..	44
Gráfico 2.2 - Despesas com Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física - DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS) - 2012-2015 (em R\$)..	45
Gráfico 2.3 - Despesas de Capital do DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS) - 2012-2015 (em R\$).....	46
Gráfico 2.4 - Despesas de Capital Equipamento e Material Permanente - DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS) - 2012-2015 (em R\$).....	48
Gráfico 2.5 - Despesas com Material de Consumo do DSEI Litoral Sul (Gestão DSEI ISul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ) - 2012-2015 (em R\$).....	52
Gráfico 2.6 - Despesas com Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Física do DSEI Litoral Sul (Gestão DSEI ISul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ) - 2012-2015 (em R\$).....	54
Gráfico 2.7 - Despesas com Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica do DSEI Litoral Sul (Gestão DSEI ISul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ) - 2012-2015 (em R\$).....	56
Gráfico 2.8 - Despesas de Capital do DSEI Litoral Sul (Gestão DSEI ISul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ) - 2012-2015 (em R\$).....	58
Gráfico 2.9 - Despesas com Equipamentos e Material Permanente - DSEI Litoral Sul (Gestão DSEI ISul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ).....	60

LISTA DE FIGURAS

Figura 3 - Mapa da distribuição territorial dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.....	21
Figura 3.1 - Mapa territorial do Distrito Sanitário Especial Indígena do Litoral Sul....	25
Figura 3.2 - Mapa territorial do Distrito Sanitário Especial Indígena do Interior Sul...	28

LISTA DE QUADROS

Quadro 4 – Série histórica do sistema de atendimento a saúde indígena brasileiro.....	18
Quadro 4.1 – Características dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas do Litoral Sul e Interior Sul.....	26

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

AIS - Agentes Indígenas de Saúde

AISAN - Agentes Indígenas de Saneamento

CASAI - Casas de Saúde do Índio

CF - Constituição Federal

CISI - Comissão Intersetorial de Saúde do Índio

CNPSP - Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CONDISI – Conselho Distrital de Saúde Indígena

DSEI - Distritos Sanitários Especiais Indígenas

DSEI ISul - Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul

DSEI LISul – Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul

EMSI - Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena

EVS - Equipes Volantes de Saúde

FUNAI - Fundação Nacional do Índio

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

MPOG - Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão

MS - Ministério da Saúde

ONGs – Organizações Não-governamentais

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OSs - organizações Sociais

PDSI – Plano Distrital de Saúde Indígena

PNASPI - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

RS – Rio Grande do Sul

SASI-SUS - Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SC – Santa Catarina

SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena

SPI - Serviço de Proteção aos Índios

SUS - Sistema Único de Saúde

SUSA - Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 2 – OBJETIVOS.....	17
2.1 Objetivo Geral	17
2.2 Objetivos Específicos	17
CAPÍTULO 3 – REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO	18
3.1 História do Sistema Indígena de Saúde No Brasil	18
3.2 Distritalização da Saúde Indígena.....	20
3.3 A Gestão das Conveniadas e a criação da SESAI.....	23
3.4 O Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul.....	24
3.5 O Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul.....	27
3.6 Financiamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.....	28
3.7 Gestão Compartilhada dos DSEI Isul E Lisul.....	30
CAPÍTULO 4 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	33
CAPÍTULO 5 - RESULTADOS.....	35
5.1 Dotações Orçamentárias do Plano Distrital de Saúde Indígena Interior Sul – Gestão ISul RS-SC e LiSul RS-SC.....	35
5.1.1 <i>Despesas de custeio do Plano Distrital Saúde Indígena do Interior Sul.....</i>	36
5.1.2 <i>Despesas de capital do Plano Distrital Saúde Indígena do Interior Sul.....</i>	45
5.2 Dotações Orçamentárias do Plano Distrital de Saúde Indígena Litoral Sul.....	50
5.2.1 <i>Despesas de custeio do Plano Distrital de Saúde Indígena Litoral Sul.....</i>	50
5.2.2 <i>Despesas de capital do Plano Distrital de Saúde Indígena Litoral Sul.....</i>	57

CAPÍTULO 6 - TERCEIRIZAÇÃO NA GESTÃO PÚBLICA	62
CAPÍTULO 7 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	65
7.1 Limitações do Estudo.....	68
CAPÍTULO 8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS	73
 ANEXO A – Proposta de capítulo de livro submetida para o livro "A Saúde Indígena no Brasil: diálogos, interculturalidade e cuidado" no âmbito do Edital nº 03/2019 da Editora Rede Unida.....	 79

1. INTRODUÇÃO

Esta dissertação situa-se no campo das políticas de saúde dirigidas às populações indígenas com foco na região Sul do Brasil. Traz como marco a *Constituição Federal* de 1988 e os subseqüentes desdobramentos das políticas públicas para o financiamento do subsistema de saúde indígena.

O reconhecimento por parte do Estado brasileiro dos direitos e especificidades das populações indígenas no país, assim como a sua inserção nas políticas públicas no sistema nacional de saúde sob a forma de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, ocorreu somente em 1999 com a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) estabelecidos pelo Ministério da Saúde com ações executadas pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA, 2004).

O poder público brasileiro tem dificuldades para interagir com os povos indígenas, pois desconhece muitas de suas práticas e especificidades. Via de regra, os programas governamentais estão focados em atender populações não-indígenas gerando, ainda que involuntariamente, barreiras para as populações indígenas.

Esses povos possuem vulnerabilidades próprias que demandam um modelo de gestão do sistema de saúde que as contemple. Ou seja, que seu atendimento seja ordenado segundo as necessidades étnico-culturais. A atenção à saúde indígena deve primar pela diferenciação assistencial que considere o caráter multiétnico dos índios.

Os princípios e diretrizes dessa proposta baseiam-se na ampliação do conceito de saúde, assim como na universalização e na integralização do conjunto das ações e serviços de saúde pública em busca de equidade de acesso. Neste contexto, foi formulada a proposta de distritalização dos serviços de saúde como unidades operacionais e administrativas mínimas do sistema de saúde. Tal proposta repousa na criação de um modelo de atenção operacionalmente baseado no controle preventivo e na gestão da saúde de determinados grupos populacionais (MENDES, 1999).

Ainda, se fez necessária a criação de instâncias colegiadas (e paritárias entre o segmento dos usuários e os segmentos dos profissionais de saúde, prestadores de serviço e representantes governamentais) para a coordenação do conjunto das ações em saúde nas áreas distritais. A formação dos Conselhos de Saúde ca-

racterizaria o “controle social”, ou seja, a participação da sociedade civil por meio das suas representações na gestão das políticas públicas. Essa participação destina-se a acompanhar a execução das ações em saúde e a canalizar as reivindicações coletivamente priorizadas e definidas no âmbito das diversas instâncias de representação indígenas (local, distrital, regional), conforme dispõe a Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Com a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) houve a necessidade de um orçamento que pudesse operacionalizar essa assistência. Foram criados mecanismos de controle financeiro por parte do governo federal, destacando-se a implantação do Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI), utilizado como principal instrumento para financiamento da Saúde Indígena brasileira.

Contudo, a descontinuidade no fluxo de recursos financeiros para os DSEI, além de problemas logísticos que dificultam o deslocamento dos profissionais para atuar nas aldeias indígenas regularmente, é um dos entraves enfrentados pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) em sua prestação de saúde aos povos indígenas.

Nas regiões Sul e Sudeste, o DSEI Interior Sul abrange comunidades indígenas nos estados do Paraná, Santa Catarina, São Paulo e Rio Grande do Sul. Já o DSEI Litoral Sul atende comunidades nos estados de Rio Janeiro e também no Paraná, Santa Catarina, São Paulo e Rio Grande do Sul. Esses Distritos têm uma articulação administrativa bastante singular na administração pública:

A Portaria 32/2012 autoriza os DSEI Interior Sul e DSEI Litoral Sul a realizar atos de gestão orçamentária e financeira que atendam áreas indígenas em Estados federativos comuns aos DSEIs, demonstrando sua conveniência e oportunidade para uma melhor eficiência na gestão do DSEI Interior Sul e do DSEI Litoral Sul, devidamente justificada e subscrita conjuntamente pelas respectivas autoridades administrativas (BRASIL, 2012).

Em decorrência, ficou sob responsabilidade do DSEI Interior Sul a gestão financeira e orçamentária das ações destinadas às comunidades indígenas localizadas nos estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Já o DSEI Litoral Sul está responsável pelas comunidades dos Estados do Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro. Ou seja, a base territorial da gestão financeira e orçamentária não é a mesma base territorial das demais ações administrativas.

Então, o DSEI Interior Sul no âmbito da SESAI delimita suas responsabilidades territoriais como sendo abrangentes no interior dos Estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e São Paulo. Já a faixa litorânea abrangente dos Estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro estaria sob responsabilidade do DSEI Litoral Sul com predominância étnica Guarani.

Acrescente-se que, durante a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena,

Priorizava-se, na época, a compra de serviços de entidades privadas para efetuar a prestação de serviços de saúde e reduzir o escopo das instituições públicas. Nesse contexto, o perfil de atuação do poder público era entendido mais como de monitoramento e de fiscalização dos serviços prestados pelas entidades privadas (SOARES, 2008).

Além dos dados e informações divulgados sobre o financiamento da saúde indígena serem insuficientes, pouco se conhece sobre a aplicação dos recursos financeiros nos grupos populacionais indígenas.

A situação deve-se à exiguidade de investigações, dos poucos estudos e censos realizados, e da precariedade dos sistemas de informação em termos de acompanhamento de repasses, dispondo-se somente de dados parciais. Portanto, diante da dinâmica apresentada, no que se refere à administração orçamentário-financeira, esse estudo tem como pergunta norteadora: Quais foram os investimentos em saúde indígena realizados, segundo os Planos Distritais de Saúde Indígena do DSEI Interior Sul e do DSEI Litoral Sul, no período de 2012 a 2015?

Trata-se de uma análise da distribuição das dotações orçamentárias sob a ótica da gestão compartilhada do DSEI Interior Sul e do DSEI Litoral Sul.

O trabalho visa aprofundar o conhecimento sobre o compartilhamento de elementos orçamentário-financeiros da atenção à saúde indígena. Busca-se analisar o aporte de recursos financeiros e suas aplicações no território de dois DSEI que assegurem um subsistema de saúde específico para atender essas populações indígenas.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Analisar o financiamento em saúde dos Planos Distritais de Saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) do Interior Sul e do Litoral Sul no período de 2012 a 2015.

2.2 Específicos

2.2.1 Descrever a distribuição das dotações orçamentárias sob a ótica da gestão compartilhada dos DSEI Interior Sul e DSEI Litoral Sul.

2.2.2 Identificar os valores por elemento de despesa nos Planos Distritais de Saúde de ambos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

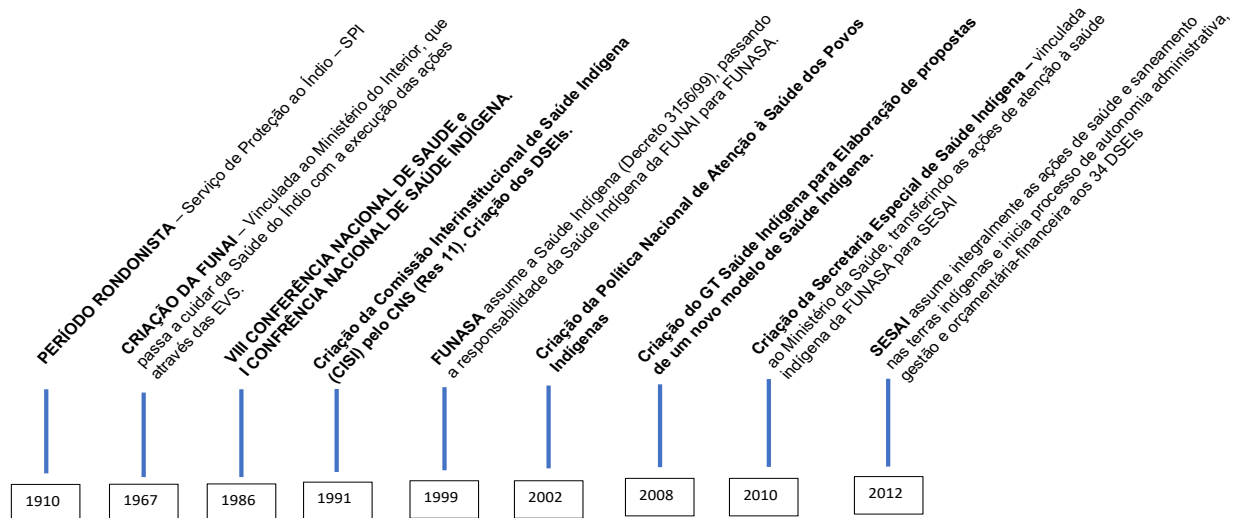
3 CONTEXTO DO ESTUDO

Neste capítulo, apresentam-se aspectos sobre: (i) História do Sistema de Saúde Indígena no Brasil; (ii) Distritalização da Saúde Indígena; (iii) A Gestão das Conveniadas e a criação da SESA; (iv) O Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul; (v) O Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul; e (vi) Financiamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

3.1 HISTÓRIA DO SISTEMA INDÍGENA DE SAÚDE NO BRASIL

O processo de implantação de uma política voltada à saúde indígena organizada sob a forma de distritalização, com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), surgiu com a necessidade de mudança das práticas sanitárias estabelecidas até 1987 (ATHIAS *et al.*, 2001).

Quadro 4 – Serie histórica do sistema de atendimento da saúde indígena brasileiro



Fonte: autor

As políticas do Estado dirigidas às populações indígenas que visavam a assistência à saúde, educação, direitos à terra, direitos econômicos, proteção à cultura entre outros, estavam sob responsabilidade do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) até meados de 1967. A partir deste ano, as atribuições foram repassadas à

FUNAI (Fundação Nacional do Índio), criada durante o regime militar com o âmbito de substituir o SPI (GARNELO, 2012).

O modelo de serviço de atenção à saúde indígena implantado pela FUNAI passou por diversas dificuldades na década de 70, após a crise financeira do Estado. As Equipes Volantes de Saúde (EVS), compostas por auxiliares e atendentes de enfermagem, haviam sido criadas com o objetivo de realizarem visitas e assistência de saúde às comunidades indígenas. Contudo, com o decorrer dos anos, fixaram-se nas sedes administrativas regionais devido a falta de planejamento de ações voltadas às diferenças culturais, fragilizando o atendimento à saúde dessas populações (BRASIL, 2002).

O fracasso da implantação do sistema de saúde estabelecido pela FUNAI, que desconsiderava a diversidade e as diferenças etnoculturais existentes no Brasil, somado à falta de suporte técnico e financeiro para o desenvolvimento de ações voltadas a essas diversidades e as insatisfações e reivindicações de órgãos não-governamentais e indígenas, demandou a necessidade de mudança desta política indigenista (GARNELO, 2012; BRASIL, 2002).

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, foi um marco histórico para o início da implantação da reforma sanitária no Brasil. A saúde indígena ganhou destaque pela luta de diversos profissionais para que a mesma estivesse em pauta nesta reforma. Assim, para que suas demandas fossem consideradas na inclusão dos indígenas aos direitos à saúde, nos anos 1980 criou-se o “Movimento Sanitário Indigenista” (CHAVES *et al.*, 2006). Por meio deste movimento, durante a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, promoveu-se a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas (CNPSPI) com o intuito de acrescentar e discutir a reforma dos direitos à saúde das populações indígenas.

A partir de então, estes movimentos possibilitaram mudanças que ocorreram na IX Conferência Nacional de Saúde em 1992, aprovando um Modelo de Atenção à Saúde Indígena diferenciado vinculado ao SUS (CHAVES *et al.*, 2006). A definição das diretrizes da política nacional de saúde dos povos indígenas foi estabelecida durante a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas em 1993. Serviu também para atualizar as recomendações da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas, em conformidade com o SUS (CARDOSO *et al.*, 2010).

Com as movimentações e reivindicações por mudanças no âmbito de atenção à saúde indígena no Brasil, a Constituição Federal de 1988, além de criar o Sistema Único de Saúde, estabeleceu a inclusão do indígena como sujeito de direito civil. Assegurou-lhes direito à terra, atenção e respeito voltado às suas diferenças etnoculturais e à garantia de atenção integral e específica na saúde (GARNELO, 2012).

Com a abrangência da saúde indígena também no âmbito do Sistema Único de Saúde, a responsabilidade pela mesma é transferida, no Governo Collor, pelo Decreto nº 23/1991, da FUNAI, então vinculada ao Ministério da Justiça, para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), vinculada ao Ministério da Saúde, com o objetivo de reformular o modelo de atenção à saúde indígena (BRASIL, 2002).

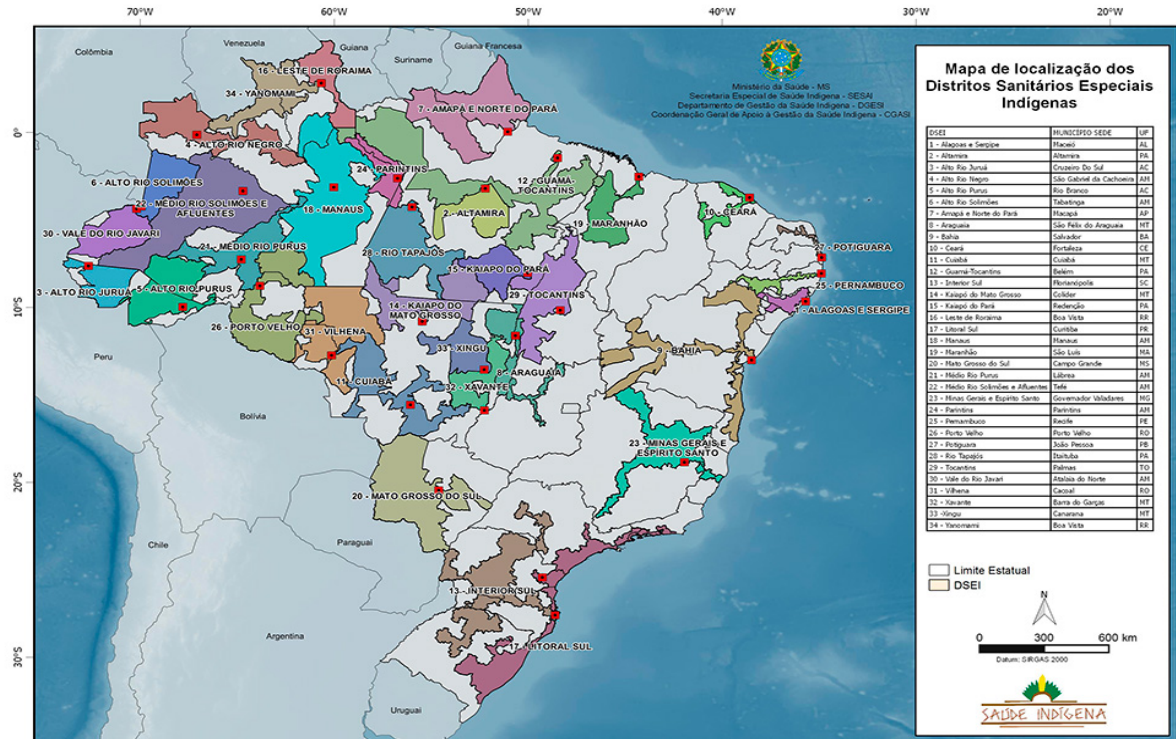
3.2 DISTRITALIZAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA

Desde a realização da I e II Conferências Nacionais de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas, respectivamente em 1991 e 1993, houve a proposta de criação do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) como unidade administrativa descentralizada, considerada adequada para o atendimento diferenciado à saúde da população indígena (DIEHL *et al.*, 2015). Como novo modelo de organização, considerava que essas necessidades eram decorrentes de suas peculiaridades culturais, linguísticas e étnicas. Tendo em vista estas características, o DSEI possibilitaria a instituição da promoção, atenção, proteção e recuperação da saúde do indígena com a participação do mesmo na formulação destas políticas (ATHIAS *et al.*, 2001).

Logo após a constituição dos DSEIs, a execução das ações de saúde indígena estava a cargo da FUNASA. Entretanto, pela carência de recursos humanos e logísticos, esta fundação repassou a responsabilidade a Organizações Não-governamentais (ONGs) por meio de convênios (DHIEL *et al.*, 2003).

A projeção e efetivação dos DSEIs ocorreram de maneira heterogênea em todo o território brasileiro, o que tornou a autonomia desses distritos em âmbito nacional bastante peculiar, a partir das especificidades locais. Além disso, os DSEIs compartilhavam obstáculos semelhantes, tais como, os desafios para a sua efetivação de modelo assistencial.

Figura 3 - Mapa da distribuição territorial dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas



Fonte: <https://www.saude.gov.br/saude-indigena/saneamento-e-edificacoes/dseis>

Para que fosse assegurada a participação dos indígenas na organização de ações voltadas para a sua saúde, criou-se, em 1991, a Comissão Intersectorial de Saúde do Índio (CISI), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). Observou-se, então, em 1993, a necessidade da formação de Conselhos Locais Indígenas, visando garantir sua participação na assistência ao CNS durante a elaboração de políticas públicas voltadas à saúde indígena. Todavia, no decorrer dos anos, não se obteve sucesso nessa iniciativa (DHIEL *et al.*, 2015).

Apesar de todos os esforços para a implantação deste novo modelo de subsistema, não houve ações de saúde e financiamento suficientes que atendessem as diferenças culturais e fatores favoráveis para sua inserção no contexto de saúde indígena neste período. Somente em 1999 foi aprovada a criação de um subsistema de Atenção à Saúde Indígena por meio da Lei Arouca (Lei nº 9.836/1999), que acrescentou o Capítulo V, arts. 19-A a 19-H, na Lei nº 8.080/1990 (GARNELLO, 2012).

A Lei Arouca estabelece a formação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no âmbito de um subsistema do Sistema Único de Saúde (SUS). Traz como objetivo o atendimento diferenciado às populações indígenas em suas terras, de forma descentralizada, por equipes de saúde multidisciplinar. Considera as especifi-

idades etnoculturais respeitando os preceitos descritos na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), que estão baseados nos princípios do SUS (BERTOLANI *et al.*, 2009).

Todavia, somente a partir do ano de 2000 e após o processo de implantação dos DSEIs, houve preocupação quanto à regulamentação do funcionamento da atenção à saúde indígena. Em 2002, o Ministério da Saúde, juntamente com a FUNASA, lançou a Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas (PNASI) por meio da Portaria n° 254/2002. Esta política foi implantada com o intuito de instituir as bases de ações dos DSEIs em um modelo diferenciado de atenção à saúde, considerando os aspectos etnoculturais dos povos indígenas com a finalidade de promoção, recuperação e proteção da saúde (BRASIL, 2002).

Em 2004 foram aprovadas as “Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas”, por intermédio da Portaria n° 70/2004 do Ministério da Saúde, a fim de complementar a PNASI e garantir os direitos dos povos indígenas ao atendimento integral à saúde (BRASIL, 2004).

Com o propósito de incluir os indígenas no processo de participação e planificação destas políticas, criaram-se em 1999 os Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena vinculados aos DSEIs. A partir de 2006, incluiu-se a representação de indígenas correspondendo a 50% da composição dos mesmos. Assim, a participação indígena nos processos de elaboração das políticas públicas garantiu a regulamentação do Agente Indígena de Saúde (AIS), facilitando a ligação entre a equipe de saúde e a comunidade indígena para o desenvolvimento das ações de saúde no âmbito do SUS (DHIEL *et al.*, 2015).

Ao Conselho Distrital Indígena (CONDISI) cabe a participação na elaboração e planejamento do Plano Distrital Indígena, ou seja, monitorar e analisar o orçamento e gestão, no âmbito dos DSEIs, na execução das ações de saúde bem como acompanhar a prestação de contas dos órgãos e instituições responsáveis por essas ações (GARCIA JR. *et al.*, 2016).

À Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) concedeu-se a responsabilidade de execução e de administração dos serviços de saúde indígena por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Para iniciar as atividades primárias de saúde na atenção básica indígena, foram criados 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, compostos de postos de saúde indígena e equipes de saúde distribuídos

em todo o território nacional de acordo com a sua etnicidade local e tronco linguístico (LANGDON, 2007).

3.3 A GESTÃO DAS CONVENIADAS E A CRIAÇÃO DA SESAI

A partir de 1999, houve um crescimento significativo de recursos financeiros aplicados para o desenvolvimento de ações na saúde indígena. Para a execução destes programas e admissão de profissionais para compor as equipes de saúde indígena, houve a necessidade de contratação de prestadores de serviços, em especial sendo privilegiadas as Organizações Não-governamentais (ONGs) (LANGDON, 2007; ATHIAS *et al.*, 2001).

Com a assistência à saúde dos povos indígenas em regiões de difícil acesso atrelada ao repasse de recursos a estas ONGs, fez-se necessário o estabelecimento de um controle social indígena. Conforme mencionado na seção anterior, em 1999, foram criados os Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena com o objetivo de que os próprios indígenas organizassem suas demandas locais com suas especificidades étnicas e estruturais (DHIEL *et al.*, 2015).

Entre os anos de 1999 a 2009, houve um aumento de doenças nas populações indígenas, dificuldade extrema em prestações de contas para o controle social, falta de regularidade em repasses e desarticulação por parte dos centros administrativos, apesar de a FUNASA, através dos convênios e terceirizações de ONGs, estar realizando a assistência e executando as ações de saúde aos indígenas (GARNELO *et al.*, 2005).

Contudo, a terceirização dos serviços de saúde indígena causou muita insatisfação por parte dos indígenas pelo fato de as conveniadas desconhecerem as necessidades locais e especificidades dessas populações. Em meio a protestos e desassistência à população-alvo, e conseqüentemente aumento dos agravos e dos coeficientes de mortalidade infantil, houve interferência do Ministério Público, criando Grupos de Trabalho para debater a situação da saúde desses povos (GARNELO *et al.*, 2004).

Os problemas relacionados com a gestão dos recursos, entre eles, a morosidade, a burocratização dos repasses federais, a incapacidade, por partes das conveniadas de gerenciar os mesmos, e a dificuldade em cumprir as diretrizes da Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas, foram situações desastrosas pa-

ra a FUNASA, denunciadas pelos próprios indígenas ao Ministério Público (RANGEL *et al.*, 2016).

Com todas essas dificuldades, sem progressos e avanços na gestão dos DSEIs e a interferência por parte dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena e de órgãos judiciais na cobrança para reestruturação do subsistema de Saúde Indígena, foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Por meio da Lei nº 12.314/10, a SESAI assumiu a gestão do Subsistema de Atenção da Saúde Indígena, até então sob responsabilidade da FUNASA, sendo necessário remodelar as responsabilidades dos atores envolvidos na gestão da saúde indígena (FERREIRA *et al.*, 2013).

A SESAI partiu da descentralização e da autonomia administrativa dos DSEIs com a missão de concretizar e implantar uma “nova saúde indígena”. Valorizando as especificidades culturais por intermédio de unidades gestoras distritais locais e do fortalecimento e da participação ativa dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena, repassando recursos com base no Plano Distrital de Saúde Indígena (FERREIRA *et al.*, 2013).

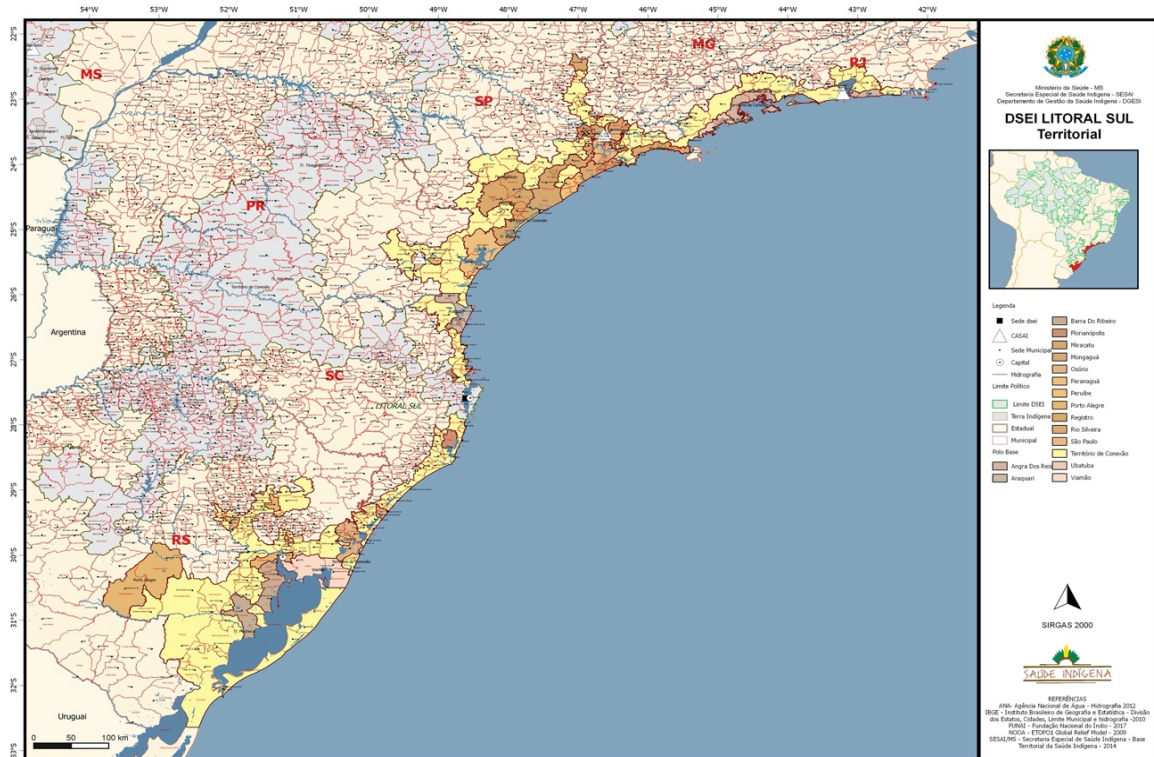
A Portaria nº 475/2011 do Ministério da Saúde delegou a competência ao Secretário Especial de Saúde Indígena para atuar como ordenador de despesas no que tange aos atos de gestão orçamentaria e financeira à conta dos recursos provisionados à SESAI para custeio e capital. A mesma portaria previa a possibilidade de descentralização de recursos em favor de outra unidade gestora, quando assim a permitirem, de acordo com as normas de administração financeira vigentes (BRASIL, 2011).

3.4 O DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA LITORAL SUL

A organização dos serviços de saúde indígena estrutura-se a partir de considerações sobre aspectos étnicos e culturais, acompanhado por dinamismo e características populacionais presentes no DSEI. Os DSEIs organizam-se com o objetivo de descentralizar as ações através de unidades básicas de saúde nas aldeias, polo-base como referência para um conjunto de aldeias e Casas do Índio, que abrigam indígenas em locais fora das aldeias no período do tratamento (SANTOS *et al.*, 2008).

Entre os principais aspectos que definem territorialmente os DSEIs estão as relações sociais interétnicas e a distribuição tradicional dos povos indígenas. Contudo, muitas vezes, essas características diferenciam-se dos limites geográficos estabelecidos dos estados e municípios.

Figura 3.1 - Mapa territorial do Distrito Sanitário Especial Indígena do Litoral Sul



Fonte: <https://www.saude.gov.br/saude-indigena/saneamento-e-edificacoes/dseis>

Os DSEIs deveriam considerar, para a sua organização, as áreas territoriais indígenas sob a sua responsabilidade, bem como, as necessidades de infraestrutura e de recursos humanos para a operacionalização das ações em saúde por meio da criação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) em cada Unidade Básica de Saúde e da promoção do programa de formação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS).

Esses critérios e outros fazem com que o estado do Rio Grande do Sul esteja vinculado a dois DSEIs: o DSEI Interior Sul (com sede no estado de Santa Catarina) e o DSEI-Litoral Sul (com sede no estado do Paraná). O DSEI tem como função organizar a rede de atenção básica dentro das áreas indígenas de forma integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com o SUS.

Nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas operacionalizam-se, em seu primeiro nível a atuação, as equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI). O foco primordial é a atuação do Agente Indígena de Saúde (AIS) nas aldeias, sendo que nos polos-base integra-se a EMSI composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos e médicos que atendem e intermediam, caso haja necessidade, para fora das terras indígenas, referenciando à Casa do Índio (CASAI) e posteriormente, articulando com os demais serviços do Sistema Único de Saúde (PONTES *et al.*, 2015).

O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Litoral Sul abrange os estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Possui uma população geral de 22.975 mil indígenas das etnias Guarani Tupi, Terena, Kaingang, Guarani, Krenak e Xetá, distribuídas em 129 comunidades indígenas. O atendimento é realizado por 15 equipes multidisciplinares de saúde indígena compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, cirurgião dentista, Agente Indígena de Saúde (AIS) e Agente Indígena de Saneamento (AISAN). As equipes estão distribuídas em polos-base em cidades destes estados. A sede do DSEI encontra-se em Curitiba, Paraná.

O DSEI possui ainda três Casas de Saúde Indígena (CASAI), localizadas nas cidades de Rio de Janeiro, São Paulo e Curitiba, para onde os indígenas são referenciados dos Polos-Base e posteriormente encaminhados de acordo com a complexidade do caso clínico (BRASIL, 2010).

No quadro a seguir, apresentam-se características de ambos os DSEIs, Litoral Sul e Interior Sul.

Quadro 4.1 – Características dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas do Litoral Sul e Interior Sul

	DSEI Litoral Sul	DSEI Interior Sul
População	22.975	63.118
Etnias	Guarani, Guarani-tupi, Terena, Kaingang, Krenak e Xeta	Kaingang, Guarani, Krenak e Terena
Comunidades indígenas	129	180
Número de EMSI	15	8
Cidades com CASAI	São Paulo e Curitiba	Sem CASAI
Sede dos DSEI	Curitiba (PR)	São José (SC)

Fonte: autor

3.5 O DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA INTERIOR SUL

O Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul possui sede na cidade de São José, Estado de Santa Catarina, e abrangem os estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (BRASIL, 2010).

Em 1999, o DSEI Interior Sul era financiado por prefeituras locais e pela ONG Projeto Rondon (Associação Estadual de Rondonistas de Santa Catarina) por meio de convênio com a FUNASA. Essas entidades responsabilizaram-se pela contratação de profissionais e compra de insumos para que os serviços de saúde de atenção básica fossem executados (COIMBRA JR. *et al.*, 2003).

Expressivos recursos foram repassados à ONG Projeto Rondon e igualmente para alguns municípios que abrangiam populações indígenas, via transferências do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais e Estaduais de Saúde ou por intermédio de convênios com a FUNASA. Esperava-se que pudessem suprir todos os serviços necessários para a saúde da população indígena, desde obras de saneamento até a construção de Unidades de Saúde em áreas indígenas (COIMBRA JR. *et al.*, 2003).

No Rio Grande do Sul, diferentemente de outros estados, através da Coordenação Regional do Estado optou-se por repassar um Fator de Incentivo à Atenção Básica dos Povos Indígenas aos municípios que contavam com populações indígenas. Este incentivo tinha como objetivo a contratação dos profissionais das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, visto que, a compra de insumos e materiais ficaria a cargo da Coordenadoria Regional da FUNASA (DIEHL *et al.*, 2003).

O DSEI Interior Sul possui uma população geral de 63.118 indígenas das etnias Kaingang, Guarani, Krenak e Terena distribuídas em 180 comunidades indígenas. O atendimento é realizado por 8 equipes multidisciplinares de saúde indígena composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, cirurgião dentista, Agente Indígena de Saúde (AIS) e Agente Indígena de Saneamento (AISAN) distribuídas em Polos-Base de cidades desses estados (BRASIL, 2010).

pela coordenação e execução das ações de saúde dentro de comunidades indígenas. A FUNASA, por sua vez, repassou essa responsabilidade às Organizações Não-Governamentais, prefeituras e entidades de caridade através de convênios e modelos congêneres.

As ações a serem desenvolvidas pelos DSEIs seriam financiadas pelos orçamentos da FUNASA e do Ministério da Saúde, podendo ser complementadas por organismos de cooperação internacional e da iniciativa privada (BRASIL, 2002). O financiamento dos DSEIs deveria estar de acordo com a população, situação epidemiológica e características da localização geográfica, considerando as especificidades da população indígena e contemplando assim, os princípios da Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080/90) (BRASIL, 2002).

O repasse dos recursos a saúde indígena devem estar atrelados ao planejamento operacional, estratégico e executivo dos DSEIs, cumprimento das metas com ampliação do recurso de acordo com o crescimento administrativo, capacidade de gestão do DSEI e disponibilidade orçamentaria (RAGGIO *et al.*, 2009).

A relação entre a capacidade gestora e o teto consignado para cada DSEI deve ser acompanhada pelo colegiado de gestão e debatida nos encontros nacionais de gestão da saúde indígena (RAGGIO *et al.*, 2009).

A missão da SESAI é implementar um modelo de gestão ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, descentralizando, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira e responsabilidade sanitária nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Dentre os objetivos da criação da SESAI estava fomentar o aprimoramento do financiamento da gestão orçamentaria e autonomia administrativa dos DSEIs, valorizando os Planos Distritais Indígenas como ferramenta primordial para o financiamento em saúde indígena (BRASIL/SESAI, 2010).

Diante das dificuldades apresentadas e vivenciadas pelo indígena brasileiro, é indispensável a adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e adequação da capacidade do Subsistema de Saúde Indígena neste país. Entende-se como necessário tornar factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação e controle social do SUS, sendo que, para que esses princípios possam ser efetivados, é crucial que a atenção à saúde considere as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos por meio de financiamento adequado (BRASIL, 2002).

3.7 GESTÃO COMPARTILHADA DOS DSEI ISUL E LISUL

O Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) é um instrumento de planejamento de ações de saúde utilizado pelo Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), que visa estabelecer objetivos, diretrizes e metas a serem executados em um período de quatro anos.

A criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) ocorreu em 2010. Teve por objetivo proporcionar autonomia plena de gestão administrativo-financeiro aos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que abrangem todas as terras indígenas do território nacional, o que aconteceu somente a partir de 2012. Devido à transição de gestão, administrativa financeira e operacional dos Distritos ocorridas neste ano, as dotações orçamentárias apresentaram déficits quando comparadas aos anos posteriores do mesmo plano distrital.

O Plano Distrital de Saúde Indígena, incluso no Plano Nacional de Saúde/Plano Plurianual 2012-2015 e conseqüentemente no Planejamento Estratégico da Secretaria Especial de Saúde Indígena, caracteriza-se como um instrumento para o desenvolvimento e aprimoramento do planejamento, orçamento e gestão dos Distritos, possibilitando a avaliação e monitoramento das ações de saúde indígena.

A autonomia de gestão financeira dos Distritos foi efetivamente descentralizada nos anos de 2013 a 2015 e, a partir de então, o PDSI tornou-se um instrumento de gestão primordial, uma vez que é elaborado de forma ascendente, ou seja, a partir dos Conselhos Locais das aldeias indígenas.

A criação dos DSEI em 1999 considerou a distribuição populacional territorialmente segundo características étnica-cultural, levando em consideração o tronco linguístico. Assim sendo, o DSEI do Interior Sul ficou situado na faixa do interior dos estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, com uma população geral de 63.118 indígenas das etnias Kaingang, Guarani, Krenak e Terena distribuídas em 180 comunidades indígenas, com predominância étnica populacional de Kaingang. Já ao DSEI do Litoral Sul coube ficar com uma abrangência na faixa litorânea incluindo os estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro, com predominância populacional do tronco linguístico-étnico Guarani.

Em 2012, com a Portaria nº 32, de 23 de maio de 2012, foi instituída uma nova configuração de gestão administrativa-orçamentária para os DSEI do Litoral Sul e do Interior Sul:

Considerando que o Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul (DSEI - Interior Sul/SESAI/MS) abrange comunidades indígenas localizadas nos Estados do Paraná, Santa Catarina, São Paulo e Rio Grande do Sul;

Considerando que o Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul (DSEI - Litoral Sul/SESAI/MS) abrange comunidades indígenas localizadas nos Estados do Rio de Janeiro e também do Paraná, Santa Catarina, São Paulo e Rio Grande do Sul; e

Considerando que ambos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas possuem Polos Base, Postos de Saúde e Casa de Saúde Indígena (CASAI) que atendem comunidades indígenas tanto do DSEI - Litoral Sul/SESAI/MS quanto do DSEI - Interior Sul/SESAI/MS, resolve:

Nº 32 - Art. 1º Fica subdelegada competência aos Chefes do Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul (DSEI-Interior Sul/SESAI/MS) e do Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul (DSEI-Litoral Sul/SESAI/MS) para realizarem atos de gestão orçamentária e financeira que atendam ambas as áreas de atuação das respectivas unidades administrativas. Parágrafo único. A competência subdelegada de que trata este artigo será exercida quando se mostrar conveniente e oportuna para maior eficiência da gestão do DSEI - Interior Sul/SESAI/MS e do DSEI - Litoral Sul/SESAI/MS, devidamente justificada e subscrita conjuntamente pelas respectivas autoridades administrativas (BRASIL, 2012).

Segundo a Portaria nº 32/2012, a distribuição da gestão administrativa-orçamentária dos DSEI ficou remodelada, tendo o DSEI Litoral Sul abrangência aos estados do Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro, tanto a faixa litorânea quanto o território do interior que contenha terras indígenas, com a sede distrital na cidade de Curitiba/PR.

O DSEI Interior Sul ficou responsável pelas terras indígenas localizadas nos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina tanto a faixa litorânea com predomínio populacional da etnia Guarani e do interior com predominância étnica Kaingang, com sede em Florianópolis/SC.

Os conselhos distritais indígenas, reconhecendo a configuração territorial original que levava em consideração o tronco linguístico e étnico, desaprovaram tal configuração territorial e mantiveram o controle social na forma original, ou seja, o Conselho Litoral Sul, com predominância do tronco Guarani, que propusera considerações ao DSEI Litoral, com conselheiros da faixa litorânea configurando ações voltadas ao DSEI Litoral Sul, enquanto o conselho distrital indígena do Interior Sul man-

teve sua configuração original com conselheiros do interior dos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e São Paulo.

Para efetivação do processo de gestão compartilhada, com a justificativa de melhores condições técnica, administrativa e logística para/com a assistência aos indígenas e melhor comprometimento e articulação das redes do SUS com o subsistema, faz-se necessário que as políticas de saúde indígena sejam descentralizadas e possuam condições logísticas e técnicas também descentralizadas para que possibilite a articulação com as redes de saúde mais próximas de suas bases.

Os Planos Distritais 2012-2015 foram elaborados e aprovados separadamente em seus respectivos conselhos distritais, o que trouxe condições únicas de gestão compartilhada tanto administrativa como de participação social.

O Plano Distrital de Saúde Indígena, elaborado pelos polos-base de vários estados (São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul) do DSEI Interior Sul, foi apresentado separadamente e aprovado no Conselho Distrital de Saúde Indígena do DSEI Interior Sul, considerando sua sócio-diversidade e suas particularidades. Este mesmo Plano Distrital apresenta gestão compartilhada com o DSEI Litoral Sul.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho é uma pesquisa aplicada (GERHARDT *et al.*, 2009, p.35) de cunho documental com uma abordagem quali-quantitativa. Referindo-se a abordagem qualitativa, Minayo (2006, p. 57) pauta que "...as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para a análises de discursos e de documentos" [grifamos]". A análise documental constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, desvendando aspectos que corroboram com o tema ou com o problema (LUDKE; ANDRE, 1986).

O estudo foi desenvolvido para analisar os Planos de Saúde Indígena dos DSEI Interior Sul e Litoral Sul no período de 2012-2015. Para a seleção dos DSEI participantes tomou-se por ponto de partida a especificidade de existir uma gestão compartilhada, com territórios comuns aos dois DSEI. Essa gestão compartilhada é uma particularidade dos DSEI escolhidos em relação aos demais 34 DSEI do país.

Os documentos analisados foram identificados como base para o financiamento da Saúde Indígena dos DSEI em questão no período 2012 a 2015. O período dos Planos de Saúde Indígena analisados foi escolhido dada a autonomia dos DSEI a contar de 2012.

Pouco após a criação da SESAI (2011), os DSEI, com organograma administrativo e fluxo orçamentário-financeiro próprios, foram financiados com base em seus planos de saúde. No âmbito do SUS, os planos de saúde são a base das atividades e programações de cada nível de direção do sistema e seu financiamento deve ser previsto na respectiva proposta orçamentaria (BRASIL, 2002).

Considerando a duração quadrienal desses planos e a compatibilidade com o Plano Plurianual da União, o término do período escolhido foi definido como 2015. A abrangência de período posterior (2016-2019) extrapolaria o cronograma para a elaboração desse trabalho, motivo pelo qual se restringiu a investigação ao período 2012-2015.

Neste estudo, foram considerados fundamentalmente dois documentos oficiais para análise e discussão dos programas de trabalho e dos elementos de despesa:

(i) O Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) dos anos de 2012-2015 do DSEI Interior Sul (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012);

(ii) O Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) dos anos de 2012-2015 do DSEI Litoral Sul (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012);

Foram descritos os elementos de despesa contidos nos PDSI 2012-2015, seguindo a ótica da gestão compartilhada entre os DSEI do Interior Sul e do Litoral Sul.

Elementos de despesa são desdobramentos das categorias da classificação orçamentaria. Têm por finalidade identificar os objetos de gasto de cada despesa, tais como vencimentos e vantagens fixas, juros, diárias, material de consumo, serviços de terceiros prestados sob qualquer forma, subvenções sociais, obras e instalações, equipamentos e material permanentes, auxílios, amortização e outros que a administração pública utiliza para a consecução de seus fins. São padronizados para todas as esferas de governo (federal, estadual e municipal) por meio do Anexo II da Portaria Interministerial MF/MPOG nº 163/2001.

Além de toda a base documental de acesso livre (dispositivos legais, normas, artigos científicos, relatórios, informes e boletins) utilizada para a construção desse trabalho, optou-se, também, por utilizar dados secundários de domínio público e de acesso irrestrito, ou seja, dados sobre a temática indígena que se encontram publicados e/ou disponíveis.

Foram buscados outros documentos em sites de órgãos e entidades governamentais que retratassem as condições de vida e dinâmica da população indígena e relatórios de gestão que contribuíssem para a temática.

Tendo em vista que as fontes de dados são documentos de natureza pública, disponíveis na Internet, não houve necessidade de encaminhamento do projeto para apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

O mestrando e seu orientador não têm a declarar qualquer conflito de interesse.

5 RESULTADOS

Neste capítulo, apresentam-se análises e aspectos sobre: (i) Dotações orçamentárias do Plano Distrital de Saúde Indígena Interior Sul, subdividindo-se em (ii) Despesas de custeio do DSEI Interior Sul, e (iii) Despesas de capital do DSEI Interior Sul; e (iv) Dotações orçamentárias do Plano Distrital de Saúde Indígena Litoral Sul, subdividida em: (v) Despesas de custeio do DSEI Litoral Sul, e (vi) Despesas de capital do DSEI Litoral Sul.

5.1 Dotações orçamentárias do Plano Distrital de Saúde Indígena Interior Sul

Considerando a gestão compartilhada dos DSEI Interior Sul e Litoral Sul, no Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Interior Sul as tabelas foram elaboradas levando em conta os dados do DSEI ISul (SP/PR/SC/RS) e da gestão (DSEI ISul SC-RS e LiSul SC-RS). Todos os quadros contidos do PDSI 2012-2015 foram formatados consolidando o total dos polos-base da área de abrangência da gestão compartilhada do DSEI Interior Sul e DSEI Litoral Sul, denominado de gestão DSEI ISul-SC e RS e LiSul-SC e RS (todos os polos-base dos estados de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul).

O Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) do DSEI Interior Sul 2012-2015 em suas colocações refere-se à gestão compartilhada das demandas dos polos localizados nos estados do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina, denominados no PDSI 2012-2015, DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul – SC-RS, ou seja, todas as terras indígenas localizadas nos territórios catarinense e rio-grandenses fazem parte do PDSI Interior Sul.

Devido às dificuldades geográficas comuns aos DSEIs Interior Sul e Litoral Sul, a gestão se torna compartilhada, devido a melhor articulação loco-regional do DSEI Interior com os polos base indígenas do Interior catarinense e gaúcho e agregação compartilhada dos polos localizados no litoral catarinense e gaúcho, ficando sob a responsabilidade do DSEI Interior Sul os polos base Indígenas localizados nos estados de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul. Contudo, os dados foram consolidados separadamente conforme a abrangência do DSEI Interior Sul.

As demandas dos Conselhos Locais de Saúde dos polos base indígenas localizados no Litoral de SC-RS e Interior de SC-RS serviram de alicerce para elaboração do Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Interior Sul e Gestão compartilhada com os polos localizados geograficamente nos estados de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul, denominando-se no Plano Distrital de Saúde Indígena como PDSI DSEI Interior Sul (DSEI ISul - Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS). Com isso todas as demandas elaboradas das bases dos polos base indígenas do Interior Sul e Litoral Sul dos estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul compuseram o PDSI DSEI Interior Sul (DSEI ISul - Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS).

5.1.1 Despesas de custeio do Plano Distrital Saúde Indígena do Interior Sul

A tabela 1 - Despesas de Custeio do DSEI Interior Sul (Gestão DSEI Isul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS) demonstra as despesas executadas de custeio do PDSI Interior Sul 2012-2015, a qual é dividida em material de custeio/consumo, diárias de profissionais civis, passagens e despesas de locomoção, serviços de terceiros – pessoa física, locação de mão-de-obra e serviços de terceiros – pessoa jurídica.

Tabela 1 - Despesas de Custeio DSEI Interior Sul (Gestão DSEI Isul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS), 2012-2015. (em R\$)

*Despesas	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Material de Custeio/Consumo	2.435.479,14	6.263.686,51	6.908.747,57	7.543.324,29	23.151.237,51
Diárias - Pessoal Civil	427.952,66	800.000,00	880.000,00	968.000,00	3.075.952,66
Passagens e Despesas com Locomoção	56.156,00	194.662,80	214.129,08	235.341,99	700.289,87
Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física	212.745,70	375.425,36	412.976,90	454.264,69	1.455.412,65
Locação de Mão-de-obra	3.315.000,00	14.349.011,77	14.331.912,93	15.765.104,23	47.761.028,93
Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	3.661.236,34	11.245.608,66	12.401.961,23	14.231.993,44	41.540.799,67
TOTAL	10.108.569,84	33.228.395,10	35.149.727,71	39.198.028,64	117.684.721,29

Fonte: PDSI Interior Sul 2012-2015. Valores em R\$

Nota: *Dados relativos ao Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Interior Sul 2012-2015

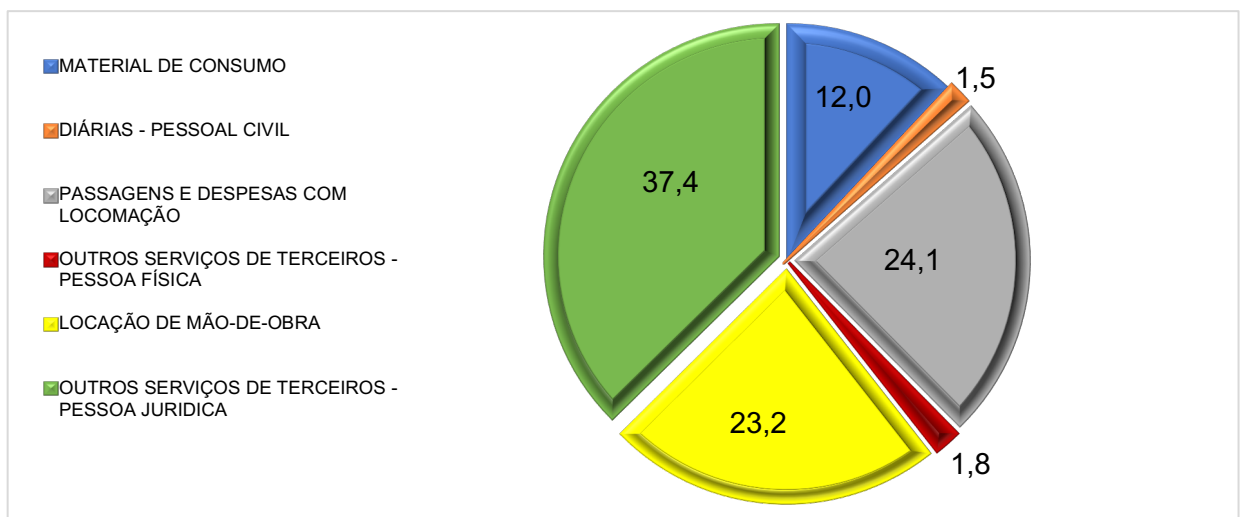
Nas despesas de material de consumo demonstradas na tabela 1 apresenta-se o total de despesas com material de consumo, de um total no quadriênio

superior a R\$ 23 milhões de reais. Evidencia-se uma despesa de custeio ascendente no decorrer do período, com acréscimo do primeiro ano ao último ano do plano distrital de cerca de mais de 20 milhões de reais em despesas com esse item.

A tabela 1 - Despesa de Custeio DSEI Interior Sul (Gestão DSEI Isul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS) mostra que as despesas com locação de mão-de-obra - serviços de terceiros de pessoa jurídica equivaleram a mais de 60% dos gastos totais do orçamento de custeio no ano de 2012. Essas despesas atingiram cerca de 78% dos gastos em custeio em 2013, a partir da autonomia de gestão administrativa e orçamentaria dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Nos anos de 2014 e 2015, respectivamente, os gastos que dominaram as dotações orçamentárias do DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS) representaram 76% e 74% respectivamente, das ações de locação de mão-de-obra - serviços de terceiros de pessoa jurídica.

No tocante a autonomia de gestão administrativa e orçamentaria do DSEI Interior Sul no PDSI 2012-2015, as despesas de custeio com locação de mão-de-obra (serviços de terceiros com pessoa jurídica) representaram a maioria dos gastos de custeio em todo o período analisado, demonstrado no Gráfico 2 - Despesas de Custeio do DSEI Interior Sul.

Gráfico 2 - Despesas de Custeio do DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS), 2012-2015. (em %)



Fonte: PDSI Interior Sul 2012-2015

A tabela 1.1 - Despesas com Material de Consumo do DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS) - mostra que as despesas de cus-

teio giraram em torno de combustíveis e lubrificantes automotivos, material odontológico, material para manutenção de bens imóveis/instalações, material hospitalar e custeio com material para manutenção de veículos. Resultaram com gasto de mais de R\$ 2 milhões em 2012, o que corresponde aproximadamente a 90% do montante gasto no ano. Em 2013, com a gestão sendo totalmente de responsabilidade do DSEI Interior Sul em sua forma de gestão compartilhada (DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS), o total gasto em material de consumo nos subitens combustíveis e lubrificantes automotivos, material odontológico, material para manutenção de bens imóveis/instalações, material hospitalar e custeio com material para manutenção de veículos comprometeram cerca de 86% do total gasto no período.

Tabela 1.1 – Despesas de Material de Custeio - DSEI Interior Sul (Gestão DSEI Isul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS), 2012-2015. (em R\$)

*Despesas	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Combustíveis e lubrificantes automotivos	710.091,80	1.102.000,00	1.112.000,00	1.122.000,00	4.046.091,80
Gêneros de alimentação	67.932,83	570.000,00	720.000,00	689.000,00	2.046.932,83
Material farmacológico	290.400,00	-	-	-	290.400,00
Material odontológico	70.000,00	736.815,65	931.859,63	1.211.417,56	2.950.092,84
Material de expediente	-	200.000,00	220.000,00	242.000,00	662.000,00
Material de limpeza e produtos de higienização	-	10.000,00	10.000,00	10.000,00	30.000,00
Material para manutenção de bens imóveis/instalações	-	1.244.700,00	1.274.700,00	1.364.700,00	3.884.100,00
Material para manutenção de bens móveis	30.000,00	39.000,00	42.900,00	47.190,00	159.090,00
Material hospitalar	1.047.054,51	1.361.170,86	1.497.287,94	1.647.016,73	5.552.530,04
Material para manutenção de veículos	220.000,00	1.000.000,00	1.100.000,00	1.210.000,00	3.530.000,00
TOTAL	2.435.479,14	6.263.686,51	6.908.747,57	7.543.324,29	23.151.237,51

Fonte: PDSI Interior Sul 2012-2015. Valores em R\$

Nota: *Dados relativos ao Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Interior Sul 2012-2015

Em relação aos gastos com material para manutenção de bens imóveis/instalações, no ano de 2012 não houve dotação orçamentária. Já em 2013, a dotação orçamentária passou a ser mais de R\$ 1,2 milhões, e nos anos de 2014 e 2015, ocorreu acréscimo. Entretanto, manteve-se no percentual de 85% e 86% respectivamente de comprometimento dos gastos em material de consumo dos subitens combustíveis e lubrificantes automotivos, material odontológico, material para

manutenção de bens imóveis/instalações, material hospitalar e custeio com material para manutenção de veículos.

Ainda acerca das despesas de material de consumo, destacam-se materiais para manutenção de veículos (15,2%), combustíveis e lubrificantes (17,5%), material para manutenção de bens imóveis/instalações (16,8%), totalizando 49,5% das despesas de material de consumo no quadriênio do plano distrital do DSEI Interior Sul.

Ocorreram também gastos acentuados com materiais odontológicos (12,7%) e material hospitalar (24%) totalizando nessas duas dotações orçamentárias para material médico hospitalar-odontológicos um total no quadriênio de 36,7%, no período 2012-2016.

Na tabela 1.1 - Despesas com Material de Consumo do DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LISul SC-RS), observam-se aumentos expressivos no custeio de material odontológico nos anos de 2012 para 2013 os quais foram respectivamente de cerca de R\$ 70 mil e R\$ 736 mil. O fato corrobora com a situação que, logo após a descentralização de recursos e autonomia de gestão, houve aumento considerável de dotações orçamentárias no subitem em questão, ou seja, após a descentralização dos recursos houve aumento expressivo de material odontológico para as terras indígenas.

Em relação a manutenção de bens imóveis e instalações, das aldeias indígenas do DSEI Interior Sul, no ano de 2012 não houve dotação orçamentária, porém, nos anos subsequentes foram empenhados mais de 3,8 milhões de reais.

Os gastos com manutenção de bens imóveis/Instalações implicam na necessidade de infraestrutura dentro das terras indígenas e em melhores condições de atendimento para as equipes multidisciplinares, o que não foi contemplado no ano de 2012 e gerou uma demanda acumulada para os anos subsequentes.

Os gastos com material hospitalar mantiveram-se em um patamar equânime no quadriênio, pois a manutenção de materiais hospitalares reverteu diretamente na assistência às equipes multidisciplinares de saúde indígena no decorrer do período de aplicação do plano, Foram empenhados cerca de R\$ 5,5 milhões no quadriênio, divididos em 18,8% no ano de 2012, 24,5% em 2013, com aumento de cerca de 5,7% das despesas de 2012 para 2013. Já nos anos que seguem, foram 26,9% em 2014, com aumento de 2,4% em relação ao ano anterior, e por fim no úl-

timo ano do plano foram empenhados com material hospitalar 29,7% dos gastos em 2015, significando um aumento em relação ao ano anterior de 2,8%.

Os gastos com combustíveis e lubrificantes impactaram diretamente na assistência as comunidades indígenas, já que a grande maioria das equipes multidisciplinares do DSEI Interior Sul (DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS) corresponde a equipes volantes terrestres, que atendem as comunidades indígenas majoritariamente por meios terrestres. Automaticamente, a situação impacta no subitem material para manutenção de veículos, cuja dotação orçamentária apresentou aumento progressivo no quadriênio do plano distrital. Este subitem representou cerca de 10% das despesas totais com materiais de custeio em 2012, já no ano de 2013, 2014 e 2015 representou cerca de 16% dos gastos anuais com material de consumo.

Um fator impactante foram os preços médios dos combustíveis nos anos de aplicação do PDSI, o preço médio da gasolina em 31/12/2012 era de R\$ 2,77, passando para 3,58 em 31/12/2015, média de preço na região sul, segundo a agência Nacional de Petróleo, Gás Natural e Biocombustíveis, representando acréscimo de 30% no preço original do combustível no início do plano.

Houve um aumento expressivo após a efetivação da autonomia administrativa e orçamentária do DSEI Interior Sul, ensejando maior aporte financeiro para essas demandas que se revertem em maior acesso aos indígenas das terras indígenas do DSEI.

A tabela 1.2 - Despesas com Diárias - Pessoal Civil do DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS) demonstraram valores que chegaram a quase o dobro do empenhado no ano anterior de 2013 e, no final do quadriênio, em 2015, mais de R\$ 960 mil empenhados com diárias. Ou seja, diárias em território nacional representaram mais de R\$ 3 milhões de 2012 a 2015.

Tabela 1.2 Despesas de custeio - Diárias - Pessoal Civil - DSEI Interior Sul (Gestão DSEI Isul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS), 2012-2015. (em R\$)

*Despesas	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Diárias no país	427.952,66	800.000,00	880.000,00	968.000,00	3.075.952,66
TOTAL	427.952,66	800.000,00	880.000,00	968.000,00	3.075.952,66

Fonte: PDSI Interior Sul 2012-2015. Valores em R\$

Nota: *Dados relativos ao Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Interior Sul 2012-2015

Faz-se necessário observar que no primeiro ano do PDSI foi destinado cerca de 13%, enquanto isso, nos anos de 2013 e 2014 essa dotação orçamentária representou, respectivamente, cerca de 28% em cada ano com despesas de custeio em diárias. No último ano do PDSI, em 2015, a dotação atingiu 31% do total empenhado no período.

A tabela 1.3 - Despesas com Passagens e Locomoção do DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LISul SC-RS) possui três elementos de despesa: (i) passagens para o país/terrestres; (ii) locomoção urbana; e (iii) despesas com pedágios. As despesas com locomoção urbana representaram 96% do total das despesas de passagens e com locomoção em 2012, enquanto as despesas com pedágio 4% do total empenhado, por sua vez na dotação de passagens terrestres não ocorreram gastos no mesmo ano. Em 2013, houve uma inversão: o subitem que apresentou maior gasto foi com o de passagens para o país/terrestre (cerca de 61% dos gastos anuais), enquanto as despesas com locomoção urbana giraram em torno de 36%. Já 2014 e 2015 seguiram percentuais similares a 2013.

Tabela 1.3 - Despesas com Passagens e Locomoção - DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LISul SC-RS), 2012-2015. (em R\$)

*Despesas	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Passagens para o país/terrestres	--	120.000,00	132.000,00	145.000,00	397.000,00
Locomoção urbana	54.356,00	70.662,80	77.729,08	85.501,99	288.249,87
Pedágios	1.800,00	4.000,00	4.400,00	4.840,00	15.040,00
TOTAL	56.156,00	194.662,80	214.129,08	235.341,99	700.289,87

Fonte: PDSI Interior Sul 2012-2015. Valores em R\$

Nota: *Dados relativos ao Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Interior Sul 2012-2015

Portanto, ressaltar-se o acréscimo que ocorreu em 2012 para os demais anos do quadriênio do plano distrital do DSEI Interior Sul.

A necessidade de autonomia de gestão comprometeu grande parcela orçamentária para efetivação de suporte ao DSEI, no intuito de concretizar uma gestão descentralizada e regionalizada. O elemento de despesas com maior impacto, segundo a tabela 1.3, são as passagens para o país/terrestres as quais, mesmo não apresentando dotação orçamentária em 2012.

O fato evidencia a necessidade de transporte e locomoção para a efetiva autonomia distrital uma vez que em 2012, ano de transição de autonomia, não houve

dotação orçamentária nesse item. É necessário observar ainda, na tabela 1.3, a diferença em pagamentos com pedágios de mais de 200% de acréscimo de 2012 para 2013, já nos anos subsequentes foram acrescidos em torno de 10% aos elementos de despesa.

As despesas com pedágios referem-se a pagamentos em rodovias que possuem tais tarifas, onde a situação implicou em um aumento do gasto com locomoção para gestão da saúde indígena no DSEI Interior Sul.

A tabela 1.4 - Despesas com Locação de Mão-de-obra do DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS) demonstra que, nesta dotação orçamentária, as despesas com o subitem apoio administrativo, técnico e operacional foram as com maior participação, correspondendo a 84% do total empenhado das despesas de custeio com Locação de mão-de-obra em 2012. Já em 2013, o percentual correspondeu a cerca de 71% dos gastos totais de locação de mão-de-obra. Posteriormente, em 2014 e 2015, o comprometimento do subitem apoio administrativo, técnico e operacional representou cerca de 70% e 73% dos gastos totais com despesas de locação de mão-de-obra.

Fica com isso, nítida a predominância dos gastos com apoio administrativo para a gestão e a efetivação da descentralização administrativa e financeira do DSEI no período do PDSI 2012-2015.

Tabela 1.4 - Despesas com Locação de Mão-de-obra do DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS), 2012-2015. (em R\$)

*Despesas	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Apoio administrativos, técnico e operacionais	2.800.000,00	10.975.147,36	10.620.662,09	11.682.728,31	36.078.537,76
Limpeza e conservação	195.000,00	2.563.338,88	2.819.672,77	3.101.640,04	8.679.651,69
Vigilância ostensiva	295.000,00	460.525,53	506.578,07	557.235,88	1.819.339,48
Copa e cozinha	25.000,00	350.000,00	385.000,00	423.500,00	1.183.500,00
TOTAL	3.315.000,00	14.349.011,77	14.331.912,93	15.765.104,23	47.761.028,93

Fonte: PDSI Interior Sul 2012-2015. Valores em R\$

Nota: *Dados relativos ao Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Interior Sul 2012-2015

Os gastos demonstrados na tabela 1.4 - Despesas de Locação de Mão-de-obra – DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS) revelam a importância do apoio técnico, administrativo e operacional dentro do DSEI Interior

Sul, denotando que a fase de transição de autonomia administrativa-financeira do DSEI passou a ser desenvolvida com a efetivação do terceiro setor. Ou seja, foi necessário o comprometimento de cerca de 75% das despesas totais do período do plano distrital nos quatro anos.

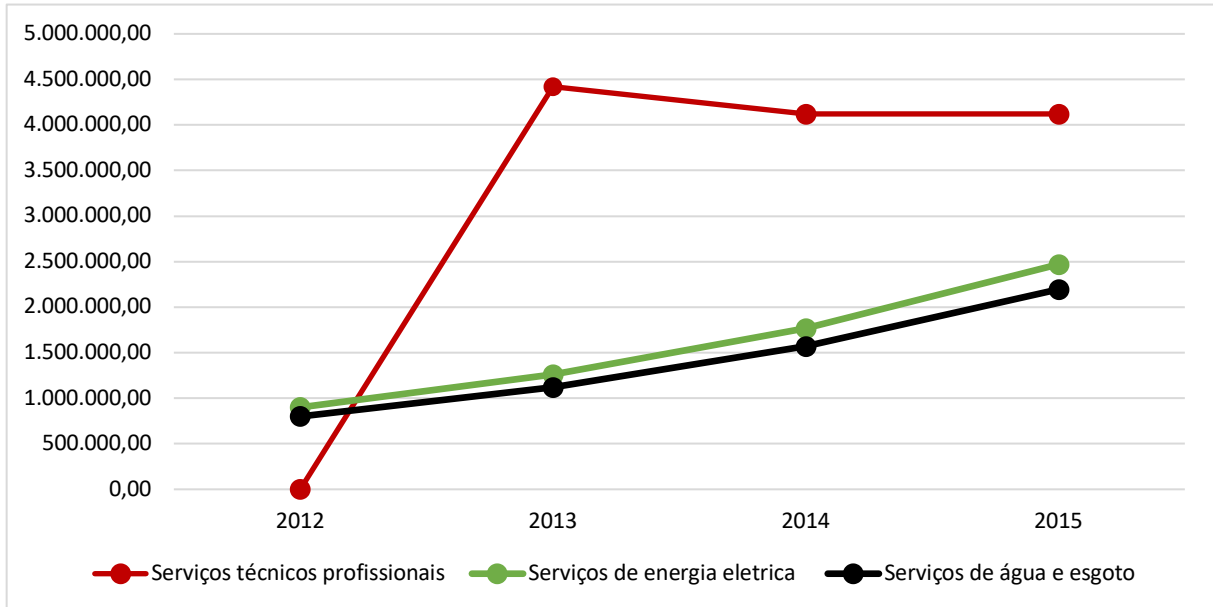
Contudo, ainda em 2012, quando ocorreu a transição de gestão-administrativa-financeira dos níveis centrais para os distritais, houve uma ação orçamentária de cerca de 7,7% do total de gastos quadrienais com apoio administrativo, técnico e operacional. Já nos anos seguintes houve acréscimo expressivo, atingindo aproximadamente 30% das despesas em 2013 a com esse tipo de apoio. Em contrapartida, já nos anos subsequentes, o aumento gradativo das despesas demonstra *pari-passu* a elevação incremental das despesas com o apoio administrativo, técnico e operacional do DSEI para realizar a gestão administrativa total do DSEI Interior Sul.

O gráfico 2.1 - Despesas com Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica do DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS) mostra que não ocorreram gastos com o subitem serviços técnicos profissionais no ano de 2012. Contudo, registraram-se valores acima de R\$ 4 milhões em cada ano subsequente do período no plano distrital, tornando essas despesas as mais altas no âmbito do custeio com serviços de terceiros - pessoa jurídica.

O gráfico 2.1 denota ainda a necessidade de serviços técnicos profissionais uma vez que no primeiro ano do PDSI não houve dotação orçamentária, porém, com a efetivação da autonomia administrativa e financeira do DSEI, foram comprometidos 30,5% dos gastos com o elemento contábil.

Com a autonomia distrital, destinou-se mais atenção para especificidades das situações indígenas, entretanto, também ficaram demonstradas as fragilidades do DSEI para tal. As despesas relacionadas ao apoio técnico e/ou serviços técnicos apresentaram aumentos consideráveis comparadas ao primeiro ano do PDSI 2012-2015, uma vez que a efetivação dessa autonomia administrativa e orçamentária dos DSEIs ocorreu no decorrer de 2012.

Gráfico 2.1 - Despesas com Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica - DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS), 2012-2015. (em R\$)



Fonte: PDSI Interior Sul 2012-2015. Valores em R\$

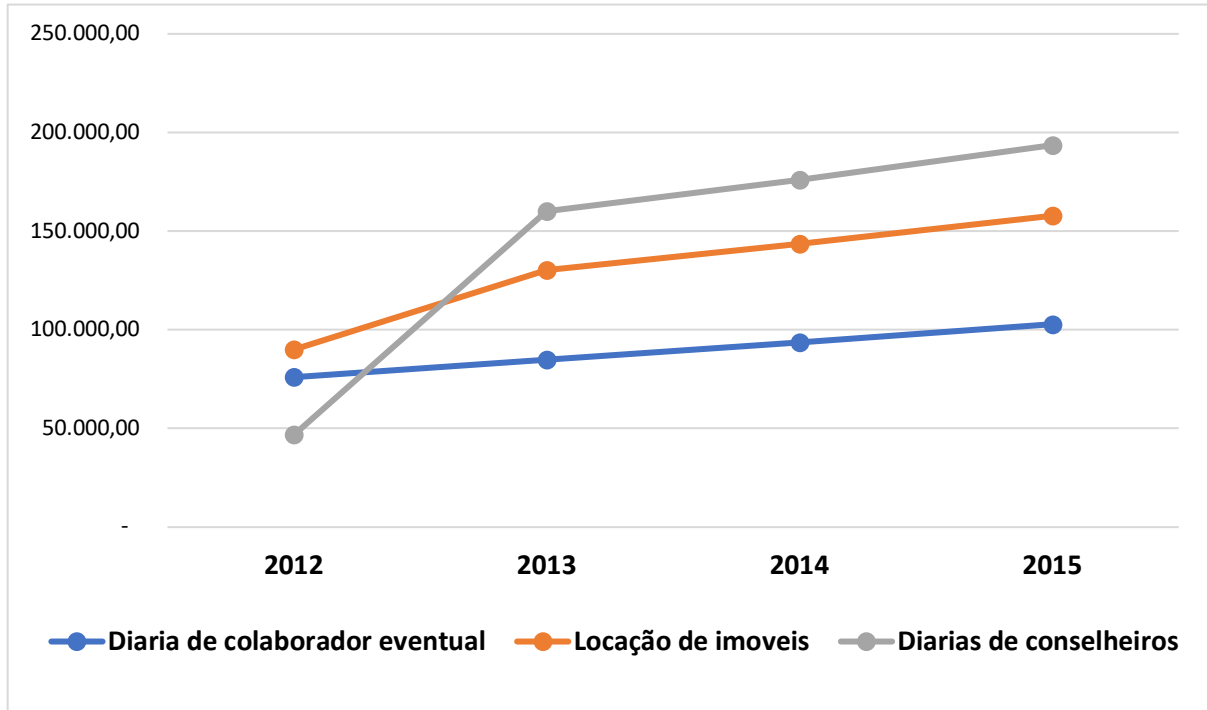
Nota: *Dados relativos ao PDSI do DSEI Interior Sul 2012-2015.

Houve aumento considerável com o elemento contábil de serviços de energia elétrica. Este apresentou um gasto quadrienal que representa 15,4% do total gasto com despesas com serviços de terceiros – pessoa jurídica.

Neste contexto faz-se necessário analisar que o primeiro ano representou cerca de 14% dos gastos com energia no quadriênio. Já no último ano do plano, em 2015, esse percentual foi de mais de 38% do total gasto nos quatro anos em serviços de energia elétrica. Percentualmente, a participação mais do que dobrou comparada ao primeiro ano do plano distrital.

No gráfico 2.2 - Despesas com Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física - DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS) observa-se a evolução no período 2012-2015 dos valores alocados para diárias de colaborador eventual, locação de imóveis e diárias de conselheiros (que incluem despesas com diárias para as reuniões do Conselho Distrital de Saúde Indígena do DSEI Interior Sul). As diárias de colaborador eventual compreendem diárias para capacitação de equipes multidisciplinar e diárias para colaboradores que, por sua vez, podem contribuir com qualificação de recursos humanos do DSEI Interior Sul. Nota-se que o item com maior crescimento no período foram as diárias de conselheiros.

Gráfico 2.2 - Despesas com Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física - DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS), 2012-2015. (em R\$)



Fonte: PDSI Interior Sul 2012-2015. Valores em R\$

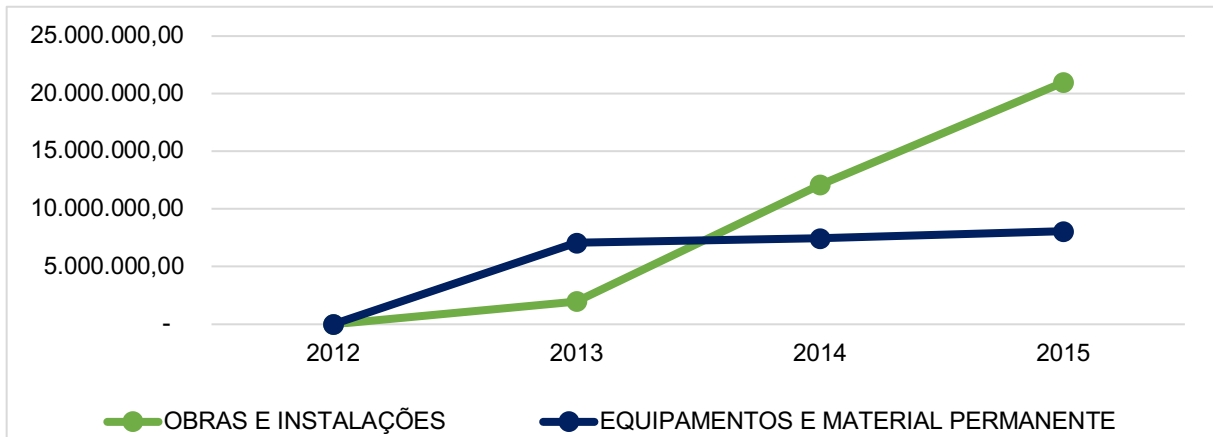
Nota: *Dados relativos ao PDSI do DSEI Interior Sul 2012-2015.

5.1.2 Despesas de capital do Plano Distrital Saúde Indígena do Interior Sul

O gráfico 2.3 - Despesas de Capital do DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS) demonstra as dotações orçamentárias executadas de obras e instalações e despesas de capital com equipamentos e material permanente. Nas despesas de capital com obras e instalações não houve despesa em 2012. Já em 2013 foram gastos R\$ 1,9 milhões, equivalentes a menos de 6% do total gasto no quadriênio. Em 2014 foram empenhados cerca de R\$ 12 milhões correspondendo a aproximadamente 35% das despesas de obras e instalações do quadriênio. Logo após, em 2015, encontra-se o maior percentual de despesas de capital com obras e instalações que atingem em valores absolutos quase R\$ 21 milhões, o que demonstra que houve um acréscimo nas despesas no decorrer dos anos.

No último ano do Plano Distrital, observa-se quase 60% dos gastos com esse subitem de despesas, fazendo com que o DSEI apresente uma média de gastos anuais em torno de R\$ 8,7 milhões/ano de despesas. Salienta-se que no ano de 2012 não ocorreram gastos com esse item de despesas de capital.

Gráfico 2.3 - Despesas de Capital do DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS), 2012-2015. (em R\$)



Fonte: PDSI Interior Sul 2012-2015. Valores em R\$

Nota: *Dados relativos ao PDSI do DSEI Interior Sul 2012-2015.

As despesas de capital com equipamentos e materiais permanentes não apresentaram muita diferença, atingindo em 2012 cerca de 1,5% do total gasto no PDSI. Já nos anos subsequentes, esse percentual diluiu-se de forma mais equânime, chegando a 31% do total empenhado do Plano Distrital em 2013. Em 2014 e 2015 foram gastos cerca de 32% e 35,5% respectivamente.

A tabela 1.5 - Despesas de Capital com Obras e Instalações - DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS) mostra as despesas de capital com (i) instalações; (ii) outras obras e instalações; e (iii) outras despesas.

Tabela 1.5 - Despesas de Capital com Obras e Instalações - DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS), 2012-2015. (em R\$)

*Despesas	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Instalações	0,00	75.329,46	82.862,41	91.148,65	249.340,52
Outras Obras e instalações	0,00	1.520.000,00	11.578.450,00	20.400.625,00	33.499.075,00
Outros	0,00	400.000,00	440.000,00	484.000,00	1.324.000,00
TOTAL	0,00	1.995.329,46	12.101.312,41	20.975.773,65	35.072.415,52

Fonte: PDSI Interior Sul 2012-2015

Nota: *Dados relativos ao Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Interior Sul 2012-2015

Observa-se que não ocorreram despesas em subitem algum em 2012, diluindo-as nos anos de 2013 a 2015. Despesas com outras obras e instalações apre-

sentaram maior aporte orçamentário, uma vez que 2012 representou cerca de 4,5% dos gastos no PDSI enquanto nos últimos dois anos ocorreu um acréscimo significativo atingindo cerca de R\$ 11,5 milhões em 2014 (cerca de 34,5% dos gastos no período). Em 2015, identifica-se o maior percentual de despesas com outras obras e instalações atingindo mais de R\$ 20 milhões ou 60% das dotações do quadriênio.

Fazendo a média de gastos com outras obras e instalações anuais, chega-se ao valor médio anual de R\$ 8,3 milhões/ano, ou seja, as despesas foram bastante desiguais durante o período de aplicação do PDSI.

Ainda em relação a tabela 1.5 - Despesas de Capital com Obras e Instalações, observa-se à semelhança de diversas outras anteriormente, que não houve dotação orçamentária em 2012. Nos anos subsequentes, houve um investimento de R\$ 1,9 milhões em 2013, elevado para R\$ 12,1 milhões em 2014 e que atingiu cerca de R\$ 20,9 milhões no último ano do plano, em 2015. A situação demonstra uma disparidade de investimentos no período. Evidencia também a distância entre as aplicações anuais e a falta de aporte técnico e financeiro do DSEI para tal efetivação.

No decorrer dos anos, demonstrou-se a efetivação de projetos de melhorias das unidades de saúde e conseqüente maior qualidade nos postos de saúde indígenas. O que se faz necessário avaliar é a falta de dotações em 2012, mas cabe destacar que os projetos estavam centralizados na sede nacional, dificultando, portanto, a priorização das especificidades locais.

As despesas de capital com equipamentos e material permanente - DSEI Interior Sul abrangem despesas com equipamentos e utensílios médicos, odontológicos, laboratoriais e hospitalares que somadas corresponderam a 20,1% dos gastos totais com equipamentos e materiais permanentes no quadriênio.

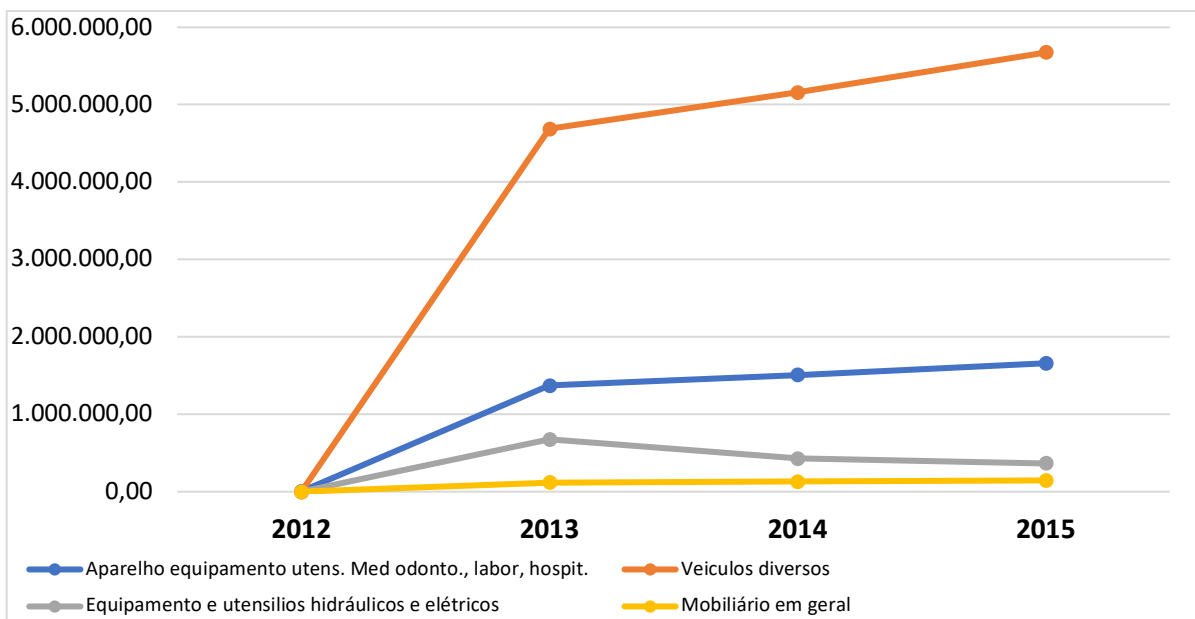
O ano de 2012 apresentou um valor equivalente a cerca de 1%, contudo, nos anos seguintes (2013 a 2015), houve uma distribuição mais equilibrada das despesas correspondendo a 30%, 33% e 36% respectivamente no total de cerca de R\$ 4,5 milhões das despesas com equipamentos utensílios médicos, odontológicos, laboratoriais e hospitalares.

No subitem despesas com aquisição de veículos e diversos, por exemplo, foram consignadas dotações nos anos de 2013 a 2015, mas não em 2012. Atingiram pouco mais de 2/3 dos gastos totais das despesas de capital com equipamentos e

materiais permanentes, apresentando uma diluição nos últimos três anos de aplicação do PDSI.

A maior dotação, segundo o gráfico 2.4 - Despesas de Capital com Equipamentos e Material Permanente do DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS), ocorreu com o item “aquisição de veículos”, uma vez que a imensa maioria da assistência prestada pelo DSEI Interior Sul é realizada via terrestre. Portanto, o investimento pode ter repercutido em maior acessibilidade às aldeias indígenas com consequentes reflexos na universalidade de atenção. A concretização ocorreu nos últimos três anos, pois no primeiro ano do Plano Distrital não houve aquisição de veículos por intermédio do orçamento do DSEI Interior Sul.

Gráfico 2.4 - Despesas de Capital com Equipamentos e Material Permanente - DSEI Interior Sul – (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS), 2012-2015. (em R\$)



Fonte: PDSI Interior Sul 2012-2015. Valores em R\$

Nota: *Dados relativos ao PDSI do DSEI Interior Sul 2012-2015.

O total das despesas de capital e de custeio do DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS), que abrangem os totais do Plano Distrital de Saúde Indígena, apresenta desequilíbrio entre as despesas de custeio e as de capital.

O total de despesas de custeio monta a cerca de R\$ 117,6 milhões no quadriênio 2012-2015. Em 2012, foram empenhados cerca de 8,5%. Nos anos sequenciais, notam-se aumento e melhorias das despesas de custeio correspondendo a cerca de 28,5% em 2013 e, de forma semelhante, 29,5% e 33,5% em 2014 e 2015.

A qual remonta um aumento pós descentralização de recursos da SESAI para os DSEIs com aumento considerável de gastos de custeio com a efetivação da autonomia distrital.

Por outro lado, nas despesas de capital há maior disparidade de distribuição dos recursos nos anos do período estudado. Foram gastos R\$ 3.740,00 em 2012, um valor muito pequeno se comparado ao ano seguinte de 2013 que atingiu cerca de R\$ 9 milhões. Este valor corresponde a metade das despesas empenhada no ano subsequente, 2014, onde foi apresentado no Plano Distrital um valor próximo a R\$ 19,5 milhões de reais. Houve um acréscimo na mesma proporção do ano seguinte, atingindo um montante de pouco mais de R\$ 29 milhões, somando as despesas de capital no quadriênio chegando a mais de R\$ 57 milhões.

A tabela 1.6 - Despesas de Custeio e de Capital do DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS) apresenta o total distribuído em cerca de 2/3 para as despesas de custeio e 1/3 para as despesas de capital. Convém lembrar que despesas de capital representam acúmulo patrimonial ao DSEI Interior Sul, assim como construções e infraestrutura para as equipes multidisciplinares nas terras indígenas.

Tabela 1.6 - Despesas de Custeio e de Capital do DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS), 2012-2015. (em R\$)

*Despesas	2012	2013	2014	2015	TOTAL	(%)
Total de Despesas de Custeio	10.108.569,84	33.228.395,10	35.149.727,71	39.198.028,64	117.684.721,29	67,1
Total de Despesas de Capital	3.740,00	9.061.326,64	19.546.881,72	29.052.390,47	57.664.338,83	32,9
TOTAL	10.112.309,84	42.289.721,74	54.696.609,43	68.250.419,11	175.349.060,12	100,0

Fonte: PDSI Interior Sul 2012-2015. Valores em R\$

Nota: *Dados relativos ao Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Interior Sul 2012-2015

A execução das despesas do PDSI 2012-2015 do Interior Sul apresentou muita dificuldade no primeiro ano do Plano, pois a autonomia administrativa do DSEI e somente desenvolveu-se a partir de 2013. O ano de 2012 foi um ano de transição administrativa, financeira e descentralização dos processos administrativos trazendo para o DSEI a necessidade de gestão orçamentária. Ocorreu, segundo o plano distrital, uma terceirização de parcela considerável dos processos administrativos e operacionais fazendo com que aumentasse consideravelmente as despesas de custeio com serviços técnicos administrativos e operacionais.

Nas despesas de capital, verificou-se aporte considerável de investimento em obras de imóveis e instalações, contemplando melhorias das instalações de postos de saúde indígena e aquisição de veículos nos anos de 2013 a 2015, o que incrementou as condições de acessibilidade as terras indígenas do DSEI Interior Sul.

5.2 Dotações orçamentárias do Plano Distrital de Saúde Indígena Litoral Sul

A elaboração do Plano Distrital de Saúde Indígena Litoral Sul 2012-2015 embasou-se nas demandas dos conselhos locais indígenas das terras indígenas localizadas no interior do estado de São Paulo, interior do estado do Paraná, e litoral dos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Paraná, excluindo-se as terras indígenas do litoral catarinense e rio-grandenses.

O Plano Distrital de Saúde Indígena 2012-2015 foi um instrumento de planejamento, orçamento e de gestão, tendo havido a necessidade de contemplar atenção especial a sua avaliação e monitoramento, no âmbito do DSEI, possibilitando integral aderência ao Plano Nacional de Saúde/Plano Plurianual 2012-2015 e ao Plano Estratégico da Secretaria Especial de Saúde Indígena.

Neste contexto, foram dispostos os elementos financeiros com suas dotações orçamentárias, representando as demandas do DSEI Litoral Sul com as responsabilidades sob a territorialidade dos estados do Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro.

5.2.1 Despesas de custeio do Plano Distrital de Saúde Indígena Litoral Sul

A tabela 1.7 - Despesas de Custeio do DSEI Litoral Sul (Gestão DSEI ISul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ) demonstra que houve distribuição das despesas executadas de custeio no quadriênio de 2012-2015 nos subitens de material de consumo (12%), diárias – pessoal civil (1,5%), passagens e despesas com locomoção (24,1%), outros serviços de terceiros – pessoa física (1,8%), locação de mão de obra (23,2%) e outros serviços de terceiros – pessoa jurídica (37,4%).

A soma das despesas com passagens e despesas com locomoção, locação de mão de obra e outros serviços de terceiros – pessoa jurídica atinge cerca de 84% das despesas do plano distrital DSEI Litoral Sul no período de 2012-2015.

As Despesas de Custeio declaradas no PDSI Litoral Sul no período do plano de 2012-2015 atingiram um total de cerca de R\$ 87 mil no quadriênio. Observam-se na tabela 1.7 gastos com os subitens de locação de mão-de-obra de 23,2% do total dos gastos de custeio enquanto a despesa com outros serviços de terceiros – pessoa jurídica atingiu 37,4%. As duas despesas somadas representam mais de 60% dos gastos totais de custeio no período quadrienal do PDSI Litoral Sul, destacando a necessidade de recursos humanos para efetivação da autonomia do DSEI Litoral Sul.

Tabela 1.7 - Despesas de Custeio do DSEI Litoral Sul (Gestão (DSEI Isul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ), 2012-2015. (em R\$)

*Despesas	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Material de Consumo	1.199.617,85	2.924.000,00	3.070.200,00	3.223.710,00	10.417.527,85
Diárias - Pessoal Civil	233.848,70	350.000,00	367.500,00	385.875,00	1.337.223,70
Passagens e Despesas com Locomoção	46.478,47	6.644.058,99	6.976.261,94	7.325.075,04	20.991.874,44
Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física	235.388,56	421.000,00	442.050,00	464.152,50	1.562.591,06
Locação de Mão-de-obra	2.845.300,59	5.499.160,59	5.774.118,62	6.062.824,55	20.181.404,35
Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	4.219.433,99	8.976.900,00	9.425.745,00	9.897.032,25	32.519.111,24
TOTAL	8.780.068,16	24.815.119,58	26.055.875,56	27.358.669,34	87.009.732,64

Fonte: PDSI Litoral Sul 2012-2015. Valores em R\$

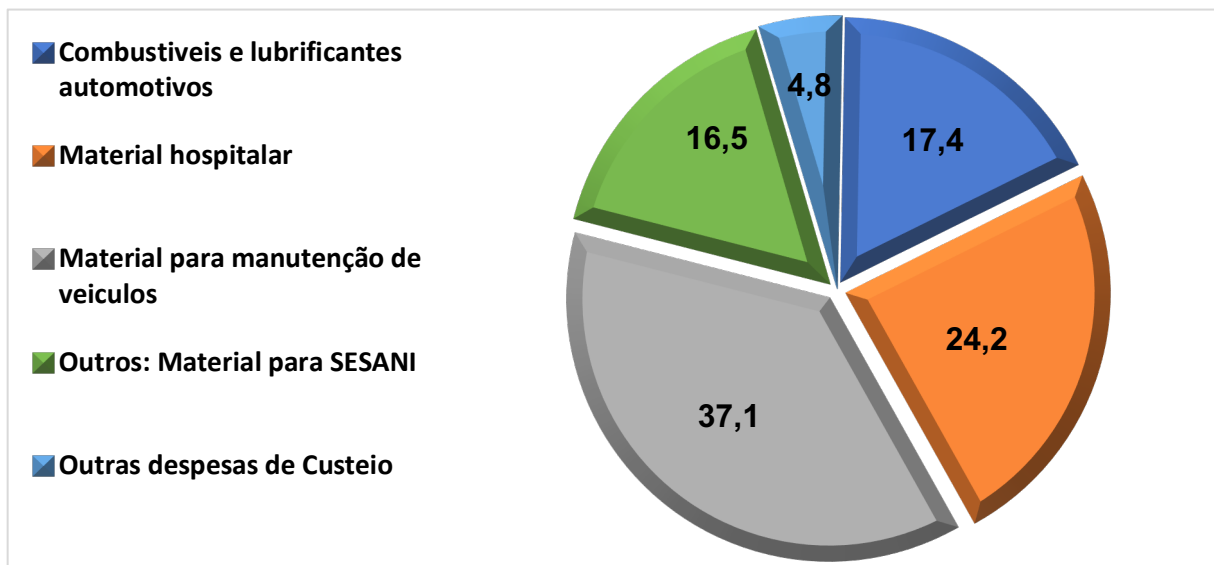
Nota: *Dados relativos ao Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Litoral Sul 2012-2015

Foram orçados no plano quadrienal mais de R\$ 52 milhões para Locação de Mão-de-obra e Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica, o que representa mais de 60% do orçamento para todo o plano distrital de 2012-2015. Comparando os gastos no primeiro ano de aplicação (2012) do PDSI Litoral Sul desses dois elementos contábeis, que atingiam pouco mais de 7 milhões de reais, com o ano seguinte (2013), nota-se que mais que dobraram atingindo o total conjunto de ambas as dotações orçamentária em mais de R\$ 14 milhões.

Observa-se que a partir da descentralização administrativa-financeira e de gestão do DSEI Litoral Sul (Gestão DSEI Isul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ) houve um aumento de gastos com processos de terceirizações dos serviços considerados atividade-meio na gestão do DSEI Litoral Sul.

No gráfico 2.5 - Despesas com Material de Consumo do DSEI Litoral Sul (Gestão DSEI ISul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ) compuseram as dotações orçamentárias no quadriênio: combustíveis e lubrificantes (17,4%); material farmacológico (0,1%); material odontológico (2,6%); material de expediente (0,8%); material de limpeza e produtos de higienização (0,9%); material para manutenção de bens imóveis/instalações (0,3%); material para manutenção de bens móveis (0,2%) material hospitalar (24,2%); material para manutenção de veículos (37,1%); e outros materiais para Serviço de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena (SESANI) (16,5%).

Gráfico 2.5 - Despesas com Material de Consumo do DSEI Litoral Sul (Gestão DSEI ISul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ), 2012-2015. (em %)



Fonte: PDSI Litoral Sul 2012-2015

As despesas com materiais de custeio do DSEI Litoral Sul em 2012 equivaleram a aproximadamente 19% do quadriênio. Nos anos seguintes (2013-2015), atingiram R\$ 2,9 milhões, R\$ 3 milhões e R\$ 3,2 milhões respectivamente, totalizando um montante quadrienal de mais de R\$ 10,4 milhões.

Os subelementos de despesas combustíveis e lubrificantes automotivos, material hospitalar, material para manutenção de veículos juntos representaram 78,7% dos gastos com Material de Consumo do DSEI Litoral Sul no período de 2012-2015.

No subelemento de despesa material hospitalar houve incremento considerável a partir de 2013, pois em 2012 foram empenhados pouco mais de 0,1% des-

ses gastos no período. O percentual passou a mais de 31,5% dos gastos totais com tal elemento de despesa em 2013 indicando que, com a autonomia orçamentária, o DSEI comprometeu-se mais com o custeio de materiais hospitalares, fazendo com que o DSEI conseguisse efetivar uma maior demanda em gastos com materiais hospitalares.

O mesmo gráfico 2.5 apresenta dados relativos aos gastos com a manutenção de veículos e com combustíveis e lubrificantes que, somados, comprometem mais de 54% das dotações para Material de Consumo do DSEI Litoral Sul.

As aldeias, em sua grande maioria, são atendidas com veículos locados, com ou sem motorista, o que é demonstrado na tabela 1.8, locação com veículos esta efetivada a partir de 2013. Neste contexto, observa-se que o DSEI em seu PDSI não apresentou despesas de capital dotação orçamentária para aquisição de veículos (no item despesa de capital com equipamentos e material permanente).

Tabela 1.8 - Despesas com Passagens e Locomoção - DSEI Litoral Sul (Gestão DSEI Isul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ), 2012-2015. (em R\$)

*Despesas	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Passagens para o país/terrestres	46.478,47	120.000,00	126.000,00	132.300,00	424.778,47
Locação de Veículos com e sem Motoristas	0,00	6.392.058,99	6.711.661,94	7.047.245,04	20.150.965,97
Pedágios	0,00	132.000,00	138.600,00	145.530,00	416.130,00
TOTAL	46.478,47	6.644.058,99	6.976.261,94	7.325.075,04	20.991.874,44

Fonte: PDSI Litoral Sul 2012-2015 - Nota: *Dados relativos ao Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Litoral Sul 2012-2015

A tabela 1.8 - Despesas com Passagens e Locomoção – DSEI Litoral Sul (Gestão DSEI Isul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ) demonstra a terceirização via locação de veículos com e sem motoristas. Esse fato deu-se a partir do ano de 2013, uma vez que em 2012 não houve dotação orçamentária para locação de veículos. Portanto, foram gastos no último triênio do PDSI do DSEI Litoral Sul um total de mais de R\$ 20 milhões em terceirização com locação de veículos com e sem motorista.

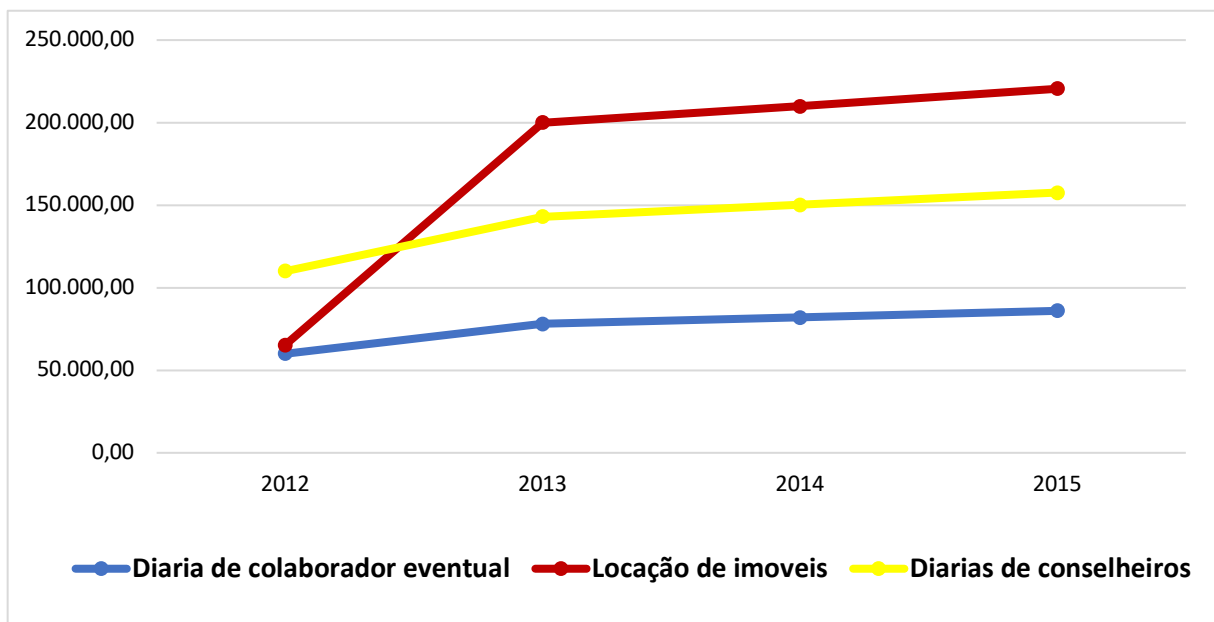
A dotação Locação de Veículos com e sem Motorista foi destinada ao transporte das equipes para a assistência as aldeias indígenas, uma vez que a grande maioria desses atendimentos das equipes multidisciplinares são realizados

por meios terrestres e a maioria das aldeias situam-se em locais de difícil acesso. A terceirização da frota de veículos deu-se a partir de 2013.

No gráfico 2.6 - Despesas com Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Física – DSEI Litoral Sul (Gestão DSEI ISul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ) encontram-se os dados relativos a diárias de colaborador eventual, locação de imóveis e diárias de conselheiros. Foram gastos com despesas de outros serviços de terceiros – pessoa física pouco mais de R\$ 235 mil em 2012, passando para em torno de 420 mil reais em 2013, um acréscimo de quase 100% em relação ao aplicado no ano anterior. Nos anos subsequentes, atinge em torno de R\$ 441 mil e R\$ 442 mil respectivamente em 2014 e 2015, totalizando mais de R\$ 1,5 milhões no quadriênio.

No Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Litoral Sul, observam-se locações de estruturas de atendimentos conhecidas como Unidades de Saúde (Polos Bases) CASAI (Casa de Saúde do Índio). O DSEI Interior Sul mantém duas CASAIs, uma na cidade de Curitiba, no Paraná, e outra na cidade de São Paulo, no estado de São Paulo, ambas alugadas.

Gráfico 2.6 - Despesas com Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Física do DSEI Litoral Sul (Gestão DSEI ISul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ), 2012-2015. (em R\$)



Fonte: PDSI Litoral Sul 2012-2015. Valores em R\$

Nota: *Dados relativos ao PDSI do DSEI Litoral Sul 2012-2015.

As despesas com diárias com conselheiros distritais atingiram 35,9% dos custos totais com serviços de terceiros – pessoa física. Nesse contexto, há reuniões ordinárias do conselho distrital indígena com representantes de todos os polos bases

do DSEI. São atividades em que se busca efetivar o controle social como base das ações de saúde indígena, fazendo valer a diretriz constitucional do SUS de participação da comunidade.

Na tabela 1.9 - Despesas com Locação de Mão-de-Obra do DSEI Litoral Sul (Gestão DSEI ISul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ), vê-se como o Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Litoral Sul 2012-2015 apresenta os gastos com apoio administrativo, técnico e operacional (55,8%); limpeza e conservação (8,6%); vigilância ostensiva/monitorada (27,8%) e coperagem – copa e cozinha (7,8%).

Na despesa de custeio com apoio administrativo, técnico e operacional representa um gasto quadrienal de mais de R\$ 11 milhões. Identifica-se o aumento em R\$ 1,5 milhões do gasto com apoio administrativo de 2012 para 2013, ou seja, um acréscimo de mais de 100%.

A contratualização dos serviços, terceirizando as áreas meios, parece ter sido determinante no processo de efetivação da autonomia administrativa-financeira e de gestão. A terceirização se manteve nos anos seguintes do PDSI com ligeiro aumento, já considerando impostos e encargos sociais das terceirizações.

Tabela 1.9 - Despesas com Locação de Mão-de-obra do DSEI Litoral Sul (Gestão DSEI ISul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ), 2012-2015. (em R\$)

*Despesas	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Apoio administrativos, técnico e operacionais	1.534.300,00	3.085.460,59	3.239.733,62	3.401.720,30	11.261.214,51
Limpeza e conservação	162.893,83	496.200,00	521.010,00	547.060,50	1.727.164,33
Vigilância ostensiva/Monitorada	1.148.106,76	1.417.500,00	1.488.375,00	1.562.793,75	5.616.775,51
Coperagem - Copa e cozinha	0,00	500.000,00	525.000,00	551.250,00	1.576.250,00
TOTAL	2.845.300,59	5.499.160,59	5.774.118,62	6.062.824,55	20.181.404,35

Fonte: PDSI Litoral Sul 2012-2015

Nota: * Dados relativos ao Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Litoral Sul 2012-2015

A tabela 1.9 demonstra que o DSEI Litoral Sul já apresentava durante o ano de 2012 comprometimento relativo das despesas de custeio com a locação de mão-de-obra, o que se acentuou no decorrer do quadriênio e com a autonomia de gestão do DSEI Litoral Sul.

Nesse contexto, observa-se o aumento expressivo de gastos logo após a efetivação de autonomia do DSEI perante os níveis centrais. Essa característica foi

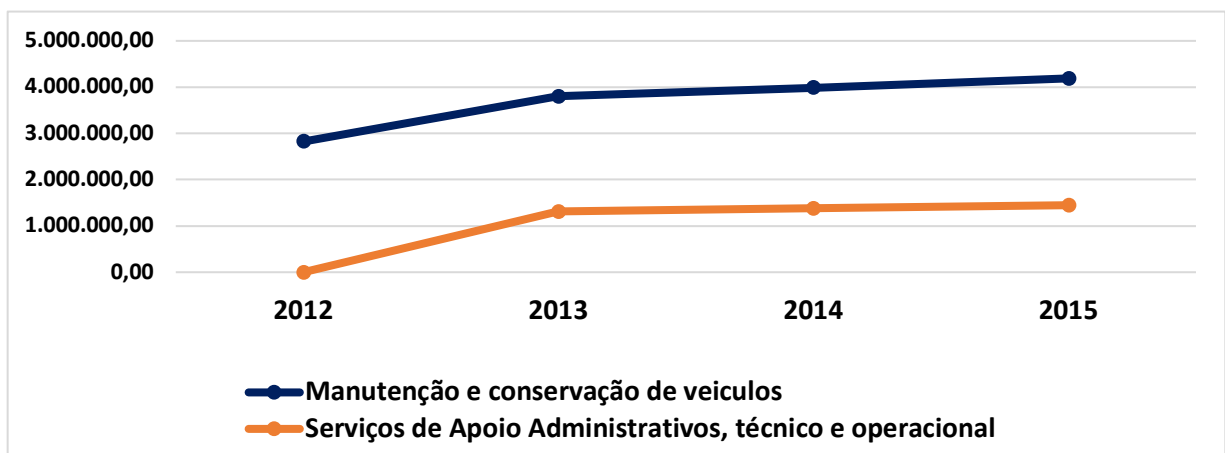
mantida durante toda a execução do Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Litoral Sul em todos os elementos de despesas.

As despesas com Serviços de terceiros – Pessoa Jurídica abrangem serviços de manutenção de veículos e serviços de apoio administrativo, técnico e operacional, que corrobora o acréscimo de despesas após 2013.

O gráfico 2.7 - Despesas com Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica do DSEI Litoral Sul (Gestão DSEI Isul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ) mostram as despesas com manutenção e conservação de veículos e serviços de apoio administrativo, técnico e operacional somadas. Juntas, correspondem a 58,2% dos gastos totais com despesas de outros serviços de terceiros – pessoa jurídica.

O mesmo gráfico evidencia que foram empenhados cerca de R\$ 4,2 milhões em 2012. No ano subsequente, apresentou um acréscimo de 100% em relação ao ano anterior montando a mais de R\$ 8,9 milhões. Já em 2014 e 2015, foram empenhados, respectivamente, cerca de R\$ 9,4 milhões e R\$ 9,8 milhões.

Gráfico 2.7 - Despesas com Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica do DSEI Litoral Sul (Gestão DSEI ISul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ), 2012-2015. (em R\$)



Fonte: PDSI Litoral Sul 2012-2015. Valores em R\$

Nota: *Dados relativos ao PDSI do DSEI Litoral Sul 2012-2015.

Nesta situação, destaca-se a ação orçamentária com serviços de apoio administrativo, técnico e operacional, que reflete a falta de recursos humanos e administrativos próprios para gestão administrativa do DSEI Litoral Sul. Com a autonomia administrativa e de gestão, que ocorreu a partir de 2012, as despesas com esse apoio aumentaram progressivamente no decorrer dos anos de aplicação do plano.

Já as despesas com manutenção e conservação de veículos representaram 45,5% das despesas com serviços de terceiros – pessoa jurídica do montante gasto no quadriênio no PDSI DSEI Litoral. O DSEI apresentou um gasto com locação de veículos com e sem motoristas de mais de R\$ 20 milhões no quadriênio do Plano.

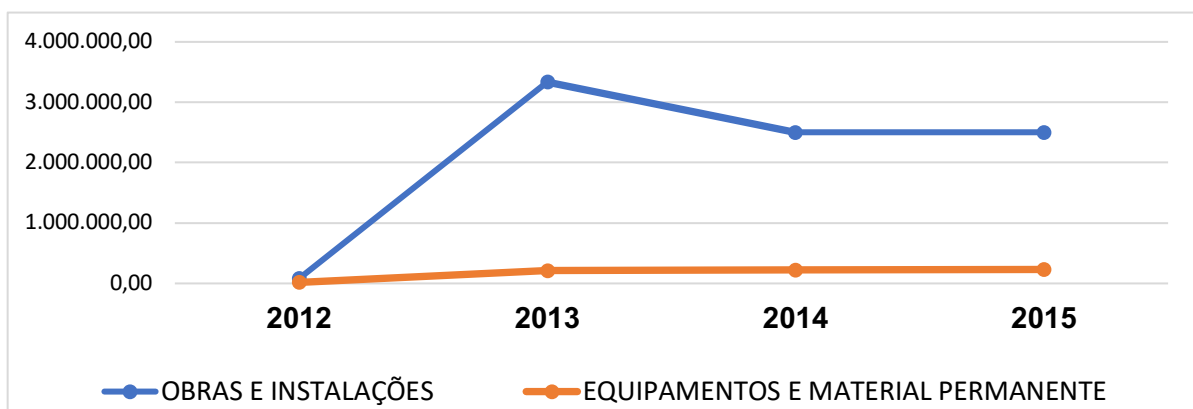
5.2.2 Despesas de capital do Plano Distrital de Saúde Indígena Litoral Sul

O gráfico 2.8 - Despesas de Capital do DSEI Litoral Sul (Gestão DSEI ISul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ) corresponde aos gastos executados com obras e instalações realizadas no quadriênio, isto é, um montante de cerca de R\$ 8,4 milhões. Há também gastos com equipamentos e material permanente que atingiram a cerca de R\$ 679 mil no mesmo período.

As despesas de capital totalizaram nos anos 2012-2015 no DSEI Litoral Sul o montante de pouco mais de R\$ 9 milhões, com cerca de 92% alocado em obras e instalações nos quadriênio.

Ainda, no mesmo gráfico mostra que 2013 apresentou um gasto maior, comparado aos demais anos da análise, pois atingiu com obras e instalações 39% do valor gasto no Plano Distrital 2012-2015 do DSEI Litoral Sul.

Gráfico 2.8 - Despesas de Capital do DSEI Litoral Sul (Gestão DSEI ISul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ), 2012-2015. (em R\$)



Fonte: PDSI Litoral Sul 2012-2015. Valores em R\$

Nota: *Dados relativos ao PDSI do DSEI Litoral Sul 2012-2015.

As despesas de capital do DSEI Litoral Sul apresentam um percentual pouco expressivo de aquisição de material permanente no período estudado. O fato talvez possa ser explicado pelo predomínio do volume gasto com serviços terceiriza-

dos como ocorre, por exemplo, com a terceirização de locação de veículos com e sem motoristas.

Ainda assim, o DSEI Litoral apresentou um aumento com despesas de capital a partir da autonomia do distrito, o que se observa de 2013 em diante. O empenho de despesas de capital no primeiro ano do plano foi pouco mais de R\$ 96 mil e aumentou consideravelmente para mais de R\$ 3,5 milhões em 2013, majoritariamente em obras e instalações.

A SESAI, criada em 2010, acabou incorporando o patrimônio deixado pela FUNASA, a qual investia muito pouco em obras e instalações nas terras indígenas. A criação da SESAI surgiu justamente como um dos pilares à reestruturação da saúde indígena em infraestrutura e instalações.

No que tange aos gastos de capital, o elemento de despesa obras e instalações foi dividido em instalações, obras em andamento e outras obras e instalações, que abrange as obras e instalações do SESANI (Serviço Edificações e Saneamento Ambiental Indígena). Foram empenhados mais de R\$ 7,8 milhões no triênio de 2013-2015, vez que, em 2012 não houve despesas com tal subitem. Portanto, esse subitem de despesas com outras obras e instalações (SESANI) equivaleu a 83,7% do orçamento dos gastos de capital com instalações. É o que demonstra a tabela 1.10 - Despesa de Capital com obras e instalações – DSEI Litoral Sul (Gestão DSEI ISul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ).

Tabela 1.10 - Despesas de Capital com Obras e Instalações do DSEI Litoral Sul (Gestão DSEI ISul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ), 2012-2015. (em R\$)

*Despesas	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Instalações	0,00	1.449.768,00	0,00	0,00	1.449.768,00
Obras em andamento	80.000,00	0,00	0,00	0,00	80.000,00
Outras obras e instalações - (SESANI)	0,00	1.884.000,00	3.000.000,00	3.000.000,00	7.884.000,00
TOTAL	80.000,00	3.333.768,00	3.000.000,00	3.000.000,00	9.413.768,00

Fonte: PDSI Litoral Sul 2012-2015. Valores em R\$

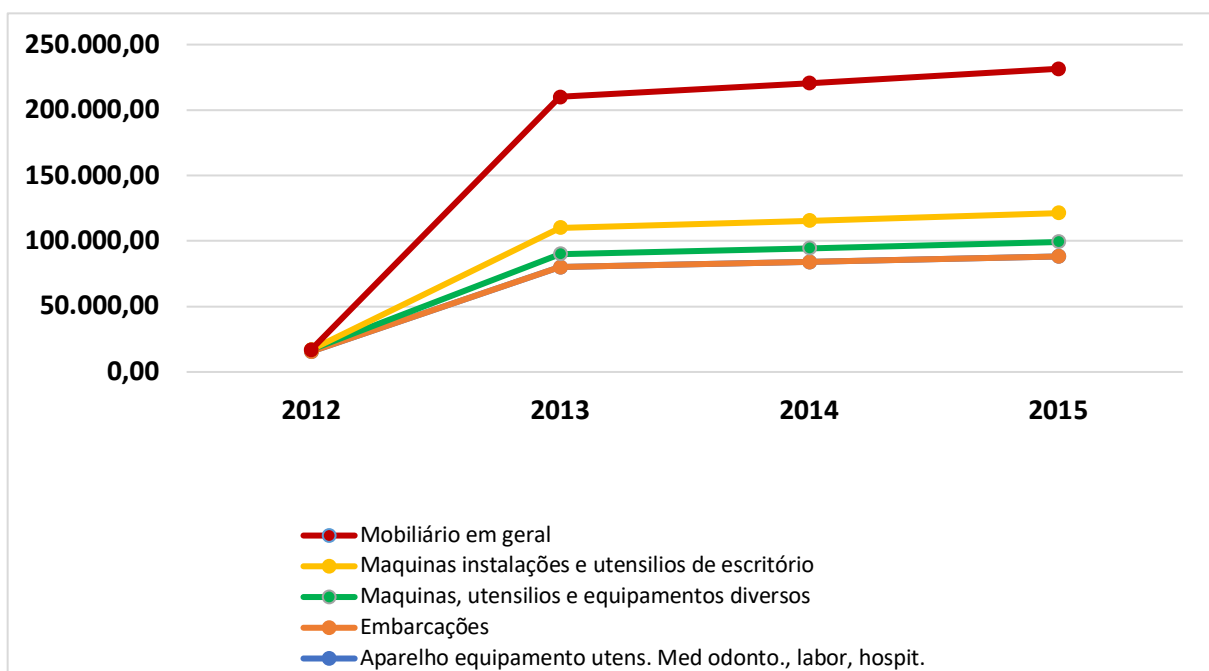
Nota: *Dados relativos ao Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Litoral Sul 2012-2015

Ainda acerca da tabela 1.10, as obras do SESANI decorreram da necessidade de uma política de edificação e saneamento ambiental dentro das aldeias indígenas.

Com o aumento das terras indígenas homologadas no território nacional e o incremento do plano de desenvolvimento e autonomia de gestão dos DSEI, houve a implantação de recursos que representaram no final da execução do PDSI 83,7% dos gastos de capital com obras e instalações do DSEI Litoral Sul no período 2012-2015. A situação denota a necessidade emergente de investimentos em infraestrutura e saneamento ambiental.

Já o gráfico 2.9 - Despesas com Equipamentos e Material Permanente do DSEI Litoral Sul (Gestão DSEI Isul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ) abrange os seguintes subelementos de despesas: Aparelhos e equipamentos e utensílios médico-odontológicos laboratorial e hospitalar; Embarcações; Máquinas, utensílios e equipamentos diversos; Máquinas instalações e utensílios de escritório e por fim o elemento de despesa Mobiliário em geral. Neste último item, o DSEI apresentou gasto quadrienal em torno de R\$ 679 mil o qual representou 46,4% dos gastos com equipamento e material permanente. Prossegue-se com o elemento de despesa aparelhos e equipamentos e utensílios médico-odontológicos laboratorial e hospitalar que representou 39,4% dos gastos. Somados, os dois itens alcançaram próximo a 86% do total dos gastos com equipamentos e materiais permanentes no período 2012-2015 do PDSI Litoral Sul.

Gráfico 2.9 - Despesas com Equipamentos e Material Permanente - DSEI Litoral Sul (Gestão DSEI Isul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ), 2012-2015. (em R\$)



Fonte: PDSI Litoral Sul 2012-2015. Valores em R\$

Nota: *Dados relativos ao PDSI do DSEI Litoral Sul 2012-2015.

O DSEI Litoral Sul (Gestão DSEI ISul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ) executou com despesas de capital com equipamentos e materiais permanentes no quadriênio de pouco menos de R\$ 670 mil. O valor pode ser considerado modesto considerando as necessidades do DSEI decorrentes do aumento significativo com demandas de terras indígenas e aumento da necessidade de qualificação da atenção aos povos indígenas.

Já no item de despesas com aparelhos e equipamentos e utensílios médico-odontológicos, laboratorial e hospitalar foram empenhados cerca de R\$ 267 mil, quantia muito inferior aos gastos de custeio de manutenção relacionados a material odontológico e hospitalar.

Para recuperar defasagens antigas, o DSEI Litoral Sul (Gestão DSEI ISul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ) precisaria alocar valores para as despesas de capital ao menos em proporção mais próxima às de custeio. Com a autonomia, ocorreu um incremento expressivo dos gastos de custeio, o que também aconteceu com despesas de capitais, mas não na mesma magnitude.

Os gastos com capital ainda constituem desafios para o DSEI Litoral Sul (Gestão DSEI ISul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ) uma vez que é nessas estruturas físicas que se fazem necessárias melhorias para a assistência a ser prestada a população indígena. A necessidade concomitante de terceirização levou ao distanciamento do investimento em capital em relação ao custeio, o que ficou evidenciado com terceirizações da área meio para efetivação da autonomia de gestão administrativa e financeira do DSEI Litoral Sul.

A tabela 1.11 mostra as Despesas de Capital e de Custeio do DSEI Litoral Sul (Gestão DSEI ISul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ) podendo ser observado que foram gastos no quadriênio pouco mais de R\$ 96 milhões. Foram em torno de R\$ 87 milhões no custeio e pouco mais de R\$ 9 milhões com despesas de capital. Ou seja, 90,5% com despesas de custeio e apenas 9,5% com despesas de capital, demonstrando o grande comprometimento com o custeio do DSEI Litoral Sul no período de 2012-2015.

Tabela 1.11 - Despesas de Capital e de Custeio do DSEI Litoral Sul (Gestão DSEI ISul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ), 2012-2015. (em R\$)

*Despesas	2012	2013	2014	2015	TOTAL	(%)
Despesas de Custeio	8.780.068,16	24.815.119,58	26.055.875,56	27.358.669,34	87.009.732,64	90,5
Despesas de Capital	96.988,98	3.543.768,00	2.720.500,00	2.731.525,00	9.092.781,98	9,5
TOTAL	8.877.057,14	28.358.887,58	28.776.375,56	30.090.194,34	96.102.514,62	100,0

Fonte: PDSI Litoral Sul 2012-2015. Valores em R\$

Nota: * Dados relativos ao Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Litoral Sul 2012-2015

A situação potencialmente indica necessidade de maior concentração dos recursos em aplicações de capital, afim, de criar condições de melhoria da assistência da saúde. Há necessidade, em especial, de melhoria na infraestrutura e de transporte e saneamento ambiental para unidades de saúde indígena do DSEI Litoral Sul.

O PDSI Litoral Sul contempla valores para locação de veículos com e sem motoristas que atingiram mais de R\$ 20 milhões em quatro anos, ou seja, um gasto com terceirização da frota de veículos de aproximadamente 6,6 milhões/ano, uma vez em 2012 não houve dotação orçamentária para tal despesa.

Por outro lado, as despesas de capital para aquisição de bens permanentes, como veículos, não receberam dotação orçamentária no período. A distribuição reflete a terceirização do transporte para as aldeias, ficando o gasto com manutenção dos veículos terceirizados sob responsabilidade do DSEI Litoral Sul (Gestão DSEI ISul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ).

O PDSI do DSEI Litoral Sul (Gestão DSEI ISul PR-SP e DSEI LiSul PR-SP-RJ) segue a mesma lógica do PDSI Interior Sul em relação às despesas de custeio com apoio administrativo técnico e profissional, locação de mão-de-obra (outros gastos de terceiros – pessoa física) e serviços técnicos profissionais (outros gastos de terceiros – pessoa jurídica).

Emergem custos elevados que iniciam em 2012 em muitas dotações e se avolumam nos anos subsequentes. Evidencia-se assim a terceirização com maior impacto no primeiro ano do PDSI do Litoral Sul, indicando a dificuldade de gestão administrativa técnica e profissional do DSEI Litoral Sul. Entretanto, vale ressaltar que após a efetivação da autonomia administrativa-orçamentária e de gestão do DSEI, acentuaram-se ainda os gastos de apoio administrativo e técnico profissional.

6 TERCEIRIZAÇÃO NA GESTÃO PÚBLICA

A terceirização dos serviços de saúde é a prestação de serviços da iniciativa privada em nome do governo, sendo, em geral, regulada por um documento contratual que especifica tipo e quantidade do serviço e validade do acordo. A terceirização vem ao encontro da renúncia do Estado com serviços públicos de saúde, indicando falta de responsabilidade social (DRUCK, 2016).

A melhoria das políticas pública de saúde no Brasil tem demonstrado uma das maiores reivindicações da população, tendo em vista a situação de demanda e oferta deficitária, problematizando a: falta de medicamento e profissionais da saúde, má gestão dos recursos públicos no atendimento básico e preventivo a doenças de comunidades carentes, dentre outros problemas (ALMEIDA, CASTRO 2019).

O processo da terceirização mostra a incapacidade do Estado em prover com seus próprios recursos, repassando a terceiros a incumbência da execução e reconhecendo suas deficiências e a desvalorização do trabalho.

As mudanças da gestão sob a responsabilidade do Estado das unidades de saúde trazem configurações importantes sobre o sistema de saúde brasileiro. Possibilitaram a geração de alterações legislativas que criaram novas características jurídicas, como as organizações sociais (OSs) e as fundações estatais de direito privado (ANDREAZZI, BRAVO, 2014). A atuação do meio privado, com tendência fortemente empresarial que vem estruturando o sistema de saúde brasileiro, representa um contraponto a toda a base de estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), ameaçando as premissas de equidade e universalidade que nortearam sua criação (ANDREAZZI, BRAVO, 2014).

Para Druck (2016), o processo de repasse de verba revela “o devaneio das relações público–privado”, com repasses de altos valores de recursos públicos para instituições privadas. A implementação de reformas neoliberalistas do Estado propõe a execução de políticas públicas por um número grande de instituições ‘não governamentais’ e/ou ‘não lucrativas’ especialmente em setores não considerados ‘atividades exclusivas de Estado’ ou ‘competitivos’. Isso daria origem a uma ‘esfera pública não estatal’, constituída por ‘organizações da sociedade civil de interesse público’ (IAMAMOTO, 2006).

O empoderamento do setor privado na gestão do SUS vai na contramão da criação do Sistema Único de Saúde, uma vez que potencialmente pode desarticu-

lar as responsabilidades federativas com a execução e os processos de trabalho, passando a ser baseadas em serviços locados com premissas do capital e geração de lucro.

A relevância das políticas públicas nos países pobres deve-se ao fato de existir maior dependência da população em relação às políticas públicas do que nos países ricos. As necessidades básicas da população e a concentração de renda impossibilitam a expansão do mercado para maioria da população sem condições apropriadas. Portanto, o Estado, para essas populações exerce um papel preponderante na políticas públicas, assim como na atenção primária de saúde e no seu financiamento para os demais níveis de atenção a saúde (ANDREAZZI, BRAVO, 2014).

Na América Latina, o Chile foi o precursor do modelo de liberação das responsabilidades do Estado para com a população de ações sociais básicas, em sua reforma imposta pelo governo Pinochet (1978-1980), condicionando uma reforma liberal radical (LABRA, 2001).

No Brasil, uma série de alterações das relações público-privado tem contrariado os anseios originalmente previstos do Sistema Único de Saúde baseados na prerrogativa de se estabelecer a responsabilidade do Estado para/com a saúde plena da população, por meio de pilares como a universalização e a equidade. As políticas de privatização da gestão de unidades públicas de saúde que atualmente se apresentam de forma acelerada seguem apenas os anseios econômicos dentre os quais o equilíbrio de contas públicas e legitimação do Estado, por meio da utilização do setor privado, focado na desburocratização dos serviços públicos, (ANDREAZZI, BRAVO, 2014).

Para Lourenço (2015), a terceirização é um fenômeno em cascata, o qual concentra renda e aumenta o poder das grandes empresas, que passam a usar o trabalho das empresas subcontratadas, aumentando o lucro, por meio de salários mais baixos, eliminando os gastos com a responsabilidade dos direitos sociais e trabalhistas. Com isso, não contribuem com a formação profissional, descomprometendo-se com o bem público; isentam-se de manter os benefícios trabalhistas, não possuem comprometimento o bem público e nem tão pouco com o bem social, entre outros (LOURENÇO, 2015).

Nesse contexto, desponta a terceirização das atividades-meio dos DSEI, por meio de contratação de serviços de terceiros com pessoa física e pessoa jurídica.

ca, conforme os Planos Distritais de Saúde Indígenas. O processo ocorreu a partir de 2012, sendo evidenciado nos documentos oficiais como os PDSI por um maior aporte financeiro para tais demandas. Após 2012, ocorreu a transferência orçamentária-financeira, administrativa e de gestão dos 34 DSEIs, passando da SESAI para os DSEIs as condições que favoreceram tal terceirização de serviços que os DSEIs não teriam condições de executar.

7 DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O sistema público de financiamento de saúde indígena é descentralizado e possui autonomia de gestão, administrativa, orçamentária e financeira por intermédio dos Distritos Sanitário Especiais Indígenas (DSEI). As necessidades de autonomia dos DSEIs surgiram dos anseios dos próprios indígenas e de uma longa reivindicação de órgãos fiscalizatórios, para um melhor controle administrativo-financeiros para com isso, evitar desvios, ilicitudes nas aplicações de recursos públicos.

Em linhas gerais, o histórico sobre financiamento de Saúde Indígena no Brasil evidencia a participação efetiva da iniciativa privada, o que é corroborado nos dois Planos Distritais de Saúde Indígena analisados.

Ambos os planos apontam aporte financeiro considerável de transferência para iniciativa privada na administração de recursos públicos. O fato é demonstrado na análise da evolução dos gastos anualmente nos Planos Distritais de Saúde Indígena dos Interior Sul e Litoral Sul no período de 2012-2015. Os planos distritais analisados no referido período demonstraram que a autonomia trouxe mais participação privada para administrar os recursos públicos.

A descentralização da SESAI para os distritos sanitários especiais indígenas fortaleceu o controle social, o qual demandou necessidades locais para melhorias nos serviços de saúde e saneamento disponibilizados pelos respectivos DSEI nas áreas de gestão compartilhada.

Contudo, por sua vez, trouxe a incapacidade do setor público em executar as receitas e as despesas para a efetivação da autonomia administrativa dos DSEIs. Muito pelo contrário, aumentaram os gastos com o repasse de recursos públicos para a iniciativa privada para a execução de ações que seriam específicas da União.

Quando avaliado o total das despesas do PDSI Litoral Sul, tem-se no orçamento do Plano quadrienal o valor de R\$ 96.102.514,62 no período de 2012-2015. Deste valor, 95,5% foram contabilizados com elementos de despesa de custeio e 9,5% empenhados com despesas de capital.

Já o Plano Distrital de Saúde Indígena do Interior Sul apresentou, mesmo com o acréscimo das despesas de capital, um orçamento total quadrienal de R\$ 175.349.060,12. Em relação a esse total, as despesas de custeio comprometeram

67,1% enquanto os empenhos das despesas de capital foram de 32,9% das dotações orçamentária do Plano Distrital de Saúde Indígena do Interior Sul.

A situação evidencia maior comprometimento financeiro com prestadores de serviços e aquisição de material de consumo, o que se visualiza em ambos os planos com as terceirizações, materializadas em gastos de serviços com terceiros, tanto pessoa jurídica quanto pessoa física.

Os recursos de capital são conhecidos como recursos de investimentos, ou seja, são recursos usados em aplicações em patrimônio, tais como obras, construções, instalações e aquisições de equipamentos e materiais permanentes que são incorporados aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Recursos de custeio (correntes) são aqueles aplicados nas despesas contratos de prestação de serviços, aquisição de materiais de consumo, diárias, passagens, etc.

Os gastos de custeio de ambos os PDSI, que no período 2012-2012 somam R\$ 87.009.732,64 no PDSI Litoral Sul e R\$ 117.684.721,29 no PDSI Interior Sul, mostram que os elementos de despesas com locação de mão-de-obra e serviços terceirizados – pessoa jurídica somados corresponderam a 75,9% e 60,6% das despesas empenhadas nos PDSI Litoral Sul e Interior Sul, respectivamente. Ou seja, nos dois elementos de despesa de custeio há participação expressiva da iniciativa privada na administração pública. Os achados demonstram uma convergência para os valores de custeio, o que gera a transferência de recursos à iniciativa privada, caracterizando a verdadeira terceirização da administração pública no campo da saúde indígena.

Já as despesas de capital nos Planos Litoral Sul e Interior Sul, no período de 2012-2015, atingiram respectivamente R\$ 9.092.781,98 e R\$ 57.664.338,83. Foram empenhados em obras e instalações 92,5% no PDSI Litoral Sul e 60,8% no PDSI Interior Sul enquanto com material permanente foram 7,5% no PDSI Litoral Sul e 39,2% no PDSI Interior Sul.

Mesmo com o acentuado incremento de recursos para despesas de capital, observa-se em relação às transferências administrativa, gerencial financeira e orçamentária para os DSEIs, ainda assim, seria necessário equalizar as despesas aumentando ainda mais as dotações patrimoniais.

Analisando as despesas de custeio de ambos os DSEIs, percebe-se que os valores mais elevados ocorreram a partir de 2013. No período 2013-2015, as despesas de capital obtiveram acréscimo, mas não na mesma proporção das des-

pesas de custeio. Ou seja, configurou-se a circunstância de que a autonomia distrital passasse diretamente por maior dependência de instituições privadas. De um modo geral, no ano de 2012, o PDSI mostrou valores inferiores aos empenhados nos anos subsequentes.

A execução das despesas para ambos os DSEIs caracterizou-se por acentuada dificuldade no primeiro ano do período, pois a autonomia administrativa efetiva do DSEI somente ocorreu a partir de 2013. O ano de 2012 foi um ano de transição administrativa, financeira e descentralização dos processos administrativos trazendo para os DSEI a necessidade de gestão orçamentária. No custeio, ocorreu a terceirização de parcela considerável dos processos administrativos e operacionais fazendo com que aumentassem expressivamente as despesas com serviços técnicos administrativos e operacionais. Nas despesas de capital, houve um aporte considerável de investimento em obras de imóveis e instalações. Foram contempladas melhorias das instalações de postos de saúde indígena e aquisição de veículos nos anos de 2013 a 2015, o que incrementou as condições de acessibilidade as terras indígenas. Na tabela 1.12 encontram-se as dotações originalmente previstas em relação às tabelas anteriormente apresentadas relativas à execução orçamentária.

Tabela 1.12 - Despesas planejadas por categoria econômica do DSEI Interior Sul (Gestão ISul SC-RS e LiSul SC-RS) e do DSEI Litoral Sul (Gestão ISul PR-SP e LiSul PR-SP-RJ), 2012-2015. (em R\$)

DSEI e Categoria econômica / Ano	2012	2013	2014	2015	Total
Interior Sul					
Despesas de custeio	9.851.851,28	32.064.232,47	35.024.039,97	38.238.027,00	115.178.150,72
Despesas de capital	270.251,39	24.441.378,76	29.564.739,64	38.984.970,00	93.261.339,79
Sub-total	10.122.102,67	56.505.611,23	64.588.779,61	77.222.997,00	208.439.490,51
Total no PDSI* Interior	10.169.682,60	74.847.941,54	66.300.426,57	70.877.878,13	
Litoral Sul					
Despesas de custeio	8.754.169,17	24.671.357,93	26.090.827,14	26.839.448,31	86.355.802,55
Despesas de capital	79.332,80	8.000.850,00	3.522.783,90	3.327.579,40	14.930.546,10
Sub-total	8.833.501,97	32.672.207,93	29.613.611,04	30.167.027,71	101.286.348,65
Total no PDSI* Litoral	8.877.057,14	28.358.887,58	28.776.375,56	30.090.194,34	
Ambos os DSEI					
Despesas de custeio	18.606.020,45	56.735.590,40	61.114.867,11	65.077.475,31	201.533.953,27
Despesas de capital	349.584,19	32.442.228,76	33.087.523,54	42.312.549,40	108.191.885,89
Total	18.955.604,64	89.177.819,16	94.202.390,65	107.390.024,71	309.725.839,16
Total a partir dos PDSI	19.046.739,74	103.206.829,12	95.076.802,13	100.968.072,47	

DSEI = Distrito Sanitário Especial Indígena; ISul – Interior Sul; LiSul – Litoral Sul; PDSI = Plano Distrital de Saúde Indígena. *Total apresentado no PDSI 2012 – 2015

7.1 Limitações do Estudo

Os dados apresentados no Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS) demonstraram discrepâncias em algumas dotações orçamentárias. São somas e valores não correspondentes ao total apresentado no Plano Distrital de Saúde Indígena do Interior Sul, em relação aos quais se faz necessário demonstrar os elementos com divergência de valores declarados.

A tabela 1 - Despesas de Custeio DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS), anteriormente apresentada (ver seção 5.1), apresenta despesas de custeio do Plano Distrital do DSEI Interior Sul discrepâncias de valores. Foram declarados nos gastos de custeio, somando todas as despesas de 2012, o empenho de R\$ 10.108.569,84, mas refazendo as somas contidas no plano a quantidade atinge R\$ 10.165.942,60. Ou seja, uma diferença de R\$ 57.372,76, o que representa um equívoco de cálculo no documento oficial do Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Interior Sul 2012-2015.

Na mesma tabela 1, no ano de 2013 foram declarados no plano os gastos totais de custeio de R\$ 33.228.395,10, mas os valores impressos no PDSI foram de R\$ 23.049.513,90, uma diferença de R\$ 10.178.881,20. Já no ano de 2014, os gastos somados dos elementos de despesas atingiram R\$ 35.149.727,71, contudo o valor no Plano Distrital foi de R\$ 24.969.389,57, contabilizando uma diferença de R\$ 10.180.338,14. Por fim, no ano de 2015, as despesas de custeio do PDSI Interior Sul somadas atingiram R\$ 39.198.028,64, mas o valor declarado no PDSI foi de R\$ 29.203.856,68, diferença de R\$ 9.994.171,96. Assim, a diferença total do quadriênio monta a R\$ 30.296.020,54, pois a soma dos elementos contidos no Plano foi de R\$ 117.684.721,29 enquanto o valor impresso no Plano é de R\$ 87.388.700,75.

Dentro das despesas de custeio a tabela 1.1 - Despesas com Material de Consumo do DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS), o elemento contábil combustível e lubrificantes automotivos foi declarado no PDSI como valores cuja soma atingem R\$ 4.046.091,80. Entretanto, o declarado no PDSI como somatório foi R\$ 3.336.000,00, ou seja, uma diferença de R\$ 710.091,80. Já nos elementos contábeis gêneros de alimentação foram empenhados valores cuja soma dos gastos anuais atinge R\$ 2.046.932,83, mas no plano está declarado como

total o valor de R\$ 1.954.632,83, uma diferença de R\$ 92.300,00. A dotação material farmacológico tem a quantia de R\$ 290.400,00 em 2012 e não apresentou dotação orçamentária para tal elemento contábil nos anos subsequentes, portanto a soma do quadriênio foi R\$ 290.400,00, embora o declarado impresso no PDSI tenha sido de R\$ 180.000,00 uma diferença de R\$ 110.400,00. A dotação material especificada para a manutenção de bens moveis mostra que foram empenhados valores anuais no montante de R\$ 159.090,00, mas o declarado impresso no PDSI foi de R\$ 150.000,00 resultando em uma diferença 9.090,00. Com essas diferenças, o somatório total geral obviamente também foi afetado. Os valores da soma dos elementos atingem R\$ 23.151.237,51, mas no PDSI está declarado equivocadamente o montante de R\$ 22.229.355,71, uma diferença de R\$ 921.881,80.

A tabela 1.2 - Despesas de Custeio com Diárias - Pessoal Civil - DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS) mostra os elementos de despesa distribuídos nos quatro anos. Assim, a soma das parcelas anuais resulta na quantia de R\$ 3.075.952,66. Contudo, no PDSI foi declarado o valor de R\$ 3.133.325,42, chegando a uma diferença de R\$ 57.372,76.

Na tabela 1.3 - Despesas com Passagens e Locomoção - DSEI Interior Sul (Gestão DSEI ISul SC-RS e DSEI LiSul SC-RS), o elemento de despesa pedágios foi apresentado com gastos que ascendem a R\$ 15.040,00. Todavia, o valor impresso no PDSI referencia como tendo somado R\$ 13.240,00, uma diferença entre os valores somados e os impressos no PDSI de R\$ 1.800,00.

Em decorrência, no trabalho foram consideradas as somas dos elementos contábeis, desconsiderando os dados equivocadamente lançados no Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Interior Sul. Desta forma, todas as somas apresentaram diferenças nas somas reais dos valores descritos por elementos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a vulnerabilidade social das populações indígenas, em vista do percentual elevado de famílias com dificuldade de acesso as políticas públicas, faz com que o agravante se torne contribuinte para a piora nas condições de vida.

A descentralização de políticas públicas vem favorecer aos anseios da pluralidade na assistência a saúde dos povos indígenas, uma vez que há no Brasil vários grupos indígenas distintos, compondo assim, uma gama de especificidades étnico-cultural. A descentralização fortalece o controle social e favorece ações locais-regionais relacionadas aos DSEIs.

A definição da autonomia distrital não é apenas gerencial ou de decisão política, e também não contempla tão somente as peculiaridades dos princípios gerais de soberania dos povos indígenas. Diversamente, busca também fortalecer a cosmologia da valorização dos saberes e das práticas tradicionais indígenas (TEIXEIRA, 2010).

A análise dos PDSI do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) do Interior Sul revela que, a partir do ano de 2012, quando ocorreu a transição para autonomia dos DSEIs pela SESAI, transferiu-se também, a competência aos Distritos no campo da autonomia administrativa, orçamentária e de gestão. Foram descentralizadas para os DSEIs as dotações orçamentárias para a execução dos Planos Distritais de Saúde Indígena, tornando-os instrumentos de gestão.

O processo de descentralização trouxe, a partir do ano de 2012, a necessidade de instrumentalização institucional de recursos humanos para efetivação da autonomia dos Distritos. Todavia, a instrumentalização ocorreu por meio da terceirização dos meios de gestão, o que se torna evidente nas tabulações, onde as dotações orçamentárias pautadas em serviços de terceiros, tanto como pessoa física, quanto jurídica, foram preponderantes. Tal predomínio representa uma terceirização dos serviços administrativos, o qual permite inferir que a “autonomia” foi, em última instância, descentralizada para iniciativa privada e não efetivamente para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Essa autonomia contrasta com o aumento significativo nas dotações de custeio e capital, uma vez que os DSEIs demonstraram dificuldades na efetivação da autonomia repassada pela SESAI a partir do ano de 2012.

As ferramentas administrativas e gerenciais possibilitaram ajustes orçamentários da execução de despesas dos DSEI, porém, inicialmente nos PDSI, observaram-se essas peculiaridades quanto ao comprometimento com serviços de terceiros.

Os dados apresentados corroboram as ideias de descentralização orçamentária dos DSEIs, ou seja, que o planejamento orçamentário é um processo decisório para vinculação dos Distritos a suas respectivas realidades loco-regionais.

A gestão compartilhada não apareceu como fator relevante na administração e no gerenciamento financeiro-orçamentário, uma vez que os planos distritais foram formulados a partir das bases territoriais indígenas adstritas ao território compartilhado, fazendo com que as demandas das populações indígenas fossem compartilhadas dentro dos devidos planos. O compartilhamento de gestão ocorreu com maior ênfase nos termos do controle social, por meio do qual, os conselhos deliberaram ações voltadas para cada distritos sanitários em ações nas suas respectivas terras indígenas. A gestão justifica o compartilhamento com o argumento do foco primordial na localização geográfica para a administração pública e o controle gerencial. Todavia, os indígenas reforçam que essa concepção colide com a lógica da criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígena que é considerar a caracterização étnico-cultural.

A gestão compartilhada, em relação aos elementos de despesas dispostos nos Planos Distritais de Saúde Indígena, não evidencia alterações substantivas nos dados analisados, uma vez que, os dois Distritos analisados demonstraram despesas de custeio acentuadamente predominantes em relação as despesas de capital, com incremento em ambos os Planos nos serviços terceirizados.

Em suma, trata-se de um “processo de autonomia distrital” que transcorreu durante todo o período do PDSI 2012-2015, no qual a dependência pelos serviços de terceiros como pessoa jurídica e de pessoa física prevaleceu, aumentando gradativamente no decorrer das ações orçamentárias do período.

A descentralização é um processo em busca de equidade, controle social, participação social, integralidade e universalidade com intuito de aumentar a efetividade da saúde na população indígena. Entretanto para alcançar esse resultado é

preciso que ocorra uma inversão de conceitos administrativos, de gestão, financeiro e responsabilidade estatal para com a efetivação da descentralização e autonomia dos DSEIs, se existir a terceirização os DSEI não conseguirão efetivamente ser autônomos, mas apenas repassadores de verbas públicas a terceiros.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. R.; CASTRO, N. M. Terceirização da Saúde Pública como forma de desvio de recursos públicos da saúde. *Revista São Luis Orione*, v. 2, n. 14, 2019

ANDREAZZI, M. F. S.; BRAVO, M, I, S. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12 n. 3, p. 499-518, set./dez. 2014

ANP. Agência Nacional de Petróleo, Gás Natural e Biocombustíveis. Disponível em: <<http://www.anp.gov.br>>. Acesso em: 30 mar. 2020.

ATHIAS, R.; MACHADO, M. A Saúde Indígena no Processo de Implantação dos Distritos Sanitários: Temas Críticos e Propostas para um diálogo Interdisciplinar. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(2):425-431, mar-abr, 2001.

BERTOLANI, Marlon Neves; LEITE, Izildo Côrrea; O Respeito à Diferença: Contribuições da Teoria das Representações Sociais para as Políticas de Saúde Voltadas a Populações Indígenas. *Rev. Pol. Públ. São Luís*, v. 13, n. 2, p. 291-301 jul./dez. 2009.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Relatório de Gestão 2004 CORE/MS: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 32 de 23 de maio de 2012. Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI/MS. Dou 24 de março de 2012. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sesai/2012/prt0032_23_05_2012.html >

Acessado em 30/01/2019

_____. Ministério da Saúde. Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Portaria nº 70 de 20 de janeiro de 2004. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0070_20_01_2004.html > acesso em 22/11/18.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 475, de 16 de março de 2011, http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0475_16_03_2011.html> acesso em 30/11/18

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. <http://portalms.saude.gov.br> ; DGEI, 2010> Acesso em 01/11/2018

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html.
Acessado em 01/02/2019

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. <https://www.saude.gov.br/saude-indigena/saneamento-e-edificacoes/dseis>, 2019.
Acessado em 10/01/2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Lei 8080 de 19/09/1990. http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm. Acessado em 05/fev/2019

CHAVES, Maria de Betania Garcia; CARDOSO, Andrey Moreira Cardoso; ALMEIDA, Celia; Implementação da Política de Saúde Indígena no Polo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: Entraves e Perspectivas; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(2):295-305, fev., 2006.

CARDOSO, A.M. et al. Morbidade Hospitalar Indígena Guarani no Sul e Sudeste do Brasil. Rev. Bras. Epidemiol 2010; 13(1): 21-3

CARDOSO, Marina D. Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política, In: LANGDON, Esther Jean; CARDOSO, Marina. D. (Org).

Saúde Indígena: Políticas comparadas na América latina. Florianópolis: UFSC, 2015. p. 83–106

COIMBRA JR., Carlos E. A.; SANTOS, Ricardo Ventura; ESCOBAR, Ana Lúcia; Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil; Scielo, Fiocruz, 1 de janeiro, 2013.

DIEHL, Eliana E; LANGDON; Esther Jean; Transformações na Atenção à Saúde Indígena: Tensões e Negociações em um Contexto Indígena Brasileiro; Universitas humanística no.80 pp: 213-236 Bogotá – Colombia issn 0120-4807; julio-diciembre de 2015.

DIEHL, Eliana E. et al. Financiamento e atenção à saúde no distrito sanitário especial indígena interior sul. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil, 2003.

DRUCK, G. A Terceirização na Saúde Pública: Formas diversas de precarização do Trabalho. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 15-43, 2016

ENGEL GERHARDT, Tatiana; TOLFO SILVEIRA, Denise. Métodos de Pesquisa. Primeira edição. ed. Porto Alegre: UFRGS, 2009. 120 p. ISBN 978-85-386-0071-8. Disponível em <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>

FERREIRA, Luciana Benevides; PORTILLO, Jorge Alberto Cordón; NASCIMENTO, Wanderson, Flor; A Criação da Secretaria Especial de Saúde indígena; Rev. Tempus Actas Saúde Col; Vol. 07; n 04; 2013

GAIO, R.; CARVALHO, R.B.; SIMÕES, R. Métodos e técnicas de pesquisa: a metodologia em questão. In: GAIO, R. (org.). Metodologia de pesquisa e produção de conhecimento. Petrópolis, Vozes, 2008.

GARCIA Jr., Carlos Alberto Severo; RIVORÊDO, Carlos Roberto Soares Freire de; FLUMIAN, Raqueli Braga; Tecnologias e Dispositivos do Apoio Institucional em Saúde Indígena no Distrito Sanitário Especial Indígena do Interior Sul, Estado de Santa Catarina; Revista de Psicologia da UNESP 15(2), 2016.

GARNELO, Luiza; Política de Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: Análise Situacional do Período de 1990 a 2004; Documento de Trabalho n. Universidade Federal de Rondônia e Escola Nacional de Saúde Pública; Porto Velho-RO, 2004.

GARNELO, M. L. & PONTES (Org.). Saúde Indígena: Uma Introdução ao Tema. Coleção Educação para todos. MEC-SECADI, 2012.

GARNELO, Luiza; SAMPAIO, Sully; Organizações Indígenas e Distritalização Sanitária: Os Riscos de “Fazer Ver” e “Fazer Crer” nas Políticas de Saúde; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4):1217-1223, jul-ago, 2005.

IAMAMOTO, M. V. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no serviço social contemporâneo. In: MOTA, Ana E. M. et al. (Org.). Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Opas, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 1-37.

KRIPKA, Rosana Maria Luvezute; SCHELLER, Morgana; BONOTTO, Danusa Lara. Pesquisa documental: considerações sobre conceitos e características na pesquisa qualitativa. VI Simpósio Internacional de Educação e Comunicação. Atas, p. 243-247, 2015

LABRA, Maria E. Política e saúde no Chile e no Brasil: contribuições para uma comparação. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 361-376, 2001.

LANGDON, Esther Jean; Diversidade Cultural e os Desafios da Política Brasileira de Saúde do Índio; Saúde Soc. São Paulo, v.16, n.2, p.7-12, 2007.

LAZZARI, J. B, Fontes de Financiamento do Sistema Único de Saúde. Revista de Direito Sanitário, vol. 4, n.1, pg: 76-84. março/2003

LOURENÇO, E. A. S. Terceirização: a derruição de direitos e a destruição da saúde dos trabalhadores. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 123, p. 447-475, jul./set. 2015

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo, EPU, 1986.

MARTINS, Juliana Claudia Leal. O trabalho do enfermeiro na Saúde Indígena: desenvolvendo competências para a atuação no contexto intercultural. Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2017.

MENDES, E. V. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 9a. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 406 p. ISBN 85-271-0181-5.

PONTES, A. L. M et al.; O Modelo de Atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: Reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (10): 3199-3210, 2015

RAGGIO, A; et al. Modelo de Gestão da Saúde Indígena. Consórcio IDS-SSL-Cebrap. Institute of Development Studies, 2009

RANGEL, Lucia Helena; LIEBGO, Roberto Antônio; Relatório Violência contra os Povos Indígenas no Brasil – Dados de 2016; Conselho Indigenista Missionário (Cimi), organismo vinculado à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), 2016.

SANTOS, R. V. et al. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; Cebes, 2008. p. 1035-1056

SOARES, Laura. Políticas Sociais na América Latina. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (Orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 1, pp. 923-944, 2008.

TEIXEIRA, C. C. Autonomia em saúde indígena: sobre o que estamos falando?, Anuário Antropológico [Online], I | 2010, posto online no dia 07 outubro 2015, consultado no dia 05 novembro 2019. <http://journals.openedition.org/aa/789>; DOI: 10.4000/aa.789

ANEXO A

Proposta de Capítulo de Livro submetida para o livro
"A SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL: DIÁLOGOS, INTERCULTURALIDADE E
CUIDADO"

no âmbito do Edital 03/2019 da Editora Rede Unida.

FINANCIAMENTO EM SAÚDE INDÍGENA NOS DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS INTERIOR SUL E LITORAL SUL¹

Geraldo Schneider de Mello²

Mariana Santiago Siqueira³

Roger dos Santos Rosa⁴

1. INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) promoveu importantes transformações no modelo de atenção e financiamento federal da política de saúde para a população brasileira, proporcionando a expansão do acesso a ações e serviços em todo o território nacional. A Constituição Federal de 1988 enfatizou a necessidade de criar fontes de financiamento capazes de garantir o atendimento das ações e serviços de saúde e impôs essa responsabilidade às três esferas de governo, cada qual garantindo o aporte regular de recursos (LAZZARI, 2003).

Logo após a promulgação da Lei Arouca (Lei nº 9.836/1999) e do estabelecimento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), a responsabilidade pela coordenação e execução das ações de saúde dentro de comunidades indígenas foi repassada para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), entidade vinculada ao Ministério da Saúde. A FUNASA, por sua vez, repassou a organizações não-governamentais, prefeituras e entidades de caridades por meio de convênios.

As ações a serem desenvolvidas pelos DSEI deveriam ser financiadas pelos orçamentos da FUNASA e do Ministério da Saúde, podendo ser complementadas por organismos de cooperação internacional e da iniciativa privada (BRASIL, 2002). O financiamento dos DSEI respeitaria população, situação epidemiológica e características de localização geográfica (BRASIL, 2002), considerando as especificidades da população indígena e os princípios da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90).

Em 2010, foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) no Ministério da Saúde com a responsabilidade de implementar um modelo de gestão no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, descentralizando, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira e responsabilidade sanitária nos 34 DSEI. A criação da SESAI visou fomentar o aprimoramento do financiamento, da gestão orçamentária e da autonomia administrativa dos DSEI, valorizando os Planos Distritais de Saúde Indígena (PDSI) como ferramenta primordial para o financiamento em saúde indígena (BRASIL/SESAI, 2010).

¹ Trabalho derivado da Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, de Geraldo Schneider de Mello

² Enfermeiro. Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde, Porto Alegre/RS, Brasil. Email: geraldodemello2014@gmail.com

³ Enfermeira. Prefeitura Municipal de Gravataí, Secretaria Municipal de Saúde, Gravataí/RS, Brasil. Email: marisantiago.mr@hotmail.com

⁴ Professor de Medicina Social. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social, Porto Alegre/RS, Brasil. Email: roger.rosa@ufrgs.br

Neste sentido, o objetivo deste trabalho foi analisar o financiamento conforme os Planos Distritais de Saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) do Litoral Sul e do Interior Sul no período de 2012-2015. Para a seleção dos DSEI participantes, tomou-se por ponto de partida a especificidade de existir uma gestão compartilhada, com territórios comuns aos dois DSEI (BRASIL, 2012). Essa gestão compartilhada é uma particularidade dos DSEI escolhidos em relação aos demais 34 DSEI do país.

O DSEI Litoral Sul abrange parte dos estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Possui uma população de cerca de 23 mil indígenas das etnias Guarani Tupi, Terena, Kaingang, Guarani, Krenak e Xetá, distribuídas em 129 comunidades indígenas. O atendimento é realizado por 15 equipes multidisciplinares de saúde indígena compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião dentista, Agente Indígena de Saúde (ASI) e Agente Indígena de Saneamento (AISAN). As equipes estão distribuídas em Polos Bases em cidades destes Estados. A sede do DSEI encontra-se em Curitiba, Paraná. O DSEI possui três Casas de Saúde Indígena (CASAI), localizadas nas cidades de Rio de Janeiro, São Paulo e Curitiba para onde os indígenas são referenciados dos Polos Base e posteriormente encaminhados de acordo com a complexidade do caso clínico (BRASIL, 2010).

O DSEI Interior Sul possui sede na cidade de São José, no estado de Santa Catarina, e abrange parte dos estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (BRASIL, 2010). Possui uma população com cerca de 63 mil indígenas das etnias Kaingang, Guarani, Krenak e Terena distribuídas em 180 comunidades indígenas. O atendimento é realizado por 8 equipes multidisciplinares de saúde indígena (BRASIL, 2010). Em 2019, esse DSEI respondia assistencialmente pelas terras indígenas localizadas nos estados do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina, situadas em dois polos bases no interior do Rio Grande do Sul e quatro polos no litoral gaúcho, totalizando seis polos bases em território rio-grandense. Já no estado de Santa Catarina contava com dois polos no litoral e três no interior catarinense, somando cinco polos (BRASIL, 2010).

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo aplicado de cunho documental com uma abordagem mista quali-quantitativa (GERHARDT *et al.*, 2009, p.35). Os documentos analisados foram identificados como base para o financiamento da Saúde Indígena dos DSEI em questão no período 2012 a 2015. O período foi escolhido dada a autonomia dos DSEI a contar de 2012.

Pouco após a criação da SESAI, os DSEI, com organograma administrativo e fluxo orçamentário-financeiro próprios, foram financiados com base em seus planos de saúde. No âmbito do SUS, os planos de saúde são a base das atividades e programações de cada nível de direção do sistema e seu financiamento deve ser previsto na respectiva proposta orçamentária conforme a Lei nº 8.080/90. Considerando a duração quadrienal desses planos e a compatibilidade com o Plano Plurianual da União, o término do período escolhido foi definido como 2015. A abrangência de período posterior (2016-2019) extrapolaria o cronograma disponível para a elaboração do trabalho, motivo pelo qual se restringiu a investigação ao período 2012-2015.

Foram considerados fundamentalmente dois documentos oficiais para análise:

- (i) O Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) dos anos de 2012-2015 do DSEI Interior Sul (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012); e
- (ii) O Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) dos anos de 2012-2015 do DSEI Litoral Sul (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012);

Foram apurados os valores por elementos de despesa conforme os PDSI 2012-2015, seguindo a ótica da gestão compartilhada entre os DSEI do Interior Sul e do Litoral Sul. Elementos de despesa são desdobramentos das categorias da classificação orçamentária; têm por finalidade identificar os objetos de gasto de cada despesa, tais como vencimentos e vantagens fixas, juros, diárias, material de consumo, serviços de terceiros prestados sob qualquer forma, subvenções sociais, obras e instalações, equipamentos e materiais permanentes, auxílios, amortização e outros que a administração pública utiliza para a consecução de seus fins. São padronizados para todas as esferas de governo (federal, estadual e municipal) por meio do Anexo II da Portaria Interministerial MF/MPOG nº 163/2001.

Toda a base documental utilizada (dispositivos legais, normas, artigos científicos, relatórios, informes e boletins) foi de acesso livre domínio público e de acesso irrestrito. Tendo em vista que as fontes de dados são documentos de natureza pública, disponíveis na internet, não houve necessidade de apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta seção divide-se em (i) Limitações do estudo; (ii) Despesas por categoria econômica no DSEI Interior Sul e no DSEI Litoral Sul; (iii) Despesas de custeio; e (iv) Despesas de capital.

3.1 Limitações do estudo

Os dados do Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) do DSEI Interior Sul (Gestão ISul SC-RS e LiSul SC-RS) revelaram discrepâncias nos totais de alguns elementos de despesa de custeio e em determinados anos em relação aos valores que corresponderiam à soma das respectivas parcelas. Em decorrência, neste trabalho foram novamente somados os elementos de despesa e indicados os resultados originais do documento quando divergentes da soma realizada. Desta forma, os totais apresentados podem diferir dos valores originais por elemento de despesa e/ou ano dos documentos originais, o que foi indicado na tabela 1 como “Total no PDSI”.

3.2 Despesas por categoria econômica no DSEI Interior Sul e no DSEI Litoral Sul

Nas tabela 1 e 2 apresentam-se o total das despesas de capital e de custeio, respectivamente planejadas e executadas, do DSEI Interior Sul (Gestão ISul SC-RS e LiSul SC-RS) e do DSEI Litoral Sul (Gestão ISul PR-SP e LiSul PR-SP-RJ) no período 2012-2015.

Conforme tabela 1, as despesas planejadas para ambos os DSEI alcançavam R\$ 309,7 milhões para o período 2012-2015. O DSEI Interior Sul dispunha de pouco mais de duas vezes o valor do DSEI Litoral Sul. Praticamente 2/3 do conjunto de ambos os DSEI eram representados por despesas de custeio. O DSEI Interior Sul dispunha R\$ 28,8 milhões planejados a mais do que DSEI Litoral Sul para despesas de custeio. As despesas de capital no DSEI Interior Sul atingiam montante semelhante às de custeio (R\$ 93,3 milhões e R\$ 115,2 milhões). Já no DSEI Litoral Sul, a diferença entre ambas era bem mais substancial (R\$ 14,9 milhões versus R\$ 86,4 milhões), na ordem de praticamente 6 vezes. Não foram obtidos subsídios documentais para apurar os critérios metodológicos para o estabelecimento dos valores de custeio (e mesmo capital) para ambos os DSEI considerando as diferenças populacionais, densidade demográfica, equipes de saúde ou número de comunidades indígenas.

Na tabela 2, observa-se na execução o predomínio das despesas de custeio (75,4%) em relação às de capital (24,6%) em ambos os DSEI no período. Nota-se que os menores valores se situam em 2012 (7% do quadriênio). A partir de 2013, os valores totais tornam-se mais expressivos representando em média 3,3 vezes mais do que o ano de 2012. Excluindo o primeiro ano do período, percebe-se relativa estabilidade nas despesas de custeio que variaram de R\$ 58 milhões a R\$ 66 milhões enquanto as despesas de capital saltaram de R\$ 12,6 milhões para R\$ 31,8 milhões.

A execução das despesas para ambos os DSEI caracterizou-se por acentuada dificuldade no primeiro ano do período, pois a autonomia administrativa efetiva do DSEI somente ocorreu a partir de 2013. O ano de 2012 foi um ano de transição administrativa, financeira e descentralização dos processos administrativos trazendo para os DSEI a necessidade de gestão orçamentária. No custeio, ocorreu a terceirização de parcela considerável dos processos administrativos e operacionais fazendo com que aumentassem expressivamente as despesas com serviços técnicos administrativos e operacionais. O total das despesas de custeio executadas no DSEI Interior Sul e no DSEI Litoral Sul representou 101% do valor previsto, extrapolando o planejamento inicial.

Nas despesas de capital, houve um aporte considerável de investimento em obras de imóveis e instalações. Foram contempladas melhorias das instalações de postos de saúde indígena e aquisição de veículos nos anos de 2013 a 2015, o que incrementou as condições de acessibilidade as terras indígenas. Apesar dos esforços, o valor executado em ambos os DSEI nas despesas de capital representou 61,7% (R\$ 66,7 milhões) do valor total planejado (R\$ 108,1 milhões).

Tabela 1 - Despesas planejadas por categoria econômica do DSEI Interior Sul (Gestão ISul SC-RS e LiSul SC-RS) e do DSEI Litoral Sul (Gestão ISul PR-SP e LiSul PR-SP-RJ), 2012-2015. (em R\$)

DSEI e Categoria econômica / Ano	2012	2013	2014	2015	Total
Interior Sul					
Despesas de custeio	9.851.851,28	32.064.232,47	35.024.039,97	38.238.027,00	115.178.150,72
Despesas de capital	270.251,39	24.441.378,76	29.564.739,64	38.984.970,00	93.261.339,79
Sub-total	10.122.102,67	56.505.611,23	64.588.779,61	77.222.997,00	208.439.490,51
Total no PDSI*	10.169.682,60	74.847.941,54	66.300.426,57	70.877.878,13	
Litoral Sul					
Despesas de custeio	8.754.169,17	24.671.357,93	26.090.827,14	26.839.448,31	86.355.802,55
Despesas de capital	79.332,80	8.000.850,00	3.522.783,90	3.327.579,40	14.930.546,10

Sub-total	8.833.501,97	32.672.207,93	29.613.611,04	30.167.027,71	101.286.348,65
Total no PDSI*	8.877.057,14	28.358.887,58	28.776.375,56	30.090.194,34	

Ambos os DSEI					
Despesas de custeio	18.606.020,45	56.735.590,40	61.114.867,11	65.077.475,31	201.533.953,27
Despesas de capital	349.584,19	32.442.228,76	33.087.523,54	42.312.549,40	108.191.885,89
Total	18.955.604,64	89.177.819,16	94.202.390,65	107.390.024,71	309.725.839,16
Total a partir dos PDSI	19.046.739,74	103.206.829,12	95.076.802,13	100.968.072,47	

DSEI = Distrito Sanitário Especial Indígena; ISul – Interior Sul; LiSul – Litoral Sul; PDSI = Plano Distrital de Saúde Indígena.

*Total apresentado no PDSI 2012 – 2015

Tabela 2 - Despesas executadas por categoria econômica do DSEI Interior Sul (Gestão ISul SC-RS e LiSul SC-RS) e do DSEI Litoral Sul (Gestão ISul PR-SP e LiSul PR-SP-RJ), 2012-2015. (em R\$)

DSEI e Categoria econômica / Ano	2012	2013	2014	2015	Total
Interior Sul					
Despesas de custeio	10.108.569,84	33.228.395,10	35.149.727,71	39.198.028,64	117.684.721,29
Despesas de capital	3.740,00	9.061.326,64	19.546.881,72	29.052.390,47	57.664.338,83
Sub-total	10.112.309,84	42.289.721,74	54.696.609,43	68.250.419,11	175.349.060,12
Litoral Sul					
Despesas de custeio	8.780.068,16	24.815.119,58	26.055.875,56	27.358.669,34	87.009.732,64
Despesas de capital	96.988,98	3.543.768,00	2.720.500,00	2.731.525,00	9.092.781,98
Sub-total	8.877.057,14	28.358.887,58	28.776.375,56	30.090.194,34	96.102.514,62
Ambos os DSEI					
Despesas de custeio	18.888.638,00	58.043.514,68	61.205.603,27	66.556.697,98	204.694.453,93
Despesas de capital	100.728,98	12.605.094,64	22.267.381,72	31.783.915,47	66.757.120,81
Total	18.989.366,98	70.648.609,32	83.472.984,99	98.340.613,45	271.451.574,74

DSEI = Distrito Sanitário Especial Indígena; ISul – Interior Sul; LiSul – Litoral Sul; PDSI = Plano Distrital de Saúde Indígena.

A situação indicou potencialmente a necessidade de ampliar o volume dos recursos de capital executados, afim de criar condições de melhoria da assistência da saúde. Há carência, em especial, de melhorias na infraestrutura e de transporte para unidades de saúde indígena.

3.3 Despesas de custeio

A tabela 3 detalha as despesas de custeio executadas para ambos os DSEI, as quais são divididas em material de consumo, diárias de profissionais civis, passagens e despesas de locomoção, serviços de terceiros com pessoas físicas, locação de mão-de-obra e serviços de terceiros com pessoas jurídicas. Os menores valores situaram-se em 2012 (9,2% do quadriênio) enquanto nos três anos subseqüentes, a média de despesas com custeio foi de R\$ 51,8 milhões ou 2,7 vezes maior do que o ano de 2012.

Observa-se a elevação sistemática em valores absolutos das despesas de material de consumo no decorrer do período. As despesas de material de consumo representaram 16,4% do custeio no quadriênio e incluem despesas com combustíveis e lubrificantes automotivos, gêneros de alimentação, material farmacológico, material odontológico, material de expediente, material de limpeza e produtos de higienização, material para manutenção de bens imóveis e instalações, material para manutenção de bens moveis, material hospitalar e material para manutenção de veículos. Outro item que se destaca é o das despesas com passagens e locomoção que responderam por 10,6% do custeio e abrangem subelementos

de despesa como passagens para o país/terrestres, a locomoção urbana, locação de veículos com e sem motoristas e as despesas com pedágios.

Contudo, proporcionalmente predominaram as despesas com outros serviços de terceiros de pessoa jurídica (36,2%) e com locação de mão-de-obra (33,2%) que equivaleram de 68,5% a 74,3% nos orçamentos anuais de custeio. O pico de participação percentual dessas duas dotações ocorreu em 2012, a partir de quando se estabeleceu a autonomia de gestão administrativa e orçamentária dos DSEI. Este pico representou apenas R\$ 14 milhões enquanto nos três anos subsequentes, ainda que com percentuais menores em relação a todo custeio, os valores absolutos anuais do conjunto de ambas as dotações variaram de R\$ 40 milhões a R\$ 45,9 milhões totalizando R\$ 142 milhões no quadriênio.

Tabela 3 - Despesas de custeio executadas do DSEI Interior Sul (Gestão ISul SC-RS e LiSul SC-RS) e DSEI Litoral Sul (Gestão ISul PR-SP e LiSul PR-SP-RJ), 2012-2015. (em R\$)

DSEI e Elemento de des- pesa / Ano	2012	2013	2014	2015	Total	Total PDSI 2012-2015*
Interior Sul						
Material de consumo	2.435.479,14	6.263.686,51	6.908.747,57	7.543.324,29	23.151.237,51	22.229.355,71
Diárias – pessoal civil	427.952,66	800.000,00	880.000,00	968.000,00	3.075.952,66	3.133.325,42
Passagens e despesas com locomoção	56.156,00	194.662,80	214.129,08	235.341,99	700.289,87	698.489,87
Outros serviços de tercei- ros – pessoa física	212.745,70	375.425,36	412.976,90	454.264,69	1.455.412,65	1.455.412,65
Locação de mão-de-obra	3.315.000,00	14.349.011,77	14.331.912,93	15.765.104,23	47.761.028,93	47.761.028,93
Outros serviços de tercei- ros – pessoa jurídica	3.661.236,34	11.245.608,66	12.401.961,23	14.231.993,44	41.540.799,67	41.540.799,67
Sub-total	10.108.569,84	33.228.395,10	35.149.727,71	39.198.028,64	117.684.721,29	
Total no PDSI*	10.165.942,60	23.049.513,99	24.969.389,57	29.203.856,68	87.388.702,84	
Litoral Sul						
Material de consumo	1.199.617,85	2.924.000,00	3.070.200,00	3.223.710,00	10.417.527,85	10.417.527,85
Diárias – pessoal civil	233.848,70	350.000,00	367.500,00	385.875,00	1.337.223,70	1.337.223,70
Passagens e despesas com locomoção	46.478,47	6.644.058,99	6.976.261,94	7.325.075,04	20.991.874,44	20.991.874,44
Outros serviços de tercei- ros – pessoa física	235.388,56	421.000,00	442.050,00	464.152,50	1.562.591,06	1.562.591,06
Locação de mão-de-obra	2.845.300,59	5.499.160,59	5.774.118,62	6.062.824,55	20.181.404,35	20.181.404,35
Outros serviços de tercei- ros – pessoa jurídica	4.219.433,99	8.976.900,00	9.425.745,00	9.897.032,25	32.519.111,24	32.519.111,24
Sub-total	8.780.068,16	24.815.119,58	26.055.875,56	27.358.669,34	87.009.732,64	
Total no PDSI*	8.780.068,16	24.815.119,58	26.055.875,56	27.358.669,34	87.009.732,64	
Ambos os DSEI						
Material de consumo	3.635.096,99	9.187.686,51	9.978.947,57	10.767.034,29	33.568.765,36	32.646.883,56
Diárias – pessoal civil	661.801,36	1.150.000,00	1.247.500,00	1.353.875,00	4.413.176,36	4.470.549,12
Passagens e despesas com locomoção	102.634,47	6.838.721,79	7.190.391,02	7.560.417,03	21.692.164,31	21.690.364,31
Outros serviços de tercei- ros – pessoa física	448.134,26	796.425,36	855.026,90	918.417,19	3.018.003,71	3.018.003,71
Locação de mão-de-obra	6.160.300,59	19.848.172,36	20.106.031,55	21.827.928,78	67.942.433,28	67.942.433,28
Outros serviços de tercei- ros – pessoa jurídica	7.880.670,33	20.222.508,66	21.827.706,23	24.129.025,69	74.059.910,91	74.059.910,91

Total	18.888.638,00	58.043.514,68	61.205.603,27	66.556.697,98	204.694.453,93
Total a partir dos PDSI	18.946.010,76	47.864.633,57	51.025.265,13	56.562.526,02	174.398.435,48

DSEI = Distrito Sanitário Especial Indígena; ISul – Interior Sul; LISul – Litoral Sul; PDSI = Plano Distrital de Saúde Indígena.

*Total apresentado no PDSI 2012 – 2015

Na locação de mão-de-obra, destacam-se as despesas com apoios administrativos, técnicos e operacionais, tanto no DSEI Interior Sul (R\$ 36,1 milhões no quadriênio) quanto no DSEI Litoral Sul (R\$ 11,2 milhões, idem). Os R\$ 47,3 milhões representam 69,7% das despesas com locação de mão-de-obra do período sendo o restante contratos menos expressivos de mão-de-obra para limpeza e conservação, vigilância ostensiva e copa e cozinha.

Após a efetivação da autonomia administrativa-orçamentária e de gestão dos DSEI, acentuaram-se as despesas com apoio administrativo, técnico e profissional. Ambos os DSEI necessitaram terceirizar as áreas-meio para efetivação da autonomia administrativa-financeira e de gestão. Com a autonomia administrativa e de gestão, que ocorreu a partir de 2012, essas despesas elevaram-se substancialmente no decorrer dos anos de aplicação do plano. Aumentam de R\$ 4,3 milhões em 2012 para R\$ 14,1 milhões já em 2013 atingindo R\$ 15 milhões em 2015. Destaca-se a execução de recursos de custeio no DSEI Interior Sul nos anos de 2012 (44%), 2013 (42%) e 2014 (49%) a mais em relação aos recursos previstos no PDSI. A situação reflete a falta de recursos humanos e administrativos próprios para a gestão administrativa e sua “substituição” por terceirizados.

A terceirização dos serviços de saúde é a prestação de serviços por terceiros da iniciativa privada em nome do governo. Em geral, é regulada por um documento contratual que especifica o tipo e a quantidade do serviço e a validade do acordo. Na análise realizada, evidenciou-se a elevada proporção dos elementos de despesa dos serviços de terceiros – pessoa jurídica e de locação de mão-de-obra no custeio dos dois DSEI (69,4%). Além desses dois elementos de despesa, deve ser acrescentado que as passagens e despesas com locomoção incluíram R\$ 20,1 milhões no subelemento de despesa de locação de veículos com ou sem motoristas do DSEI Litoral Sul, serviços que são terceirizados. Desta forma, o montante destinado a terceirização dos serviços atinge R\$ 162,1 milhões ou o equivalente a 79,2% do orçamento de custeio de ambos os DSEI.

A terceirização vem ao encontro a renúncia do Estado com os serviços públicos de saúde, indicando, potencialmente, falta de responsabilidade social (DRUCK, 2016). Esse processo da terceirização denota possíveis incapacidades do Estado em prover seus próprios recursos, repassando a terceiros a incumbência da execução e reconhecendo suas deficiências e a desvalorização do trabalho.

As mudanças da gestão sobre a responsabilidade do Estado em relação às unidades de saúde trazem configurações importantes sobre o sistema de saúde brasileiro. Possibilitaram a geração de alterações legislativas que criaram novas características jurídicas, como as Organizações Sociais (OSs) e as fundações estatais de direito privado (ANDREAZZI, BRAVO, 2014). A atuação do meio privado com tendência fortemente empresarial que vem estruturando o sistema de saúde brasileiro representa um contraponto a base de estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), eventualmente ameaçando premissas de equidade e universalidade que nortearam sua criação (ANDREAZZI, BRAVO, 2014).

3.4 Despesas de capital

A tabela 4 detalha as despesas de capital executadas para ambos os DSEI, a qual é dividida em obras e instalações e em equipamentos e material permanente. À semelhança das despesas de custeio, também os menores valores das despesas de capital se concentraram no ano de 2012 (apenas 0,2% do quadriênio). Nos três anos subsequentes, subiram de R\$ 12,6 milhões para R\$ 31,8 milhões. A variação entre o primeiro e o último ano do período estudado foi superior a 315 vezes.

A SESAI, criada em 2010, incorporou o patrimônio deixado pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), a qual investia muito pouco em obras e instalações nas terras indígenas. Registra-se a elevação sistemática em valores absolutos das despesas de obras e instalações que representaram 2/3 das despesas de capital no quadriênio 2012-2015 e incluem instalações, obras em andamento e outras obras e instalações do Serviço Edificações e Saneamento Ambiental Indígena (SESANI). As obras do SESANI decorreram da necessidade de uma política de edificação e saneamento ambiental dentro das aldeias indígenas. Com o aumento das terras indignas homologadas no território nacional e o incremento do plano de desenvolvimento e autonomia de gestão dos DSEI, foram destinados R\$ 7,9 milhões em obras do SESANI no DSEI Litoral Sul nos quatro anos de execução do PDSI. O valor representou 83,7% dos gastos com obras e instalações neste DSEI no período 2012-2015.

Entretanto, os recursos para obras e instalações foram mais expressivos em termos absolutos para o DSEI Interior Sul (R\$ 35 milhões) do que para o DSEI Litoral Sul (R\$ 8,4 milhões) embora o inverso tenha ocorrido em termos proporcionais (60,8% versus 92,5%) em relação às despesas de capital.

Tabela 4 - Despesas de capital executadas do DSEI Interior Sul (Gestão ISul SC-RS e LiSul SC-RS) e DSEI Litoral Sul (Gestão ISul PR-SP e LiSul PR-SP-RJ), 2012-2015. (em R\$)

DSEI e Elemento de despesa / Ano	2012	2013	2014	2015	Total
Interior Sul					
Obras e instalações	-	1.995.329,46	12.101.312,41	20.975.773,65	35.072.415,52
Equipamentos e material permanente	3.740,00	7.065.997,18	7.445.569,31	8.076.616,82	22.591.923,31
Sub-total	3.740,00	9.061.326,64	19.546.881,72	29.052.390,47	57.664.338,83
Litoral Sul					
Obras e instalações	80.000,00	3.333.768,00	2.500.000,00	2.500.000,00	8.413.768,00
Equipamentos e material permanente	16.988,98	210.000,00	220.500,00	231.525,00	679.013,98
Sub-total	96.988,98	3.543.768,00	2.720.500,00	2.731.525,00	9.092.781,98
Ambos os DSEI					
Obras e instalações	80.000,00	5.329.097,46	14.601.312,41	23.475.773,65	43.486.183,52
Equipamentos e material permanente	20.728,98	7.275.997,18	7.666.069,31	8.308.141,82	23.270.937,29
Total	100.728,98	12.605.094,64	22.267.381,72	31.783.915,47	66.757.120,81

DSEI = Distrito Sanitário Especial Indígena; ISul – Interior Sul; LiSul – Litoral Sul; PDSI = Plano Distrital de Saúde Indígena.

Em realidade, a diferença é provocada pelo volume 6,4 vezes maior de recursos de capital para o DSEI Interior Sul quando comparado com o DSEI Litoral Sul. A pouca expressi-

vidade das despesas de capital, em especial com a aquisição de material permanente do DSEI Litoral Sul no mesmo período, talvez seja explicada para substituição da despesa de capital pela terceirização da atividade. Assim, tem-se no quadriênio um volume de recursos gasto com o custeio de serviços terceirizados de locação de veículos com ou sem motoristas (R\$ 20,1 milhões) no DSEI Litoral Sul próximo ao com despesas de capital para aquisição de veículos diversos (R\$ 15,5 milhões) no DSEI Interior Sul. A terceirização da frota de veículos deu-se a partir do ano de 2013 uma vez que no ano de 2012 não havia dotação orçamentária para locação de veículos. Deve ser lembrado que o DSEI Interior Sul abrange 63 mil indígenas em 180 comunidades enquanto o DSEI Litoral Sul responde por 23 mil indígenas em 129 comunidades.

A necessidade concomitante de terceirização leva ao distanciamento do investimento em capital, o que ficou evidenciado com terceirizações da área meio para efetivação da autonomia de gestão administrativa e financeira do DSEI Litoral Sul.

4. Considerações finais

Apesar das limitações do estudo, ficou evidente a terceirização da gestão da saúde indígena. O fortalecimento do setor privado na gestão propriamente dita do SUS (e não apenas na provisão dos serviços) pode se situar na contramão da criação do sistema público, uma vez que potencialmente poderia desarticular as responsabilidades federativas com a execução e os processos de trabalho, passando a ser baseadas em serviços locados com premissas do capital e geração de excedentes.

Para Druck (2016), o processo de repasse de verba revela “o devaneio das relações público-privado”, com repasses de altos valores de recursos públicos para instituições privadas. A implementação de reformas neoliberalistas do Estado propõe a execução de políticas públicas por um número grande de instituições ‘não governamentais’, ‘não lucrativas’ especialmente em setores não considerados ‘atividades exclusivas de Estado’ ou ‘competitivos’. Isso daria origem a uma ‘esfera pública não estatal’, constituída por ‘organizações da sociedade civil de interesse público’ (IAMAMOTO, 2006).

Na análise dos planos distritais de 2012-2015 dos DSEIs interior Sul e Litoral Sul, verificou-se uma preponderância com gastos à terceirização da gestão e administração dos recursos públicos destinados a Saúde Indígena, o qual desvirtua-se das prerrogativas iniciais de criação do Sistema Único de Saúde e posteriormente ao Subsistema de Saúde Indígena brasileiro. Quando se coloca o ganho de capital acima do bem coletivo e acima do bem-estar das pessoas, a função do Estado como provedor primordial de saúde em todos os seus níveis de complexidade deixa de existir para favorecer o lucro e o capital privado.

Diante das dificuldades vivenciadas pelo indígena brasileiro, são necessárias medidas que aperfeiçoem o funcionamento e a adequação da capacidade do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Para que os princípios de descentralização, universalidade, equidade, participação e controle social possam ser efetivados, é crucial que a atenção à saúde considere as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos (BRASIL, 2002) por meio de financiamento adequado. O estudo mostra que, para além do volume de recursos destinado, os planos de aplicação desvelam o modelo de gestão que é financiado.

A descentralização é um processo em busca de equidade, controle social, participação social, integralidade e universalidade com intuito de aumentar a efetividade da saúde na população indígena. Entretanto para alcançar esse resultado é preciso que ocorra uma inversão de conceitos administrativos, de gestão, financeiro e responsabilidade estatal para com a efetivação da descentralização e autonomia dos DSEIs, se existir a terceirização os DSEI não conseguirão efetivamente ser autônomos, mas apenas repassadores de verbas públicas a terceiros.

5. REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; BRAVO, Maria Inês Souza. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 499-518, Dez. 2014 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00019>. Acesso em 06 Out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena.DGESI, 2010. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-indigena/gestao/relatorio-de-gestao>. Acesso em 01 Set.2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 32 de 23 de maio de 2012. Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI/MS. Dou 24 de março de 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sesai/2012/prt0032_23_05_2012.html. Acesso em 01 Set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html. Acesso em 01 Fev. 2019.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília DF, 19 set. 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 05 Fev. 2019.

_____. Lei nº 9.836 de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília DF, 23 set. 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9836.htm. Acesso em: 06 Out. 2019

DRUCK, Graça. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, p. 15-43, Nov. 2016 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>. Acesso em: 06 Out. 2019.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em 06 Out. 2019.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (Org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em 06 Out. 2019.

IAMAMOTO, Marilda Villela. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no serviço social contemporâneo. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Opas, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 1-37. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-2.pdf. Acesso em 06 Out. 2019.

LAZZARI, João Batista. Fontes de Financiamento do Sistema Único de Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, vol. 4, n.1, pg: 76-84. Março/2003. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/82420/85406>. Acesso em 04 Out. 2019.