



**“Questão Social, Pandemia e Serviço Social:  
em defesa da vida e de uma educação emancipadora”**

**Eixo temático:** Política Social e Serviço Social

**Sub-eixo:** Seguridade social no Brasil

**AUDITORIAS EM SAÚDE INDÍGENA, REALIZADAS EM TRÊS DISTRITOS  
SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS, NO PERÍODO DE 2008 A 2018**

RAIMUNDA NONATA CARLOS FERREIRA <sup>1</sup>  
TÂNIA REGINA KRÜGER <sup>2</sup>

**Resumo**

A Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas é alvo de questionamentos frequentes que indicam dificuldades no âmbito da gestão, as quais impactam diretamente sobre as condições do atendimento à saúde desses povos, vivendo em áreas indígenas. Este artigo buscou apresentar e refletir sobre o conteúdo dos relatórios de auditoria em saúde indígena, além de identificar os problemas mais frequentes e indicar como as ações de auditoria podem contribuir para o aperfeiçoamento da gestão da política de saúde indígena.

**Palavras-chave:** Saúde Indígena. Política de saúde. Saúde pública. Auditoria.

**Abstract**

---

1 Profissional de Serviço Social. Ministério Da Saúde

2 Professor com formação em Serviço Social. Universidade Federal De Santa Catarina

The National Health Policy for Indigenous Peoples is the subject of frequent questions that indicate difficulties in the management sphere, which directly impact the conditions of health care for these people living in indigenous areas. This article sought to present and reflect on the content of audit reports on indigenous health, in addition to identifying the most frequent problems and indicating how audit actions can contribute to improving the management of indigenous health policy.

**Keywords:** Indigenous Health. Health policy. Public health. Audit.

## INTRODUÇÃO

A saúde indígena é um tema que está se colocando na agenda do Ministério da Saúde e dos gestores das demais esferas de governos com ênfase desde 1999. Este segmento da população brasileira, há muito silenciado, vem colocando na esfera pública suas demandas e em especial suas necessidades de saúde. Longe de qualquer linearidade, está se construindo nas últimas duas décadas um subsistema de saúde indígena, baseado nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e fundamentado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Formando uma rede interconectada de serviços de saúde o DSEI deve ser capaz de oferecer cuidados de atenção primária à saúde aos indígenas, por exemplo, oferecer ações de prevenção de doenças, vacinação, saneamento, monitoramento das condições de alimentação e nutrição, cuidados a segmentos específicos, tais como o grupo materno-infantil e os idosos, entre outros. E como integrantes da gestão do Estado brasileiro são passíveis de avaliação, monitoramento e auditorias com vistas verificar o cumprimento de suas funções de acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).

Neste sentido, o objetivo deste texto é apresentar e refletir sobre o conteúdo dos relatórios de auditoria em saúde indígena, além de identificar os problemas mais frequentes e indicar como as ações de auditoria podem contribuir para o aperfeiçoamento da gestão da política de saúde indígena. Das auditorias em saúde indígena resultaram recomendações aos gestores responsáveis pela implementação da PNASPI, as quais, uma vez atendidas, podem impactar no aperfeiçoamento da gestão da política de saúde indígena.

Este tema foi objeto da dissertação de mestrado em Serviço Social e está orientado por uma pesquisa bibliográfica e documental, partindo-se das contribuições teóricas das áreas das Ciências Sociais, Serviço Social, documentos do SUS e a Política de Saúde Indígena, além da reflexão sobre auditoria em saúde indígena.

Na pesquisa empírica com análise qualitativa foram utilizados os dados dos relatórios de auditorias realizadas pela AudSUS, no período 2008 a 2018, realizadas no estado do Pará, constantes do Sistema de Auditoria do SUS (SISAUD/SUS), disponibilizados pela área gestora do sistema. Na análise dos dados foram consideradas as constatações apontadas nas auditorias, as quais podem estar em acordo ou em desacordo com as normas instituídas. Quando em desacordo, as constatações são consideradas irregulares e, a estas são indicadas recomendações, as quais se constituem em providências que visam o saneamento das irregularidades indicadas.

Assim, a construção deste texto apresenta a seguinte estrutura: inicialmente, um breve panorama sobre a instituição da política de saúde indígena, seguido da abordagem sobre o financiamento das ações de atenção à saúde indígena, os dispositivos legais instituídos para a transferência dos recursos federais aos gestores locais. Na sequência, aborda-se a estruturação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do SUS, a sua organização para operacionalizar os mecanismos de controle dos recursos públicos federais, destinados a custear a política de saúde indígena no Brasil. Por fim, estão apresentados os dados obtidos dos relatórios das auditorias, os resultados encontrados e os possíveis impactos sobre a melhoria da gestão no âmbito da política de saúde indígena, a partir das constatações e das

recomendações dos relatórios.

Desse modo, com este artigo pretende-se contribuir com a reflexão sobre os desafios mais frequentes que impactam a gestão da política de saúde indígena, com vistas ao seu aperfeiçoamento, frente às necessidades de saúde das populações indígenas, no contexto dos serviços do SUS.

## **1. SAÚDE INDÍGENA: A INSTITUIÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA NO ÂMBITO DO SUS**

A PNASPI foi criada em 1999, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de estruturar uma rede de atenção primária à saúde das populações indígenas, residentes em comunidades indígenas, localizadas em áreas rurais e locais de difícil acesso, em consonância com os parâmetros instituídos pela Constituição Federal (CF) de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8.080 (1990), que institui o SUS. Inicialmente, as especificidades dos povos indígenas não foram inseridas no SUS, posto que, até aquela ocasião, as questões indigenistas, onde se incluíam as ações de saúde, estavam sob a responsabilidade da Fundação Nacional do Índio (FUNAI). (GARNELO & PONTES, 2012, p. 23)

Destaque-se que, as culturas indígenas concebem e estabelecem os seus vínculos com o corpo de forma diversa, quando comparada à perspectiva chamada ocidental, extramuros às concepções ancestrais das populações indígenas. Para Byington (2006, p. 250), “a relação pessoal e interpessoal com o corpo, entre os índios, dá-se de forma muito mais integrada, espontânea e sadia do que entre nós”.

O Subsistema de Saúde Indígena (SSI) foi instituído pela Lei nº 9.836 (1999), que cria a PNASPI, juntamente com os 34 DSEI, enquanto uma política específica integrante do SUS. A política de saúde indígena resulta, portanto, de um processo construído social e historicamente, na correlação de forças resultante dos interesses diversos em disputa no cenário brasileiro. (CAMPOS, 2000)

O conceito de distrito sanitário implica na construção social de práticas sanitárias, gerida por uma autoridade sanitária local, baseada em princípios organizacionais, cuja realidade está orientada para a solução de problemas, circunscritos a “um território-processo”. (MENDES, 1993, pp. 94-95)

No âmbito da PNASPI, o distrito sanitário constitui-se em “um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde”, em virtude da estruturação administrativo-gerencial que disponha da prestação de serviços de saúde para atender às necessidades da população indígena. (BRASIL, 2002, p. 13)

A estruturação de política de saúde específica para atender aos povos indígenas, objetiva assegurar o acesso à atenção integral, orientada pelos princípios do SUS (art. 7º da Lei 8080/1990), partindo-se do respeito à diversidade etnocultural, social, geográfica, histórica e política. A instituição dessa política específica pretendeu favorecer a superação de fatores que tornam essas populações mais vulneráveis aos agravos à saúde de maior magnitude e ocorrência dentre os brasileiros.

A organização da saúde indígena ocorre no âmbito do território habitado pelos indígenas, enquanto espaço que ultrapassa o conceito de moradia, configurando-se no lugar de movimento e de permanente construção, onde as dinâmicas do meio ambiente, as relações de poder e se constitui no *locus* do “domicílio por direito, a habitação necessária à sobrevivência física e cultural” (CARVALHO, 2006, p. 93). Tal entendimento, aprofunda-se com a Constituição Federal de 1988, que reconhece e ampara, dentre os direitos básicos fundamentais dos povos indígenas, o acesso aos seus territórios, o direito de utilizarem as suas línguas maternas e a legitimidade de suas comunidades e organizações. (BRASIL, 1988/2016)

A concepção do funcionamento dos DSEI previu a organização de uma rede de serviços básicos de saúde nas áreas indígenas, articulada com serviços de maior complexidade, segundo a estrutura de saúde existente nos municípios circunvizinhos às aldeias indígenas. Na composição do DSEI, constam Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI), os chamados Postos de Saúde e Polos Base e, as Casas de Saúde do Índio (CASAI). (BRASIL, 2002)

Para prestar os serviços de saúde requeridos pelos indígenas, os DSEI dispõem de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), responsáveis pela prestação de serviços de atenção primária em áreas indígenas. A Portaria nº 1.088, de 2005, regulamentou a composição das EMSI, com um número mínimo de 6

categorias profissionais por equipe, para atuar no âmbito da atenção primária de saúde, a saber: “Médico, Enfermeiro, Odontólogo, Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de Consultório Dentário, Agente Indígena de Saúde – AIS, Agente Indígena de Saneamento – AISAN” (Portaria nº 1.088, 2005). Segundo a complexidade e as condições epidemiológicas de cada território, foi prevista a organização das equipes em núcleos distribuídos em 3 grupos: I – Núcleo Básico de Atenção à Saúde Indígena, II – Núcleo de Referência de Atenção Básica à Saúde Indígena e, III - Núcleo Matricial de Atenção Básica à Saúde Indígena.

## **2. O FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA E OS MECANISMOS DE CONTROLE E ACOMPANHAMENTO**

Dentre as fontes de financiamento da política de saúde indígena estão o fator “de Incentivo de Atenção Básica aos povos indígenas, destinado às ações e procedimentos de Assistência Básica de Saúde” e o “Fator de Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena” (Portaria nº 1.163, 1999), na modalidade de transferência dos recursos financeiros do gestor federal para os gestores municipais, conforme estabelecido na Portaria nº 1.163, de 1999.

O Incentivo de Atenção Básica aos povos indígenas (IAB-PI) previa a transferência de recursos financeiros do governo federal, para Estados e Municípios contratarem equipes multidisciplinares de saúde e disponibilizá-las à atuação na atenção à saúde das comunidades indígenas. Já o segundo incentivo destinava-se a financiar o atendimento aos indígenas em unidades hospitalares, nos municípios do entorno das áreas indígenas, no âmbito do seu próprio território ou região de saúde de referência. Tais recursos poderiam ser investidos na melhoria e adaptação das instalações físicas, em consonância com as especificidades etnoculturais, com vistas a assegurar melhor atendimento aos indígenas, durante algum procedimento em ambiente hospitalar.

A partir de 2007, por intermédio da Portaria nº 204, a transferência dos

recursos federais para custear as ações e serviços de saúde passou a ser feita, segundo os blocos de financiamento, como segue: “I. Atenção Básica; II. Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; III. Vigilância em Saúde; IV. Assistência Farmacêutica; V. Gestão do SUS; e, VI. Investimentos na Rede de Serviços de Saúde”. (BRASIL, 2007)

A Portaria nº 2.656, de 2007, regulamentou o “Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI)”, destinado a custear a prestação de serviços de saúde às populações indígenas em hospitais, quando necessário. (Portaria nº 2.656, 2007)

Com a extinção do IAB-PI, em 2012, os recursos remanescentes nos municípios foram regulamentados pela Portaria nº 2.012 (2012), de modo que a sua utilização foi condicionada à elaboração de um Plano de Aplicação, a ser submetido à aprovação da SESAI, indicando a participação dos entes envolvidos: a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o DSEI, o Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) correspondente. Tal Plano deveria conter o detalhamento dos recursos, os quais poderiam ser destinados ao pagamento de despesas geradas em função da prestação de serviços de saúde às populações indígenas, durante a vigência da Portaria nº 2.656 (2007).

A Portaria de Consolidação nº 6, de 2017 compilou todas as normas de financiamento e transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS, conforme consta na Seção II do Capítulo II do Título III, da Portaria de Consolidação nº 6 (2017).

A título de informação, os recursos totais destinados à saúde indígena, em 2003, atingiram a soma de R\$ 198.599.348,00, saltando para R\$ 504.206.562,38, quatro anos depois (GARNELO & PONTES, 2012). Em 2015, esses valores totalizaram o montante de R\$ 1.533.659.105,00 (MENDES et al., 2018), ao passo que, em 2020, somaram o valor de R\$ 1.479.998.701, com previsão para 2021, o valor de R\$ 1.506.245.000, de acordo com dados do Informações disponíveis em: <https://portalfns.saude.gov.br/>.

Considerando-se valores dispendidos entre os anos de 2003 e 2020, constata-se que, no período, os recursos financeiros foram majorados em aproximadamente 650%, sem que tal incremento corresponda, na mesma proporção, à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida dos povos indígenas, como pode ser observado nos problemas que persistem na gestão da PNASPI.

## 2.1. A instituição do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do SUS

O Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do SUS foi instituído pela Lei nº 8.689 (1993), regulamentado pelo Decreto nº 1.651 (1995), definindo-se as atribuições de cada esfera de governo, concernente às ações de controle, conforme a abrangência: federal, estadual e municipal. No contexto de reestruturação do Ministério da Saúde, após a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), as ações de controle, no âmbito federal, ficaram a cargo do Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria (DCAA), criado pela [Lei nº 8.689, de 1993](#) (BRASIL, 1995)

De acordo com o Decreto nº 1.651 (1995), a atuação do SNA foi orientada para verificar a conformidade das ações e serviços prestados pelo SUS, em relação aos padrões normativos estabelecidos; avaliar a adequação da estrutura, dos processos e dos resultados obtidos quanto aos parâmetros de eficácia, eficiência e efetividade; e, analisar a regularidade dos procedimentos praticados na implementação das políticas de saúde pública. (BRASIL, 1995)

O Sistema de Auditoria do SUS (SISAUD) foi instituído pela Portaria nº 2.209 (2002), com a finalidade de sistematizar os dados e informações das ações de controle, produzidas pelo componente federal do SNA e, componentes estaduais e municipais habilitados, sob a gestão da Auditoria-Geral do Sistema Único de Saúde (ex-DENASUS), (Decreto nº 11.088, 2022). Até o ano de 2006, o SISAUD não estava conectado à rede mundial de computadores. A partir de 2006, a Portaria nº 1.467 (2006) buscou uniformizar os processos de trabalho executados pelos três componentes de auditoria (federal, estadual e municipal), além de definir o sistema como SISAUD/SUS que, em 2008, passou a ser disponibilizado via *internet*.

A auditoria é considerada um instrumento de avaliação da gestão pública, frente à aplicação dos recursos, em relação aos serviços prestados à população, por intermédio de um processo sistemático, onde são apresentados os elementos que compõem a auditoria: objetivo, escopo, extensão e limitações, constatações, passando pelas recomendações e conclusões. Segundo o TCU, a auditoria “é o exame independente e objetivo de uma situação ou condição, em confronto com um critério ou padrão preestabelecido”, que fornece os elementos para uma análise e a emissão de opinião direcionada a um destinatário

predeterminado. (BRASIL, 2020)

O Glossário de Termos do Controle Externo, do Tribunal de Contas da União (TCU), define constatação como sendo um achado de auditoria, cuja relevância é passível de registro e de avaliação, que requer a comprovação com base em evidência de auditoria. O Glossário define ainda, a auditoria de conformidade enquanto uma atividade que visa “avaliar se atividades, transações financeiras e informações cumprem, em todos os aspectos relevantes, as normas que regem a entidade auditada” (ISSAI 100 e 400). (BRASIL, 2017)

Segundo o Manual de Princípios, diretrizes e regras da auditoria do SUS, do Ministério da Saúde, publicado em 2017, o processo de auditoria pressupõe a observância de 7 etapas, com fluxos e prazos, que podem se resumir em: planejamento da auditoria; fase de execução *in loco*; elaboração do relatório preliminar; notificação dos responsáveis para apresentação de justificativas: direito ao contraditório; análise das justificativas apresentadas pela auditado; elaboração e, encaminhamento do relatório final. (BRASIL, 2017b)

### **3. AUDITORIAS EM SAÚDE INDÍGENA NOS DSEI GUAMÁ-TOCANTINS, KAIAPÓ DO PARÁ E ALTAMIRA**

#### **3.1. Sobre os relatórios das auditorias em saúde indígena**

A partir de dados extraídos do SISAUD-SUS, a propósito de analisar a política de saúde indígena, foram disponibilizados relatórios de 21 auditorias realizadas no Estado do Pará, relativas às seguintes instituições: DSEI Guamá-Tocantins; DSEI Kaiapó do Pará; DSEI Altamira; Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Redenção; Câmara Municipal de Ourém/Hospital Municipal Luiz Carlos de Sousa; SMS de Belém; Câmara Municipal de Santa Luzia do Pará; SMS de Altamira; SMS de Paragominas; Câmara Municipal de Bom Jesus do Tocantins; SMS de Tucuruí; SMS de Santa Luzia do Pará; SMS de Capitão Poço; SMS de Tomé Açu; Câmara Municipal de Baião; SMS de Santarém e SMS de Oriximiná.

Conforme a análise das informações obtidas, foram identificadas 557 constatações, das quais, 15% foram consideradas em conformidade com os

dispositivos institucionais vigentes e, 85% consideradas “não conforme”, contrariando, em alguma medida, os critérios e dispositivos legais estabelecidos, gerando uma recomendação para corrigir e sanar as irregularidades encontradas.

Segundo a finalidade das auditorias analisadas: 48% avaliou a atenção primária à saúde (atenção básica); 14% verificou os contratos firmados pelos DSEI, em especial, de locação de veículos e contratação de motoristas; 4,75% realizou auditoria de gestão; 4,75% avaliou a qualidade dos serviços prestados à comunidade; 4,75% atendeu solicitação do TCU; 4,75% avaliou a assistência à saúde; 4,75% apurou a depreciação do Hospital Municipal; 4,75% avaliou a rede de saúde de média complexidade (MC), regulação e aplicação dos recursos financeiros; 4,75% analisou o Pregão<sup>3</sup> Eletrônico SRP 11/2013, que contratou empresa para fornecimento de refeições; e, 4,75% verificou indícios de irregularidades na aplicação de recursos e serviços prestados pelo DSEI ou pela CASAI.

Em relação ao solicitante que deu origem às auditorias, 66% foi requerida pelo nível central do Ministério da Saúde: SESAI, Gabinete do Ministro ou AudSUS. O Ministério Público Federal foi responsável pela solicitação de 19% das auditorias e, as demais, foram provocadas pelo Ministério Público Estadual (5%), TCU (5%) e, pela CGU (5%).

### **3.2. Irregularidades identificadas nas auditorias**

Selecionadas as constatações relacionadas à saúde indígena, identificou-se 424 registros, dos quais, 66 estavam em acordo com os parâmetros de legalidade institucional vigente e, 358 apontaram irregularidades. A condição irregular requer a indicação de procedimentos encaminhados aos respectivos gestores e responsáveis, para sanar as impropriedades encontradas. Estes procedimentos são as chamadas recomendações.

Nas constatações, observou-se uma sobreposição ou repetição, segundo o enquadramento encontrado nos relatórios. A distribuição das constatações por grupo foi organizada segundo os temas: *recursos financeiros* (34,92%), seguido de

---

3 Segundo a Lei 14.133, de 1º/04/2021, no Art. 6º, Capítulo III, Das Definições, o Pregão é uma “*modalidade de licitação obrigatória para aquisição de bens e serviços comuns, cujo critério de julgamento poderá ser o de menor preço ou o de maior desconto*”, que pode ser realizado presencial e por meio eletrônico.

problemas no âmbito da *atenção básica* (27,09%), *assistência farmacêutica* (9,50%); *controles internos* (7,26%); *programas estratégicos* (5,03%); *regionalização, planejamento e programação* (4,75%); *vigilância em saúde* (4,47%); *controle social* (3,63%); *recursos humanos* (1,95%); *assistência de média e alta complexidade – MAC* (1,40%).

Em relação ao item que trata de recursos financeiros, dentre as irregularidades identificadas, destacam-se inconformidades na comprovação das despesas, contratação de empresas prestadoras de serviços, procedimentos de licitação, movimentações financeiras, prestação de contas, execução e gestão orçamentária, pagamentos indevidos, aquisição de materiais e equipamentos por meio de licitação, para custear despesas em desacordo com a finalidade estabelecida; transferências bancárias indevidas, feitas sem documentos comprobatórios; aquisição de bens e serviços sem procedimento licitatório; gastos efetuados sem a observância das fases de despesas, empenho, liquidação e pagamento; precária fiscalização dos contratos firmados; utilização indevida de dotação prevista no orçamento, para efetuar pagamento sem previsão legal; irregularidades na formalização do processo de licitação.

Quanto à atenção básica, foram registradas inconsistências relativas à indisponibilidade de medicamentos e equipamentos necessários ao atendimento de urgências de baixa complexidade nos Postos de Saúde nas aldeias; inexistência de cardápio específico e dieta para pacientes e crianças menores de 01 ano e, quantidade de alimentos insuficiente, na CASAI; falta de profissionais; ausência de ações de saneamento básico nas aldeias indígenas; falta de resolutividade das ações básicas de saúde no Polo Base; inexistência de material de coleta para exame de Prevenção do Câncer de Colo Uterino (PCCU); elevada ocorrência de internações por doenças inerentes à atenção primária, na população indígena; condições precárias de funcionamento e habitabilidade, em relação à conservação e higiene das instalações físicas; falta de equipamentos, materiais e insumos necessários ao desenvolvimento das ações de saúde, incluindo o atendimento odontológico; ausência de capacitação para os componentes das equipes; ausência de ações de acompanhamento, supervisão, avaliação e controle de ações de saúde;

ausência ou incipiência das ações de saúde bucal e não atingimento da meta da população indígena abaixo de 05 anos com esquema vacinal completo.

Dentre as constatações relativas à assistência farmacêutica, as constatações estão relacionadas a aspectos como: aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, atendimento à demanda, estruturas físicas; inexistência de controles de estoque de medicamentos, insumos e correlatos; faltam medicamentos básicos nas unidades de dispensação dos Postos de Saúde Indígena nas aldeias; ausência de parâmetros para abastecimento de medicamentos nos Postos de Saúde Indígena e de um sistema de controle e avaliação da assistência farmacêutica; inadequações da estrutura física-funcional e regularidade técnica-sanitária e a inexistência de normas e procedimentos na etapa de recebimento de medicamentos pela Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF).

Concernente às constatações relativas ao item sobre controles internos, destacam-se irregularidades como: aquisições de bens e serviços sem a realização de cotação prévia de preços de mercado; controle de quilometragem dos veículos do Polo Base, sem documentação comprobatória, relativa ao controle do consumo de combustível da frota; inexistência de contrato de manutenção da frota de veículos; inexistência de empresa contratada para prestação de serviços de limpeza e conservação do imóvel; frota de veículos depreciada, obsoleta, inadequada e insuficiente para atender às necessidades da demanda dos Polos Base e das Aldeias; falha no preenchimento do formulário de controle de tráfego; frota de veículos destinada às ações de saúde indígena, sendo utilizada para outros fins e falhas no controle de abastecimento de combustível da frota de veículos e motores de popa, usados para o tráfego fluvial.

Quanto ao item programas estratégicos, destacam-se irregularidades relacionadas ao cadastro e alimentação dos sistemas de informação, documentação de prontuários e registros; ausência de registro ou desatualização dos dados no CNES; ausência de alimentação dos dados nos Sistemas Nacionais de Informação por parte dos Polos Base; e, dados do SIASI desatualizados; ausência de ações específicas para mulheres indígenas e descontrole do número de refeições fornecidas pela CASAI.

No quesito sobre regionalização, planejamento e programação, destacam-se inconsistências como a ausência de diretrizes específicas relacionadas à saúde da população indígena, nos instrumentos de gestão, a exemplo dos Planos Municipais de Saúde (PMS) e Programações Anuais de Saúde (PAS); não identificação da aplicação de recursos financeiros destinados à saúde indígena, nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) do município; prestações de contas do Fundo Municipal de Saúde foram aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), sem contemplar os recursos aplicados na saúde indígena e elaboração de PMS, aprovado pelo CMS, sem especificar as ações de saúde para a população indígena.

Em relação à vigilância em saúde, foram identificadas irregularidades como a falta de efetividade ou incipiência das ações de saneamento básico em áreas indígenas e processo de manejo inadequado dos resíduos da CASAI; ocorrência de elevados números de casos de doenças inerentes à atenção primária e relacionadas à deficiência de saneamento básico e à água imprópria ao consumo humano, nas aldeias; ocorrência de casos de diarreia em 86,8% da população infantil, na faixa etária de 0 a 10 anos; elevadas taxas de mortalidade infantil; tendência crescente da prevalência de casos de hipertensão arterial na população indígena e não cumprimento da meta de tratamento odontológico concluído.

Referente ao controle social, as irregularidades apontaram a ausência de acompanhamento e avaliação da aplicação dos recursos do incentivo à saúde indígena, por parte dos Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI) e CONDISI; ausência de atuação ou de documentação comprobatória da criação do CLSI; dificuldades dos Conselhos Municipais de Saúde em apreciar os recursos financeiros investidos nas ações de saúde indígena, dada a falta de informações específicas sobre os mesmos.

Concernente ao item sobre recursos humanos foi identificada a indisponibilidade de profissional de enfermagem em tempo integral (24 horas), na CASAI; composição das EMSI em desacordo com a legislação vigente.

Quanto à assistência de média e alta complexidade foi constatada a ausência da garantia de atendimento e acesso aos serviços de média e alta complexidade, na rede de saúde de referência, por falta de garantia de transporte para o

deslocamento; demora de até 9 meses para o atendimento de pacientes indígenas, com necessidade de tratamento de maior complexidade, referenciados para o Município mais próximo ou para a capital do Estado; cadastro do DSEI desativado da base nacional do CNES e dados da CASAI desatualizados.

### **3.3. Recomendações para corrigir as irregularidades**

De acordo com as constatações identificadas, os relatórios apresentaram recomendações, que são providências encaminhadas aos gestores responsáveis, visando o saneamento das irregularidades, com base na observância da legislação vigente: portarias ministeriais/interministeriais, decretos e leis, que tratam da regulamentação da aplicação de recursos para a implementação de programas de saúde e de saneamento básico, em territórios indígenas. Quando envolve a devolução de recursos financeiros, o processo é remetido ao Fundo Nacional de Saúde (FNS/MS), responsável pelo repasse de recursos federais a estados e municípios, cabendo-lhe as diligências para a devolução equivalente.

Em síntese, as recomendações orientam a realização de providências, que uma vez encaminhadas, podem implicar na melhoria da capacidade de gestão e do atendimento aos usuários indígenas, com eficiência e eficácia. Dentre as providências, no trato dos recursos financeiros, destacam-se: aplicar corretamente o recurso financeiro no objeto a que foi destinado; devolver os recursos ao Ministério da Saúde, quando comprovada a malversação na sua aplicação; acompanhar e avaliar, por parte das instâncias de participação social, os recursos financeiros destinados às ações de saúde para a população indígena nos municípios; dispor da documentação comprobatória de toda a movimentação financeira com recursos de origem federal; disponibilizar a documentação comprobatória das despesas, quando solicitada pelas equipes de controle; identificar a conformidade das despesas destinadas à saúde indígena, constantes no Plano Municipal de Saúde e no Plano Distrital de Saúde Indígena, respectivo; providenciar o planejamento das ações de saúde indígena, em consonância com a previsão orçamentária disponível; garantir a execução dos serviços contratados, de acordo com as cláusulas contratuais, mediante efetivo acompanhamento, monitoramento e fiscalização; fiscalizar a

execução dos serviços de saúde prestados pelas instituições conveniadas quanto à comprovação documental dos serviços prestados; remeter a prestação de contas do Fundo Municipal de Saúde ao Tribunal de Contas dos Municípios (TCM), com a finalidade de subsidiar as ações de controlo e fiscalização.

Desde a criação da política de saúde indígena persiste o desafio para a gestão, que implica na disponibilidade de profissionais para compor as EMSI, capaz de atender em quantidade e qualidade, ao desempenho das atividades requeridas, posto que a contratação do contingente de trabalhadores(as) ocorre por intermédio de convênios firmados para este fim. Ademais, dado o contexto de atuação das EMSI no âmbito da atenção básica, a gestão deve ainda, prover os meios para garantir o acesso da população indígena, aos serviços de média e alta complexidade, disponíveis na rede de saúde de referência, no município mais próximo ou na capital da província.

## **CONCLUSÃO**

A instituição da PNASPI pretendeu oferecer uma atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas, em estreita aproximação e respeito aos seus valores culturais e ancestrais, dadas as especificidades que envolvem as suas concepções do adoecer e respectivos itinerários terapêuticos. Contudo, dada a atenção à saúde organizada a partir de modelos direcionados para o atendimento biomédico oficial, que prioriza o uso de procedimentos da medicina ocidental, como a dispensação de medicamentos, a atenção diferenciada está longe de se tornar um componente estruturante dessa política, conforme analisado por Pontes *et al.* (2015).

Para mitigar os riscos e sanar as irregularidades foram recomendados procedimentos que visam à correta aplicação dos recursos financeiros, atentando para os procedimentos requeridos nos processos de licitação, contratação de serviços, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das ações empreendidas na atenção à saúde dos povos indígenas; prover as EMSI, em quantidade e qualidade adequada ao desempenho das suas funções, nas áreas indígenas; equipar e estruturar as unidades do ponto de vista físico, material e financeiro, em

condições de responder às demandas da assistência à saúde das comunidades indígenas.

As providências apontaram a necessidade de realizar o planejamento das ações de saúde indígena, em consonância com a previsão orçamentária disponível, assegurando o acompanhamento, monitoramento e fiscalização, com eficácia e eficiência, atentando para a firmação de convênios, quando necessária, com base nos dispositivos legais instituídos, respeitando as normas em todas as etapas do processo.

Tais recomendações interagem com a necessidade de articular a elaboração do Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) com o Plano Municipal de Saúde (PMS), garantindo a participação indígena em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos DSEI, além de inserir, no PMS, as metas e ações e, especificar os objetivos e diretrizes da atenção básica, direcionadas à atenção integral à saúde da população indígena.

A forma vigente de contratação de profissionais para atender à necessidade da política de saúde indígena, ocorre por intermédio da celebração de convênios, firmados com entidades beneficentes de assistência social na área de saúde, cujo objeto é a complementariedade na saúde indígena, com a finalidade de contratação e administração das equipas multiprofissionais que atenderão à população indígena. No momento, existem convênios firmados com 8 entidades, para disponibilizar recursos humanos aos 34 DSEI, incluindo as CASAI: Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, Fundação São Vicente de Paulo, Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Instituto para a Promoção de Assistência Social e do Desenvolvimento Estratégico Sustentável das Cidades do Brasil-IOM, Irmandade da Santa Casa de Andradina, Missão Evangélica Caiuá e Santa Casa de Misericórdia de Sabará. Os recursos financeiros destinados ao custeio desses convênios, com os valores aditivados, totalizaram, em 2021, o montante de R\$ 1.815.156.002,45, de acordo com os dados do Portal da Plataforma+Brasil, disponível em <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/plataforma-mais-brasil>.

Em meio à discussão para solucionar os problemas relacionados à demanda

de profissionais na política de saúde indígena, emerge o debate sobre a realização de concurso público. Várias iniciativas já foram realizadas para tratar do assunto, como a criação de grupos de trabalho, sem que se tenha chegado a um consenso sobre o tema.

## REFERÊNCIAS

BYINGTON, C. A. B. **Moitará I: O simbolismo nas culturas indígenas brasileiras**. Editora Paulus, 2006.

CAMPOS, G. W. de S. **Saúde pública e saúde coletiva: Campo e núcleo de saberes e práticas**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230. (2000). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>

CARVALHO, J. B. de. Terras indígenas: A casa é um asilo inviolável. In A. V. Araújo (Ed.), **Povos indígenas e a Lei dos “Branços”: O direito à diferença** (3a ed., pp. 85-101). BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2006. <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me004373.pdf>

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Presidência da República. Brasil, 2016.

BRASIL. Decreto n.º 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Presidência da República. Brasil, 1995.

BRASIL. Portaria de Consolidação n.º 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Presidência da República. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Portaria n.º 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Ministério da Saúde. Presidência da República. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Portaria n.º 1.088, de 04 de julho de 2005. Dispõe sobre a definição dos valores do incentivo financeiro de atenção básica de saúde aos povos indígenas e sobre a composição e organização das equipes multidisciplinares de atenção à saúde indígena. Ministério da Saúde. Presidência da República. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Portaria n.º 1.163, de 14 de setembro de 1999. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências. Ministério da Saúde. Presidência da República. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Portaria n.º 1.467, de 10 de julho de 2006. Institui o Sistema de Auditoria do SUS (SISAUD/SUS) via internet, no âmbito do SNA. Ministério da Saúde. Presidência da República. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Portaria n.º 2.012, de 14 de setembro de 2012. Extingue o incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI), dispõe sobre a utilização dos recursos financeiros remanescentes e dá outras providências. Ministério da Saúde. Presidência da República. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Portaria n.º 2.656, de 17 de outubro de 2007. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas. Ministério da Saúde. Presidência da República. Brasília, DF, 2007.

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

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios, diretrizes e regras da auditoria do SUS no âmbito do Ministério da Saúde** (1a ed.). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Brasília, DF, 2017b.

BRASIL. Portaria-SEGECEX n.º 27, de 24 de outubro de 2017. Atualiza o documento “Glossário de Termos do Controle Externo”. Tribunal de Contas da União. Presidência da República. Brasília, DF, 2017.

Portaria-TCU n.º 185, de 30 de novembro de 2020. (2020, 30 novembro). Dispõe sobre as Normas de Auditoria do Tribunal de Contas da União (NAT). Tribunal de Contas da União. Presidência da República. Brasil.

GARNELO, L., & PONTES, A. L. **Saúde indígena: Uma introdução ao tema.** Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. 5ª ed. 2012. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_indigena\\_uma\\_introducao\\_tema.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf)

BRASIL. Lei n.º 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. Brasília, DF, 1990

BRASIL. Lei n.º 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Presidência da República. Brasília, DF, 1999.

MENDES, A. M., LEITE, M. S., LANGDON, E. J., & GRISOTTI, M. **O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil.** Revista Panamericana de Salud Pública, 42, 1-6. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>, 2018

MENDES, E. V. **Distrito sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** Editora Hucitec/Abrasco, 1993.

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principios\\_diretrizes\\_regras\\_auditoria\\_sus.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principios_diretrizes_regras_auditoria_sus.pdf)

PONTES, A. L. de M., REGO, S., & GARNELO, L. **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. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.18292014>

,