

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Centro de Biociências
Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica

MÔNICA MARIA HENRIQUE DOS SANTOS

**DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA SAÚDE INDÍGENA EM
PERNAMBUCO: USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS E ECONOMICIDADE**

Recife
2013

MÔNICA MARIA HENRIQUE DOS SANTOS

**DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA SAÚDE INDÍGENA EM
PERNAMBUCO: USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS E ECONOMICIDADE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Inovação Terapêutica, da Universidade Federal de
Pernambuco, para a obtenção do Título de Doutor.

Orientador: Prof. Dr. João Policarpo Rodrigues Lima

Co-Orientador: Prof. Dr. José Augusto Cabral de Barros

Recife

2013

Catálogo na fonte
Elaine Barroso
CRB 1728

Santos, Mônica Maria Henrique dos

Desafios da assistência farmacêutica na saúde indígena em Pernambuco: uso racional de medicamentos e economicidade. / Recife: O Autor, 2013.

224 folhas: il., fig., tab.

Orientador: João Policarpo Rodrigues Lima

Coorientador: José Augusto Cabral de Barros

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco.

Centro de Biociências. Inovação Terapêutica, 2013.

Inclui referências, apêndices e anexos

1. Medicamentos- utilização 2. Índios 3. Economia da Saúde I. Lima, João Policarpo Rodrigues (orient.) II. Barros, José Augusto Cabral de (coorient.) III. Título

615.1

CDD (22.ed.)

UFPE/CCB-2017- 503

MÔNICA MARIA HENRIQUE DOS SANTOS

**DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA SAÚDE INDÍGENA EM
PERNAMBUCO: USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS E ECONOMICIDADE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Inovação Terapêutica.

Aprovada em: 27/05/2013

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. João Policarpo Rodrigues Lima /UFPE

Prof^ª Dr^ª Ana Cristina de Almeida Fernandes /UFPE

Prof^ª Dr^ª Adriana Falangola Benjamim Bezerra /UFPE

Prof. Dr. Moacyr Jesus Barreto de Melo Rêgo /UFPE

Prof^ª Dr^ª Flávia Patrícia Morais de Medeiros /UFPE

Existem duas pessoas a quem dedico este trabalho que, incondicionalmente, sem elas, eu não teria nem começado e nem concluído esta obra:

A Professora Suely Galdino (*in memoriam*) que um dia, numa reunião para discutirmos um curso de especialização em Assistência Farmacêutica, disse para mim: “Mônica, este teu trabalho na Saúde Indígena dá uma tese de doutorado e você será a nossa primeira candidata da área 3 do PPGIT”. Assim, diante de toda capacidade de persuasão de Suely, submeti meu projeto à seleção. Passei por momentos bem complicados, pois não pude me afastar de nenhuma de minhas múltiplas atividades profissionais. Por vezes, tive vontade de desistir, mas, sempre que a procurava, ela só me jogava para cima, sempre entusiasmada com tudo que fazia. Falava para mim: “Mônica, você que “entende tudo de índio”, no dia dessa defesa, você vai arrasar. Todo mundo vai estar lá. Este seu trabalho é pioneiro da forma como você está trazendo”. E quantas e quantas vezes ela me repetia essa frase.

Suely, me perdoa por não ter te proporcionado esse momento que tanto querias estar presente, mas onde você estiver este momento será teu. Você me conduziu até ele.

Ao meu esposo Eniedson, meu companheiro, meu esteio, que, por vezes, mesmo não concordando com o sacrifício de minha ausência no convívio de nossa família nunca deixou de me apoiar. E foram vários momentos em que o sacrifiquei em todas as minhas outras atividades acadêmicas e profissionais, pois, como sabemos, não é preciso estar longe para estarmos ausentes de nosso convívio familiar.

A você Eniedson, também dedico este momento, especialmente, por ser neste ano que estamos fazendo 30 anos de casados.

AGRADECIMENTOS

Desafio tão grande quanto escrever esta tese foi utilizar apenas duas páginas para agradecer a todas as pessoas que compartilharam comigo vários dos momentos dessa minha trajetória.

Início meus agradecimentos a Deus por me proporcionar mais este momento na minha vida, pois a Ele devemos tudo o que somos e o que podemos fazer.

A Eniedson, meu esposo, pelo apoio incondicional.

Aos meus pais (*in memorian*), por tudo que deixaram em mim e em nossa família.

Aos meus filhos, genro e nora, Thiago, Cecília, Diogo, Rodrigo e Natália, pela compreensão dos meus tantos momentos de ausência familiar.

Ao meu neto, Mateus, pelos momentos que não pude compartilhar do encantamento de seus primeiros passos.

Aos meus irmãos, pelo companheirismo e presença constante em minha vida.

A minha sobrinha/filha, Cristiane, que, sempre em vários momentos, sempre posso contar.

A Professora Suely Galdino (*in memorian*), que me conduziu a este doutorado e nunca deixou de acreditar no meu trabalho.

Ao Professor João Policarpo Lima, meu orientador, que me ensinou a ter paciência e perseverança do início até o fim dessa trajetória.

Em especial, ao Professor José Augusto Barros, meu co-orientador, que, com seu entusiasmo, dedicou vários momentos de seu recluso familiar para este trabalho.

Aos professores Ana Cristina Fernandes, Moacyr Barreto, Adriana Falângola e Flávia Moraes, que gentilmente aceitaram o convite para a tarefa árdua de avaliadores deste trabalho.

A Professora Glória Isolina, que, nos primeiros anos dessa trajetória, poderia sempre contar frente as minhas dificuldades acadêmicas.

Um agradecimento muito especial a Antônio Fernando, meu chefe, meu amigo, pelo apoio, como gestor, no desenvolvimento de todas as atividades da Assistência Farmacêutica no Dsei-PE; por acreditar no meu trabalho, por compreender que, do meu jeito, nunca medi esforços para dar o melhor de mim para a Saúde Indígena em Pernambuco. Pelo apoio, como amigo, no desenvolvimento de minhas atividades neste doutorado,

Às comunidades indígenas de Pernambuco que, através de suas especificidades culturais, muito contribuíram para a construção desse meu novo conhecimento.

Ao Conselho Distrital de Saúde Indígena de Pernambuco, especialmente a Carmem Pankararu, que sempre apoiaram todas as ações de implantação e estruturação da Assistência Farmacêutica no DSEI-PE, bem como a permissão de acesso ao Sistema de todas as informações necessárias para o desenvolvimento desse estudo.

A Vânia Medeiros, minha amiga e colega de trabalho. Também me faltam palavras para agradecer.

A Dra. Clícia Padilha pelo apoio que sempre me deu no desenvolvimento das atividades da Gestão da Assistência Farmacêutica do DSEI-PE e, em especial, no desenvolvimento de minhas atividades acadêmicas.

A Rodrigo Vanderlei, Célia Regina e Maria Correia, que durante muito tempo contibuíram na coleta de dados dessa pesquisa. Ao Denício que já no fim dessa etapa muito me ajudou na elaboração dos gráficos.

A Carol e Wilson por me ajudarem, sempre que precisei, na interpretação e identificação de dados no SIASI.

A todos os meus colegas do DSEI-PE que direta e indiretamente contibuíram com essa minha caminhada.

Aos meus colegas tutores da Faculdade Pernambucana de Saúde, especialmente a Flávia, Elisângela, Cínthia, Ivana e Charles pelo apoio direto ou indiretamente que sempre me deram no desenvolvimento de minhas atividades acadêmicas.

Aos meus colegas de disciplinas Eliane Coimbra e Marcelo que muitos compartilharam comigo dos trabalhos acadêmicos.

A todos os colegas e professores do PPGIT com os quais dividimos momentos importantes dessa trajetória.

A Paulo Germano, secretário do PPGIT, que muito pacientemente sempre me orientou nas minhas atribuições administrativas do Programa.

Em especial, a dois amigos que construí no PPGIT, Maisa e Michel, com os quais sempre tive apoio nas minhas dificuldades e inquietações acadêmicas e pessoais.

Um agradecimento também muito especial a Norma Moura, uma pessoa maravilhosa que conheci há pouco tempo, mas muito contribuiu não só na normalização deste trabalho, mas também como conselheira em vários momentos de inquietação que não conseguia coibir.

À todos os meus amigos, minha família, não citados aqui, mas que fazem parte deste processo.



“A voz indígena não deve ser ouvida apenas como bela poesia, pois contém verdades que podem ajudar no equilíbrio entre modernidade e tradição, economia e ecologia.”

Marcos Terena

RESUMO

As dificuldades e os limites monetários encontrados pelas instituições de saúde no oferecimento de serviços de qualidade representam alguns dos fatores que mostram aos profissionais e gestores que é necessário maximizar o princípio de que o importante é saber gastar melhor - e não gastar menos. Para a Assistência Farmacêutica, essas análises devem ser tomadas como estratégias inovadoras para a sustentabilidade de suas ações, uma vez que os medicamentos representam o segundo maior gasto dentro do Sistema Único de Saúde. Este estudo tem como objetivo demonstrar o impacto da implantação das ações da Assistência Farmacêutica no Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco, sobre os valores gastos com medicamentos nas suas comunidades indígenas e as principais estratégias que contribuíram para a promoção do seu uso racional. Parte de uma abordagem econômica, identificando os percentuais gastos com medicamentos frente aos valores totais em saúde, comparando-os com os indicadores do Estado e dos municípios pernambucanos que contêm comunidades indígenas em seus territórios. Esse é um estudo retrospectivo, transversal e descritivo, através dos dados financeiros e populacionais do período de 2002 a 2011, apontados nos sistemas de informações oficiais da administração pública. No período analisado, observou-se um incremento médio anual de 19,74% nas despesas totais em saúde desse distrito sanitário, com uma demanda crescente nos valores totais em saúde; não obstante a isso, os percentuais dos gastos com medicamentos tiveram incremento de 2,59% no período de 2002 a 2006 com um crescimento em torno de 21,71%. Atividades de gestão da Assistência Farmacêutica no DSEI-PE começaram a ser implantadas em 2004. A partir de então, seus impactos econômicos começaram a ser percebidos. Ao longo dos últimos cinco anos do estudo, foi observado um decréscimo médio anual em gastos com medicamentos, partindo de 35,32%, em 2006, para 5,70% em 2011, apresentando, portanto, um decréscimo nesse período de 83,86%, ou seja, 6,2 vezes menos o percentual de 2006. No período total do estudo, identificou-se um decréscimo médio anual de 16,11% em despesas com medicamentos, comparados a um incremento de 73,77% nas despesas totais em saúde desse distrito sanitário. O estudo demonstrou que o acesso a medicamentos está diretamente relacionado à qualidade do serviço de saúde oferecido; ações inovadoras da gestão da assistência farmacêutica, implantadas nesse distrito sanitário, principalmente investimentos em contratação e capacitação de pessoas, e estruturação de serviços farmacêuticos, otimizaram os recursos disponíveis e melhoraram a qualidade da assistência farmacêutica prestada à sua população.

Palavras-Chave: Assistência Farmacêutica. Saúde Indígena. Uso de Medicamentos. Economia da Saúde.

ABSTRACT

The financial difficulties and limitations uncovered by health services' search to offer quality services represent factors which demonstrate to professionals and managers the need to highlight the principle of spending better, not less. In terms of Health Intervention with Pharmaceuticals these analyses should be taken as innovative strategies to sustain interventions since medicines represent the second biggest cost within the national health system (Sistema Único de Saúde). This study has as its objective to demonstrate the impact of the implantation of Pharmaceutical Assistance at the health service for Pernambuco's Special Indigenous Health District in relation to spending on medicine in these indigenous communities, alongside the main strategies which have contributed to the promotion of their rational implementation. The study sets out an economic approach, identifying the figures spent on medicines in the face of total spending on health, comparing these amounts with the State of Pernambuco's and municipalities' figures with respect to areas containing indigenous communities in their territories. This is a retrospective, cross-sectional and descriptive study, based on financial and population data in the period from 2002 to 2011, identified in the government's official data systems. In the period analyzed, an average annual increase of 19.74% in total spending on health was observed in this health district, with an increase in the demand for total spending; in spite of this, the figures for spending on medicine had an increase of 2.59% in the period from 2002 to 2006, with an accumulated increase of around 21.71%. Management activities in Health Intervention with Pharmaceuticals at the DSEI-PE began to be implanted in 2004. From that moment on their economic impacts began to be perceived. Along the five years of the study mean annual decrease in spending on medicine was observed, going from 35.32% in 2006 to 5.70% in 2011, therefore showing a decrease of 83.86% in this period, that is to say 2011 was 6.2 times less than the percentage of 2006. In the total period of this study an average annual decrease of 16.11% in spending on medicine was identified, compared to an increase of 73.77% in total spending on health for this health district. The study demonstrated that access to medicine is directly related to the quality of the health service offered. Innovative activities in pharmaceutical assistance which have been implanted in this district, mainly with contracting and spending on training, with the structuring of services, have optimized the resources available and bettered the quality of assistance offered to the population.

Key Words: Health Intervention with Pharmaceuticals; Health of Indigenous Peoples; Use of Medicine; Economy in Health Spending.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - População indígena cadastrada no SIASI por Região de Saúde no país, 2012	45
Figura 2 - Organização do DSEI	77
Figura 3 – Distribuição territorial dos 34 Distritos Sanitários Indígenas no país	80
Figura 4 - Organograma da Secretaria Especial de Saúde Indígena/MS.....	85
Figura 5 - Estrutura Organizacional dos DSEI, SESAI/MS.....	85
Figura 6 - Sistema Nacional de Gestão de Assistência Farmacêutica-HÓRUS DSEI-PE/SESAI/MS. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	119
Figura 7 - Território do Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco-DSEI-PE.....	120
Figura 8 - Distribuição das comunidades indígenas por municípios no Estado de Pernambuco	121
Figura 9 - Pirâmide etaria população indígena DSEI-PE.....	122
Gráfico 1 - Crescimento da população indígena. Brasil e regiões, período de 2000 a 2011 ...	44
Gráfico 2 - Evolução da taxa de mortalidade infantil na população indígena, 2000 a 2009 .	123
Gráfico 3 - Taxa de mortalidade infantil, DSEI-PE, estado de pe, saúde indígena Brasil e população total brasil, nos exercícios de 2002 – 2010	125
Gráfico 4 - Registro de morbidade na população indígena de Pernambuco, período de 2002 a 2011	126
Gráfico 5 - Percentuais de gastos com medicamentos frente aos gastos totais em saúde no DSEI-PE	137
Gráfico 6 - Comportamento da população indígena de Pernambuco, frente aos gastos com medicamentos e despesas totais em saúde do DSEI-PE, 2002 a 2011.....	140
Gráfico 7 - Percentuais de gastos com medicamentos frente aos gastos totais em saúde nos municípios com populações indígenas em Pernambuco	142
Gráfico 8 - Percentuais de gastos com medicamentos frente aos gastos totais em saúde no Estado de Pernambuco. Formato de letra diferente dos outros graficos	143
Gráfico 9 - Percentuais de gastos anuais com medicamentos frente aos gastos no DSEI-PE, Estado e municípios com comunidades indígenas em PE.....	144
Gráfico 10 - Valores per capita sobre gastos anuais em medicamentos do Dsei-PE, estado de Pernambuco, e municípios que contêm comunidades indígenas, no período de 2002 a 2011.....	146
Gráfico 11 – Quantidade global de tratamentos dispensados e registrados nas fichas de dispensação em 2010 para todas etnias de Pernambuco.....	150
Gráfico 12 – Quantidade de tratamentos dispensados e registrados nas fichas de dispensação em 2011 para todas etnias de Pernambuco	150

Gráfico 13 – Quantidade de tratamentos dispensados e registrados nas Fichas de Dispensação para a população Feminina x Masculina em 2010 na etnia de Fulni-ô.	153
Gráfico 14 – Quantidade de tratamentos dispensados por faixa etária e registrados nas Fichas de Dispensação para a população Feminina em 2010 na etnia de Fulni-ô.	153
Quadro 1 - Comparação entre dispositivos legais que regem a política indigenista no Brasil	42
Quadro 2 - Trajetória Histórica das principais ações políticas para a atenção a saúde dos povos indígenas no Brasil	73
Quadro 3 - Caracterização do DSEI-PE	120
Quadro 4 - Distribuição da população Indígena do DSEI-PE por etnia.....	122
Quadro 5 – Estudo do quantitativo de tratamentos medicamentosos prescritos, dispensados e registrados nas Fichas de Dispensação Individual do DSEI-PE, no período de 2010 a 2011.	149
Quadro 6 - Principais fatores que comprometeram os gastos com aquisição de medicamento e a promoção do URM no DSEI-PE 2002 – 2011	157
Quadro 7 – Investimento financeiro na estruturação da equipe da Assistência Farmacêutica	159
Quadro 8 – Investimento financeiro nas atividades de Capacitação no âmbito da gestão da AF do DSEI-PE PE realizadas no período do estudo	161

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 - TMI na população indígena, 2000 a 2009.....	124
Tabela 2 - Número de atendimentos de Atenção Básica 2010 - Aldeia/PB.....	128
Tabela 3 - Número de atendimentos de Atenção Básica 2011 - Aldeia/PB.....	129
Tabela 4 - Rede de referências - Número de atendimento de Atenção Básica 2010 – 2011	129
Tabela 5 - Percentual da população indígena de Pernambuco frente a população do estado de Pernambuco e população total dos municípios com comunidades indígenas.	135
Tabela 6 - Percentual gasto com medicamentos frente às despesas totais em saúde no DSEI-PE, do estado de Pernambuco e municípios com comunidades indígenas em PE, no período de 2002 a 2011.	136
Tabela 7 - Despesas per capita com gastos diretos com medicamentos no DSEI-PE, estado de Pernambuco e municípios que contêm comunidades indígenas nos exercícios de 2002 a 2011.	146
Tabela 8 - Indicadores per capita do número de tratamentos de medicamentos dispensados e registrados nas Fichas de Dispensação por etnia, nos anos de 2010 e 2011	151
Tabela 9 - Média de tratamentos dispensados por consultas 2010/2011.....	154
Tabela 10 - Medicamentos mais consumidos nas comunidades indígenas de Pernambuco nos exercícios de 2010/2011.	155
Tabela 11 - Grupos farmacológicos mais consumidos nas comunidades indígenas de Pernambuco nos exercícios de 2010/2011.....	156

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
AF	Assistência Farmacêutica
AIS	Agente Indígena de Saúde
AIDPI	Atenção Integrada de doenças prevalentes na infância
AISAN	Agente Indígena de Saneamento
AMTI	Área de Medicina Tradicional Indígena
ANAI	Associação Nacional de Apoio ao Índio
APS	Atenção Primária à Saúde
CAF	Coordenação de Assistência Farmacêutica
ASIWEB	Sistema Informatizado para controle de Materiais
CASAI	Casa de Saúde do Índio
CEME	Central de Medicamentos
CDFT	Comitê Distrital de Farmácia e Terapêutica
CIMI	Conselho Indigenista Missionário
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIT	Comissões Intergestores Tripartite
CIS	Comissão Intersetorial de Saúde
CISI	Comissão Intersetorial de Saúde do Índio
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSPI	Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONDISI	Conselho Distrital de Saúde Indígena
CNFT	Comitê Nacional de Farmácia e Terapêutica
CNPI	Conferência Nacional de Povos Indígenas
CORE	Coordenação Regional
COREPE	Coordenação REgional de Pernambuco
COSAI	Coordenação de Saúde do Índio
CPI	Comissão Pró-Índio
DAF-MS	Departamento Assistência Farmacêutica do MS

DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DEOPE	Departamento de Operações
DESAI	Departamento de Saúde Indígena
DESD	Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DSEI-PE	Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
ESF	Estratégia da Saúde da Família
EVS	Equipe Volante de Saúde
FCAP	Faculdade de Ciências de Administração de Pernambuco
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HORUS	Sistema de Informação de Gerenciamento de Medicamentos
HTML	Hypertext Markup Language
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IAB-PI	Incentivo de Atenção Básica para Povos Indígenas
IAEPI	Incentivo para a Assistência Ambulatorial Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena
MS	Ministério da Saúde
MT	Medicina Tradicional
MTI	Medicina Tradicional Indígena
MSI	Movimento Sanitário Indigenista
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PDM	Plano Diretor de Medicamentos
PFB	Programa Farmácia Básica
PHC	Política de Cuidados Primários de Saúde (Primary Health Care)
PHP:	Hypertext Preprocessor
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNASPI	Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS
PNS	Política Nacional de Saúde
POA	Plano Operacional de Ações
PPI	Programação Pactuada Integrada
PSF	Programa Saúde da Família
PSF-I	Programa Saúde da Família Indígena
RAS	Redes de Atenção a Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RIPSA	Rede Integrada de Informação para a Saúde
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SASI	Secretaria de Atenção à Saúde Indígena
SASISUS	Sub-Sistema de Saúde Indígena do SUS
SCTIE	Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos do MS
SEGEPE	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do MS
SERPRO	Serviço Federal de Processamentos de Dados
SESAI	Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena
SIAFI	Sistema Integrado de Administração Financeira
SIASI	Sistema de Informação de Saúde Indígena
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISCOESC	Sistema de Controle de Estoque de Medicamentos
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSA	Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
TI	Terra Indígena
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UAF	Unidade de Assistência Farmacêutica
URGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UHE	Usina Hidrelétrica
URM	Uso Adequado e Racional de Medicamentos
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	22
1.1	Medicina Tradicional e sistemas de saúde	24
1.2	Medicamentos, seu uso racional e a assistência farmacêutica na saúde indígena .	29
1.3	O problema: medicalização ou modelo de atenção?	32
2	OBJETIVOS	37
2.1	Objetivo geral	37
2.2	Objetivos específicos	37
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	37
3.1	DSEI-PE e suas populações indígenas	38
3.2	O Método	38
3.3	Coleta de dados	39
3.3.1	Sistemas de Informação	39
3.3.2	Pesquisa bibliográfica e documental	39
3.3.3	Criação da Ficha de Dispensação Individual.....	40
3.3.4	Criação e implantação de um Programa Computacional.....	41
3.4	Carta de Recomendação do CONDISI-PE	41
4	POVOS INDÍGENAS NO BRASIL	42
4.1	Demografia dos povos indígenas brasileiros	43
4.2	Povos indígenas do Nordeste	47
4.2.1	Primeiro ciclo: décadas de 1920 a 1940	48
4.2.2	Segundo ciclo: pós-1970	50
4.2.3	2002 - Um novo marco legal	52
4.2.4	A produção social do território indígena no Nordeste.....	53
4.2.5	Etnicidade	56
4.3	Determinantes sociais em saúde: uma abordagem sobre os povos indígenas brasileiros	58
5	A SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL EM SEUS CONTEXTOS	63
5.1	As primeiras iniciativas de cuidados com a saúde indígena no Brasil	63
5.2	Trajectoria Histórica das principais ações políticas para a atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil	73
5.3	A criação do Subsistema de Saúde Indígena	75
5.4	Da sua estrutura e organização	78

5.5	Da nova Secretaria: Secretaria Especial de Atenção a Saúde Indígena – SESAI/MS	
	82	
5.6	Do Modelo de atenção à saúde indígena.....	86
6	A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS COMO POLÍTICA DE SAÚDE E SEUS DESDOBRAMENTOS NA SAÚDE INDÍGENA	90
6.1	Sistema Único de Saúde (SUS)	90
6.2	Breve Histórico da Assistência Farmacêutica no Brasil	92
6.3	Da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde.....	96
6.4	Do Financiamento da Assistência Farmacêutica no SUS	100
6.5	Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde.....	102
6.6	O medicamento como valor simbólico e a sociedade de consumo.....	104
6.7	Assistência Farmacêutica na Saúde Indígena	106
6.7.1	Aspectos legais	106
6.7.2	Primeiras iniciativas da implantação da Assistência Farmacêutica no Subsistema de Saúde Indígena	107
6.7.3	A Inovação da Gestão da Saúde e seu desdobramento na Assistência Farmacêutica .	112
7	DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DE PERNAMBUCO – DSEI-PE	119
7.1	Apresentando o Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco	119
7.2	Caracterização do DSEI-PE	120
7.3	Principais indicadores de Saúde do DSEI-PE.....	123
7.3.1	Indicadores de Mortalidade infantil.....	123
7.3.2	Principais indicadores de morbimortalidade	125
7.3.3	Fluxo de Atenção à Saúde Indígena	126
7.3.4	Acesso à atenção e serviços de saúde no DSEI- PE, 2010 – 2011	128
7.4	Assistência Farmacêutica no DSEI-PE: o ponto de partida.....	131
8	RESULTADOS E DISCUSSÃO	134
8.1	Dados populacionais versus gastos com medicamentos comparados aos gastos totais em saúde no DSEI-PE	134
8.2	Estudo dos valores gastos com medicamentos e gastos totais em saúde no DSEI-PE comparados aos municípios com comunidades indígenas e o Estado de Pernambuco ..	141
8.3	Principais características demográficas de consumo de medicamentos nas comunidades indígenas de Pernambuco que comprometem o URM	148

8.4	Consumo de medicamentos versus o acesso aos serviços de saúde das comunidades indígenas de Pernambuco	154
8.5	Principais fatores que interferem no acesso ao URM e nos valores gastos com medicamentos no DSEI-PE.....	157
8.6	Principais estratégias implantadas que vêm contribuindo para a promoção do URM e otimização dos recursos financeiros disponíveis para a área.....	159
9	CONCLUSÃO.....	165
	REFERÊNCIAS	172
	APÊNDICES	189
	ANEXOS	192

1. INTRODUÇÃO

O Brasil institucionalizou o direito à saúde para todos os cidadãos brasileiros, com a promulgação da Constituição Federal em 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A saúde é um direito humano, coletivo e individual que expressa a possibilidade de articulação virtuosa das políticas sociais e de desenvolvimento, aliando crescimento, inovação, equidade e inclusão social (BRASIL, 1990a). Para muitos analistas, é nela que se conforma, positiva ou negativamente, nossa modernidade (KICKBUSCH; MAAG; SAAN, 2005). Esses direitos são reconhecidos em decorrência de seus princípios de universalidade e igualdade no atendimento e de integralidade das ações e serviços de saúde. A integralidade, segundo Vieira (2010), pressupõe que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não podem atuar isoladamente; assim, as unidades prestadoras de serviço devem contemplar os vários graus de complexidade da assistência à saúde.

Para tanto, como parte importante das estratégias das políticas de saúde, o Ministério da Saúde (MS), através da Portaria GM/MS 3.916/98, formulou a Política Nacional de Medicamentos (PNM), que aponta como uma de suas principais diretrizes a reorientação da Assistência Farmacêutica (AF), definida como:

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2001 p. 21).

A adequada aplicação da AF contribui efetivamente para a consolidação das ações do SUS. Todavia, é importante ressaltar que nesta área o SUS se depara com uma das maiores dificuldades, ficando mais evidentes as distorções e problemas que são gerados pelas grandes desigualdades sociais e econômicas ainda existentes no país e que determinam restrições ao pleno acesso aos medicamentos pela população (MONSEGUI, 1997).

Em maio de 2004, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), definindo-a como o conjunto de ações que envolvem pesquisa, desenvolvimento e produção, seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos, bem como garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização (BRASIL, 2004a) Em 2006, o MS definiu

Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, destacando a organização da AF como uma das prioridades para a consolidação do SUS (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

Segundo Araújo, Ueta e Freitas (2005), para a implantação de uma AF integral, é necessário um aprimoramento que possibilite a avaliação de seu impacto na qualidade de vida do usuário e na redução de custos para o sistema de saúde. No entanto, nas unidades de saúde básicas ou distritais, modelos tecnológicos de uso de medicamentos são difíceis de serem implantados e avaliados. Tal fato se deve, em parte, às condições inerentes ao atendimento, entendendo que a área de AF não está restrita à produção e distribuição de medicamentos, mas abrange um conjunto de procedimentos necessários à promoção, prevenção e recuperação da saúde, individual e coletiva, centrado no medicamento.

No mundo ocidental, o modelo de assistência à saúde é excessivamente medicalizado e mercantilizado, cabendo aos medicamentos um espaço importante no processo saúde/doença, sendo praticamente impossível pensar a prática médica ou a relação médico-paciente sem a presença desses produtos (SOARES, 1998). Nesse contexto, a morbimortalidade relacionada a medicamentos é um grande problema de saúde pública (EASTON et al., 1998; MALHOTRA; JAIN; PANDHI, 2001), não sendo diferente junto às comunidades indígenas brasileiras.

Na visão antropológica, segundo Diehl (2001), os medicamentos constituem a tecnologia que melhor representa o poder da biomedicina. São entidades físicas, pois eles encarnam um bem que pode ser adquirido no mercado; e simbólicas, por serem a possibilidade mágica de saúde que a ciência concretiza. Por serem tangíveis e possuírem o poder atribuído que objetiva a cura, podem ser utilizados de modo concreto tanto pela prática biomédica como por outras atividades terapêuticas. Apesar de serem negociados de um contexto para outro, retêm seu valor baseado no seu poder para curar. Dessa forma, há um sinergismo da visão do processo saúde/doença reducionista e mecanicista que privilegia o componente biológico, com os interesses de mercado, favorecendo o incremento do uso irracional dos medicamentos e a medicalização (BARROS, 2002; BARROS, 2008a; BARROS, 2008b).

As dificuldades e os limites monetários encontrados pelas instituições de saúde no oferecimento de serviços de qualidade, assim como a necessidade de tomar decisões que beneficiem um maior número de pessoas, são alguns dos fatos que mostram aos profissionais que é necessário maximizar o princípio de que o importante é saber gastar melhor - e não gastar menos (GIROTTO; SILVA, 2006). A saúde de uma determinada população está diretamente relacionada às políticas sociais e econômicas (BRASIL, 1996).

No Brasil, como em outros países, as políticas de saúde evoluíram concomitantemente com essas políticas, obedecendo ao desenvolvimento do país (NAVES, 2002). Segundo o

Relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicado em 2010, estima-se que entre 20% e 40% de todos os gastos em saúde são atualmente desperdiçados por ineficiência. O relatório aponta dez áreas específicas, nas quais melhores políticas e práticas podem aumentar o impacto das despesas, às vezes de modo dramático. Entre as causas assinaladas, aparecem os medicamentos, contribuindo como uma das três causas mais comuns de ineficiência. Medicamentos caros são frequentemente usados quando existem opções mais baratas e igualmente eficazes. Em muitos locais, há desperdício e mau armazenamento, além de grandes variações nos preços negociados com os fornecedores (OMS, 2010).

Para a AF, essas análises devem ser tomadas pelos gestores do Sistema de Saúde como estratégias estruturantes para a sustentabilidade de suas ações, uma vez que os medicamentos representam um instrumento essencial para a capacidade resolutiva dos serviços prestados, apontando para o segundo maior gasto dentro do SUS (GIROTTI; SILVA, 2006).

No Subsistema de Saúde Indígena em Pernambuco (SASISUS), observa-se que, nos cinco primeiros anos analisados por este estudo, os gastos com medicamentos para uma pequena parcela da população brasileira, quando comparados aos indicadores do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), apresentam valores bem acima dos gastos informados pelos municípios que possuem comunidades indígenas em seu território no Estado de Pernambuco, bem como pela Secretaria Estadual. No entanto, esses valores decresceram nos últimos cinco anos em proporções significativas, mesmo diante do incremento da população que, conseqüentemente, aumenta os valores absolutos em despesas com saúde. Portanto, analisar as causas e conseqüências desses gastos com medicamentos e a sua relação com o uso racional em comunidades indígenas é uma das principais preocupações desse trabalho.

1.1 Medicina Tradicional e sistemas de saúde

Desde o final da década de 1970, as medicinas tradicionais e seus praticantes vêm sendo identificados pelos Organismos Internacionais, tais como a OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), como recursos a serem considerados na organização local da atenção primária a saúde, de modo a colaborar para a melhoria da saúde das comunidades e populações. A Declaração de Alma-Ata, produzida na Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde em 1978, já afirmava a importância dos praticantes das medicinas tradicionais trabalharem em cooperação com as equipes de saúde, de modo a atender às necessidades das populações (FERREIRA, 2012).

A OMS (2002), considerando as experiências desenvolvidas desde os anos 70, publica o documento “Estratégia da OMS sobre a Medicina Tradicional (MT) 2002-2005”, incentivando os países membros a incorporarem aos sistemas oficiais de saúde as medicinas tradicionais por meio da criação de políticas nacionais específicas. Por MT, a OMS entende um conjunto de práticas e conhecimentos sobre saúde utilizados “para manter o bem-estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir as enfermidades”.

Dessa forma, o acesso das populações aos serviços de saúde seria ampliado, na medida em que esses contariam com a cooperação dos praticantes tradicionais para “a disseminação eficaz de mensagens sanitárias importantes entre as comunidades, além de fomentar a prática segura da MT” (OMS, 2002, p. 28). As medicinas tradicionais indígenas também são contempladas nesse documento produzido pela OMS.

Ainda de acordo com Ferreira (2012), no Brasil, no mesmo ano em que foi publicado o documento sobre a MT, foi aprovada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Com a criação de uma política específica para a saúde indígena, o Estado brasileiro buscou compatibilizar “as Leis Orgânicas da Saúde com a Constituição Federal, que reconhece aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais” (BRASIL, 2002a). Assim, busca garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Para o alcance desse propósito, foram estabelecidas diretrizes que devem orientar a definição de instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas. Entre essas diretrizes, apontam para a organização do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), ficando assegurados os serviços de atendimento básico no âmbito das terras indígenas, conforme disposto no Decreto nº. 3.156, de 27 de agosto de 1999 (BRASIL, 1999a).

Para Langdon (1999), o reconhecimento dos direitos indígenas e o caráter pluricultural dos Estados está também presente na Convenção 169 sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes, aprovada em 1989 por 85% dos Estados-membros da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Esse documento “foi o primeiro instrumento jurídico internacional concebido especificamente com o objetivo de salvaguardar os direitos indígenas” (OIT, 1989). A Convenção 169 sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes da Organização Internacional do Trabalho (OIT) aprovada em 1989, durante sua 76ª Conferência é o instrumento internacional vinculante mais antigo que trata especificamente dos direitos dos povos indígenas e tribais no mundo.

A multiculturalidade e pluriétnica dos países latino-americanos, segundo Duarte Gómez (2003), veem-se refletidas na diversidade dos sistemas médicos existentes. Apesar da

hegemonia da medicina ocidental em termos de políticas e programas, a medicina indígena, a autoatenção ou medicina caseira, além das demais alternativas terapêuticas não-tradicionais, como a acupuntura e a homeopatia, são utilizadas de maneira crescente, dependendo de diferentes fatores sociais.

Em contrapartida, falar sobre saúde e povos indígenas, segundo Langdon (1999), não é uma tarefa fácil, devido às grandes diferenças entre os países da América Latina e a situação dos povos indígenas que fazem parte desses Estados pluriétnicos. Em alguns países, a população indígena forma a maioria demograficamente, ou pelo menos representa uma proporção da população total, significativa o suficiente para exercer uma influência potencialmente importante na identidade nacional, na cultura e na política do país. Em outros países, como no Brasil, eles compõem uma minoria, numérica e etnicamente; podemos observar bastante variação disso na situação dos povos indígenas frente às sociedades que os envolvem. Especificamente, as políticas de saúde indígena variam de estado para estado, não só na elaboração dos princípios que guiam a legislação, mas também na execução desses princípios pelas instituições encarregadas de atender às necessidades e demandas dos índios.

Segundo Yamamoto (2004), para realizar uma adequada assistência a populações indígenas, é importante analisar a medicina indígena de forma isenta de preconceitos e considerar a preservação dessa prática milenar como um dos objetivos a ser alcançado. Na cultura indígena, as causas para as doenças podem ser classificadas em dois grupos: as místicas e as naturais.

As doenças tradicionais são associadas às causas místicas. Para que um tratamento seja bem-sucedido, pela lógica indígena, o tratamento deve se dirigir a ambas as forças causais, os naturais e as místicas. Quando um índio é acometido por uma doença e começa a apresentar sintomas, vai buscar, caso haja disponibilidade em suas terras, remédios à base de ervas conhecidas por sua família para o alívio sintomático e, se possível, a cura da doença. Caso não haja a esperada resposta à terapêutica instituída, por ausência de melhora ou por agravamento do quadro clínico, são procurados os especialistas da comunidade na cura de doenças (pajés ou xamãs), para realizar o rito, com a finalidade de desvendar a causa mística (fazer o diagnóstico) e contrariar ou neutralizar essa causa por meio dos processos de tratamento (rituais de magia). Remédios e especialistas devem apresentar índices aceitáveis de cura em sua comunidade, entre as doenças que lhes digam respeito (YAMAMOTO, 2004).

Para os fulni-ôs, em Pernambuco, o sistema médico é um sistema xamânico¹. Nele, é evidente o papel da religião e do ritual do Ouricuri, nos quais se baseiam as concepções de saúde, doença e cura da medicina tradicional fulni-ô. Seus especialistas são os rezadores, as rezadoras, as parteiras e os “mais velhos”, categoria nativa que se refere àqueles que detêm os saberes tradicionais, entre eles os relacionados às plantas medicinais (SOUZA, 2006).

Os saberes e práticas médicas fulni-ô não se restringem apenas aos detentores de saberes tradicionais. Eles são disseminados sob os mais diversos níveis, entre toda a população. Certas categorias etiológicas, diagnósticos e práticas de autocuidado, como, por exemplo, a utilização de plantas nativas² e não nativas para a produção de chás, lambedores³, garrafadas, defumadores e águas⁴ - os “chamados remédios do mato” -, são conhecidas pela maioria da população. Esses saberes e práticas da MT são transmitidos através da oralidade, de geração em geração.

A PNASPI (BRASIL, 2002a) que instituiu diretrizes que orientam os serviços de saúde a atuarem de forma articulada aos sistemas tradicionais indígenas, como forma de obter a melhoria do estado de saúde dos povos indígenas, reconhece a eficácia empírica e simbólica das medicinas tradicionais indígenas e o direito dos povos indígenas a sua cultura. No entanto, ao invés de preconizar a incorporação das medicinas tradicionais ao sistema nacional de saúde, recomenda que seja promovida a articulação das medicinas tradicionais indígenas aos serviços de saúde. Assim, ela evita reproduzir a política indigenista “integracionista”, que vigorou no Brasil até o advento da Constituição Nacional de 1988.

Outro aspecto importante, segundo a PNASPI (BRASIL, 2002a) é que a criação de um sistema de saúde voltado para o atendimento dos indígenas, com mais recursos materiais e de pessoal, ampliou a presença de profissionais de saúde nas comunidades indígenas, aumentando o percentual de imunização e o acesso aos serviços, na maioria dos casos com resultados muito positivos no que se refere à diminuição de taxas de mortalidade infantil. Ocorre, no entanto, que serviços de saúde implantados pelo sistema de assistência passaram a disputar espaço com práticas de saúde indígena, instaurando pontos de tensões ou conflitos entre os profissionais de saúde do sistema público, orientados pela biomedicina, e os praticantes do saber indígena, ligados às práticas médico-religiosas próprias do grupo.

Em publicação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), o respeito ao conhecimento indígena é afirmado de maneira explícita:

¹ Segundo Langdon (1996, p.28), o sistema xamânico é *"uma instituição cultural central que, através do rito, unifica o passado mítico com a visão de mundo, e os projeta nas atividades da vida cotidiana"*.

² Segue em anexo uma lista com nomes de plantas nativas de uso medicinal.

³ Um tipo de xarope feito à base de chá de plantas medicinais com mel ou açúcar.

⁴ Infusão de partes de plantas (casca, folhas, sementes, frutos) na água a temperatura ambiente.

O reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequada ao contexto local (BRASIL, 2002a, p. 19).

Mas, na prática cotidiana, não há valorização de experiências e conhecimentos indígenas que historicamente tenham sido eficientes. Ao contrário, elas vêm sendo desprestigiadas e estão se perdendo (SILVA, 2011). Fato esse que vem sendo ponto de discussão em várias pesquisas no Subsistema de Saúde Indígena, principalmente frente ao novo modelo de gestão da Secretaria de Atenção à Saúde Indígena do Ministério da Saúde (SASI/MS).

Ferreira (2007) relata que articulação de sistemas, como condição da atenção diferenciada à saúde, adotou a Área de Medicina Tradicional Indígena (AMTI), como uma estratégia que pretende contribuir para a implementação da atenção diferenciada à saúde indígena. A intenção não é criar uma política integracionista e reguladora das medicinas tradicionais, que comprometa a autonomia e a agência dos praticantes das medicinas tradicionais indígenas, e, sim, desenvolver experiências que permitam apontar caminhos para a articulação refletida entre determinadas práticas de cuidado com a saúde, de forma a melhorar a qualidade dos serviços prestados aos povos indígenas.

Ainda de acordo com Ferreira (2007), para que possamos criar políticas adequadas sobre as medicinas tradicionais indígenas, é preciso superar a noção reducionista que transforma as etnomedicinas em traços culturais, produtos de mercado ou especialistas desvinculados de seus contextos comunitários.

Os itinerários terapêuticos percorridos pelos pacientes indígenas constituem-se num lugar privilegiado para compreendermos as dinâmicas estabelecidas na busca de tratamento e cura, expressando as formas como as sociedades indígenas estão agenciando os diferentes recursos terapêuticos disponíveis em situações concretas. Através do acompanhamento de itinerários terapêuticos, podemos mapear os espaços de intermedialidade emergentes nas zonas de contato, permitindo a criação de estratégias refletidas de articulação entre os sistemas médicos (FERREIRA, 2007).

No âmbito da AF, não diferentemente das outras áreas de atenção à saúde, a MT representa um espaço que deve ser melhor compreendido entre os profissionais. Identificar esses limites, no contexto do uso de diferentes práticas de cura, nas quais, por muitas vezes, os profissionais de saúde e comunidades confundem medicamentos fitoterápicos com MT, vem sendo um desafio para a gestão da atenção à saúde para esses povos.

As medicinas tradicionais indígenas no Brasil, segundo Ferreira (2012), são organizadas em duas arenas socialmente construídas e que se constituem em realidades clínicas específicas que integram o sistema médico: a popular e a familiar. Enquanto a arena popular é formada pelos diferentes especialistas de cura que compõem um determinado contexto sociomédico, a arena familiar constitui-se nas redes familiares e comunitárias, por onde os saberes e as práticas de cuidados com a saúde estão amplamente difundidos. É nesse âmbito que os primeiros procedimentos para a recuperação do doente são realizados; é aqui também que as decisões quanto à busca de tratamento, especializado ou não, são tomadas durante o processo terapêutico.

Nesse contexto, seguindo as recomendações dos organismos internacionais, o MS, como forma de garantir a integralidade da atenção através de uma estratégia de ampliação das opções terapêuticas aos usuários do SUS, incrementando o acesso a serviços antes restritos à prática de cunho privado, publica em maio de 2006, a Portaria nº 971, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do SUS (BRASIL, 2006 d).

A PNPIC, ainda de acordo com Ferreira (2012), encontra-se alinhada com as recomendações da OMS (2002) no que se refere à inserção da MT na Medicina Complementar e Alternativa nos sistemas oficiais de saúde. Para o MS, a noção de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) é equivalente ao conceito de MT, como postulado pela OMS.

Esta política, tem como objetivo a integração das PIC no SUS, com ênfase na atenção primária, na ampliação do acesso, na garantia de qualidade, na eficácia, na segurança e na racionalização das ações de saúde; apontando ainda para a necessidade de articulação com a PNASPI, porém, sem apresentar uma proposta concreta, em se considerando que o tema das plantas medicinais e da fitoterapia possuem uma interface direta com as medicinas tradicionais indígenas. Temas esses frutos de outras discussões que não traremos para esse contexto.

1.2 Medicamentos, seu Uso Racional e a Assistência Farmacêutica na Saúde Indígena

Dentre as diretrizes prioritárias da PNASPI, esta Política aponta em seu item 4.5, a Promoção do Uso Adequado e Racional de Medicamentos (URM), que deve envolver ações diretas e indiretas da AF no contexto da atenção à saúde indígena, que devem partir, em primeiro lugar, das necessidades e realidades epidemiológicas de cada distrito sanitário, orientando-se para garantir os medicamentos necessários (BRASIL, 2002a)

“Considerando que os medicamentos constituem uma das tecnologias biomédicas mais difundidas”, sendo demandados e utilizados globalmente, a PNM, aprovada pela Portaria GM/MS 3.916, em 1998 (BRASIL, 1998a), consolidou os preceitos apontados pela OMS,

estabelecendo como uma das suas principais diretrizes a promoção do URM, devendo o Sistema de Saúde garantir à população o medicamento certo, na hora certa, na dose certa e ao menor custo possível para o cidadão ou sistema. Segundo Fernandes (2000) e Gomes, Drumond e França (2002), a utilização inadequada de medicamentos apresenta-se como um sério problema de saúde pública, que se relaciona com o volume imenso de especialidades farmacêuticas no mercado, na existência de associações irracionais de fármacos, da fiscalização sanitária ineficiente e da prescrição e dispensação irracional.

No contexto da Saúde Indígena, segundo Diehl (2001), se as práticas terapêuticas locais não foram assimiladas por uma ciência médica transcultural, criando um sistema ideal, os medicamentos, por sua vez, constituem a tecnologia biomédica mais difundida no mundo, representando assim um foco privilegiado no entendimento da inserção da biomedicina em sociedades nativas e trazendo à tona temas como o pluralismo médico, o pluralismo farmacêutico e a escolha de terapias.

Contextualizando o pluralismo farmacêutico, chama a atenção o processo da medicalização social que, segundo Tesser e Barros (2008), transforma a cultura, diminui o manejo autônomo de parte dos problemas de saúde e gera excessiva demanda ao SUS. Uma alternativa à medicalização social no âmbito da atenção à saúde é a pluralização terapêutica das instituições, ou seja, a valorização e o oferecimento de práticas e medicinas alternativas e complementares. Assim como o pluralismo médico evoca concepções de etiologia, noções de terapia, interações entre pacientes e curadores, além de maneiras pelas quais um conjunto de tradições e instituições médicas se relacionam em situações de pluralismo farmacêutico, os medicamentos ocidentais e os remédios indígenas fornecem contextos de um para outro, enfatizando similaridades e/ou contrastes (WHYTE; VAN DER GEEST, 1988).

Retomando os conceitos do URM, sob o ponto de vista da gestão do modelo biomédico do Sistema, de acordo com Mota et al., (2008), no URM, há uma preocupação de caráter econômico em minimizar os custos dos recursos utilizados da farmacoterapia sem o comprometimento dos padrões de qualidade. Tem como objetivo um bem que, como qualquer outro bem socioeconômico, para ser produzido e disponibilizado, envolve a apropriação de conhecimentos e mudanças de conduta de diversos agentes, como empresários da cadeia produtiva farmacêutica, agências reguladoras, prescritores, farmacêuticos, balconistas de farmácias, profissionais do Direito e pacientes.

Entre outros fatores importantes, que comprometem o URM, tem-se a organização dos serviços farmacêuticos, que na grande maioria das unidades de saúde do SUS não garantem condições adequadas de armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos. Com

essa concepção, a AF, como área transversal aos diversos programas de saúde, engloba ainda atividades de pesquisa e produção, tendo a dispensação como o ato essencialmente de orientação quanto ao uso adequado de medicamentos. Nesse processo, de acordo com as políticas sanitárias do país, o profissional farmacêutico ocupa papel-chave, na medida em que é o único profissional da equipe de saúde que tem formação técnico-científica fundamentada na articulação de conhecimentos das áreas biológicas e exatas (ARAÚJO; UETA; FREITAS, 2005; ARAÚJO et al., 2005).

De forma não muito diferente dos aspectos assinalados, inserem-se as comunidades indígenas do país. Ampliar o acesso a medicamentos essenciais de forma racional para essas comunidades é também uma preocupação da gestão pública, principalmente pelo caráter etno-cultural envolvido.

Considerando que a aplicabilidade social dos estudos farmacoeconômicos é importante, face à dificuldade de custear atendimento completo do paciente por livre escolha de terapêutica no SUS, dados econômicos jamais devem ser utilizados isoladamente, como fator de redução de custos.

O uso racional de medicamentos, de acordo com os conceitos assinalados, representa uma prática decorrente de um processo de decisão política para a sociedade.

Implementar serviços farmacêuticos para garantir o acesso ao uso racional de medicamentos às comunidades indígenas em Pernambuco, em uma instituição como a FUNASA, demandou todo um processo de sensibilização, que teve como principal componente a mudança de comportamento para com a área, não só dos gestores, como também dos profissionais de saúde e comunidades indígenas de Pernambuco. Isso em razão do fato de que, até bem pouco tempo, a FUNASA entendia a área de AF apenas como “suprimento para as ações de saúde”, com baixa ou nenhuma inserção na organização de serviços, decorrente, entre outros fatores, (assim como em todo o SUS), do fato de que o produto “medicamento” chegou ao usuário antes do serviço.

O SASISUS foi criado de forma a propiciar aos povos indígenas uma assistência integral à saúde, levando-se em conta as especificidades culturais (afinidades étnicas, organização social, formas tradicionais de ocupação do território, respeito às concepções e práticas tradicionais relacionadas aos processos de saúde e doença), os aspectos demográficos e geográficos dessas populações, bem como sua vulnerabilidade frente aos agravos de saúde (CEBRABP, 2009).

O Decreto Presidencial no. 3.156 de 1999 regulamentou a transferência da gestão da saúde indígena para a FUNASA que, juntamente com a Lei Arouca, levou à configuração da

PNASPI, organizada em 34 DSEIs (BRASIL, 1999a). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população indígena no Brasil é estimada em aproximadamente 800.000 índios, distribuídos em 683 terras indígenas e em algumas áreas urbanas, correspondendo a 0,4% de toda a população brasileira (IBGE, 2010).

A partir de 2010, o subsistema passou a ter como gestor a SASI/MS, no MS, que atende prioritariamente os indígenas aldeados que são cerca de 600.000, de acordo com o Sistema de Informação de Saúde Indígena (SIASI).

Considerando que, de acordo com a PNASPI (2002a), essa população exige um modelo complementar e diferenciado de atenção, voltados para proteção, promoção e recuperação da saúde, e sua efetivação se dá através de rede de serviços nas terras indígenas, o Distrito Sanitário Indígena de Pernambuco (DSEI-PE), com uma extensão territorial de 120.791 hectares, distribuídos em 13 (treze) municípios, desenvolve esse conjunto de atividades no contexto das práticas sanitárias.

No entanto, desde a criação dos distritos sanitários, no contexto das ações da assistência farmacêutica na instituição, muitas dificuldades vêm se colocando para implementação dessas ações. Porém, alguns avanços pontuais ocorreram, como no DSEI-PE, que a partir do ano de 2007, já conta com profissionais farmacêuticos e uma área devidamente estruturada e consolidada em atividade, com formalização do Comitê Distrital de Farmácia e Terapêutica (CDFT).

1.3 O problema: medicalização ou modelo de atenção?

Para melhor compreensão do leitor sobre o trabalho que apresento e os motivos pelos quais me conduziram a desenvolvê-lo, julguei necessário transcorrer de uma forma sucinta na minha trajetória profissional e, mais especificamente, na saúde indígena.

Tive uma formação profissional essencialmente biomédica, em que na Farmácia Hospitalar construí e sedimentei toda minha trajetória de formação e especialização profissional: no âmbito da gestão e administração hospitalar e serviços de farmácia, além da saúde pública e farmácia clínica. Sempre com projetos voltados para implantação, implementação e organização do serviço ao qual estava respondendo, trazendo significativos avanços na construção e organização da equipe, estrutura e rotinas de serviços e, principalmente, o espaço de interlocução entre o farmacêutico, a equipe multidisciplinar de saúde e o paciente, com expressivos ganhos na atenção.

Tive a oportunidade de iniciar minha trajetória profissional, como farmacêutica, no Instituto de Previdência e Assistência Social – INAMPS, o qual institucionalizou as primeiras formas de serviços farmacêuticos ambulatoriais próprios, as Unidades de Assistência Farmacêutica – UAF, momento em que já existiam os Serviços de Farmácia Hospitalar em seus hospitais; com uma estrutura organizacional composta por: Equipe de Farmácia, a nível nacional e estadual. Com o SUS, o repasse dessas Unidades Federativas para os gestores estaduais e municipais, gerou uma expectativa preocupante para nós profissionais, quanto a questão de organização de serviços. Participei do processo de construção da institucionalização dos serviços de Farmácia Hospitalar no Estado.

Então como gerente da Farmácia Hospitalar do Hospital Barão de Lucena, durante 15 anos, adquiri o título de especialista em Farmácia Hospitalar, em 1995, na Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Entre 1999 a 2002, obtive mais dois títulos de especialista em Administração Hospitalar e Gestão de Hospitais, na Faculdade de Ciências da Administração de Pernambuco (FCAP). Sentindo a necessidade de me capacitar para os novos rumos da Farmácia Hospitalar, busquei minha especialização como Sanitarista no Curso de Saúde Pública da Faculdade São Camilo, e um aperfeiçoamento em Farmácia Clínica na Universidade do Chile.

Assumindo a coordenação da assistência farmacêutica do Estado, comecei a me inserir no contexto da saúde pública, transpondo os muros da administração hospitalar. Foi um processo de intenso aprendizado, frente à outra versão da AF, então como política pública e não somente organização e atenção de serviços. Em 2003, a oportunidade de realizar um mestrado profissional em Gestão da Assistência Farmacêutica na UFRGS, que muito contribuiu para minha formação na gestão pública e nas atividades que desenvolvi e implementei enquanto coordenadora da área no Estado. Após este tempo, retomei meu vínculo como servidora federal na FUNASA, apresentando como proposta de trabalho a implantação da Área de AF, que não existia no DSEI-PE. A partir de então, começou toda uma trajetória de “idas e vindas” para a construção de uma política de assistência farmacêutica para os povos indígenas no país, tendo como ponto de partida o DSEI-PE.

No primeiro momento que tive oportunidade de ouvir o presidente da instituição, em setembro de 2004, quando apresentava o novo modelo de gestão para a FUNASA, a única proposta que o mesmo apresentou para a área de AF foi a seguinte: “o cardápio de medicamentos vai aumentar de 73 itens para 91”. A primeira reação que tive foi me perguntar: “o que estou fazendo aqui? Será que terei de começar tudo de novo?”

Em outubro de 2004, fiz minha primeira visita aos polos-base e aldeias indígenas e, numa entrevista gravada com o Cacique da aldeia Fulni-ô, perguntei: “Cacique, o que o senhor espera de um farmacêutico trabalhando aqui no polo-base de seu povo?” Ele me respondeu: 'Ditora', o que espero do 'farmacêutico' é que ele não deixe faltar remédio na farmácia do polo e que ele tenha certeza que meu povo está tomando de verdade o remédio que o médico está passando [...] (relato pessoal). Essas reflexões me fizeram continuar.

Após o meu contato inicial com as comunidades indígenas em Pernambuco, fui surpreendida com o volume de consumo de medicamentos representados principalmente pela quantidade e medicamentos presentes na maioria das prescrições. Chama a atenção a avidez do poder que a comunidade tinha frente a uma prescrição, mesmo aquelas em “que não se entendia nem o nome do medicamento e do paciente”.

Essas questões têm uma resposta inicial, a partir de um estudo etno epidemiológico realizado junto à etnia Fulni-ô, em 2006, pela antropóloga Liliane Souza, no qual tive oportunidade de contribuir com várias informações sobre os nossos primeiros instrumentos de controle de dispensação de medicamentos para as comunidades indígenas do Estado. Muitocontribuíram para a compreensão de “quais seriam os limites da AF para esta população? Por onde começar?”.

De acordo com o estudo de Souza (2006), seguem-se alguns relatos de profissionais que “tomavam conta” da farmácia, sobre a disponibilidade de medicamentos entre os Fulni-ô na época da Fundação Nacional do Índio (FUNAI):

Não havia essa disponibilidade de medicamento que atualmente existe. No tempo da FUNAI, a gente distribuía só pela indicação do remédio. Mas quando chega remédio aqui, já dei Paracetamol. A gente tenta cortar, mas pra sobreviver, tem que fazer uma média. No tempo da FUNAI, isso aqui era cheio (apontando para as prateleiras da Farmácia Básica). Despachava como quem está despachando cesta básica. Era sem controle! Só fazia anotar o nome da pessoa e o nome do remédio. Antigamente, a gente era leiga, leigo. E a FUNAI colocava a responsabilidade de uma farmácia nas nossas costas. Isso era geral. Na FUNAI do Nordeste era assim. Era só Deus! Porque durante esse tempo todinho nunca teve uma pessoa com reação medicamentosa. A gente rezava muito! Acho que os índios tenham se adaptado dessa forma devido à facilidade de receber medicamentos sem a receita médica. (SOUZA, 2006, p. 44).

Segundo o próprio depoente, a prática da automedicação foi combatida e reduzida a partir da implantação do Programa de Saúde da Família- Indígena (PSF-I), na Terra Indígena (TI) fulni-ô (SOUZA, 2006).

Segundo Souza (2006), é central a discussão sobre os usos e significados dos medicamentos no sistema médico fulni-ô. A partir de trabalhos desenvolvidos sob uma

perspectiva antropológica farmacêutica (DIEHL, 2001, DIEHL; RECH 2004), os remédios⁵ e os medicamentos⁶ são compreendidos não apenas como substâncias com propriedades bioquímicas, mas, sobretudo, como fenômenos culturais inseridos em contextos locais.

Mesmo que o índio não consuma todos os medicamentos presentes na receita médica, a entrega dos mesmos deveria ser efetuada, comprovando que a irracionalidade do consumo não está presente na automedicação nessas comunidades, e, sim, na prescrição. No entanto, não poderíamos responsabilizar os vários entes sobre esse processo e sim o “ator”, “o modelo de atenção”.

Ressalte-se o que me chamou atenção ainda sobre esse estudo, o relato sobre o alto consumo de psicotrópicos na etnia Fulni-ô que, para o médico, a falta de acesso a um tratamento especializado e a facilidade de obter os medicamentos contribuem para o alto índice no consumo dessas drogas entre os índios. Ele afirmou que, quando assumiu o cargo de médico na equipe multidisciplinar, há aproximadamente um ano e meio, foi orientado a dar continuidade aos tratamentos dos casos de transtornos mentais, comportamentais e neurológicos, prescrevendo a medicação já estabelecida pelo médico anterior:

Poucas pessoas aqui possuem doenças nervosas. O que tem aqui é a teimosia, é dada a orientação e não aceita. Medicação psicotrópica tomam em demasia, só porque passou uma noite sem dormir, toma. O médico passa e eles começam a tomar. Está ligado ao modo de vida e às condições de vida. Não tem lazer, lugar para sair, entra em estresse, depressão. Quem tem mais depressão é o pessoal mais velho. Tem muitas pessoas jovens também, a maioria é por problema de dormir. O médico passa logo um psicotrópico, ele deveria passar um chá, pedir para pessoa descansar (SOUZA, 2006, p. 48).

O médico admitiu que procura evitar a emissão de prescrições com psicotrópicos, mas muitas vezes é pressionado pelos pacientes a receitar esse tipo de medicação. As reclamações mais constantes dos pacientes são relativas à insônia, à crise nervosa e depressão. Observa-se que o alto consumo de psicotrópicos pode refletir a medicalização de problemas socioafetivos, econômicos e outros que não são solucionados com o uso de tal medicação (SOUZA, 2006).

Esse e tantos outros fatos e relatos me fizeram entender quão significativos seriam os caminhos na gestão da assistência farmacêutica no subsistema, para alcançarmos a promoção do uso racional de medicamentos a essas comunidades.

⁵ O termo “remédio” é aplicado a todos os recursos terapêuticos utilizados para combater e/ou prevenir doenças ou sintomas, tais como: plantas *in natura*, repouso, benzeduras, rituais de cura etc.

⁶ A denominação “medicamento” é compreendida como uma substância ou preparação que se utiliza como remédio, elaborado em farmácia ou indústria farmacêutica e que obedece a exigências técnicas e legais.

Durante o desenvolvimento de meu trabalho coordenando as ações da CAF na saúde indígena em Pernambuco, além de assessorar o nível central, em Brasília, implementando e implantando ações e serviços de assistência farmacêutica no sub-sistema de saúde indígena, somados ao meu perfil acadêmico, sentia a necessidade de ampliar o acesso destas informações no âmbito dos estudos da AF. Em 2008, fui convidada pela professora Suely Galdino a participar do Programa de Pós-Graduação de Inovação Terapêutica da Universidade Federal de Pernambuco, pela importância de trazer a temática Saúde Indígena ao Programa. Os questionamentos sobre meu papel como farmacêutica, desbravando uma área nova, inovando conceitos sobre saúde indígena e gestão de serviços farmacêuticos tornaram evidentes minha contribuição para com o desenvolvimento desta tese de doutorado, trazendo um novo olhar na perspectiva biomédica sobre o consumo de medicamentos, identificando os seus limites diante da MT.

Esse estudo é resultado de pesquisas bibliográficas e documentais iniciadas em 2008, período no qual acumulei informações sobre saúde indígena, assistência farmacêutica e gastos em saúde. Há momentos em que me senti muito confortável, por ter muito claro aquilo que pretendia pesquisar e por entender os limites dos serviços de AF, até então confundidos com a medicalização, diante da medicina tradicional indígena. Em outros momentos, sentia-me como em meio a tantas informações, papéis e ideias que me deixavam imersa em inúmeras dúvidas, o que me fez entender Bourdieu (1998), quando expressa:

O trabalho de pesquisa é uma atividade racional, um ofício que é aprendido, que leva o pesquisador – enquanto sujeito – a vivenciar dúvidas, limitações, hesitações, inseguranças, embaraços, etc., pois “nada mais é universal e universalizável do que as dificuldades” (BOURDIEU, 1998, p.18).

Nesse sentido, as dificuldades que tive durante a realização da pesquisa colocaram-se como desafios a serem superados.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Demonstrar o impacto da implantação das ações da Assistência Farmacêutica no DSEI-PE, considerando os gastos com medicamentos nas suas comunidades indígenas, nos exercícios de 2002 a 2011, bem como as principais estratégias que contribuíram para a promoção do uso racional de medicamentos.

2.2 Objetivos específicos

1. Avaliar os gastos com medicamentos frente aos gastos totais em saúde no sub-sistema de saúde indígena em Pernambuco;
2. Comparar os percentuais gastos com medicamentos no DSEI-PE frente aos percentuais dos demais entes do SUS;
3. Identificar os principais fatores que interferem nos gastos com medicamentos no DSEI-PE;
4. Avaliar o consumo de medicamentos versus o acesso aos serviços de saúde das comunidades indígenas de Pernambuco;
5. Identificar as principais estratégias inovadoras de ação da gestão da Assistência Farmacêutica, que vêm contribuindo para a promoção do uso racional de medicamentos.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Segundo Minayo (2000), a pesquisa compreende a atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade. Embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação, ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema de vida prática. Transformar um problema da vida prática em um referencial teórico pode constituir uma das principais dificuldades dos profissionais de saúde.

Soler et al. (2010) apontam que o método é a alma da teoria, distinguindo a *forma exterior* com que muitas vezes é abordado tal tema - técnicas de instrumentos, do sentido generoso de pensar a metodologia como articulação entre conteúdos, pensamentos e existência. As questões da investigação estão, portanto, relacionadas aos interesses e às circunstâncias socialmente condicionadas, sendo frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos. Compreende, portanto, por metodologia, enquanto exercício do pensamento e

de prática na abordagem da realidade. Nesse sentido, a metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está, sempre, referida a elas.

3.1 DSEI-PE e suas populações indígenas

O DSEI-PE tem sua sede no município de Recife, tendo como responsabilidade promover ações de atenção integral à saúde dos povos indígenas do estado de Pernambuco. São 120 mil hectares de terras indígenas no estado, concentradas nas regiões do Agreste e do Sertão. De acordo com o BRASIL (2012), Pernambuco continha nessa data um total de 48.376 índios, 252 aldeias em 10 etnias, que são: Atikum, Fulni-ô, Kambiwá, Kapinawá, Pankararu, Pankará, Pipipan, Truká, Tuxá de Inajá e Xukuru. No entanto, devido a conflitos políticos e culturais internos, existem 13 povos indígenas em PE, acrescentando como ramificações Xukurú de Cimbres, Truká, Tapera e Entre Serras Pankararú. Povos estes que, durante o período do estudo representavam apenas 0,42% da população do Estado e, em média, 10.06% da população de todos os municípios onde estavam distribuídos em Pernambuco.

3.2 O Método

Estudo retrospectivo⁷, transversal⁸, exploratório⁹ e descritivo¹⁰, através dos dados financeiros e populacionais, apontados no Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI) e SIASI do MS, além dos indicadores do SIOPS. Além das estratégias inovadoras da gestão da AF.

O presente estudo parte dos resultados econômicos obtidos na AF no Distrito DSEI-PE), sobre os gastos com medicamentos referentes ao período de 2002 a 2011, comparados com os valores executados pelos municípios pernambucanos que possuem comunidades indígenas em seus territórios e os valores gastos do Estado de Pernambuco. Além da identificação das atividades técnicas assistenciais implantadas pela gestão da área, que contribuíram com a promoção do URM.

⁷ Segundo Fletcher, Fletcher, Wagner (2003), realiza-se o estudo a partir de registros do passado, e é seguido adiante a partir daquele momento até o presente.

⁸ Segundo Campana *et al* (2001), são estudos em que a exposição ao fator ou causa está presente ao efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado.

⁹ Segundo Gil (2002), uma pesquisa exploratória visa proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito.

¹⁰ Segundo Gil (2002) a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas características está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática.

3.3 Coleta de dados

3.3.1 Sistemas de Informação

O SIAFI é um sistema que realiza todo o processamento, controle e execução financeira, patrimonial e contábil do Governo Federal. Tem como principal vantagem a descentralização da entrada, consulta, execução orçamentária, financeira e patrimonial da União, sob supervisão do Tesouro Nacional. É o instrumento utilizado pelas Unidades Gestoras, para transformar os atos e fatos administrativos rotineiros em registros contábeis automáticos.

Entretanto o SIASI foi criado no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, a partir de 1999, com o objetivo de melhorar a disponibilidade e o acesso às informações sobre saúde das comunidades indígenas, fundamentais para o planejamento, operação e avaliação das ações do Subsistema.

O SIOPS é um instrumento de planejamento, gestão e controle social do SUS que foi idealizado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 1993, institucionalizado no âmbito do MS em 2000 e é coordenado pelo Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento (DESD) do MS.

3.3.2 Pesquisa bibliográfica e documental

Pesquisa bibliográfica e documental, iniciadas em 2008, período no qual acumulei informações sobre saúde indígena, assistência farmacêutica e gastos em saúde. Através do acervo documental da instituição, foram identificadas e registradas as principais atividades desenvolvidas pela área de assistência farmacêutica que contribuíram com os resultados do tempo histórico da sua gestão e das pesquisas econômicas sobre os valores gastos com medicamentos.¹¹

Os achados da pesquisa documental sinalizaram significativa predominância de documentos oficiais referentes às políticas de medicamentos, diagnóstico e estruturação da assistência farmacêutica das sociedades não-indígenas sobre as indígenas (pelo fato do referido assunto ser recente na saúde desses povos). Dentre os documentos pesquisados, merecem

¹¹ Os dados referentes aos municípios, por exercício, expressos na Tabela 5, correspondem à soma total da população dos municípios que contêm comunidades indígenas no Estado de Pernambuco, apontados no SIOPS, de onde foi calculado o percentual de população indígena, indicado no SIASI, por cada exercício respectivamente.

destaque a Portaria nº 254 de 31 de janeiro de 2002 e a PNASPI, que contempla a assistência farmacêutica em uma de suas diretrizes.

Os dados foram coletados no período de janeiro 2011 a março de 2012, sendo os percentuais de gastos com medicamentos comparados aos gastos totais em saúde, construídos pelo autor através dos Sistemas de Informações correspondentes.

Os relatos sobre a evolução cronológica da gestão da AF no DSEI-PE, são experiências vivenciadas pela autora e podem ser comprovados no acervo documental da instituição.

3.3.3 Criação da Ficha de Dispensação Individual

Com o objetivo de controle de dispensação de medicamentos para o serviço e coleta de dados para o presente estudo, foi implantada na rotina de dispensação de medicamentos do DSEI-PE a Ficha de Dispensação Individual (Apêndice A), aprovada em reunião no conselho distrital em dezembro de 2008. Em seguida, foram realizadas capacitações locais nos polos-base junto aos auxiliares de farmácia para o seu correto preenchimento. A operacionalização se iniciou apenas a partir de setembro de 2009 no polo-base fulni-ô. Para as demais etnias, após discussão formal com toda equipe de AF na II Capacitação de Apoio a Gestão da Assistência Farmacêutica do DSEI-PE, realizada em dezembro de 2009.

As fichas foram distribuídas para todos os polos-base e inseridas na rotina de dispensação de medicamentos, ficando sob a responsabilidade de registro de informações do Auxiliar de Farmácia do Polo, sob a supervisão do farmacêutico.

Para o estudo, a coleta de dados foi desenvolvida em 03 momentos:

1º momento: a partir de março de 2012, durante as supervisões da equipe de assistência farmacêutica, foram recolhidas, sistematicamente, todas as fichas com os registros dos exercícios de 2010 e 2011. Foram selecionadas as fichas preenchidas corretamente e que atendiam aos seguintes critérios: ter no mínimo, três medicamentos prescritos, nome e data de nascimento do paciente completos, data da dispensação correta.

2º momento: no período de março a outubro de 2012, através de mapa específico (Apêndice B), desenvolvido para coleta de dados, dois auxiliares administrativos da Coordenação de Assistência Farmacêutica do DSEI-PE, devidamente treinados e orientados, coletaram as seguintes informações, através das fichas de dispensação: nome do medicamento e quantas vezes foi prescrito, faixa etária, sexo e etnia. Os dados foram compilados em mapa específico, tendo sido registradas informações de 14.213 fichas das diferentes etnias, por sexo e faixas etárias (01 – 04; 05 – 09; 10 - 14; 15 – 24; 25 – 64; 65 – 74; > 75 anos). Para validação das

informações coletadas, sempre ao término de duas etnias, foi selecionado aleatoriamente um grupo de cinco medicamentos para conferência de seu quantitativo total. Nessa atividade, foi identificada uma margem de erro que não ultrapassou 0,5% de todos os dados registrados.

3º momento: a terceira etapa se constituiu do lançamento dos dados compilados dos mapas para um programa computacional de acesso à internet, desenvolvido em 2010 para esse estudo, na linguagem PHP HTML, no qual foram processados e arquivados.

Por uma questão de desenho do estudo, e para maior clareza dos resultados, cada unidade de “quantidade de medicamento” representa um “tratamento medicamentoso”, e não unidades de especialidades farmacêuticas.

3.3.4 Criação e implantação de um Programa Computacional

Através de um programa computacional de acesso à internet, desenvolvido em 2010 para este estudo, na linguagem PHP HTML, foram processados e arquivados os dados iniciais para um estudo quantitativo de consumo de medicamentos, através do número de tratamentos medicamentosos dispensados e registrados nas Fichas de Dispensação Individuais, entre março e outubro de 2012, no DSEI-PE.

O programa foi desenvolvido inicialmente com duas finalidades: coletar os dados necessários para o presente estudo, bem como disponibilizar para o distrito, de forma eletrônica, todas as informações constantes nas fichas de dispensação individuais, como um dos principais produtos que o estudo consolidava para o serviço. Antes de serem processados os dados, o programa foi apresentado ao Conselho Distrital de Saúde Indígena de Pernambuco (CONDISI-PE), quando foram apontadas as vantagens de todas as suas funções e operacionalidades, como mais uma ferramenta de controle de dispensação de medicamentos, sendo aprovado por unanimidade por todos os conselheiros.

Entretanto, a ideia de implantar o presente programa como ferramenta institucional não progrediu diante do fato da implantação do Hórus Indígena, em maio de 2012, no DSEI-PE. O Hórus, desde dezembro de 2009, passou a ser o protótipo nacional do MS como o Sistema de Controle de Estoque de Medicamentos, para todos os serviços de saúde do país.

3.4 Carta de Recomendação do CONDISI-PE

Em dezembro de 2011, em reunião ordinária do CONDISI-PE, foi apresentado todo o desenho do presente estudo à plenária e obtida a Carta de Recomendação para o

desenvolvimento do mesmo, que inicialmente estava denominado “Uma Abordagem do Custo-Efetividade na Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Subsistema de Saúde Indígena de Pernambuco”. Com o apoio da instituição sobre o acesso à fonte de dados técnicos e administrativos da Gestão Institucional do Subsistema, que não envolvam o caráter genético e nem a identificação de pessoas das comunidades indígenas de Pernambuco. Tema que, na conclusão da pesquisa, passou a ter o título “Desafios da Assistência Farmacêutica na Saúde Indígena em Pernambuco: Uso Racional de Medicamentos e economicidade” (ANEXO A).

4 POVOS INDÍGENAS NO BRASIL

Segundo a lei que regulamenta a questão indígena no Brasil, conhecida como Estatuto do Índio (Lei 6.001, de 19 de dezembro de 1973):

[índio] é todo indivíduo de origem e ascendência pré-colombiana que se identifica e é identificado como pertencente a um grupo étnico cujas características culturais o distinguem da sociedade nacional”. Além disso, nessa mesma lei é indicado que “comunidade indígena ou grupo tribal é um conjunto de famílias ou comunidades índias, quer vivendo em estado de completo isolamento em relação aos outros setores da comunhão nacional, quer em contatos intermitentes ou permanentes, sem, contudo, estarem neles integrados (BRASIL, 1973, p.1).

No momento presente, o Estatuto do Índio continua a ser a lei que regulamenta a questão indígena no Brasil, mas é considerado superado em vários pontos, dentre os quais a ênfase na integração dos povos indígenas à sociedade nacional. Ou seja, seus conteúdos vislumbram que, com o passar do tempo, as sociedades indígenas deixariam de existir como povos diferenciados.

Vale frisar que, há vários anos, encontra-se tramitando no Congresso Nacional o chamado Estatuto dos Povos Indígenas, que deverá substituir o Estatuto do Índio, atualizando a lei ordinária à luz dos novos valores que vigoram na sociedade brasileira (BARROSO-HOFFMANN et al., 2004; SOUZA LIMA; BARROSO-HOFFMANN, 2002). No Quadro 1, são apresentadas algumas diferenças entre os dois dispositivos legais.

Quadro 1 - Comparação entre dispositivos legais que regem a política indigenista no Brasil

Brasilstatuto do Índio Lei n. 6.001/1973	Estatuto dos Povos Indígenas Projeto de lei n. 2.057/1991
Produzido no período da ditadura militar, no início dos anos 1970. Povos indígenas vistos como obstáculo ao desenvolvimento do país.	Produzido no período pós-Constituição de 1988. Orientado pela busca de relações mais justas com associedades indígenas, entendidas como sujeitos políticos com direito à auto-determinação.
CONCEITOS IMPORTANTES: tutela; perda cultural; assimilação dos povos indígenas à	CONCEITOS IMPORTANTES: autodeterminação jurídica e política das sociedades indígenas; direitos

sociedade nacional brasileira; relativa incapacidade jurídico-política dos indígenas.	ancestrais à terra e à diferença cultural; autoidentificação e gestão comunitária de patrimônio cultural e ambiental.
DIREITO À SAÚDE: sob a responsabilidade do órgão tutor (FUNAI), através do modelo de equipe volante de saúde (EVS); sem articulação com o SUS; não prevê formas de controle social das ações de saúde.	DIREITO À SAÚDE: sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, na forma de distritos sanitários especiais indígenas; prevê participação comunitária através de conselhos de saúde.

A Constituição Federal promulgada em 1988 apresenta um capítulo específico sobre os povos indígenas. Nela, há o reconhecimento de que o Estado precisa assegurar as condições para que possam viver à luz de seus próprios princípios culturais e sociais, que virão a se integrar na sociedade nacional. Assim, no capítulo VIII, artigo 231, lê-se: “São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens” (BRASIL, 1988, p.130).

Portanto, como vimos, o critério para ser considerado indígena no Brasil é o da autoidentificação, simultaneamente ao reconhecimento da condição de ‘indígena’ por parte de uma dada coletividade social. Atualmente, a depender da fonte de informação, há significativas diferenças quanto à população total de indígenas no Brasil (SANTOS et al., 2008a).

4.1 Demografia dos povos indígenas brasileiros

Segundo Almeida (2009), os povos indígenas estão presentes em todos os estados brasileiros, exceto no Piauí e no Rio Grande do Norte. Suas terras se encontram em diferentes situações de regularização fundiária e ocupam cerca de 12% do território nacional, sendo que uma relevante parcela dessa população vive em áreas urbanas, normalmente na periferia.

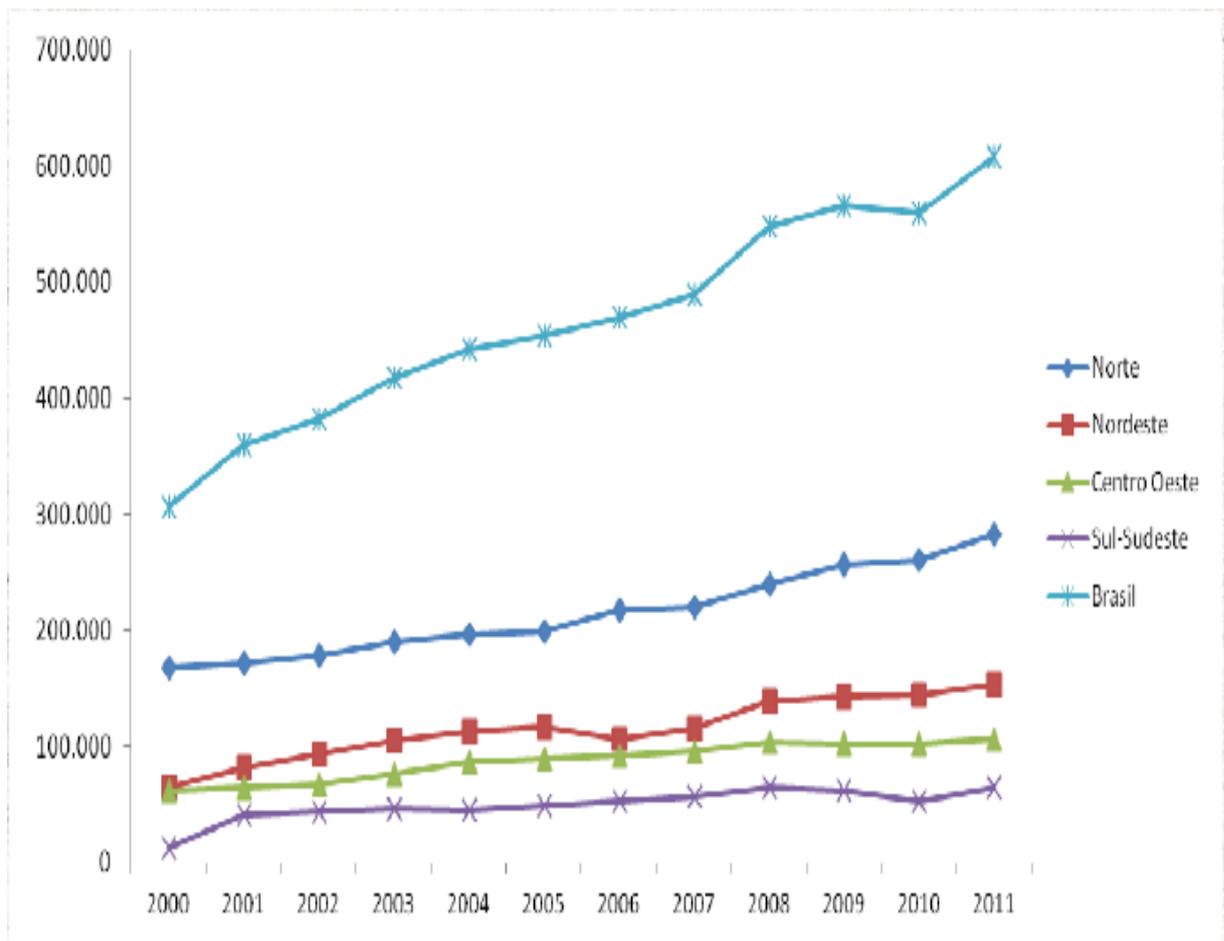
De acordo com o IBGE (2010), o Brasil tem 896,9 mil indígenas em todo o território nacional, somando à população residente tanto em terras indígenas (63,8%) quanto em cidades (36,2%).

Do total, 817,9 mil se autodeclararam índios no quesito cor ou raça e 78,9 mil, embora se declarassem de outra cor ou raça, principalmente parda (67,5%), se consideram indígenas pelas tradições e costumes. Entre as regiões, o maior contingente está na região Norte (342,8 mil indígenas), e o menor, no Sul (78,8 mil). Considerando a população indígena residente fora das terras indígenas, a maior concentração está no Nordeste, 126,6 mil.

No gráfico 1, observa-se um crescimento na população indígena brasileira no período de 2000 a 2011, principalmente na região Norte, chegando a atingir mais de 200.000 indígenas, corroborando com os estudos do IBGE (2010). Embora que, segundo a Rede Interagencial de

Informações para a Saúde - RIPSA (2008), a taxa de crescimento populacional está relacionada com a dinâmica de natalidade, mortalidade e migrações, para o IBGE (2010), esse fenômeno “etnogênese” ou “reterritorialização” representa os povos indígenas reassumindo e recriando as suas tradições, após terem sido forçados a esconder e a negar suas identidades tribais como estratégia de sobrevivência, seja por pressões políticas, econômicas e religiosas, ou por terem sido despojados de suas terras e estigmatizados em função dos seus costumes tradicionais.

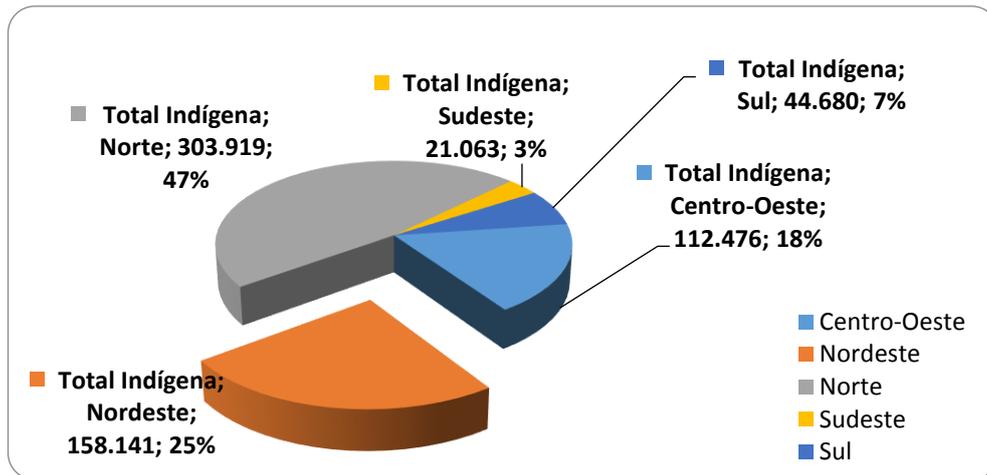
Gráfico 1- Crescimento da população indígena. Brasil e regiões, período de 2000 a 2011



Fonte: <<http://www.telessaudebrasil.org.br/agendas/seminac2/public/documents/>>

Segundo o Censo do IBGE (2010), o país tem 505 terras indígenas, que representam 12,5% do território brasileiro (106,7 milhões de hectares), onde residem 517,4 mil indígenas (57,7%), dos quais 303.919 mil (48,7%) estão na região Norte, como podemos observar na Figura 1. Apenas seis terras têm mais de 10 mil indígenas; 107 têm entre mais de 1 mil e 10 mil; 291 têm entre mais de cem e 1 mil, e em 83 residem até cem indígenas. A terra com maior população indígena é Yanomami, no Amazonas e em Roraima, com 25,7 mil indígenas

Figura 1- População indígena cadastrada no SIASI por Região de Saúde no país, 2012



Fonte: SIASI/MS

Foi observado equilíbrio entre os sexos para o total de indígenas. Para cada 100,5 homens, há 100 mulheres. Há mais mulheres nas áreas urbanas e mais homens, nas rurais. Percebe-se, porém, um declínio no predomínio masculino nas áreas rurais entre 1991 e 2010, especialmente no Sudeste (de 117,5 para 106,9), Norte (de 113,2 para 108,1) e Centro-Oeste (de 107,4 para 103,4).

Etnia

O Censo do IBGE em 2010 investigou, pela primeira vez, o número de etnias indígenas, encontrando 305:250 dentro das terras indígenas, 300 fora delas. Do total de indígenas declarados ou considerados, 672,5 mil (75%) declararam o nome da etnia, 147,2 mil (16,4%) não sabiam e 53,8 mil (6%) não declararam. A maior etnia é a Tikúna, com 6,8% da população indígena.

Também foram identificadas 274 línguas, sendo a Tikúna a mais falada (34,1 mil pessoas). Dos 786,7 mil indígenas de 5 anos ou mais, 37,4% falam uma língua indígena e 76,9% falam português (IBGE, 2010).

Analfabetismo

Mesmo com alta na taxa de alfabetização, a população indígena ainda tem nível educacional mais baixo que o da população não-indígena, especialmente na área rural. Entre 2000 e 2010, a taxa de alfabetização dos indígenas com 15 anos ou mais de idade passou de

73,9% para 76,7%, aumento semelhante ao dos não indígenas de 87,1% para 90,4%. Na área rural, a taxa de analfabetismo chegou a 33,4%, sendo 30,4% para os homens e 36,5% para as mulheres. Já nas terras indígenas, 67,7% dos indígenas de 15 anos ou mais de idade são alfabetizados. Para os indígenas residentes fora das terras, a taxa de alfabetização é de 85,5% (IBGE, 2010).

Certidão de nascimento

A proporção de indígenas com registro de nascimento (67,8%) é menor que a de não-indígenas (98,4%). As crianças indígenas residentes nas áreas urbanas têm proporções de registro em cartório (90,6%) mais próximas às dos não indígenas (98,5%). Entre as crianças residentes na área rural, cuja quantidade é 3,5 vezes maior do que na área urbana, a proporção de registrados é de 61,6% (IBGE, 2010).

Domicílios indígenas

Segundo o Censo 2010, 63,3% dos domicílios indígenas têm unidades domésticas nucleares, ou seja, cada casa tem uma família formada por um casal e seus filhos solteiros. Quando as unidades domésticas incluem outros parentes, o percentual cai para 19,1%. Já quando os parentes não moram juntos, a proporção é de 2,5%. A maior responsabilidade pelos domicílios indígenas é masculina, em 82% dos casos. Entre não-indígenas, a prevalência da responsabilidade masculina fica em torno de 58%.

Somente 12,6% dos domicílios são do tipo oca ou maloca, enquanto, no restante, predominava o tipo casa. Mesmo nas terras indígenas, ocas e malocas não são muito comuns: em apenas 2,9% das terras, todos os domicílios são desse tipo e, em 58,7% das terras, elas não foram observadas.

De acordo com o Censo 2010, 36,1% dos domicílios indígenas não têm banheiro. Nas áreas rurais, 31,2% das casas tinha um ou mais banheiros e 68,8% eram sem banheiro; 65,7% têm fossa rudimentar como sistema de esgoto. Em todo o País, 60,3% dos domicílios indígenas contam com rede geral de abastecimento de água, contra 82,9% dos não indígenas. No Norte, só 27,3% tinham rede geral (IBGE, 2010).

4.2 Povos indígenas do Nordeste

Segundo Holanda et al. (1999), a questão indígena brasileira é tema recorrente, sobretudo pelos movimentos de resistência dos povos indígenas na luta pela retomada de seus territórios tradicionais e em defesa da sua identidade cultural. Os índios brasileiros guardam uma diversidade cultural muito rica e possuem singularidades que os diferenciam. Registra-se no Brasil a existência de aproximadamente 250 povos indígenas, que falam cerca de 180 línguas, algumas tão diferentes de outras quanto o inglês do português. Há povos em completo distanciamento da sociedade hegemônica (povos isolados). No entanto, a maioria possui um contato avançado com a sociedade envolvente, como é o caso dos povos indígenas do Nordeste, que, apesar de, em sua maioria, desconhecerem a língua materna e terem o português como única forma de expressão, manifestam sinais de resistência, expressos na preservação de rituais, organização e reelaboração cultural.

O Nordeste foi uma das áreas de colonização mais importantes e antigas na formação da nação brasileira. A sua população indígena sofreu profundo e persistente impacto econômico e sociocultural por parte dos empreendimentos econômicos e religiosos que viabilizaram a ocupação dos sertões e a expansão territorial dos domínios portugueses. Para as etnias que sobreviveram, só existiram dois caminhos: ou buscaram temporariamente áreas de refúgio, algumas vezes coexistindo com quilombos, até que viessem a ser incomodados por novas pretensões territoriais das fazendas e dos pequenos agregados urbanos, ou foram logo incorporadas pelo processo civilizatório – seja insuladas (isto é, reunidas, reterritorializadas e disciplinadas pelas missões religiosas) ou colhidas na sua capilaridade (fragmentadas em famílias e coletividades acabocladadas ou destribilizadas).

Por estar localizada ao longo do litoral brasileiro, a região foi alvo primeiro da ocupação colonial pelos portugueses. Essa ocupação violenta resultou em profundas perdas territoriais e na submissão, por absoluta necessidade de sobrevivência, aos poderes econômicos coloniais, marca dos diversos povos da região, como os Xucuru, os Fulniô, os Cariri-Xocó, os Tuxá, os Aticum, os Tapeba, os Potiguara, dentre outros. As línguas nativas foram substituídas pelo português e o modo de vida desses povos pouco se distingue dos camponeses não-índios. As áreas que ocupam dificilmente possibilitam uma vida autônoma de produção e reprodução de suas culturas, tradições e valores para as quais necessitariam de um resgate e de uma reorganização social. No entanto, a identidade indígena entre os povos da região é marcada por rituais específicos, como as festas do Toré (dos Tuxá) e o Uricuri (dos Fulniôs), nos quais é proibida a presença de não-índios, como marca da fronteira identitária étnica. Nesse sentido, a

identidade indígena, negada e escondida historicamente como estratégia de sobrevivência, é atualmente reafirmada e muitas vezes recriada por esses povos (LUCIANO, 2006). A perda da autoestima, a desestruturação social, econômica e dos valores coletivos (muitas vezes da própria língua, cujo uso chegava a ser punido com a morte) tiveram um papel importante na diminuição da população indígena (BRASIL, 2002a).

A "história" dos grupos indígenas no Brasil é, quase sempre, a história de sua conquista, assumindo a forma de uma fronteira em movimento e adotando, em geral uma visão de borda, de arco em expansão, que vai iluminando no tempo as regiões que vão sendo alcançadas pelo empreendimento colonial, para deixá-las na sombra no momento seguinte, muitas vezes pela constatação de que os grupos indígenas teriam sido inteiramente extintos. Isso fez com que, em alguns casos, como o do Nordeste, desde muito cedo essa história fosse considerada encerrada. Seus grupos teriam sido ou exterminados fisicamente ou assimilados completamente à cultura e à sociedade regional, passando a compor o tipo humano e cultural do caboclo ou sertanejo, aliás, reserva folclórica do próprio país. Falar de sua história é falar de um passado distante que quase abandona o terreno da história para entrar no dos mitos de origem (ARRUTI, 1995).

Para Arruti (2006), ainda que não seja a única onde ocorre o fenômeno, a região Nordeste concentrou as primeiras e maiores atenções relativas aos processos de etnogêneses¹². Não apenas por ser a região de colonização mais antiga e por ter tido todos os seus aldeamentos indígenas oficialmente extintos em um período de menos de 10 anos – entre as décadas de 1860 e 1870, mas também porque foi nela que se registraram os primeiros grupos de caboclos reivindicando serem reconhecidos como indígenas. Tais reivindicações se iniciaram nos anos de 1920, prolongando-se por duas décadas, quando foram interrompidas por um longo período, até serem retomadas nos anos 1970. Essa cronologia, conforme o autor, apresenta-se como dois ciclos, com características próprias (ARRUTI, 2006).

4.2.1 Primeiro ciclo: décadas de 1920 a 1940

No século XVIII, a região Nordeste contava com mais de 60 aldeamentos, ocupados por cerca de 27 nações indígenas, oficialmente extintas até as vésperas de 1880. Apesar da violência e antiguidade do processo de expropriação de tais grupos, esse último golpe, que marca a sua

¹² As “emergências”, “ressurgimentos”, ou “viagens da volta” são designações alternativas, cada uma com suas vantagens e desvantagens, para o que, de forma mais clássica e estabelecida, a antropologia designa por etnogêneses. Esse é o termo, ainda assim conceitualmente controverso, usado para descrever a constituição de novos grupos étnicos.

extinção oficial, foi fundamentalmente de caráter classificatório e jurídico. Por força de um conhecimento técnico que postulou a sua reclassificação de índios para caboclos, eles deixaram de ter a prerrogativa legal de estar sob a administração de missionários e de dispor de terras de uso comum dos aldeamentos.

Convertidos em população comum, de trabalhadores nacionais, suas terras foram incorporadas aos “próprios nacionais”, parceladas e comercializadas. Enquanto os próprios aldeados foram dispersos ou acudados em pequenos trechos de seus antigos territórios, passando a ser proibidos de exercer algumas das práticas que os distinguiam. Entre essas, em especial, o Toré, que, como também ocorreu com as práticas religiosas africanas, foi criminalizada e perseguida. Pouco menos de meio século depois, tempo longo, mas que foi vivido por uma mesma geração, tais grupos começaram a reivindicar o seu reconhecimento oficial como indígenas, tendo por principal objetivo a reconquista das terras dos antigos aldeamentos. Isso representou uma inversão não só das expectativas criadas por uma visão evolucionista do processo de civilização dos sertões, como também das práticas e estratégias do órgão indigenista.

Em meados dos anos de 1920, o órgão indigenista oficial ¹³ passou a atuar no Nordeste por força do reconhecimento, pensado como excepcional, dos índios Carnijó de Águas Bellas (PE), rebatizados como Fulni-ô¹⁴ e apresentados, então, como o único grupo na região que mantinha evidentes sinais diacríticos com relação aos regionais: falavam o Iatê, tinham rituais proibidos aos de fora e mantinham regras restritivas para casamentos interétnicos. Essa excepcionalidade era o que justificava que o órgão se desviasse de seu objetivo manifesto, de abertura das fronteiras ao norte e oeste do país, para prestar assistência e “proteção” a grupos de uma região de colonização tão antiga.

A "proteção oficial", nesse caso, implicou na interrupção das violências sofridas pelo grupo por parte de grileiros, assim como o acesso a bens materiais, como ferramentas, sementes e benfeitorias. Tais intervenções repercutiram sobre toda a região, despertando o interesse de

¹³ Em 2010 o indigenismo oficial no Brasil completou cem anos. Apesar da longa e dramática história da colônia e do império, apenas em 1910, vinte anos após a promulgação da República, foram criados mecanismos jurídicos e administrativos específicos, em âmbito federal, para conduzir as relações junto aos povos indígenas. Antes disso, como destacou a antropóloga Manuela Carneiro da Cunha (1992), houve um verdadeiro ‘vazio legislativo’. Os índios sequer foram mencionados nas Constituições de 1824 e 1889. A ausência, entretanto, tinha justificativas: cada província poderia legislar e atuar livremente para promover a “catequese e civilização dos índios”, o que acabou por trazer trágicas consequências para os mais diversos povos. As políticas iniciadas em 1910 abriram um novo período, a partir do qual a União passou a se responsabilizar e a se envolver diretamente com a questão indígena, retirando das províncias e líderes locais suas prerrogativas anteriores.

¹⁴ Os Fulni-ô são o único grupo do Nordeste que conseguiu manter viva e ativa sua própria língua - o iatê - assim como um ritual a que chamam ouricuri, que atualmente realizam no maior sigilo. Na parte central das terras da reserva indígena se encontra assentada a cidade de Águas Belas rodeada totalmente pelo território fulniô.

uma série de outras comunidades de “caboclos” que viviam situação semelhante à dos fulni-ô e que mantinham como eles relações rituais e de parentesco. Com isso, deflagrou-se o primeiro ciclo de etnogêneses da região. Um número crescente de comunidades descendentes de antigas populações aldeadas passou a apresentar suas próprias demandas pelo reconhecimento oficial como indígenas, a fim de alcançarem a mesma “proteção”. Como resultado disso, nos anos 1930, o órgão indigenista reconheceria outros três grupos de “remanescentes indígenas” e, na década seguinte, outros oito.

As etnogêneses operam, assim, uma espécie de sobrecodificação daqueles circuitos e redes sociais. Talvez justamente por isso, esse primeiro ciclo se esgota no início da década de 1940, como se a rede das etnogêneses tivesse coberto todas as relações desenhadas pelo circuito de trocas anteriores que lhe dava sustentação (ARRUTI, 2006).

4.2.2 Segundo ciclo: pós-1970

A partir da metade dos anos 1970, levanta-se uma nova onda de etnogêneses indígenas. Entre 1977 e 1979, surgem cinco grupos reivindicando a identificação oficial como remanescentes indígenas. Entre 1980 e 1989, surgem mais dez e, entre 1990 e 1998, mais nove, existindo ainda informações sobre um grande número de demandas no estado do Ceará. Nessa reedição do fenômeno, quase três décadas depois do primeiro ciclo, não só o volume e o ritmo dessas etnogêneses são alterados. O próprio padrão por elas desenhado é outro. Não estão mais ligadas necessariamente às terras de antigos aldeamentos, nem operam como a sobrecodificação de uma rede anterior de trocas rituais e de parentesco. Ao contrário, parecem estar ligadas à constituição de um campo indigenista no Brasil, que reverbera sobre a região Nordeste e que tem como um dos seus principais entes a Igreja Católica.

Nesse sentido, podemos dizer que a Declaração de Barbados (1971) teve forte repercussão no interior da Igreja Católica, levando a uma atenção diferenciada das dioceses sobre o tema, à criação do Conselho Indigenista Missionário (CIMI) e à realização das diversas assembléias indígenas que marcaram o período, que serviram de base a um trabalho de formação política de lideranças indígenas. É desse período a criação de entidades indigenistas não-governamentais e não-confessionais, como a Associação Nacional de Apoio ao Índio (ANAI) e a Comissão Pró-Índio (CPI), respectivamente nos anos de 1977 e 1978, como entidades de representação nacional, operando em vários estados.

Se no primeiro ciclo as reivindicações todas baseavam-se na continuidade memorial e territorial com grupos aldeados em missões ou associados a regiões historicamente associadas

à perambulação e refúgio de grupos fugidos, dos treze grupos mais recentes no Nordeste para os quais possuímos informações, apenas dois repetem esse padrão. Os outros podem ser divididos em três tipos, conforme a fonte de legitimidade de suas demandas.

Num primeiro conjunto, encontramos grupos que não constituem inicialmente etnogêneses, mas partogêneses. Tendo suas terras inundadas nos anos 40 pela Usina Hidrelétrica de Itaparica e só sendo contemplados parcialmente em suas necessidades territoriais no momento do reassentamento; os tuxás originais se partiram em outros dois grupos, distribuídos por regiões muito distintas.

A moldura territorial das áreas indígenas, ligada à exigência de uma unidade político-administrativa, a qual se acopla uma extensão do aparelho burocrático do órgão tutelar, principal canal de acesso a recursos externos, leva a que os recortes de natureza familiar e ritual assumam uma dimensão territorial e política que não seriam possíveis fora desse contexto.

Num segundo conjunto, há a situação vivida por grupos cuja emergência não passa pela reivindicação de uma originalidade e distintividade ligada a vínculos territoriais com grupos históricos redescobertos, mas por uma continuidade genealógica e ritual como grupos já existentes e plenamente legitimados. Nesses casos, há a reivindicação de uma identidade e de um etnônimo próprios, mas que são pensados como parte desgarrada e autonomizada de unidades mais amplas, por efeito das migrações em busca de novas terras ou de água, tão comum entre as populações indígenas históricas do sertão. Essa situação é vivida por pelo menos 10 dos 33 grupos surgidos no período entre 1970 e 95, todos ligados aos pankararus.

O terceiro grupo é formado por aqueles que, não dispondo das características identificadas nos dois grupos anteriores, ao buscar legitimar suas demandas, reportam-se, primeiro, ao apossamento tradicional de um determinado território coletivo, mas também, e principalmente, ao compartilhamento de uma série de traços substantivos que os podem enquadrar como indígenas. Recorrem aos “índices de indianidade”,¹⁵ por assim dizer, dentre os quais destaca-se o Toré, identificado pelo indigenismo oficial como dança-religião-ritual-festa indígena por excelência do Nordeste (ARRUTI, 2006).

¹⁵ “Indianidade” aqui designa uma determinada forma de ser e de conceber-se “índio”, no sentido genérico do termo, construída na interação com o órgão tutelar, a partir de uma determinada imagem do que deve ser um “índio”. Assim, a “indianidade” é uma representação e um tipo de comportamento, gerado pela interação de povos indígenas com os aparelhos de Estado e seus procedimentos estandarizados, que impõem à grande diversidade de culturas e organizações sociais um modelo, que acaba sendo assumido efetivamente por aqueles povos.

4.2.3 2002 - Um novo marco legal

A partir do ano de 2002, as mudanças introduzidas no ordenamento jurídico nacional, decorrentes da ratificação pelo governo brasileiro da Convenção nº 169 sobre “Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes”, da OIT de 1989¹⁶, trouxe mudanças importantes para as dinâmicas sociais envolvidas nos processos de etnogênese. Como a maior parte desses processos tiveram e ainda têm em vista o acesso a recursos, e uma parte importante desses recursos tem origem estatal ou é regulada por leis, políticas ou órgãos estatais. Um momento importante desses processos passa pelo reconhecimento de tais grupos por parte do Estado brasileiro, de acordo com os rótulos ou etnônimos que eles se autoatribuem.

Desde os primeiros momentos, no entanto, o Estado brasileiro procurou impor restrições a tal reconhecimento. Primeiro, por meio de uma rotina interna ao próprio órgão indigenista, pautada em um determinado saber prático sobre o que são os grupos indígenas (que resultou na importância historicamente atribuída ao Toré no Nordeste, mas, depois dos anos 70, pelo recurso formal aos conhecidos laudos periciais antropológicos. Como detentores de um saber formal e legítimo sobre os grupos indígenas, os antropólogos se viram frequentemente solicitados a realizar trabalhos que tinham como pauta a demanda oficial pela verificação das identidades indígenas.

Mas com a ratificação da Convenção 169 da OIT, o Estado brasileiro finalmente abdicou formal e teoricamente dessa sua prerrogativa com relação ao poder de classificar sua população. A convenção abre “reconhecendo as aspirações desses povos a assumir o controle de suas próprias instituições e formas de vida e seu desenvolvimento econômico e manter e fortalecer suas identidades, línguas e religiões, dentro do âmbito dos estados onde moram”. E estabelece (artigo 1º, parágrafo 2º) que a “consciência de sua identidade indígena ou tribal deverá ser considerada como critério fundamental para determinar os grupos aos que se aplicam as disposições da presente convenção”. A partir de então, os mecanismos de legitimação das etnogêneses deixam de ser determinados pelo Estado, passando a estar submetidos a uma dinâmica social mais complexa.

Assim, como se observa em outros Estados latino-americanos, a Convenção tem tido influência significativa na definição das políticas e programas nacionais, além (ou em função)

¹⁶ Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), sobre povos indígenas e tribais em estados independentes, apresenta importantes avanços no reconhecimento dos direitos indígenas coletivos, com significativos aspectos de direitos econômicos, sociais e culturais. A convenção nº 169 é, atualmente, o instrumento internacional mais atualizado e abrangente em respeito às condições de vida e trabalho dos indígenas e, sendo um tratado internacional ratificado pelo Estado tem caráter vinculante.

de pautar a formulação de diretrizes e políticas de várias agências multilaterais de desenvolvimento. A sua aplicabilidade prática, no entanto, ainda encontra inúmeros obstáculos. Por toda a América Latina, são constantes as queixas dos movimentos indígenas e especialistas dos países signatários do convênio, relativas ao desconhecimento ou oposição real das autoridades judiciais e administrativas à sua aplicação. De qualquer forma, se a disposição do Estado brasileiro em aplicar tal preceito por meio da prática do seu órgão indigenista se consolidar, estamos diante de um novo momento desses processos de etnogêneses (ARRUTI, 2006).

4.2.4 A produção social do território indígena no Nordeste

A antiguidade da presença colonial no Nordeste favoreceu a incorporação das populações indígenas nas malhas econômicas, sociais e simbólicas regionais, fazendo com que os povos situados nessa região não apresentem diferenças físicas, sociais e culturais tão notórias frente à população não-indígena com a qual convivem. Durante muito tempo, os estudos sobre esses grupos padeciam do mesmo olhar marginal, que considerava a pouca visibilidade das diferenças e dos conteúdos culturais como pouco atrativos para a teoria antropológica (PALITOT, 2008).

Superando esse paradigma, Palitot (2008) aponta que, no decorrer das duas últimas décadas, vários antropólogos realizaram pesquisas entre os povos indígenas dessa área, destacando outros níveis de percepção da cultura e da organização social, a partir de uma perspectiva voltada para os processos de criação, manutenção e reelaboração das fronteiras étnicas em contextos históricos específicos¹⁷.

Esses estudos construíram uma nova percepção das situações indígenas na região, caracterizadas por uma presença muito antiga das instituições coloniais e de processos de catequese e concentração das populações indígenas em territórios específicos administrados por agências de contato, leigas ou religiosas. Tal associação, de fundo político, entre território e grupo indígena, assume o papel de elemento fundamental na construção das identidades e organizações sociais dos povos submetidos a esse processo, uma ideia que foi sintetizada por Oliveira Filho (1999) na noção de processo de territorialização.

¹⁷ Esses estudos concentraram-se nas Universidades Federais da Bahia e de Pernambuco, além do Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro e inspiraram-se fortemente nas teorias da etnicidade propostas por Fredrik Barth (1969) e nas contribuições de Roberto Cardoso de Oliveira (1964), no tocante ao estudo do contato interétnico.

Conceituada como um processo de reorganização social, a territorialização é o resultado da interferência de uma organização política de caráter estatal e centralizador, que busca disciplinar e organizar a ocupação e destinação dos espaços internos ao Estado-Nação, o que implica aos grupos territorializados:

i) A criação de uma nova unidade sociocultural mediante o estabelecimento de uma identidade étnica diferenciadora; ii) a constituição de mecanismos políticos especializados; iii) a redefinição do controle social sobre os recursos naturais; iv) a reelaboração da cultura e da relação com o passado” (OLIVEIRA FILHO, 1999, p. 20).

Observando-se a questão por esse prisma, propõe-se a dimensão territorial como a mais estratégica para se pensar a incorporação de populações etnicamente diferenciadas dentro da organização do Estado-Nação (OLIVEIRA FILHO, 1999). No caso dos povos indígenas do Nordeste, sua história vai ser marcada por dois processos de territorialização: o primeiro nos séculos XVII e XVIII, sob o controle dos missionários católicos a serviço da Coroa Portuguesa (jesuítas, capuchinhos, oratorianos, carmelitas e franciscanos), e o segundo já no século XX, sob as determinações de uma política indigenista oficial gerida por órgãos administrativos, como o Serviço de Proteção aos Índios (SPI) e sua sucessora, a FUNAI.

A noção de “território indígena”, que está presente na legislação e que demanda dos antropólogos relatórios técnicos de identificação e peritagens judiciais, é uma elaboração dos brancos e historicamente datada. A sua constituição ocorreu na década de 1950, por ocasião dos debates relativos à criação do Parque Indígena do Xingu. A proposta final apresentada pelo SPI incorporava argumentos e sugestões de diversos antropólogos, como Darci Ribeiro, Roberto Cardoso de Oliveira e Eduardo Galvão (GAIGER, 2000).

Nela, tomava-se como dever do Estado e finalidade explícita de uma política pública, a preservação das culturas indígenas estabelecidas pelo menos há mais de um século na região dos formadores do rio Xingu, mantendo uma relação simbiótica com aquele nicho ecológico, sem permitir a implantação de empreendimentos mercantis e de colonos brancos, mas desenvolvendo técnicas próprias de convivência e relações internas estáveis. Pela primeira vez, propunha-se a destinação, aos índios, de uma parcela bastante extensa do território nacional, e o argumento utilizado para justificar tal proposta, bem como os limites geográficos ali estabelecidos, era que os recursos naturais ali existentes seriam os necessários e suficientes para garantir aos índios a plena reprodução de sua cultura e de seu modo de vida.

Foi esse padrão de definição de terra indígena que veio a estar presente na Emenda Constitucional de 1969 e na Constituição de 1988, fundamentando, ainda, os critérios que

subsidiavam os atuais processos de reconhecimento de áreas indígenas. As iniciativas anteriormente colocadas em prática pelo SPI pretendiam justificar-se por argumentos exclusivamente humanitários, indicando a necessidade de oferecer assistência e proteção aos índios e evitar a sua destruição física. Por sua vez, as terras destinadas aos índios eram obtidas por meio de mecanismos diversos, como a requisição aos órgãos públicos (federais ou estaduais), a doação de particulares ou, ainda, pela aquisição de domínio por compra. O SPI não costumava verbalizar a intenção de preservação cultural, nem estabelecia uma conexão necessária entre uma cultura indígena e um dado meio ambiente.

Para Oliveira Filho (1998), o processo de territorialização é, justamente, o movimento pelo qual um objeto político-administrativo — nas colônias francesas seria a “etnia”, na América espanhola as “reducciones” e “resguardos”, no Brasil as “comunidades indígenas” — vem a se transformar em uma coletividade organizada, formulando uma identidade própria, instituindo mecanismos de tomada de decisão e de representação, e reestruturando as suas formas culturais (inclusive as que o relacionam com o meio ambiente e com o universo religioso)¹⁸. O território representa a dimensão chave para a compreensão de como os povos indígenas se incorporam dentro do Estado-nação. Seria a partir da imputação a um grupo de uma base territorial fixa que teríamos o ponto de partida para compreendermos as mudanças passadas pelo povo, que afetariam tanto o funcionamento das instituições da sociedade étnica quanto a significação de suas manifestações culturais (OLIVEIRA FILHO, 2004).

Para tanto, a organização política de quase todas as áreas passou a incluir três papéis diferenciados — o cacique, o pajé e o conselheiro (isto é, membro do “conselho tribal”) —, tomados como “tradicionais” e “autenticamente indígenas”. A indicação ou ratificação dos ocupantes desses papéis era realizada pelo agente indigenista local (o chefe do P.I.), que, de fato, ocupava o topo dessa estrutura de poder e distribuía os benefícios provenientes do Estado — de alimentos a empregos, passando por empréstimos ou permissões de uso de instrumentos agrícolas, meios de transporte, cacimbas d’água etc (OLIVEIRA FILHO, 1998).

¹⁸ Caberia chamar a atenção para a diferença entre *territorialização* (um processo social deflagrado pela instância política) e “territorialidade” (um estado ou qualidade inerente a cada cultura). Esta última é uma noção utilizada por geógrafos franceses Raffestin, Barel que destaca, naturaliza e coloca em termos atemporais a relação entre cultura e meio ambiente (Oliveira 1994).

4.2.5 Etnicidade

A partir dos estudos de Barth (1969), a característica definidora dos grupos étnicos é a de serem tipos organizacionais definidos por categorias de adscrição do tipo “nós” e “outros”. Essas são resultado de interações sociais que selecionam e estabelecem traços físicos ou culturais, valores, instituições etc., como signos diacríticos entre pessoas e grupos para definir formas, regras e padrões de relacionamento com os mesmos, propiciando, desse modo, o surgimento e a manutenção das fronteiras étnicas. Daí as pesquisas sobre etnicidade serem o estudo da organização social da diferença cultural, ao invés do estudo da organização social do culturalmente diferente, ainda que este estudo seja imprescindível àquele e vice-versa (SILVA, 2005).

Silva (2005) ainda afirma que, apesar da característica de interdependência entre os grupos étnicos ser um ponto em comum na análise de ambos a respeito das relações interétnicas, Cardoso de Oliveira (1976) aponta a característica extremamente desigual dessa interdependência para os povos indígenas no Brasil. O conceito de “identidade contrastiva”¹⁹ desenvolvido por esse autor constitui a essência da identidade étnica, organizando, por conseguinte, os mecanismos de identificação manipuláveis por pessoas, grupos e instituições através do uso e desuso de múltiplas designações (etnônimos) no jogo ideológico das classificações étnico-raciais.

Nesse sentido, a noção de “manipulação” como “dissimulação” distorce a realidade e confunde o entendimento acerca do caráter essencial das identidades étnicas como identidades contrastivas, fazendo da identidade algo a ser interpretado negativamente, algo que escamoteia a “verdadeira identidade” dos indígenas. Deve ficar entendido que, no âmbito da realidade constituída pelos discursos, “manipular” faz parte de um jogo social consciente, um jogo de contrastes que pressupõe negociações de imagens e auto-imagens, estratégias de luta e resistência e políticas de representação dos indígenas por outros agentes que interagem com as tentativas dos próprios indígenas de participar do processo de definição de si mesmos perante os aparelhos do Estado e a sociedade envolvente (SILVA 2005).

Nas pesquisas dessa temática no Brasil, Veras e Brito (2012) apontam Cardoso de Oliveira (1976) como um dos autores que mais se destacou. Desenvolve a noção de *fricção*

¹⁹ Segundo Cardoso de Oliveira (1976), a identidade contrastiva: “Implica a afirmação do *nós* diante dos *outros*. Quando uma pessoa ou um grupo se afirmam como tais, fazem-no como meio de diferenciação em relação a alguma pessoa ou grupo com que se defrontam. É uma identidade que surge por oposição. Ela não se afirma isoladamente” (: 5-6).

interétnica nos anos 1960 e posteriormente o conceito de *identidade contrastiva* como elemento chave da identidade étnica. O autor afirma que a identidade social “supõe relações sociais tanto quanto um código de categorias destinado a orientar o desenvolvimento dessas relações” (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1976, p. 5). Esse código se manifesta como um sistema de *oposições ou contrastes*. Ou seja, a identidade é construída em oposição ao outro, a partir da experiência de contato de um grupo com outro, interétnico. Com base nos seus trabalhos com o contato dos grupos étnicos indígenas do Brasil, afirma:

Um indivíduo ou grupo indígena afirma a sua etnia contrastando-se com uma etnia de referência, tenha ela um caráter tribal (por exemplo, Terêna, Tikúna, etc.) ou nacional (por exemplo, brasileiro, paraguaio etc.). O certo é que um membro de um grupo indígena não tem sua pertinência tribal a não ser quando posto em confronto com membros de outra etnia. Em isolamento, o grupo tribal não tem necessidade de qualquer designação específica (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1976, p. 36).

Observa-se também que a questão da demarcação de uma terra indígena, segundo Palitot (2008), é um processo eminentemente político e administrativo, que cria um campo de luta social no qual diferentes entes se enfrentam. Por exemplo, os índios Xukuru do Ororubá, em Pernambuco, redefinem-se nesse processo de territorialização. A reconstrução da memória, o reordenamento de prioridades, a eleição de marcos físicos e a reconfiguração da etnicidade são elementos que apontam os indícios das transformações culturais deste povo.

Em oposição ao que foi exposto anteriormente, de acordo com a PNASPI (BRASIL, 2002a), até hoje, há situações regionais de conflito entre as comunidades indígenas do Nordeste, em que se expõe toda a trama de interesses econômicos e sociais que configuram as relações entre os povos indígenas e demais segmentos da sociedade nacional, especialmente no que se refere à posse da terra, exploração de recursos naturais e implantação de grandes projetos de desenvolvimento. As áreas que ocupam dificilmente possibilitam uma vida autônoma de produção e reprodução de suas culturas, tradições e valores para as quais necessitariam de um resgate e de uma reorganização social.

Ao fim e ao cabo, a cidadania para os índios, no Nordeste e fora dele, é também específica. Índio só é cidadão integral enquanto índio, ou seja, enquanto membro de um grupo étnico específico de ascendência pré-colombiana a que (i.e. ao grupo) a constituição reconheceu um elenco de “voto étnico”, de resto um reducionismo da ideia de cidadania; cogito o envolvimento dos índios na apreensão dos instrumentos da cidadania em favor da promoção de objetivos indígenas (GAIGER, 2000).

No reconhecimento dos povos indígenas no século XXI, é importante destacar que não se deve restringir à benevolência do aparato legal em admitir a existência de identidades étnicas

diferenciadas, nem à bondade da sociedade nacional que insiste numa representação anacrônica de índio como primitivo e em vias de extinção. Trata-se da consolidação de espaços, por força da própria mobilização indígena, que assegurem aos índios sua voz ativa e seu papel de sujeito. As sociedades indígenas têm sido capazes de se apropriar dessa nova semântica das relações interculturais e a sua articulação, através das novas formas de mobilização que se dão no presente, o que está possibilitando, aos poucos, conduzir à sociedade brasileira a uma atitude mais reflexiva sobre a sua identidade (FIALHO, 2005).

4.3 Determinantes sociais em saúde: uma abordagem sobre os povos indígenas brasileiros

O Brasil é um país formado por diferentes povos – indígenas, africanos, europeus, asiáticos, entre outros. A interação social entre eles foi desigual desde o início da colonização portuguesa. Alguns desses povos, especialmente os brancos de origem europeia, lograram vários privilégios em relação aos demais povos que formaram a nação brasileira. Em decorrência disso, até hoje, convivemos com grandes desigualdades pautadas por diferenças de pertencimento de classe social, de grupo racial e de sexo/gênero. Assim, no Brasil, ricos e pobres; mulheres e homens; negros, indígenas, brancos e amarelos; entre outros, apresentam possibilidades e maneiras bastante distintas e desiguais para a obtenção de bônus e de pagamento dos ônus sociais (SANTOS et al., 2008b), entre esses, suas próprias condições de saúde.

Para Buss e Pellegrine Filho (2007), são diversas as definições de Determinantes Sociais de Saúde (DSS) que expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da OMS adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Krieger (2001) introduz um elemento de intervenção, ao defini-los como os fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação. Tarlov (1996) propõe, finalmente, uma definição bastante sintética, ao entendê-los como as características sociais dentro das quais a vida transcorre.

Vários estudos no Brasil destacam a distribuição não igualitária na forma de adoecer e morrer frente à permanência de desigualdades em saúde entre as populações brasileiras (CHOR; LIMA, 2005; SANTOS; GUIMARÃES; ARAÚJO, 2007; FERREIRA, 2010). A posição que os indivíduos/grupos ocupam na sociedade determina as condições materiais que os mesmos terão para suprir suas necessidades existenciais, que se relacionam com a produção de doenças. Assim, as sociedades menos favorecidas apresentam maiores riscos de morrerem precocemente (SILVA; PAIM; COSTA, 1999; NERI; SOARES, 2002; BARROS *et al.*, 2006; SANTOS; GUIMARÃES; ARAÚJO, 2007). Sob esse enfoque, as populações indígenas, relegadas às camadas sociais onde há maior pobreza (COIMBRA JR.; SANTOS, 2008), apresentam maiores riscos de morrerem precocemente; e essa condição é determinada historicamente.

No Brasil, a população indígena, estimada em cerca de 5 milhões de pessoas no início do século XVI, comparável à da Europa nessa mesma época (BRASIL, 2002a), ao longo dos 500 anos de colonização, foi obrigada, por força da repressão física e cultural, a reprimir e a negar suas culturas e identidades como forma de sobrevivência diante da sociedade colonial que lhes negava qualquer direito e possibilidade de vida própria.

Os índios não tinham escolha: ou eram exterminados fisicamente ou deveriam ser extintos por força do chamado processo forçado de integração e assimilação à sociedade nacional. Os índios que sobrevivessem às guerras provocadas e aos massacres planejados e executados deveriam compulsoriamente ser forçados a abdicar de seus modos de vida para viverem iguais aos brancos. No fundo, o objetivo era obrigá-los a abandonarem suas terras, abrindo caminho para a expansão das fronteiras agrícolas do país. O propósito, portanto, não seria tanto cultural ou racial, mas sobretudo econômico, guiando-se toda a política e as práticas adotadas pelos colonizadores (LUCIANO, 2006).

Essa população foi dizimada não só pelas expedições punitivas às suas manifestações religiosas e aos seus movimentos de resistência, mas, principalmente, pelas epidemias de doenças infecciosas, cujo impacto era favorecido pelas mudanças no seu modo de vida impostas pela colonização e cristianização - como escravidão, trabalho forçado, maus tratos, confinamento e sedentarização compulsória em aldeamentos e internatos, segundo a PNASPI (BRASIL, 2002a).

Ao longo do tempo de contato interétnico, a relação entre povos indígenas e Estado, no Brasil, tem sido caracterizada pelo objetivo explícito de assimilação desses povos, com a criação de várias estratégias e mecanismos que permitissem concretizá-lo. Diante da diversidade cultural dos povos indígenas brasileiros, bem como de todo um processo de aculturação a que foram submetidos ao longo de sua história, surgiu a necessidade de o Estado

redimensionar a relação que vinha mantendo com essa população - principalmente frente à pressão que passaram a exercer, juntamente com organizações de apoio, assim como a influência das opiniões pública nacional e internacional que contribuíram para mudanças no texto constitucional de 1988, garantindo a inclusão do respeito à diferença. Nessa constituição, no seu artigo 231 foi definido que:

São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, os direitos originários sobre suas terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens (BRASIL, 1988).

O direito à diversidade cultural é uma garantia concedida a determinados grupos socioculturalmente diferenciados de que suas tradições, crenças, organização social, línguas e costumes possam ser respeitados, valorizados e protegidos frente a movimentos de interculturalidade. Ou seja, ninguém pode ser obrigado a abster-se de possuir suas próprias tradições, crenças e costumes; ou mesmo ser obrigado a aderir à cultura de outros grupos. Além disso, a cultura indígena deve ser reconhecida, respeitada e valorizada pelo Estado brasileiro, seja na forma de garantias constitucionais de defesa, compatíveis com a diferença e a vulnerabilidade, seja na construção de políticas que combinem conhecimento e redistribuição (MPF, 2008):

O direito à diversidade cultural¹ é direito que afirma e confirma as tradições, crenças e costumes de uma cultura diante de outras, ou, em outras palavras, é o direito que cada indivíduo possui de ter sua diversidade cultural reconhecida, respeitada e valorizada, elementos indissociáveis para a real efetivação da dignidade humana (SOUZA FILHO, 1999, p.38)

Segundo Cruz (2007a), a partir da década de 1970, organiza-se no Brasil os movimentos populares da saúde, como parte constitutiva dos novos movimentos sociais, especialmente em São Paulo. Tais movimentos tinham em comum a crítica das condições de saúde e a necessidade de redemocratização do país, vindo a se unificar no Movimento Sanitário de Saúde na luta pela Reforma Sanitária. Paralelamente a tais discussões no Brasil, ocorriam discussões em âmbito internacional que influenciaram as mudanças na saúde pública no Brasil. A vinculação com o contexto internacional pode ser observada na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, realizada de 6 a 12 de setembro de 1978. Com esse evento, ficou evidente a importância do reconhecimento à diversidade cultural em nível internacional.

A OMS foi a promotora da mencionada Conferência que definiu um modelo internacional da Política de Cuidados Primários de Saúde (PHC - Primary Health Care), cujas deliberações

foram registradas na Declaração de Alma-Ata. Essa declaração define que “todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação para lançar/sustentar cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores” (OMS, 1978). Esse modelo prevê uma forte vinculação entre saúde e participação das pessoas para as quais as ações de saúde são direcionadas, tanto no âmbito da organização como no da execução do atendimento primário, que deve ser realizado em nível local: no local de moradia (CRUZ, 2007a).

O reconhecimento da cidadania indígena brasileira e, conseqüentemente, a valorização das culturas indígenas possibilitaram uma nova consciência étnica dos povos indígenas do país. Ser índio transformou-se em sinônimo de orgulho identitário. Ser índio passou de uma generalidade social para uma expressão sociocultural importante do país. Ser índio não está mais associado a um estágio de vida, mas à qualidade, à riqueza e à espiritualidade de vida. Ser tratado como sujeito de direito na sociedade é um marco na história indígena brasileira, propulsor de muitas conquistas políticas, culturais, econômicas e sociais (LUCIANO, 2006).

Porém, ainda no contexto da assistência à saúde, a história do atendimento às populações indígenas se confunde com a história de atendimento em geral, da população brasileira. O caráter precário e assistencialista espalhado pelo Brasil também se desenvolveu dentro das áreas indígenas, revelando, igualmente, atitudes preconceituosas com as práticas medicinais utilizadas pelos grupos étnicos de forma milenar. Observa-se, portanto, que existiu um duplo agravamento na produção de políticas destinadas aos índios: serviço desqualificado e pouco adequado (MPF, 2008).

Toda organização social, cultural e econômica de um povo indígena está relacionada a uma concepção de mundo e de vida, isto é, a uma determinada cosmologia organizada e expressa por meio dos mitos e dos ritos. As mitologias e os conhecimentos tradicionais acerca do mundo natural e sobrenatural orientam a vida social, os casamentos, o uso de extratos vegetais, minerais ou animais na cura de doenças, além de muitos hábitos cotidianos. É a partir dessas orientações cosmológicas que acontecem a organização dos casamentos exogâmicos (casamentos cujos cônjuges pertencem a grupos étnicos ou sibs diferentes) ou endogâmicos (casamentos cujos cônjuges pertencem ao mesmo grupo étnico ou sib) e as divisões hierárquicas entre grupos (sibs, fratrias ou tribos), que implicam o direito de ocupação de determinados territórios específicos e o acesso a recursos naturais, bem como o controle do poder político (LUCIANO, 2006).

Os povos indígenas do Brasil aparecem com um complexo e dinâmico quadro de saúde, diretamente relacionado a processos históricos de mudanças sociais, econômicas e ambientais atreladas à expansão e à consolidação de frentes demográficas e econômicas da sociedade

nacional nas diversas regiões do país (COIMBRA JR.; SANTOS; ESCOBAR, 2003; GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, 2003; COIMBRA JR.; SANTOS, 2004; SANTOS et al., 2008b). Ao longo dos séculos, tais frentes exerceram importante influência sobre os determinantes dos perfis da saúde indígena, quer seja por meio da introdução de novos patógenos, ocasionando graves epidemias; usurpação de territórios, dificultando ou inviabilizando a subsistência, além da perseguição e morte de indivíduos ou mesmo comunidades inteiras. No presente, emergem outros desafios à saúde dos povos indígenas, que incluem doenças crônicas não-transmissíveis, contaminação ambiental, crescente urbanização e dificuldades de sustentabilidade alimentar, para citar uns poucos exemplos (CNDSS, 2008).

No espírito da Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas, durante a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais em Saúde, realizada na cidade do Rio de Janeiro em 2011, considerou-se os determinantes sociais específicos que geram iniquidades de saúde para os povos indígenas, bem como suas necessidades específicas, para promover uma colaboração valiosa com esses povos para a formulação e implementação de políticas e programas conexos (WHO, 2011).

Considerando povos indígenas como nações, corroboramos com Cruz (2007b), quando cita a definição de Kymlicka que considera a nação como sendo:

[...] una comunidad histórica, más o menos completa institucionalmente, que ocupa un territorio o una tierra natal determinada y que comparte una lengua y una cultura diferenciadas. La noción de “nación”, en este sentido sociológico, está estrechamente relacionada con la idea de “pueblo” o de “cultura” (KYMLICKA, 1996, p. 129).

Cada povo indígena possui um modo próprio de organizar suas relações sociais, políticas e econômicas – as internas ao povo e aquelas com outros povos com os quais mantém contato. Em geral, a base da organização social de um povo indígena é a família extensa, entendida como uma unidade social articulada em torno de um patriarca ou de uma matriarca por meio de relações de parentesco ou afinidade política ou econômica. (LUCIANO, 2006). Os povos indígenas apresentam diferenças marcantes em relação à sociedade brasileira, mas também no contexto de cada povo. Para Cruz (2007a), entre as muitas diferenças, os aspectos relacionados ao fenômeno saúde-doença que, frente aos seus estudos, percebeu que existem diferentes concepções a respeito entre os povos indígenas.

Há uma distinção entre saúde *indigenista* e saúde *indígena*. Saúde *indigenista* refere-se a um conjunto de normas, valores e formas de ações relativas ao fenômeno saúde/doença, direcionadas aos povos indígenas, colocadas em práticas por instituições governamentais

(COELHO, 1990) ou não-governamentais, ou seja, não indígenas; saúde *indígena* consiste nas formas de identificação, explicação, tratamento e prevenção do fenômeno saúde/doença, definidas no âmbito das culturas dos povos indígenas.

Ao longo dos séculos, como citado anteriormente, mudanças sociais, econômicas e ambientais exerceram importante influência sobre os determinantes dos perfis da saúde indígena, quer seja por meio da introdução de novos patógenos, ocasionando graves epidemias; usurpação de territórios, dificultando ou inviabilizando a subsistência; e/ou a perseguição e morte de indivíduos ou mesmo comunidades inteiras. No presente, emergem outros desafios à saúde dos povos indígenas, que incluem doenças crônicas não-transmissíveis, contaminação ambiental, crescente urbanização e dificuldades de sustentabilidade alimentar, para citar uns poucos exemplos (CNDSS, 2008).

Cabe ainda salientar que qualquer discussão sobre o processo saúde/doença dos povos indígenas precisa levar em consideração, além das dinâmicas epidemiológica e demográfica, a enorme sociodiversidade existente. São aproximadamente 220 etnias, falando cerca de 180 línguas e que têm experiências de interação com a sociedade nacional as mais diversas. As estimativas quanto ao total da população indígena no país variam entre 400 a 730 mil pessoas, a depender da fonte, o que perfaz menos de 1% da população brasileira.

5 A SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL EM SEUS CONTEXTOS

5.1 As primeiras iniciativas de cuidados com a saúde indígena no Brasil

Para a OPAS (2006), medicina é parte da cultura de um povo. Não tem povo que não tenha desenvolvido algum sistema de medicina, quer dizer, um sistema ideológico ou doutrinário acerca da vida e da morte; a saúde e a enfermidade, e mais concretamente sobre as causas das afecções, a maneira de reconhecê-las e diagnosticá-las, assim como as formas ou procedimentos para aliviar, curar ou prevenir enfermidades além de preservar e promover a saúde.

Desde o início da colonização portuguesa, os povos indígenas foram assistidos pelos missionários de forma integrada às políticas dos governos (BRASIL, 2002a). No entanto, de acordo com o MPF (2008), a história do atendimento às populações indígenas se confunde com a história de atendimento em geral da população brasileira. O caráter precário e assistencialista espalhado pelo Brasil também se desenvolveu dentro das áreas indígenas, revelando, igualmente, atitudes preconceituosas com as práticas medicinais utilizadas pelos grupos étnicos

de forma milenar. Observa-se, portanto, que existiu um duplo agravamento na produção de políticas destinadas aos índios: serviço desqualificado e pouco adequado.

No início do século XX, a expansão das fronteiras econômicas para o Centro-Oeste e a construção de linhas telegráficas e ferrovias provocaram numerosos massacres de índios e elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis que levaram, em 1910, à criação do SPI e Trabalhadores Nacionais. O órgão, vinculado ao Ministério da Agricultura, destinava-se a proteger os índios, procurando o seu enquadramento progressivo e o de suas terras no sistema produtivo nacional (BRASIL, 2002a) Segundo Luciano (2006), essa seria a primeira forma de política indigenista organizada que tinha como objetivo de minimizar os conflitos gerados pela ocupação de seus territórios por diversos agentes econômicos em expansão, tais como fazendeiros, mineradoras, madeireiras e outras empresas. No entanto, segundo o SPI, não possuía uma estrutura organizada e abrangente de assistência à saúde e atendia basicamente às situações de surtos epidêmicos advindos da perda do isolamento.

Ainda em sua época, surgiu a experiência pioneira de Noel Nutels, através do Serviço de Unidades Sanitárias Aero-Transportadas (SUSAT), ligado ao MS. Esse, embora se propondo inicialmente apenas a controlar a tuberculose em áreas indígenas, na prática ampliou o espectro das ações de saúde desenvolvidas (COSTA, 1987). Porém, não tanto o quanto se propunha, pois, segundo dados oficiais, “os índios continuaram a morrer por doenças evitáveis, as terras sendo invadidas e a violência crescendo. A escassez de recursos financeiros, a insuficiência de pessoal capacitado e o reduzido apoio jurídico são apontados como causas para a ineficácia dessa política existente nos anos quarenta (MPF, 2008).

Ora, por política indigenista, entende-se aqui a intervenção que o Estado republicano efetuava desde o início do século XX, junto aos povos indígenas que habitavam o território brasileiro. O SPI acabou por servir muito mais aos interesses dos grupos econômicos que visavam às terras indígenas do que em garantir os direitos dos indígenas, que viram seus territórios serem reduzidos e ocupados.

Além disso, mesmo partindo do princípio de que os índios, até então considerados num estágio infantil da humanidade, passariam a ser vistos como passíveis de "evolução" e integração na sociedade nacional por meio de projetos educacionais e agrícolas, a assistência à saúde dos povos indígenas continuou desorganizada e esporádica. Não se instituiu qualquer forma de prestação de serviços sistemática, restringindo-se a ações emergenciais ou inseridas em processos de "pacificação" (BRASIL, 2002a). Tal modelo, por vezes, ainda vemos se repetir nos dias atuais, onde o Subsistema, atualmente implantado, desenvolve ações então

denominadas de “força-tarefa” para suprir atividades que não conseguiram desenvolver de forma sistemática.

Paralelo ao SPI, na década de 50, o Ministério da Saúde criou o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) com o objetivo de levar ações básicas de saúde às populações indígenas e rural em áreas de difícil acesso; ações essencialmente voltadas para a vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis. Ações essas meramente pontuais (LUCIANO, 2006). A influência dos antropólogos, dentre os quais destaca-se Darcy Ribeiro, foi essencial para iniciar um movimento de reflexão em torno do atendimento a essas comunidades. Até os anos 1960, quando foi extinto, o SPI conduziu sua política integracionista utilizando a tutela como ferramenta principal, desprezando a medicina tradicional como elemento também a ser utilizado na prestação de atendimento à saúde. A partir de então, o SPI foi acusado de cometer vários crimes contra os povos indígenas, alguns dos quais com aspecto de genocídio (MPF, 2008).

Em 1967, o SPI foi substituído pela FUNAI, sem, no entanto, ter ocorrido mudança na política tutelar e na falta de sensibilidade aos direitos culturais específicos dos povos indígenas (LUCIANO, 2006). A FUNAI criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS), baseando-se no modelo de atenção do SUSA, que realizavam atendimentos esporádicos às comunidades indígenas de sua área de atuação, prestando assistência médica às demandas espontâneas dos índios doentes, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem (BRASIL, 2002a). Com o passar do tempo, os profissionais das EVS foram se fixando nos centros urbanos e nas sedes das administrações regionais. Sua presença nas aldeias se tornava cada vez mais esporádica, até não mais ocorrer. Alguns deles, em geral pouco qualificados, ficaram lotados em postos indígenas, executando ações assistenciais curativas e emergenciais sem qualquer acompanhamento. Era situação frequente funcionários sem qualificação alguma na área da saúde prestarem atendimentos de primeiros socorros ou até de maior complexidade, devido à situação de isolamento no campo (BRASIL, 2002a).

Confalonieri (1989) lamentou tal esquema, que persistiu por décadas e foi o responsável pela maior parte das ações de saúde hoje desenvolvidas em áreas indígenas. Esse modelo, de pouca eficácia, esbarrou em várias dificuldades, dentre as quais a falta de planejamento e de integralidade das ações; política de remuneração não contempladora de tempo integral; carência crônica de infraestrutura e recursos; falta de articulação com outros níveis de atenção; ausência de um sistema de informações em saúde e o preparo inadequado de quadros para atuação em comunidades culturalmente distintas. A falta de uma estrutura adequada de atendimento à saúde

na atual FUNAI, com múltiplas atribuições, resultou, de forma compensatória, em uma plethora de convênios com entidades governamentais e não-governamentais.

A FUNAI prestava atendimento eminentemente curativo. A continuidade da atenção básica à saúde nas áreas indígenas não corria de forma satisfatória. Isso porque, mesmo já dispondo nas décadas de 1960 e 1970 de vacinas, antibióticos e outros recursos, não se conseguiu evitar que epidemias de malária, tuberculose ou mesmo de sarampo dizimassem centenas de indígenas recém-contratados no Brasil-Central e Amazônia (CNDSS, 2008).

Esse órgão continuou centralizando toda a ação do governo junto aos povos indígenas, sem nenhum controle e participação, o que só começaria a mudar a partir de 1988, com a promulgação da nova constituição federal, que aboliu o monopólio do órgão indigenista na defesa e na regulação dos direitos indígenas, superando a ideia preconceituosa da sua incapacidade. Aos povos indígenas, foi reconhecido o protagonismo político na garantia e na efetivação dos seus direitos e a participação no desenvolvimento de políticas públicas de seu interesse. Com isso, inúmeros órgãos governamentais e não-governamentais passaram a atuar nos diversos campos da ação indigenista, o que permitiu o surgimento de programas específicos gerenciados por diferentes instituições (LUCIANO, 2006).

No entanto, já nessa época, segundo Garnelo, Macedo e Brandão (2003), as equipes de saúde da FUNAI mantiveram-se em geral distantes das discussões sobre atenção primária à saúde. Suas práticas não incorporaram nem os avanços simples, baratos e eficazes de cuidados primários de saúde e nem os novos modelos de assistência, pautados na prevenção de doenças e na organização de sistemas locais de saúde. Assim permaneceu até 1991, quando ocorreu a transferência da gestão da saúde indígena da FUNAI para o Ministério da Saúde (LUCIANO, 2006):

As iniciativas de atenção à saúde indígena geralmente ignoravam os sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e buscar tratamento dos povos indígenas, bem como seus próprios especialistas. Estes sistemas tradicionais de saúde se apresentam numa grande diversidade de formas, sempre considerando as pessoas integradas ao contexto de suas relações sociais e com o ambiente natural, consistindo ainda num recurso precioso para a preservação ou recuperação de sua saúde (BRASIL, 2002a, p.8).

Chaves (2006) afirma que os movimentos sociais que agitaram a sociedade brasileira nos anos 1980, durante a transição política para a democracia, incluíram em suas agendas a questão da reforma sanitária, além de que também houve uma articulação nacional em prol da causa indígena.

A responsabilidade do Estado foi reafirmada no Estatuto do Índio, que assegurou aos mesmos "o regime geral da Previdência Social"; "os meios de proteção à saúde facultados à

comunhão nacional" e "especial assistência dos poderes públicos em estabelecimentos a esse fim destinados" (Art. 54 e 55).

A 8ª CNS, realizada em 1986, foi um evento central para a reformulação da Política Nacional de Saúde (PNS), ao aprovar as diretrizes fundamentais da reforma sanitária brasileira a ser implementada com o SUS. Como parte desse movimento, constituiu-se, nos anos 80, o Movimento Sanitário Indigenista, também composto por profissionais de diferentes áreas, que militavam pelos direitos das populações indígenas, entre eles o direito à saúde. Essa dupla militância – sanitária e indigenista, possibilitou a inclusão da questão da saúde indígena na agenda de reforma, com a realização, concomitante à 8ª CNS, da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNPI). A 8ª CNS referendou a recomendação, discutida e aprovada pela subconferência, de que a atenção sanitária aos índios deveria ser coordenada pelo Ministério da Saúde, através de um subsistema de serviços de saúde vinculado ao SUS (CHAVES, 2006):

Em 1988, a Constituição Federal estipulou o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, assegurando-lhes a capacidade civil plena – tornando obsoleta a instituição da tutela - e estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena. A Constituição também definiu os princípios gerais do Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente regulamentados pela Lei 8.080/90, e estabeleceu que a direção única e a responsabilidade da gestão federal do Sistema são do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a, p.8).

Como comentado, a Constituição Federal de 1988 apresenta um capítulo específico sobre os povos indígenas. Em fevereiro de 1991, o Decreto Presidencial nº 23 (BRASIL, 1991) transferiu para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas, estabelecendo os DSEI como base da organização dos serviços de saúde. Foi então criada, no MS, a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), subordinada ao Departamento de Operações (DEOPE), da Fundação Nacional de Saúde (FNS), com a atribuição de implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena.

No mesmo ano, a Resolução 11, de 13 de outubro de 1991, do CNS, criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), tendo como principal atribuição assessorar o CNS na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena. Inicialmente sem representação indígena, os próprios membros da CISI reformularam sua composição e, com a saída espontânea de representantes do CNS, da Secretaria de Meio Ambiente, dentre outros, abriram-se quatro das onze vagas para representantes de organizações indígenas.

Em 1992, a 9ª CNS resgatou a recomendação de aprovar o Modelo de Atenção à Saúde Indígena Diferenciado, ao indicar a realização da II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, que viria a acontecer em 1993. Entretanto, a municipalização radical das ações de saúde, que foi a tônica das recomendações aprovadas na 9ª Conferência Nacional de Saúde, foi discutida e questionada pelo Movimento Sanitário Indigenista (MSI), levando à formulação de uma política específica para essas populações – a PNASPI, com uma organização de serviços diferenciada (um subsistema), mas articulada ao SUS, que pudesse “proteger” essas populações das oscilações políticas e diferentes capacidades de implementação em nível local.

Para isso, a gestão dessa política deveria ser responsabilidade do nível central. Essa proposta foi referendada pela 10ª CNS (1996), que aprovou a regulamentação e implantação dos DSEI como unidades organizacionais do Subsistema, bem como indicou a realização da III Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (CNSPI), que, entretanto, só foi realizada dez anos depois, em 2003 (CHAVES, 2006).

A partir daí, a concepção e o modelo de DSEI, passou a ser reivindicação permanente na pauta do movimento indígena organizado, bem como dos profissionais de saúde das áreas indígenas (ATHIAS; MACHADO, 2001; ATHIAS, 2012).

Em sentido oposto ao processo de construção da política de atenção à saúde indígena no âmbito do SUS, em 19 de maio de 1994, o Decreto Presidencial nº 1.141/94 constituiu uma Comissão Intersetorial de Saúde (CIS), com a participação de vários Ministérios relacionados com a questão indígena, sob a coordenação da FUNAI. O decreto devolve, na prática, a coordenação das ações de saúde à FUNAI. A CIS aprovou por intermédio da Resolução nº 2, de outubro de 1994, o "Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio", que atribuía a um órgão do Ministério da Justiça, a FUNAI, a responsabilidade sobre a recuperação da saúde dos índios doentes, e a prevenção, ao Ministério da Saúde, que seria responsável pelas ações de imunização, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias (BRASIL, 2002).

Desde então, a FUNASA e a FUNAI passaram a dividir a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, passando a executar, cada uma, parte das ações, de forma fragmentada e conflituosa. Ambas já tinham estabelecido parcerias com municípios, organizações indígenas e não-governamentais, universidades, instituições de pesquisa e missões religiosas. Os convênios celebrados, no entanto, tinham pouca definição de objetivos e metas a serem alcançados e de indicadores de impacto sobre a saúde da população indígena (CHAVES, 2006). No âmbito da saúde indígena, o que se observou nesses últimos anos foi uma divisão dos serviços entre a FUNAI e a FUNASA: a primeira, com atividades eminentemente curativas e a

segunda, com atividades de prevenção. Em se tratando de modelos de saúde e sob a perspectiva de comando único de ações, essa dicotomia mostrou-se inviável e incoerente criando relações paternalistas para determinadas populações indígenas e gerando a impossibilidade de execução de serviços de saúde de maneira integral (ATHIAS; MACHADO, 2001).

A alternância de atribuição de responsabilidade sobre as ações de saúde entre a FUNAI e FUNASA demonstra uma disputa que se caracteriza como um *campo de poder*, tal como define Bourdieu (1998). As relações interinstitucionais relacionadas à política indigenista de saúde ocorrem em um campo de lutas com objetivos de transformar ou conservar o campo de forças de um Estado que aqui é apreendido como sendo um lugar de conflitos e não um todo homogêneo.

Paralelamente a esse processo em meados da década de 90, foi proposta e aprovada a Lei para criação desse Subsistema (Lei Arouca), após cinco anos de tramitação na Câmara dos Deputados (CHAVES, 2006).

A decisão política de estabelecer o modelo assistencial referendado pela II Conferência foi tomada pela FUNASA ao final de 1998, obedecendo, em linhas gerais, à proposta da II CNPSI no que se refere à participação social na elaboração das políticas de saúde. A Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências" (BRASIL, 1999b), instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Essa lei é conhecida como Lei Arouca, que no seu artigo 19D, diz claramente que o SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído com os órgãos responsáveis pela Política Indígena no país. O artigo 19G diz que o subsistema deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado (ATHIAS, 2012).

Mesmo assim, o conflito interinstitucional permaneceu e só foi resolvido no final da década, em 1999, com a definição de que a coordenação da saúde indígena seria feita pelo MS, mais especificamente pela Fundação Nacional de Saúde, que logo após, ainda em 1999, adotou a sigla FUNASA. O Decreto Presidencial que regulamentou essa transferência da gestão da saúde indígena para a FUNASA, juntamente com a Lei Arouca, levou à atual configuração da PNASPI, organizada em 34 DSEI (CHAVES, 2006).

Em seguida, o Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, estabeleceu as condições para a prestação dessa assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do SUS. O decreto também determina que a atenção à saúde indígena é dever da União e será prestada de acordo com a Constituição e com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que criou o SUS,

objetivando a universalidade, a integralidade e a equidade dos serviços de saúde. (BRASIL, 1999a).

Porém, vale ressaltar qual modelo de atenção era esse que se pretendia oferecer aos povos indígenas do Brasil. Segundo Confalonieri (1989), algumas especificidades foram importantes considerar:

- a) Situação de Transculturação — dentro da questão mais ampla do processo aculturativo, observado com intensidade e rapidez variáveis após o contato com a sociedade não-índia envolvente, a transculturação no campo da saúde surge pela introdução de um conjunto de princípios e práticas do sistema médico oficial em comunidades que vêm lidando com as questões de saúde-doença através de sistemas tradicionais de crenças e práticas de cura. A sobreposição dessas duas medicinas envolve conflitos de compatibilização e aceitação, tanto por parte dos receptores como dos executores das ações. Tem papel fundamental a intermediação antropológica no acompanhamento dos programas de saúde e, principalmente, na formação de pessoal de saúde – índios e não índios, para atuação em comunidades indígenas. O instrumental conceitual da antropologia médica, ao elucidar a concepção indígena do organismo humano, da causalidade das doenças e das terapêuticas da medicina tradicional, subsidia e possibilita o processo de integração controlada entre os dois sistemas médicos.
- b) Situação Geográfica – a maioria das comunidades indígenas brasileiras se localiza em regiões distantes a Amazônia e Centro-Oeste, com aldeias mais ou menos esparsas e de baixa densidade demográfica. Isso implica dificuldades de acesso que, aliadas à deficiência da infraestrutura local e recursos, contribuem para a descontinuidade na execução das ações e programas. Torna-se imprescindível um sistema de comunicações permanente, com outros níveis de referência. A elevação dos custos operacionais, principalmente em função da dificuldade de manutenção de equipamentos e instalações, além da grande dependência do transporte aéreo, é outro aspecto a ser considerado. Uma outra consequência é a dificuldade de permanência prolongada de equipe de saúde não-índia nessas áreas, em virtude do isolamento social e profissional e ausência de comodidades das áreas urbanas.
- c) Dinâmica do Perfil Epidemiológico – é conhecido o rápido ciclo de adaptação às enfermidades antes desconhecidas por grupos tribais isolados do contato com a sociedade não indígena e que sofrem grandes transformações aculturativas em seus hábitos e condições de vida. De uma situação inicial de equilíbrio por convívio secular com processos infecciosos de caráter endêmico e baixa letalidade, iniciam-se surtos de viroses introduzidas, com alta

morbidade e mortalidade, além de importantes repercussões na organização social. Se superada essa fase, com a continuidade da reprodução biológica, inicia-se uma nova etapa, na qual prevalecem os problemas dentários e os processos infecciosos da "aculturação parcial", tais como infecções cutâneas, tuberculose, doenças sexualmente transmitidas, diarreia, malária etc. Esses resultam principalmente da sedentarização forçada, do desequilíbrio alimentar, padrão inadequado de higiene individual e contato mais íntimo com as populações urbanas. Por fim, a terceira etapa que completa a "transição epidemiológica" (YOUNG, 1988) ocorre com a maior integração à sociedade envolvente e as perdas e aquisições culturais decorrentes, caracterizando-se pelo aumento das doenças crônico-degenerativas (câncer, hipertensão, diabetes etc.) com o surgimento de um perfil de morbi-mortalidade mais próximo ao da sociedade não-índia.

Tal fato se deve basicamente ao estresse social, à aculturação alimentar radical e à exposição a poluentes ambientais e produtos industrializados. É também característico dessa fase o surgimento de um maior índice de doenças psicológicas (alcoolismo, suicídio) resultantes da desintegração social e marginalidade econômica, que explicam a participação dos acidentes e violências como as mais importantes causas de mortalidade em grupos largamente aculturados (YOUNG, 1983; RHOADES et al, 1987).

A constatação dessas rápidas mudanças nos perfis de morbi-mortalidade que se seguiram aos processos de transformação sócio-cultural, bem como a expectativa de continuidade desse processo, colocam os planejadores e administradores de serviços de saúde em situação de poderem se preparar para reduzir o impacto destes fenômenos nos níveis de saúde da comunidade (CONFALONIERI, 1989).

Finalmente, instituída em 2002 pela Portaria nº 254, de 31 de janeiro do mesmo ano, (BRASIL, 2002b), exigiu a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços – voltados à proteção, promoção e recuperação da saúde – que assegurasse aos índios o exercício de sua cidadania. Para a efetivação dessa política, a FUNASA criou uma imensa rede de serviços nas TI, para suprir as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do SUS pelos índios (BRASIL, 2009).

De acordo com BRASIL (2002b), o propósito dessa política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de

maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

A PNASPI, que integra a PNS, compatibiliza as determinações da Lei Orgânica da Saúde com as da Constituição Federal, reconhecendo aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais, estabelecendo seus direitos sociais. Direitos esses que são reafirmados pela Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho, ratificada pelo Brasil em 25 de julho de 2003 e aprovada pelo Decreto no. 5.051, de 19 de abril de 2004 (OIT, 1989). A Convenção foi o primeiro instrumento internacional a tratar dignamente dos direitos coletivos dos povos indígenas, estabelecendo padrões mínimos a serem seguidos pelos estados e afastando o princípio da assimilação e da aculturação no que diz respeito a esses povos.

A Convenção 169 garante aos povos indígenas o direito ao respeito e integridade cultural; a consulta prévia sobre políticas que os venham a afetar; a participação livre na tomada de decisões sobre políticas que os afetem; e o dever do Estado de implementar medidas especiais, sem prejuízos dos direitos gerais de cidadania (OIT, 1989).

A PNASPI prevê ainda uma atuação coordenada entre órgãos e ministérios, no sentido de viabilizar as medidas necessárias ao alcance de seu propósito. Nesse sentido, as secretarias estaduais e municipais de Saúde devem atuar de forma complementar na execução das iniciativas, em articulação com o MS e a Funasa (BRASIL, 2002a)

Para o alcance desse propósito, são estabelecidas as seguintes diretrizes, que devem orientar a definição de instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas:

- a) Organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de distritos sanitários especiais e pólos-base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;
- b) Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural; monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
- c) Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- d) Promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
- e) Promoção de ações específicas em situações especiais;
- f) Promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
- g) Promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
- h) Controle social.

Considerando ainda o âmbito dessas diretrizes, seu item 4.5 aponta para o URM, devendo envolver ações direta e indireta à assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena, tais como as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, controle e vigilância – nessa compreendida a dispensação e prescrição de medicamentos que devem partir, em primeiro lugar, das necessidades e realidades epidemiológicas de cada distrito sanitário e estar orientada para garantir os medicamentos necessários.

No entanto, desde a criação dos distritos sanitários, ações e serviços de assistência farmacêutica, no modelo de gestão articulada com as diretrizes da PNM, só foram iniciadas 05 anos após a construção do novo subsistema, que até então entendia a área apenas como ações de aquisição e distribuição de medicamentos. Porém, ao longo desses oito anos do início de sua estruturação, alguns avanços pontuais já se apresentaram, tanto junto ao nível de gestão central da instituição, como frente a todos os distritos sanitários e, principalmente o DSEI-PE, cujo trabalho apresentado em questão representa um dos seus principais produtos para discussão.

5.2 Trajetória Histórica das principais ações políticas para a atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil

Quadro 2- Trajetória Histórica das principais ações políticas para a atenção a saúde dos povos indígenas no Brasil

ANO	AÇÃO
1967	Criação da FUNAI. Ações de saúde esporádicas através das equipes volantes criadas em cada Delegacia Regional. O MS colaborava com o controle das principais endemias e a FUNAI assinou, ao longo dos anos, convênios com entidades governamentais e não-governamentais de modo a remediar a falta de estrutura adequada. No entanto, em escala e capacidades operacional e administrativa insuficientes, essa atividade foi se atrofiando até a sua paralisação.
1986	I CNSPI: Afirmou: a necessidade urgente de implantação de um modelo de atenção que garanta aos índios o direito universal e integral à saúde; a importância de respeitar as especificidades étnicas e sócio-culturais e as práticas terapêuticas de cada grupo; a necessidade de garantir a participação indígena nas políticas de saúde; a criação de uma agência de saúde específica para assuntos indígenas. Primeira proposição do modelo dos DSEI sob a gerência do MS.
1988	Promulgação da CF, que estabeleceu em seu artigo 198 as regras gerais do SUS, (regulamentado pelas leis nº 8.142/90 e 8.080/90): no âmbito da União, a gestão será exercida pelo MS. Os direitos indígenas são de competência federal.
1991	Criação da COSAI, subordinada ao DEOPE/FNS) para atender ao Decreto nº23/91, que transfere da FUNAI para o MS, a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde para as populações indígenas. Criação do Distrito Sanitário Yanomami pela FNS.
1992	Criação da CISI pela Resolução nº 11 de 13/10/1992. A CISI, formada por representantes do Governo Federal (Ministérios da Saúde e da Justiça), de universidades e de organizações não-governamentais (ONGs) e por representantes indígenas, tem por atribuição assessorar o CNS na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena.
1993	II CNSPI: Reitera a defesa do modelo dos DSEI como base operacional, no nível do SUS, para o modelo de atenção à saúde das populações indígenas, os quais deveriam ser ligados diretamente ao MS e administrados por conselhos de saúde com participação indígena. Definiu o Governo

	Federal como instância responsável pela saúde indígena do país, não sendo excluídas as contribuições complementares dos estados, dos municípios ou de outras instituições governamentais ou não-governamentais. Defende a criação de uma secretaria especial do MS para a gestão da política de atenção à saúde para os povos indígenas.
1994	Decreto nº 1.141/94. Revoga o Decreto nº 23/1991. Constitui a CIS e devolve, na prática, a coordenação da saúde indígena para a FUNAI, que fica responsável pela recuperação dos índios doentes enquanto o MS se encarrega das ações de prevenção.
1999	Decreto nº 3156/99 e “Lei Arouca” (nº 9.836). A saúde volta a ficar a cargo do MS: “O Ministério da Saúde estabelecerá as políticas e diretrizes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio, cujas ações serão executadas pela FUNASA”. São definidos e implantados 34 DSEIs em todo Brasil, cujos serviços de atenção básica à saúde e prevenção são executados através da estratégia de descentralização via convênios firmados com organizações da sociedade civil - associações indígenas e indigenistas - e alguns municípios. É aprovada a Lei nº. 9.836 (23/09/99), criando o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS). Responsabilidade da Saúde Indígena passa a ser da União, por meio da FUNASA (Decreto nº. 3.156 (27/09/99). O DSEI passa a ser o modelo central da gestão da saúde indígena. Portaria 1163/GM (14/09/99): responsabilidade na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas no MS. Pela ausência de um instrumento regulador para contratação de reuros humanos, as equipes do programa da saúde da família podem ser contratadas pelos municípios. Ações de Atenção à Saúde pela Funasa em articulação com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Implantação dos DSEI. O período de transição da FUNAI para a FUNASA ocasionou sérios transtornos no processo da atenção à saúde indígena.
2000	Organização da FUNASA: Criação do Departamento de Saúde Indígena (DESAI).
2001	Realização da III CNSI (sem muitos avanços).
2002	Aprovação da PNASPI (Portaria 254/2002)
2004	A FUNASA divulga as portarias nº 69 e 70, determinando as novas diretrizes da saúde indígena. Com essa ação, a FUNASA recupera a execução direta do atendimento e reduz o papel das conveniadas, limitando-as à contratação de pessoal, à atenção nas aldeias com insumos, ao deslocamento de índios das aldeias e à compra de combustível para a realização desses deslocamentos (Elaborado por Urihi – Saúde Yanomami - A SAGA DAS REFORMAS DA SAÚDE INDÍGENA (1967-2004) ²⁰ .
2006	A Portaria Conjunta 47, de 23 de junho de 2006, da Secretaria de Atenção à Saúde do MS e da FUNASA, no artigo 1º, determina que os municípios constantes do anexo I sejam qualificados a receber incentivos de Atenção Básica aos povos indígenas. O artigo 2º, anexo II, trata da qualificação dos municípios para receberem mensalmente os incentivos de Atenção Básica aos povos indígenas, destinados às ações e procedimentos de Assistência Básica de Saúde. Durante um período de 10 anos, esses incentivos foram repassados aos municípios por meio da portaria já citada acima. Entretanto, havia necessidade de formalizar legislação para regulamentação, controle e monitoramento da utilização desses incentivos transferidos “fundo a fundo”. Aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Portaria 6.481/2006. Realização da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena. Tema principal: “O DSEI como território de produção de saúde indígena”. Principal proposta: “Autonomia do DSEI”.
2007	Edição da Portaria 2.656 (17/10/2007). Regulamenta os Incentivos de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB PI).
2007/2008	O Departamento de Atenção Básica DAB/SAS/MS institui uma equipe mínima de Saúde Indígena na coordenação da PNPIC/SUS, com a responsabilidade de acompanhar a implementação das disposições da Portaria 2656 e apoiar os processos de pactuação dos incentivos referidos.

²⁰José Maurício Arruti, historiador (UFF), antropólogo (Museu Nacional) e pesquisador associado do CEBRAP, faz uma análise dos processos de etnogêneses indígenas que ganharam força no Brasil a partir da década de 1970. Disponível em: <<http://pib.socioambiental.org/pt/c/politicas-indigenistas/saude-indigena/novos-horizontes>>. Acesso em: 15 de abr 2013.

	No final de 2008, foi realizado no CNS um seminário de saúde indígena onde se iniciou o processo de transição das ações da FUNASA para o MS. Foram criados grupos de trabalho subdivididos em sete (07) subgrupos com o objetivo de elaborar propostas de formas e controle de financiamento, os modelos de gestão e organização, a viabilização da autonomia dos DSEI, dentre outros.
2010	24/03/2010 - Edição da MP 483, convertida na Lei nº.12.314, de 19/08/2010: Autorizou a criação, no MS, de uma nova secretaria. Modificou a Lei 8.745/93, ampliando o prazo para contratação temporária para até 4 anos. Autoriza o PR a criar tabela especial de remuneração para trabalho com saúde indígena. 20/10/2010 - Publicação do Decreto nº. 7.336/2010 criando, na estrutura do MS, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e transferindo as ações de saúde indígena da FUNASA para esta Secretaria.
2011	Decreto nº 7.530 de 21 de Julho, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos Povos Indígenas, transferindo para o MS as atividades de Assistência à Saúde dos Povos Indígenas.

5.3 A criação do Subsistema de Saúde Indígena

Como observado anteriormente, o atual modelo de organização dos serviços de saúde para as áreas indígenas, na concepção de distritos sanitários, nasceu no âmbito das conferências nacionais de saúde, no início da década de 1990, no bojo do movimento da Reforma Sanitária. Porém, somente na II CNSPI, ocorrida em 1993. Esse modelo foi referendado pelo movimento indígena e por profissionais de saúde que atuavam com essas populações. A proposta versava a respeito da implantação de um modelo de saúde adequado às áreas indígenas, inserido em um subsistema de atenção à saúde ligado ao SUS.

A partir daí a concepção do modelo de DSEI passou a ser reivindicação permanente na pauta do movimento indígena organizado, bem como dos profissionais de saúde das áreas indígenas (ATHIAS; MACHADO, 2001).

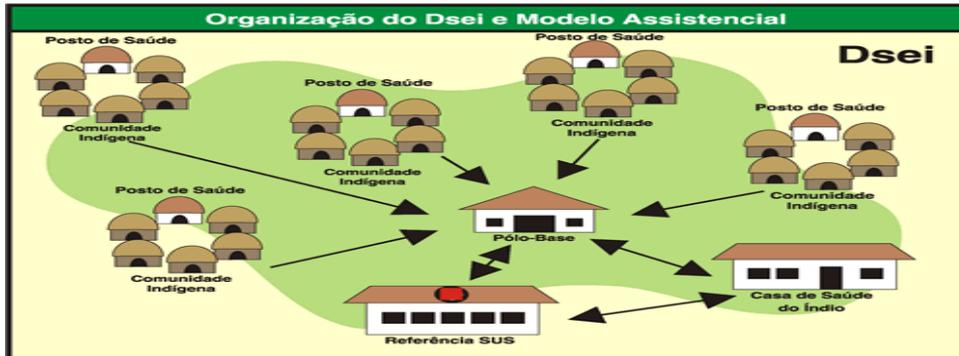
A Lei nº 8.080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Além de estabelecer o reconhecimento e o respeito às organizações socioculturais dos povos indígenas, a Constituição “Cidadã” de 1988 também estipulou como privativa da União a competência para legislar e tratar a questão indígena. Com esse propósito, foram fixadas as diretrizes para orientar e definir instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dessas comunidades.

Na Lei Arouca (BRASIL, 2009), o texto prevê que as populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e a centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. Determina que populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o CNS e os conselhos estaduais e municipais de saúde, quando for o caso”. A Portaria 070/GM/MS, de 20

de janeiro de 2004, (BRASIL,2004c), estabelece as seguintes diretrizes para o modelo de gestão da saúde indígena:

- I. A PNASPI, integrante da PNS, deve ser compatibilizada com as determinações da Lei Orgânica da Saúde e com a Constituição Federal, que reconhecem as especificidades étnicas e culturais e os direitos sociais e territoriais dos povos indígenas;
- II. O objetivo da PNASPI é assegurar aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde;
- III. A implantação da PNASPI adotará modelo de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos povos indígenas o exercício da cidadania;
- IV. O SASISUS fica organizado na forma de DSEI, delimitação geográfica que contempla aspectos demográficos e etno-culturais, sob responsabilidade do gestor federal;
- V. Os DSEI devem contar com uma rede interiorizada de serviços de atenção básica organizada de forma hierarquizada e articulada com a rede de serviços do SUS para garantir a assistência de média e alta complexidade; conforme observamos na Figura 2.
- VI. A estrutura do DSEI fica composta pelos postos de saúde situados dentro das aldeias indígenas, que contam com o trabalho do Agente Indígena de Saúde (AIS) e do Agente Indígena de Saneamento (AISAN); pelos polos-base com equipes multidisciplinares de saúde indígena e pela Casa de Saúde de Apoio ao Índio (CASAI), que apóia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade;
- VII. O processo de estruturação da atenção à saúde dos povos indígenas deve contar com a participação dos próprios índios, representados por suas lideranças e organizações nos conselhos de saúde locais e distritais;
- VIII. Na execução das ações de saúde dos povos indígenas, deverão ser estabelecidos indicadores de desempenho e sistemas de informações que permitam o controle e a avaliação das referidas ações;
- IX. A implantação da PNASPI deve respeitar as culturas e valores de cada etnia, bem como integrar as ações da medicina tradicional com as práticas de saúde adotadas pelas comunidades indígenas.

Figura 2 - Organização do DSEI



Fonte: Funasa/MS

Nesse sentido, a formulação e implementação de uma política indigenista de saúde, adquire características como a PNS, que foi criada para a sociedade brasileira que é definida contraditoriamente como sendo indigenista – para os povos indígenas – e também nacional, como se todos os indígenas fizessem parte de uma única nação.

A política indigenista de saúde, que se efetiva através dos DSEI, caracteriza-se pela fragmentação ou, como colocado oficialmente, pela descentralização. Expressa um dos aspectos que consideramos contraditório no atual modelo de atendimento indigenista de saúde: o fato de que, ao mesmo tempo em que o Estado afirma o respeito aos aspectos sócio-culturais dos índios, retira a saúde indigenista de uma instituição criada especificamente para o trato com esses povos e a insere num sistema nacional. A relação entre Estado e povos indígenas, após a Constituição de 1988, passa a ser fortemente marcada pela ambigüidade do discurso oficial e pelo descompasso entre o discurso oficial e as ações indigenistas. Anteriormente, o discurso apontava para a homogeneização, mas a forma de organização dos serviços era específica aos povos indígenas.

Atualmente, o discurso configura-se de forma ambígua, oscilando entre diferenciação e universalidade, o que se expressa, também na organização e execução dos serviços que tendem a homogeneização. Pacheco (2005) chama a atenção para o fato de que:

[...] tais políticas são executadas segundo uma lógica que homogeneiza os grupos sociais a que se destina. A idéia de “público-alvo” não consegue acurar as diferenças culturais e de condições sociais sobre as quais uma determinada política é desenvolvida. Em muitos casos é essa lógica homogeneizante que leva a política à ineficácia ou uma baixa cobertura (PACHECO, 2005, p. 177).

Apesar do discurso de respeito à diferença, criou-se um modelo de atenção à saúde subordinado ao sistema nacional, cuja rede de serviços é uma réplica do que está definido no âmbito do SUS, adaptada às terras indígenas. A contratação de pessoal é temporária, o que gera

instabilidade e alta rotatividade de funcionários e, ao mesmo tempo, inviabiliza um processo de qualificação profissional continuada para o trato com os povos indígenas (CRUZ, 2007b). Tal fato demonstra o significado da existência de um órgão exclusivo ao atendimento dos povos indígenas como uma expressão do reconhecimento de que são distintos dos brasileiros e, portanto, requerem estruturas burocráticas específicas.

5.4 Da sua estrutura e organização

Os distritos sanitários foram implantados no Brasil a partir de 1987 (MENDES, 1995) e existe literatura significativa acerca dessas experiências no âmbito da saúde pública. As primeiras iniciativas remontam ao processo de distritalização apoiado pela OPAS e OMS, que canalizavam a implantação de distritos em municípios considerados estratégicos. Os primeiros municípios a iniciar essa forma de organização de serviços foram Salvador, Curitiba e São Paulo. Tais experiências estavam relacionadas à idéia de distrito sanitário como processo social de mudanças das práticas sanitárias e remetem a número significativo de discussões e avaliações realizadas por sanitaristas e especialistas em saúde pública. Vale lembrar que essas experiências encontram respaldo importante na cooperação internacional italiana, no sentido de documentação e divulgação das mesmas. Segundo Capote (1988) a noção de distrito sanitário é reconhecida como:

Unidade operacional e administrativa mínima do sistema de saúde, definida com critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, administrativos e políticos, onde se localizam recursos de saúde públicos e privados, organizados com a participação da sociedade organizada para desenvolver ações de saúde capazes de resolver a maior quantidade possível de problemas de saúde (CAPOTE, 1988, p. 18).

No contexto da saúde indígena, estudos realizados por Garnelo, Macedo e Brandão (2003), apresentam que a política de saúde indígena no Brasil, pode ser compreendida como resultado de três variáveis independentes que se articularam para configurar o cenário da implantação do subsistema de saúde indígena no Brasil.

Segundo Fagundes (2009), a primeira variável é a política indigenista no Brasil, utilizada para descrever as intervenções que o Estado vem exercendo desde o século XX, junto aos grupos étnicos existentes no território brasileiro. Ou seja, vai desde 1910, com a criação do SPI, passando pelo Código Civil Brasileiro, em 1917, o qual institui a tutela como a figura jurídica reguladora da condição dos povos indígenas, em 1967, a substituição do Serviço do SPI pela

então FUNAI. Em 1988, a Constituição Brasileira concedeu aos índios o direito à autorepresentação na defesa de seus interesses.

Em se tratando de políticas setoriais, até o início da década de 1990, a atenção à saúde era oferecida aos grupos aldeados, organizada pela FUNAI, sob o modelo campanhista, caracterizado por ações verticais das equipes volantes de saúde (GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, 2003).

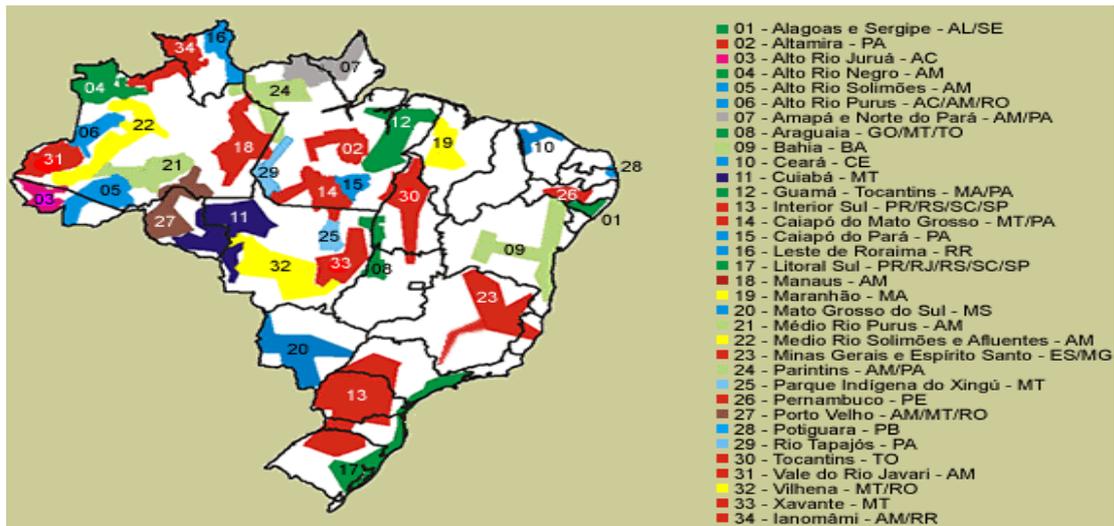
A segunda variável, para os autores, trata-se da Política do SUS. Quer dizer, nas últimas décadas, a ação sanitária dirigida à população brasileira passou por rápidas e profundas transformações, promovendo a extensão e a universalização da cobertura, descentralização e interiorização dos serviços e estímulo à participação da sociedade civil na gestão das políticas públicas.

Sob essa configuração, o SASISUS foi criado em 1999 pela Lei 9.836, conhecida como Lei Arouca, em homenagem ao grande sanitarista deputado Sérgio Arouca, que propôs e viabilizou a aprovação dessa lei no Congresso Nacional (GARNELO, MACEDO E BRANDÃO, 2003; SANTOS et al., 2008a).

A implantação dos DSEI teve início em 1991 com o Decreto n. 23 do governo Collor, consolidando-se com a Lei Arouca que, em 1999 (BRASIL,2009), regulamentou as atribuições ministeriais para a implantação de um sistema de atenção diferenciada à saúde a ser prestada aos índios. Esse sistema estava baseado na “distritalização” sanitária sob a responsabilidade do MS, que teria como gestor a FUNASA, que, na ocasião, teria como missão institucional duas vertentes principais que se desenvolveram mediante a elaboração de planos estratégicos nos segmentos de Saneamento Ambiental e da Atenção Integral à Saúde Indígena.

A FUNASA, de acordo com (BRASIL,2002b) define o distrito sanitário como um modelo de organização de serviços orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado – que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social. A área de abrangência de cada distrito não respeita limite geográfico, é baseada no Perfil Epidemiológico e nas características étnico-culturais da população indígena. Foram implantados 34 DSEI, distribuídos por todas as regiões do país, conforme observamos na Figura 3.

Figura 3– Distribuição territorial dos 34 Distritos Sanitários Indígenas no país



Fonte: Funasa/MS

A definição territorial dos distritos sanitários especiais indígenas considera os seguintes critérios:

- População, área geográfica e perfil epidemiológico;
- Disponibilidade de serviços, recursos humanos e infraestrutura;
- Vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS;
- Relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional;
- Distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas.

Como vimos, o distrito sanitário é um modelo de organização de serviços orientado para ser um espaço etnocultural dinâmico, com foco na eficiência e na celeridade, bem de acordo com as especificidades dos povos indígenas.

Existem hoje no país 34 DSEI — a quantidade de unidades depende, entre outros fatores, do número da população indígena nas regiões/estados — responsáveis pelo conjunto de ações técnicas e qualificadas que têm por objetivo promover a atenção à saúde e as práticas sanitárias adequadas, estimulando também o controle social. De acordo com BRASIL (2009), para a definição e estruturação dos distritos, foram realizadas reuniões com lideranças e organizações indígenas, representantes da FUNAI, antropólogos, universidades e instituições do governo e entidades não-governamentais que prestam serviços às comunidades indígenas, além de secretarias municipais e estaduais de saúde. Diferentemente das coordenações regionais da FUNASA, os DSEI não foram divididos por estados, mas, estrategicamente, por área territorial, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas. Esses distritos sanitários

atuam de forma hierarquizada e regionalizada, cujos serviços, como já colocados anteriormente, estão organizados em Polos-Base, Postos de Saúde e CASAI.

Na organização dos serviços de saúde, além dos DSEI, os Polos-Base representam outra importante instância de atendimento aos índios brasileiros. Eles são a primeira referência para os AIS, que atuam nas aldeias, tanto na atenção primária como nos serviços de referência. Cada polo-base cobre um conjunto de aldeias. Sua equipe, além de prestar assistência à saúde, realiza a capacitação e supervisão dos AIS. Esses polos estão estruturados como Unidades Básicas de Saúde (UBS) e contam com a atuação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) compostas, principalmente, por médicos, enfermeiros, nutricionistas, dentistas e técnicos de enfermagem, entre outros profissionais.

São 354 polos-base localizados em 458 municípios. Os agravos à saúde não atendidos nessas unidades, em função do grau de resolutividade ou de complexidade, são encaminhados para a rede de serviços do SUS mais próxima. Essa rede já deve sua localização geográfica definida e é articulada e incentivada a atender os indígenas, levando em consideração a realidade socioeconômica e cultural de cada povo.

Articulados aos Polos-Base, temos os Postos de Saúde que funcionam como apoio estratégico e são construídos de acordo com as necessidades de cada região. Podem ter uma estrutura simplificada, representando a porta de entrada na rede hierarquizada de serviços de saúde, mas possuem infraestrutura física necessária para o desenvolvimento das atividades dos profissionais da área de saúde.

Existem nesta data 751 Polos-Base, onde neles são executadas atividades de atenção básica à saúde, tais como o acompanhamento de crianças e gestantes, imunização e o atendimento a casos de doenças mais frequentes, como infecção respiratória aguda, diarreia e malária. Além do acompanhamento de pacientes crônicos e de tratamentos de longa duração, também são desenvolvidas ações de primeiros socorros, de promoção à saúde e prevenção de doenças de maior prevalência. E, ainda, oficinas de educação sanitária e atividades de apoio às equipes multidisciplinares.

Complementando a rede serviços oferecidos nos DSEI temos as CASAI, que estão localizadas em diversos municípios brasileiros. Nelas, são executados os serviços de apoio aos pacientes indígenas encaminhados à rede do SUS. As CASAI foram instaladas e multiplicadas a partir da readequação das antigas Casas do Índio.

Em 1999, essas unidades tiveram suas atribuições transferidas da FUNAI para a FUNASA que, além de incorporar à sua missão a atenção integral à saúde dos índios, alterou o nome para CASAI e incluiu, também, novas funções. As CASAI devem ter condições de

receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes; prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia; marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar; providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem. Além disso, nas CASAI são promovidas atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e atividades para os acompanhantes e para pacientes em condições de participar desses eventos.

No entanto, infelizmente concordamos com Athias e Machado (2001), quando apontam que os distritos sanitários, na qualidade de processos sociais de mudança das práticas sanitárias, não são entendidos como tal pela maioria dos profissionais de saúde que atuam no âmbito da saúde pública e, tampouco, pelos administradores de sistemas locais de saúde, dando lugar a duas estratégias bem identificadas por Mendes (1995). O autor assinala que, no âmbito dos processos de implantação dos distritos sanitários, observam-se duas práticas recorrentes. Uma que identifica como “topográfica burocrática”, a qual reduz as atividades de organização dos serviços de saúde no âmbito de território específico sem se desvencilhar dos vícios existentes na prática administrativa. Ou seja, não rompe com o paradigma assistencial; apenas criam-se novos espaços burocráticos sem mudar de fato as formas de prestação de serviços e, por consequência, o distrito não vai além de uma reforma administrativa. A outra estratégia referida pelo autor é a que identifica o distrito como “processo social”, procurando atuar no âmbito das mudanças na prestação de serviços e na inclusão de práticas sanitárias de modo a obter impacto na situação de saúde da população.

5.5 Da nova Secretaria: Secretaria Especial de Atenção a Saúde Indígena – SESAI/MS

A PNASPI foi aprovada na 114ª Reunião Ordinária do CNS (em 8/11/2001) e sancionada pelo Ministro da Saúde por meio da Portaria nº 254/2002. Ela está voltada para a proteção, promoção e recuperação da saúde aos povos indígenas e garante o exercício da cidadania no campo em que está firmemente alicerçada dentro do ordenamento jurídico-legal, isto é, na Constituição Federal de 1988, que assegura e reconhece as especificidades étnico-culturais e os direitos sociais e territoriais desses povos, e também nas leis 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) e 9.836/199 (Lei Arouca) que “institui o SASISUS” (Art. 19-B) e atribui à União a missão de, “com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena” Art. 19- C (BRASIL, 1999).

Segundo Garnelo (2012), o reconhecimento de que o modo de vida indígena tem singularidades que devem ser respeitadas e de que o SUS não dispunha de preparo adequado para atender a elas levou à proposta de organização de um sistema de saúde específico para os povos indígenas. Como o arcabouço jurídico-político instituído pela reforma sanitária enfatizava a ideia de um único sistema de saúde, vingou a proposta de criar um subsistema do SUS, garantindo assim uma vinculação hierárquica entre essas instâncias. Com essa configuração, o subsistema de saúde indígena foi criado em 1999 pela Lei 9.836 (BRASIL, 1999b)

Dessa forma, é indispensável a adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento e a adequação da capacidade do SUS e a consolidação do SASISUS, tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social. Para que esses princípios possam ser efetivados, é necessário que a atenção à saúde dos povos indígenas se desenvolva de forma diferenciada, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos.

Porém, a relação entre o SUS e seu subsistema tem sido perpassada por conflitos e contradições. Entre eles, a municipalização dos serviços de saúde é um dos mais relevantes e impactantes sobre os direitos indígenas.

Uma das conquistas históricas do movimento de apoio à causa indígena foi o consenso de que a política indigenista deveria ser executada pelo Governo Federal. Os defensores dessa ideia entendem que o preconceito e a hostilidade contra os indígenas costumam se expressar de forma mais aguda nos territórios municipais, em que tensões e disputas entre índios e não-índios eclodem de forma aberta e cotidiana.

No caso da saúde, uma forma de salvaguardar os direitos indígenas seria manter a prestação das ações de saúde no âmbito do próprio MS. No entanto, a chamada descentralização, a diretriz do SUS que preconiza o repasse da execução das ações de saúde para as municipalidades, destituiu a esfera federal de uma rede própria de assistência. Esse é um exemplo das contradições geradas entre a estrutura e funcionamento do SUS e a responsabilidade constitucional do Governo Federal pelo desenvolvimento de políticas de proteção aos direitos indígenas (GARNELO, 2012).

Entretanto, segundo a autora anterior, a delegação da operacionalização das ações de saúde indígena para a FUNASA não eximiu o MS da responsabilidade mais ampla de gerir essa política pública. Em função disso, parte desse monitoramento ficou a cargo da SAS, a qual, além da responsabilidade em coordenar a assistência à saúde da população brasileira como um

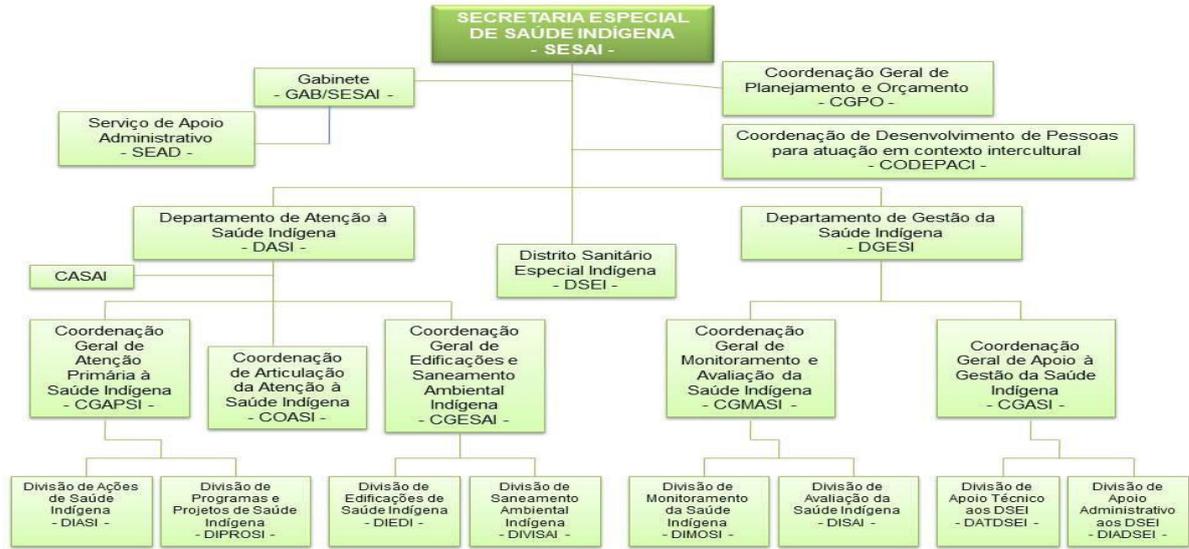
todo, também passou a exercer esse papel junto à população indígena, principalmente na interlocução com os sistemas municipais de saúde.

Até que, em 2010, foi publicado o Decreto N° 7.336/MS que formalizou a decisão governamental de repassar a gestão do subsistema de saúde indígena para a recém-criada SESAI, que recebeu as atribuições anteriormente desenvolvidas pela FUNASA. A criação da SESAI não retirou as atribuições que a SAS já desenvolvia junto aos sistemas municipais de saúde no âmbito da saúde indígena, tendo como missão implementar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, observando as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.

Nessa perspectiva, observa-se na Figura 4 o novo modelo organizacional da SESAI, que, de acordo com o Art. 42, do Decreto 7.336/MS, Brasil (2010a) assume como competências e responsabilidades:

- I. Coordenar a implementação da PNASPI mediante gestão democrática e participativa;
- II. Coordenar o processo de gestão do SASISUS para a proteção, a promoção e recuperação da saúde dos povos indígenas;
- III. Orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, perfil epidemiológico e condição sanitária de cada DSEI, em consonância com as políticas e programas do SUS;
- IV. Coordenar e avaliar as ações de atenção à saúde no âmbito do SASISUS;
- V. Promover a articulação e a integração com os setores governamentais e não-governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena;
- VI. Promover o fortalecimento e apoiar o exercício do controle social no SASISUS, por meio de suas unidades organizacionais;
- VII. Identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena;
- VIII. Estabelecer diretrizes e critérios para o planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de saneamento ambiental e de edificações nos DSEI.

Figura 4- Organograma da Secretaria Especial de Saúde Indígena/MS



Fonte: SESAI/MS

De acordo com o “Art. 45”, aos DSEI, subordinados à SESAI, compete coordenar, supervisionar e executar as atividades do SASISUS, criado pela Lei nº. 9.836, de 23 de setembro de 1999, nas suas respectivas áreas de atuação”.

Figura 5 - Estrutura Organizacional dos DSEI, SESAI/MS



Fonte: SESAI/MS

5.6 Do Modelo de atenção à saúde indígena

Diante de diversos textos técnicos, documentos oficiais e publicações científicas que têm utilizado as noções modelos de atenção e modelos assistenciais de formas variadas, iniciaremos com uma definição de modelo de atenção à saúde consagrada no campo da Saúde Coletiva, que também tem servido de base para orientação de políticas e práticas de saúde, apontadas no Relatório de Consultoria para definição e implantação das Metas e dos Modelos de Atenção, de Organização, de Gestão, de Financiamento e de Monitoramento e Avaliação do Subsistema de Saúde Indígena, realizado pelo Consórcio IDS-SSL-CEBRAP (CEBRAPE, 2009).

Modelo não é padrão, não é exemplo, não é burocracia. Modelo é uma *razão de ser* – uma racionalidade. É uma espécie de lógica que orienta a ação. *Modelo de atenção à saúde* ou modelo assistencial não é uma forma de organizar os serviços de saúde. Também não é um modo de administrar (gestão ou gerenciamento) o sistema e os serviços de saúde. Modelo de atenção é uma dada forma de combinar *técnicas e tecnologias* para resolver problemas de saúde e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma maneira de organizar *meios de trabalho* (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas e processos de trabalho em saúde. Aponta como melhor combinar os *meios técnico-científicos existentes para resolver problemas de saúde* individuais e/ou coletivos. Corresponde à *dimensão técnica* das práticas de saúde. Incorpora uma “*lógica*” que orienta as *intervenções técnicas* sobre os problemas e necessidades de saúde (modelo da intervenção em saúde) (PAIM, 2002, p. 374).

Nesse contexto, trazendo as reflexões de Araújo, Ueta e Freitas (2005), porque entende-se os modelos de atenção à saúde como modelos tecnológicos em saúde, em referência a um conceito de tecnologia mais abrangente, no qual ela é entendida como constituída pelo saber e por seus desdobramentos materiais e não-materiais na produção dos serviços de saúde.

No Brasil, foram implantados diversos modelos tecnológicos na saúde pública. De acordo com Araújo, Ueta e Freitas (2005), até meados da década de 20 do século passado, predominou o modelo conhecido como *campanhismo*, com ênfase na utilização da polícia sanitária e nas campanhas de vacinação e higienização, bem predominante no modelo de atenção à saúde indígena como observamos anteriormente. Até que, ainda de acordo com o autor anterior, no modelo de atenção na saúde pública foi introduzido o modelo médico-sanitário, privilegiando a educação sanitária como principal instrumento de trabalho e o centro de saúde como aparelho.

Na década de 1960, foi implantado o modelo de assistência médica individual, com participação crescente da medicina curativa como meio para alcançar a melhoria das condições de saúde. Sob o ponto de vista dos autores, esse modelo ainda se faz presente, com grande impacto no sistema de saúde, mesmo após a implantação do SUS.

No final da década de 1980, iniciou-se a implantação do SUS, baseada nos critérios de integralidade, igualdade de acesso e gestão democrática. Esse foi o primeiro modelo a definir a AF e a Política de Medicamentos como parte integrante das políticas de saúde, possibilitando ao farmacêutico não só participar de maneira mais efetiva da saúde pública, mas também desenvolver formas específicas de tecnologia envolvendo os medicamentos e seus desdobramentos na prestação de serviços de saúde (BRASIL, 2000c; MARIN et al., 2003).

Nessa perspectiva, partimos do pressuposto de que o conhecimento sobre os medicamentos e seu desdobramento na prestação de um serviço de saúde, consubstanciada no Brasil no termo AF, constitui, para nós, formas específicas de tecnologia, demandando conhecimentos específicos para sua operacionalização. Nessa linha de abordagem, acreditamos, a princípio, que todas essas atividades relacionadas ao medicamento, norteadas pelo termo AF, integram o modelo tecnológico específico do serviço em que estão inseridas, articulando-se a esse e determinadas igualmente pela lógica do modo de produção hegemônico dos serviços de saúde (ARAÚJO; FREITAS, 2006).

A universalidade aponta para a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. Nesse aspecto, a Atenção Básica à Saúde (ABS) tem se constituído em prioridade governamental na reorientação das políticas de saúde no âmbito local com a finalidade de fortalecer a “porta de entrada” do sistema. Nesse sentido, a ABS toma força na década de 1990 com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, hoje então denominado Estratégia da Saúde da Família (ESF), estabelecendo a Unidade de Saúde da Família (USF) como a principal via de acesso da população ao sistema público de saúde.

O PSF tem como “imagem objetivo” superar o modelo de saúde centrado na doença e em práticas, predominantemente, curativas, objetivando a reorganização do processo de trabalho em saúde na atenção básica. Vislumbra também a incorporação de conceitos e práticas inovadoras, balizadas por diferentes tecnologias, entre elas as relacionadas à AF para responder às necessidades apresentadas nos espaços concretos em que as pessoas constroem suas histórias e representam seu processo de saúde-doença (SANTOS; ASSIS, 2006; ASSIS et al., 2007). Vale lembrar que atualmente o PSF não é mais um programa e sim uma estratégia para reorganização da atenção básica; assim, ganhou a denominação de Estratégia Saúde da Família (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Entretanto, refletindo sobre o modelo implantado para a atenção aos povos indígenas no Brasil, chama-nos a atenção quando Cruz (2007b) questiona se os princípios constitucionais, universalidade e diversidade, para os povos indígenas, apresentam faces de uma mesma moeda, em que, entre as principais diretrizes do SUS, a universalidade garantiria o atendimento a todos

e a equidade possibilitaria que as redes de serviços fossem organizadas a partir das desigualdades existentes, buscando ajustar suas ações de acordo com as necessidades de cada parcela da população.

Em 1999, quando a FUNASA assumiu como gestora do sub-sistema da saúde indígena, viabilizou um modelo de atenção que optou pela renúncia à execução direta de serviços, adotando a estratégia de terceirização das ações de saúde a serem desenvolvidas em áreas indígenas. A terceirização é entendida como um processo político-administrativo de transferência total ou parcial das atribuições essenciais do Estado para a esfera privada ou para gestores municipais. As ações foram pactuadas entre o Governo Federal e gestores municipais ou entre governo e entidades não-governamentais que, mediante a aplicação de recursos oriundos do SUS, executam atividades preventivas e curativas dirigidas à população indígena aldeada. O planejamento das rotinas é ordenado num plano distrital renovado anualmente – da mesma forma que o convênio – e aprovado no conselho distrital.

Segundo Garnelo e Sampaio (2005), a forma assumida pela terceirização em saúde indígena não encontra correspondente em qualquer outra área do SUS, que mantém a compra de serviços de entidades privadas, mas sem renunciar à execução direta de ações por meio de serviços próprios.

Na relação dos órgãos do Governo Federal com as esferas estadual e municipal de comando do SUS, a celebração de convênios foi superada com a Programação Pactuada Integrada (PPI) da gestão plena e básica da atenção e o repasse direto de recursos para os fundos de saúde, agilizando o financiamento dos sistemas locais, garantindo a continuidade das programações e a fixação de equipes capacitadas para a execução das ações. Esses mecanismos de gestão são próprios das relações entre os diferentes níveis de comando – federal, estadual e municipal – do SUS, não podendo ser replicados nas pactuações entre governo e entidades civis que permanecem sendo reguladas por convênios.

Noronha e Soares (2002) demonstram a influência da política neoliberal na redução do papel do Estado e na transferência da responsabilidade sanitária para entidades de direito privado.

Tais pressupostos se mantiveram no subsistema de saúde indígena, mas a paradoxal relação da FUNASA com as conveniadas indígenas tendia a moldar sua atuação para atender à execução de políticas e interesses do Estado, gerando um atrelamento a prioridades políticas definidas em espaços exteriores aos grupos étnicos.

A saúde dos povos indígenas vem atravessando uma fase singular no Brasil. Os últimos anos se caracterizaram por alterações profundas, que englobam desde aceleradas

transformações em perfis epidemiológicos até a reestruturação do modelo de gestão da atenção à saúde (COIMBRA JR. et al., 2002; GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, 2003).

Apesar dos investimentos financeiros, a insuficiência de recursos humanos ainda se apresenta como um dos maiores obstáculos para o SASISUS. Uma vez que a FUNASA não dispunha de pessoal para atuar nos DSEI, a alternativa encontrada para sua implantação foi, conforme já sinalizado, contratar serviços de terceiros (terceirização) para realizar o trabalho de saúde nas aldeias. Para tal, foi criada a complementaridade do atendimento (chamada ‘parcerias’) com estados, municípios, organizações não-governamentais e organizações indígenas, com o repasse de recursos da União para essas instituições. Mesmo diante da realização de concurso público para o subsistema em 2009, ainda na gestão da FUNASA, essa dificuldade permanece na nova secretaria que foi criada, em 2010, para assumir como gestora da saúde indígena no país.

O processo de distritalização obteve avanços na extensão de cobertura e no financiamento da saúde indígena. Não obstante, apesar das diretrizes políticas do subsistema, é patente que o princípio de uma atenção “culturalmente diferenciada” não tem sido posto em prática, somando-se a isso a irregularidade e a baixa qualidade dos serviços prestados. Alguns desses problemas decorrem das insuficiências da gestão feita pela FUNASA, particularmente aqueles ligados à rotatividade dos recursos humanos nos DSEI e à inadequação do modelo dos convênios para viabilizar uma provisão regular e organizada de serviços.

Frise-se ainda que, em muitas áreas, praticamente o único prestador de serviços de saúde presente nas aldeias é o agente indígena de saúde que, salvo exceção, carece de supervisão e treinamento continuado (GARNELO, MACEDO; BRANDÃO, 2003).

As práticas sanitárias na saúde indígena vêm caracterizando-se pela fragmentação dos procedimentos e pela ausência de ações intersetoriais capazes de garantir, por exemplo, segurança alimentar e adequadas condições de saneamento, distanciando-se do princípio da integralidade.

Os documentos normativos do subsistema repetem princípios genéricos de ação que não se traduzem em atividades concretas nas programações anuais de atividades dos DSEI. Um exemplo diz respeito ao reconhecimento e fortalecimento dos sistemas de medicinas tradicionais e sua articulação com os serviços de saúde ofertados. Tal reconhecimento, embora recomendado, não se efetiva nas práticas cotidianas das equipes de saúde indígena. Além disso, continuam a vigorar programações baseadas no modelo campanhista de assistência à saúde, caracterizadas pelo deslocamento irregular de equipes de saúde para as aldeias, nos moldes das antigas EVS. Essa estratégia impossibilita uma atenção contínua, integrada e capaz de

responder às necessidades de saúde dos povos indígenas (CHAVES; CARDOSO; ALMEIDA, 2006).

Concomitante à 8ª CNS, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. Nessa oportunidade, foi recomendada que a saúde indígena deveria ser coordenada pelo MS, por meio de um subsistema de serviços de saúde vinculado ao SUS. Essa perspectiva foi reafirmada durante a 9ª CNS, em 1992, quando foi aprovado um modelo de atenção à saúde indígena diferenciado – um subsistema de saúde articulado ao SUS – organizado em distritos sanitários especiais.

Nesse contexto, a construção dos distritos sanitários indígenas começou a se desenvolver no país, conforme citado anteriormente, em diferentes momentos e diferentes condições caracterizadas pelas especificidades culturais de cada povo. Nesse desenvolvimento, as ações em saúde foram se concretizando, introduzindo em sua prática a biomedicina, pela própria característica da unidade gestora; dentre estas práticas, após seis anos de implantação do novo modelo assistencial, a área da AF começa a desenvolver as suas primeiras atividades em um sistema de saúde, que apesar dos requisitos legais, não a conhecia.

6 A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS COMO POLÍTICA DE SAÚDE E SEUS DESDOBRAMENTOS NA SAÚDE INDÍGENA

6.1 Sistema Único de Saúde (SUS)

A Constituição de 1988 define no artigo 196: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário” (BRASIL, 1988). O SUS é definido pelo artigo 198 da CF da seguinte maneira:

[...] As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. Participação da comunidade
Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988, p. 117).

Segundo Polignano (2000), o texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da

população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que se refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania.

No entanto, para Souza (2001), se por um lado, a Constituição Federal de 88 foi um avanço do processo político-social, por outro, manteve um texto permeado de contradições, guardando características das constituições anteriores. Ao lado de inovações políticas e sociais, permaneceram proposições conservadoras na área econômica, tributária e administrativa do Estado e resquícios de conservadorismo na organização do sistema político (BAPTISTA; MACHADO; LIMA 2009).

Apesar de o SUS ter sido definido pela Constituição Federal (BRASIL, 1988), ele somente foi regulamentado em 1990, por meio da Lei n.º 8.080 de 19 de setembro (BRASIL, 1990a), também chamada de Lei Orgânica da Saúde; e pela Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro (BRASIL, 1990b).

Essas leis definem o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento. Contém os princípios doutrinários do SUS, entre os quais se destacam:

- Universalidade – a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão;
- Equidade – o SUS deve tratar de forma diferenciada os desiguais, oferecendo mais a quem precisa mais, procurando reduzir a desigualdade;
- Integralidade – as pessoas têm o direito de serem atendidas no conjunto de suas necessidades e os serviços de saúde devem estar organizados de modo a oferecer todas as ações requeridas por essa atenção integral (MARIN et al., 2003).

Como garantia dos princípios doutrinários do SUS, foram estabelecidos também seus princípios organizacionais e operativos, a saber:

- A descentralização – processo que implica a redistribuição de poder, redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo para garantir a direção única em cada esfera;
- A regionalização e hierarquização – capacidade dos serviços de oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo

tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de solução de seus problemas;

- A participação dos cidadãos – democratização do conhecimento do processo saúde/doença, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema. A descentralização somente será bem sucedida se houver participação da comunidade.
- Para que a rede regionalizada e hierarquizada se organize, é necessário que o processo de descentralização seja bem conduzido; por sua vez, o desenvolvimento da participação da comunidade exige que haja responsáveis locais a quem a população possa se dirigir (MARIN et al., 2003).

O SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar (POLIGNANO, 2000).

A Lei 8.080 estabeleceu que os recursos destinados ao SUS fossem provenientes do Orçamento da Seguridade Social. A Constituição de 1988 procurou garantir a saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

A AF se insere nesse sistema de saúde por meio do artigo 6º da Lei Orgânica da Saúde, Lei n.º 8.080, que declara estar incluída no campo de atuação do SUS a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

A lei não definiu, no entanto, uma política de assistência farmacêutica com financiamento específico, o que só ocorreria em 2006, com a implantação de um pacto celebrado entre o MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), os quais pactuaram responsabilidades entre os três gestores do SUS na gestão do sistema e na atenção à saúde (FERREIRA, 2010).

6.2 Breve Histórico da Assistência Farmacêutica no Brasil

A questão dos medicamentos essenciais, um dos componentes das políticas de saúde, foi incorporada formalmente pela OMS na década de 1970. Durante a 28ª Assembleia Mundial da Saúde, em 1975, foram revistos os principais problemas enfrentados pelos países em

desenvolvimento no que se refere aos medicamentos e propostas novas diretrizes (MARIN et al., 2003).

Avaliou-se a experiência adquirida nos países que haviam implementado esquemas de medicamentos básicos ou essenciais. O objetivo desses esquemas era garantir o acesso dos medicamentos imprescindíveis àquelas populações cujas necessidades básicas de saúde não estavam sendo atendidas pelos sistemas de abastecimentos existentes.

Apontou-se que a seleção desses medicamentos essenciais deveria ser realizada no âmbito local e periodicamente atualizada com a assessoria da comunidade científica. Também se enfatizou, na mesma oportunidade, a importância de promover informação adequada sobre as propriedades, indicações e utilização dos medicamentos selecionados (BERMUDEZ, 1995). Após essa assembleia, foi elaborada, por uma comissão formada pela OMS em 1977, a primeira Relação de Medicamentos Essenciais, contendo cerca de 200 medicamentos. Todos com eficácia comprovada e propriedades terapêuticas bem definidas.

É importante registrar que, com relação ao estabelecimento de relação básica de medicamentos, o Brasil se antecipou à OMS, conforme Decreto 53.612, de 26 de fevereiro de 1964, que estabeleceu a Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Matérias para uso farmacêutico humano e veterinário. Esse decreto firmou também a obrigatoriedade de aquisição aos órgãos da administração pública federal somente dos produtos constantes dessa relação.

Conforme relata Bermudez (1992), o fato é mais importante na medida em que verificamos que a primeira lista padronizada pela OMS somente iria ser divulgada em 1977, portanto 14 anos depois. Pode-se considerar a relação de medicamentos compatível com as necessidades básicas da população. Ao mesmo tempo, destaca-se que essa relação também incluiu diversos produtos para uso veterinário, sendo que diversos deles são para o controle de zoonoses, de maneira que fica evidenciada a prioridade governamental para o controle de agravos à saúde humana.

No Brasil, a existência de uma política específica de AF surgiu com a criação da Central de Medicamentos (CEME) em 25 de Junho de 1971, por meio do Decreto n.º 68.806. Tinha como objetivos gerais (BRASIL, 1971):

- a) Promoção e organização das atividades de assistência farmacêutica à população de baixo poder aquisitivo;
- b) Incremento à pesquisa científica e tecnológica da área químico farmacêutica;
- c) Incentivo à instalação de fábricas de matérias-primas e laboratórios pilotos;

Bermudez (1992) ainda descreve que entre seus objetivos específicos ressaltem-se a identificação de indicadores como a incidência de doenças por região e por faixa de renda, o levantamento da capacidade de produção dos laboratórios farmacêuticos, a racionalização das categorias básicas de medicamentos por especialidades, a organização de eventos científicos, o planejamento e a coordenação de mecanismos de distribuição e venda de medicamentos em todo o território nacional.

Por meio do Decreto n.º 72.552, em 30 de julho de 1973 (BRASIL, 1973a), foi instituído o Plano Diretor de Medicamentos (PDM) que assim foi definido: “o conjunto de diretrizes e normas integradas em um planejamento necessário ao desenvolvimento do sistema farmacêutico nacional, como fonte complementar de saúde e bem-estar social” (CONSEDEY, 2000).

O PDM foi um marco referencial que definia e norteava os rumos da atuação da CEME ao longo dos seus mais de vinte anos de existência. Em 1975, foi criada, como forma de uma política racionalizada de assistência farmacêutica, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, que é nomeada de RENAME (BERMUDEZ, 1992).

A RENAME, elaborada, revisada e atualizada pelo MS, por meio de um grupo técnico-científico de profissionais do país, tem a finalidade de selecionar medicamentos seguros e eficazes que contemplem as principais doenças e agravos à saúde prevalentes no país, respeitadas as diferenças geográficas das distintas regiões que compõem. Constitui hoje não um procedimento burocrático, mas um anseio que norteia a política de assistência farmacêutica que efetivamente venha promover acesso e equidade a um conjunto de apresentações farmacêuticas necessárias às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde da população brasileira.

Em 1988, a CEME organizou o I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos o que, de certa forma, apresentou um diagnóstico da situação do setor. Na ocasião, foram ressaltados: a nacionalização, o não-reconhecimento de patentes, a ampliação da pesquisa, a ampliação da AF e sua inserção no SUS. Não obstante o diagnóstico, entre 1991 e 1992, a cobertura de medicamentos para o SUS foi reduzida em 20% (NEGRI, 2002).

Esse encontro representou a primeira vez que um conjunto de forças da sociedade civil e do Estado se reuniu para discutir o estabelecimento de uma política de AF e de Medicamentos. Nesse evento, definiram-se a assistência farmacêutica e a política de medicamentos como instrumentos estratégicos na formulação das políticas de saúde.

As unidades de saúde, enquanto executoras da atenção primária, cumprem um papel relevante ao responder por uma grande demanda de procedimentos. Constituem, assim, uma forma tecnologicamente específica de atenção que envolve síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, com finalidades curativas e preventivas, assistenciais e educativas. Dentre essas ações, obviamente, incluem-se aquelas ligadas ao medicamento, acesso e uso racional (SCHRAIBER; NEMES; MENDES-GONÇALVES, 1996, apud PEREIRA e FREITAS, 2008 p.22).

Ainda segundo Negri (2002), a partir de meados da década de 1990, o Ministério da Saúde começa a construir uma nova política de medicamentos. Essa nova ação baseia-se em quatro eixos principais:

- a) Descentralização;
- b) Melhoria dos processos de aquisição centralizados;
- c) Intervenção mais ativa no mercado;
- d) Fortalecimento da produção estatal.

Com a extinção da CEME, o MS, por meio da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), instituiu uma nova PNM, que foi aprovada por meio da Portaria GM/MS n.º 3.916/98 (BRASIL, 1998). Esse instrumento passou a nortear todas as ações desse ministério no campo da política de medicamentos do setor público. Tinha como finalidades a promoção do URM, a garantia da segurança, eficácia e a qualidade dos medicamentos e o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais.

Essa PNM teve as seguintes diretrizes (BRASIL, 1998a):

- a) Adoção da relação de medicamentos essenciais;
- b) Regulação sanitária de medicamentos; reorientação da assistência farmacêutica;
- c) Promoção do uso racional de medicamentos;
- d) Desenvolvimento científico e tecnológico;
- e) Promoção da produção de medicamentos;
- f) Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos;
- g) Desenvolvimento e capacitação de Recursos Humanos.

A reorientação prevista da AF nessa política foi fundamentada nas seguintes bases (BRASIL, 1998a):

- a) Na descentralização da gestão;
- b) Na promoção do acesso e uso racional de medicamentos;
- c) Na otimização e eficácia das atividades envolvidas na assistência;
- d) Farmacêutica;

- e) Na busca de iniciativas que possibilitem a redução de preços dos produtos, promovendo, inclusive, o acesso da população a eles no âmbito do setor privado.

Essa requalificação promoveu uma nova definição da AF:

[...] um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos. (BRASIL, 1998a p. 5).

Um novo movimento para a AF se deu com a evolução dessa política de medicamentos que, em 2004, resultou em uma definição mais abrangente e definitiva que está contida no artigo 3º da Resolução n.º 338, do CNS, de 06 de maio de 2004, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica:

[...] a Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (CNS, 2004a p. 3).

6.3 Da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde

Durante muitos anos, as ações de AF no sistema de saúde pública do Brasil se confundiram com as ações da CEME. Esta, criada em 1971, nasceu da preocupação do Estado em relação ao acesso ao medicamento pelos estratos da população de reduzido poder aquisitivo, com o objetivo de promoção e organização das atividades de assistência farmacêutica direcionadas a essa população; identificação de indicadores de saúde por região e faixa etária; levantamento da capacidade de produção dos laboratórios farmacêuticos oficiais e nacionais; coordenação de mecanismos de distribuição e venda de medicamentos em todo o território nacional. Os recursos financeiros eram originários do convênio firmado entre a CEME e o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e a sua gestão era centralizadora, sendo que estados e municípios encontravam-se excluídos de todo o processo decisório (BERMUDEZ, 1992; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010). A assistência farmacêutica estava relacionada

na gestão do sistema de saúde apenas no enfoque do binômio comprar e distribuir medicamentos.

Os medicamentos fornecidos pela CEME, constantes na RENAME, eram destinados ao uso nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde. Esse tipo de financiamento persistiu até o início dos anos 1990, quando houve a extinção do INPS e a sua incorporação ao MS. Desde então, a aquisição de medicamentos continuou por meio do MS, secretarias estaduais e municipais de saúde que mantinham convênios com a CEME (ACURCIO, 2003; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Ao longo dos anos de existência da CEME, foram detectados vários problemas relacionados com o acesso da população aos medicamentos produzidos por ela. Entre eles: a pouca utilização da RENAME pelos prescritores, desperdícios de medicamentos decorrentes principalmente do pouco conhecimento do perfil epidemiológico das populações atendidas, dificuldades de logística com grandes perdas de medicamentos por prazo de validade vencido, além de insuficiência de recursos financeiros (ACURCIO, 2003; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

A década de 1990 foi marcada por uma crise na CEME em razão de atritos entre a instituição e os laboratórios oficiais e escândalos de corrupção que culminaram com a sua extinção em 1997. Ressalta-se, também nessa década, a regulamentação do SUS, por meio da Lei 8.080/90, o que reforçou a necessidade cada vez mais emergente da formulação de uma política nacional de medicamentos, consoante com o novo sistema de saúde do país (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Na tentativa de melhorar esse quadro, vários programas especiais foram criados. Entre eles, o Programa Farmácia Básica (PFB), em 1987, que objetivava racionalizar a disponibilidade de medicamentos essenciais na ABS. Esse programa foi idealizado como um módulo-padrão de suprimento de medicamentos selecionados da RENAME. Os módulos contavam com 48 medicamentos, necessários para atender às necessidades de um grupo de três mil pessoas por um período de seis meses. No entanto, devido a problemas decorrentes, principalmente, da centralização dos processos de programação e aquisição, que não correspondiam ao perfil de demanda das populações atendidas, o programa foi extinto em 1988 (CONSEDEY, 2000; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Mesmo assim, o programa foi reeditado, contemplando apenas os municípios com até 21 mil habitantes e ainda se constatou muitos problemas, principalmente no abastecimento, em razão do não atendimento das necessidades específicas das populações de diferentes localidades.

Diante desse cenário, foi elaborada e aprovada em 1998 a PNM brasileira, com base nos princípios e diretrizes do SUS, integrando esforços para a consolidação do novo sistema de saúde brasileiro e norteando as ações das três esferas de gestão. A PNM traz como diretrizes a adoção da RENAME; a regulação sanitária de medicamentos; a reorientação da AF com descentralização da gestão; a promoção do URM; o desenvolvimento científico e tecnológico; a promoção da produção de medicamentos; a garantia de segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; e o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos envolvidos com a AF (BRASIL, 1998a ; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Ainda de acordo com Oliveira, Assis e Barboni (2010), a premissa básica seria a descentralização da aquisição e distribuição de medicamentos essenciais, respeitando as necessidades das populações locais por meio de critérios epidemiológicos – preocupação pertinente diante de fracassos anteriores com a experiência centralizadora da extinta CEME.

O gestor federal, a partir desse momento, passa a participar do processo de aquisição, mediante o repasse fundo a fundo de recursos financeiros e a cooperação técnica. A partir de então se dá início o processo de descentralização da AF no SUS. Como podemos observar, a atual conformação legal do componente AF no âmbito do SUS é decorrente da construção histórica da PNM inserida na PNS, tendo o MS como o principal agente e força condutora na formulação e implementação dessa política.

A distribuição de medicamentos em qualquer nível de atenção à saúde é uma das atividades da AF. A PNM, aprovada em 1998, definiu as funções e finalidades da AF dentro do SUS como um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, incluindo o abastecimento de medicamentos (seleção, programação e aquisição) com base na adoção da RENAME; a conservação e o controle de qualidade; a segurança e a eficácia terapêutica e o acompanhamento e avaliação da utilização para assegurar o seu uso racional. A PNM também estabelece que a gestão da AF deva ser descentralizada e a aquisição feita com base em critérios epidemiológicos para melhor atender às necessidades locais das populações por medicamentos (BERMUDEZ, 1992).

O Brasil vem experimentado, desde a criação do SUS, mudanças importantes no seu sistema público de saúde. Nesse contexto, princípios importantes vêm norteando a política de saúde do país, tais como universalidade do acesso, integralidade da atenção e equidade (ROSA; LABATE, 2005; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Os resultados positivos do PSF são reconhecidos pela OMS. O World Health Report (2008) - que tem como tema *Atenção Primária à Saúde* - ressalta a importância da universalização da atenção à saúde e atenção primária como estratégia para a prevenção e

detecção precoce de doenças, além da promoção da saúde e do estímulo a ações intersetoriais. Para a OMS, a atenção primária deve ser a base a partir da qual se guia o paciente por todo o sistema de saúde, orientando-o e assegurando-lhe o acesso aos cuidados de que necessita.

Com a mesma perspectiva de reorientar o modelo de atenção, outras políticas específicas foram implantadas. Algumas foram estratégias utilizadas temporariamente como foi o caso dos mutirões nacionais de cirurgias eletivas – cirurgia de catarata, varizes, próstata e retinopatia diabética. Outras representaram mudanças muito mais profundas como as políticas de saúde mental, transplantes, saúde bucal, atendimento de urgência e emergência e assistência farmacêutica (PIOLA et al., 2008).

Para os autores anteriores, muitos desafios ainda precisam ser enfrentados. Esses relacionam-se à expansão da rede assistencial, melhoria dos processos de trabalho e gestão, maior qualificação dos profissionais e serviços ofertados e melhor integração entre os diversos níveis de complexidade da atenção, de modo a assegurar o acesso e a continuidade dos tratamentos necessários para resolver os problemas de saúde das pessoas atendidas com maior eficácia. Com relação à expansão da rede assistencial e à integração entre os diversos níveis de atenção, para que o PSF se converta efetivamente na porta de entrada do sistema de saúde, faz-se necessário que os outros níveis de atenção estejam preparados para atender à demanda referida a partir da atenção básica. Essa preocupação já havia sido destacada por diversos atores. Entre estes, os participantes da XI CNS.

Nesse nível de atenção, procura-se responder às demandas sanitárias e às relacionadas com as ações clínicas. No primeiro caso, estão as ações de saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, vacinação, informação em saúde, entre outras. As demandas relacionadas com as ações clínicas incluem vigilância epidemiológica (prevenção e tratamento de doenças de relevância epidemiológica) e as tipicamente clínicas (prevenção, tratamento e recuperação, com apoio de técnicas diagnósticas e terapêuticas) (ASSIS et al., 2007).

A distribuição de medicamentos na ABS é parte integrante do processo de cura, reabilitação e prevenção de doenças. Os medicamentos distribuídos nesse nível de atenção são os chamados medicamentos essenciais que, segundo a OMS, são aqueles que satisfazem as necessidades de cuidados de saúde básica da maioria da população. São selecionados de acordo com a sua relevância na saúde pública, evidência sobre a eficácia e segurança e os estudos comparativos de custo efetividade (WHO; 2004).

Nesse contexto, a ampliação do acesso da população ao sistema de saúde público, principalmente por meio da ABS, exigiu, ao longo dos últimos anos, mudanças na organização da AF dentro do SUS, de maneira a aumentar a cobertura da distribuição gratuita de

medicamentos e ao mesmo tempo minimizar custos. Além disso, foi necessária a construção de um arcabouço legal para sustentar o processo de descentralização da gestão das ações da AF e, assim, garantir o acesso da população a medicamentos considerados essenciais (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

6.4 Do Financiamento da Assistência Farmacêutica no SUS

Para Oliveira, Assis e Barboni (2010), no final da década de 1990, os municípios passam a gerir a aquisição de medicamentos essenciais distribuídos na ABS, enquanto a aquisição dos outros medicamentos referentes a programas específicos continua centralizada nas esferas estadual e federal.

O financiamento passa a ser norteado pelo Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica estabelecida na Portaria GM no 176/99. A participação da esfera federal passa a ser por meio de repasse fundo a fundo, do fundo federal para os fundos estaduais e municipais de saúde com recursos no valor de R\$ 1 (um real) por habitante/ano, repassado em parcelas de 1/12 mensais. A participação dos estados e municípios é feita por meio das contrapartidas financeiras que, somadas, não podem ser inferiores ao valor repassado pelo Governo Federal (MS, 1999 d).

O gestor municipal passa a ter algumas responsabilidades importantes como coordenar e executar a AF no seu respectivo âmbito; associar-se a outros municípios por intermédio de organização de consórcios, tendo em vista a sua execução; promover o uso URM junto à população, aos prescritores e aos dispensadores; assegurar a dispensação adequada de medicamentos; definir a relação municipal de medicamentos essenciais com base na RENAME e no perfil epidemiológico da população; assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica; investir na infraestrutura das centrais farmacêuticas e das farmácias dos serviços de saúde, visando assegurar a qualidade dos medicamentos (BRASIL, 1998a).

No entanto, sabe-se que as condições da AF nos municípios brasileiros ainda estão bem distantes daquelas necessárias para que estes assumam suas funções de executores dessa política. Estudos realizados sobre a implementação da PNM apontam para problemas na organização das atividades voltadas para o medicamento decorrentes da falta de prioridade para com esse campo de assistência, observada historicamente na organização do sistema do SUS. Em março de 2006, com a aprovação da Portaria GM 698/2006, instituiu-se então o bloco de financiamento para a AF constituído por quatro componentes: componente básico da AF; componente estratégico da AF; componente medicamentos de dispensação excepcional e

componente de organização da AF. Esse último foi retirado do bloco de financiamento pela Portaria nº 204/2007 (BRASIL, 2007a).

O componente básico da AF destina-se à aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da ABS e aquelas relacionadas a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados. Ele é composto por uma parte financeira fixa e de uma parte financeira variável. A parte financeira fixa consiste em um valor *per capita* destinado à aquisição de medicamentos e insumos de AF em ABS, transferido ao Distrito Federal, estados e/ou municípios, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB).

Nessa perspectiva, os gestores estaduais e municipais devem compor o financiamento da parte fixa, como contrapartida, em recursos financeiros ou insumos, conforme pactuação na CIB e normatização da política de AF vigente (BRASIL, 2007a).

A parte financeira variável do componente básico consiste em valores *per capita* destinados à aquisição de medicamentos e insumos de AF dos Programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo. Os recursos poderão ser executados pelo próprio MS ou descentralizados, conforme pactuação na Comissão Intergestora Tripartite (CIT), mediante a implementação e organização dos serviços previstos nesses programas (BRASIL, 2007a).

Configura-se então a atual conformação legal da AF no SUS, que, apesar de bem estruturada por meio das várias diretrizes e intenções expressas na legislação, ainda está restrita basicamente às atividades relacionadas ao processo de abastecimento de medicamentos.

A preocupação com o aumento da cobertura na distribuição de medicamentos é perceptível, principalmente no âmbito federal, especialmente em relação aos medicamentos essenciais distribuídos na ABS. Tal fato pode ser constatado por meio da aprovação de leis que regulamentem o financiamento para aquisição de tais medicamentos pelos municípios. Apesar disso, a análise da legislação sobre AF no SUS mostra que as questões do financiamento e de utilização racional dos recursos são predominantes, em detrimento da qualidade dos medicamentos adquiridos e dos processos envolvidos na dispensação, entre eles aspectos importantes como a orientação e educação do usuário.

Diante dessa realidade, a aprovação, em 2004, da PNAF vem reforçar o caráter amplo da AF com ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS (BRASIL, 2004a).

Por meio da PNAF, verifica-se a inserção da Atenção Farmacêutica como prática norteadora das atividades do farmacêutico dentro da AF. A Atenção Farmacêutica é considerada por Hepler e Strand (1999) como uma forma responsável de prover a

farmacoterapia, considerando prioritariamente os resultados que devem ser alcançados, de modo a influir decisivamente na melhoria da qualidade de vida dos usuários, por meio de orientação adequada quanto ao uso correto dos medicamentos, assim como à promoção do seu uso racional. Dessa maneira, a Atenção Farmacêutica tem a pretensão de atender uma necessidade dentro do SUS de humanização do atendimento, estabelecimento de vínculo e acolhimento em relação ao usuário.

6.5 Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde

As UBS constituem a principal porta de entrada do sistema de assistência à saúde estatal em nosso país. Entretanto, o vínculo do serviço farmacêutico está relacionado com o modelo curativo, centrado na consulta médica e pronto-atendimento, com a farmácia apenas atendendo a essas demandas (ARAÚJO et al., 2008).

Para Oliveira, Assis e Barboni (2010), no que tange à organização e ao financiamento da AF no âmbito do SUS, percebem-se duas realidades um tanto quanto distintas. Por um lado, a AF legal consolidada e estruturada pelas respectivas leis e portarias que, de certa forma, norteia e contribui para uma melhor organização da área nos municípios. Por outro lado, visualiza-se a AF real, atravessada por vários problemas de ordem organizacional e financeira que comprometem o acesso dos usuários aos medicamentos necessários para a sua terapêutica.

Essa realidade vem sendo comprovada por meio de vários estudos de avaliação da AF (GUERRA JR. et al.; 2004; NAVES; SILVER, 2005), realizados em unidades de ABS em distintas regiões do país. Os resultados dessas pesquisas mostram que a realidade do desenvolvimento das ações de assistência farmacêutica na ABS é bem diferente do que está instituído na legislação e do que é recomendado pelo MS.

Tais avaliações verificaram que grande parte dos municípios brasileiros, especialmente os mais carentes, sofrem com a baixa disponibilidade e descontinuidade da oferta de medicamentos essenciais nas unidades de ABS. Além disso, a dispensação na maioria das unidades é feita por trabalhadores sem qualificação para orientar os usuários quanto ao uso correto dos medicamentos. Em muitas unidades, as condições de armazenamento dos medicamentos são inapropriadas, comprometendo sua qualidade. Outro problema encontrado é a prescrição de medicamentos que não pertencem à RENAME, afetando o acesso dos usuários à farmacoterapia.

A análise dos resultados dessas pesquisas possibilita a identificação de possíveis causas para os problemas encontrados na AF na ABS no âmbito do SUS. Entre eles, a falta de

comprometimento ou a ingerência do gestor em relação à essa área; escassez de recursos financeiros, ausência de planejamento e programação para a aquisição de medicamentos; aquisições equivocadas; e o armazenamento em condições inapropriadas que contribui para a deterioração dos medicamentos, ocasionando perdas.

Em meio a inúmeras necessidades e demandas, a estruturação da AF parece não ser considerada prioritária na disputa por recursos nos orçamentos de saúde. Talvez sua importância ainda não esteja explicitada para a maioria dos gestores – realidade constatada pelas condições físicas e de recursos humanos das farmácias das unidades de saúde. Nesses locais, as farmácias geralmente ocupam espaços pequenos, sem condições mínimas necessárias para o armazenamento de medicamentos. A dispensação é feita por trabalhadores sem capacitação e muitas vezes existem grades separando o usuário do profissional que faz o atendimento, descaracterizando a humanização do serviço (VIEIRA, 2007).

Os desafios para a estruturação e a implementação de uma Assistência Farmacêutica efetiva na esfera municipal, principalmente na ABS, começa pela conscientização, por parte dos gestores, da importância de sua estruturação no município, por meio de investimentos em estrutura física, organização dos processos e capacitação permanente dos trabalhadores envolvidos com as atividades que fazem parte do ciclo da AF. Dessa maneira, a distribuição de medicamentos à população pode se tornar viável, racional e mais eficiente (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Nesse aspecto, o autor anterior aponta que há também a necessidade de aproximação do profissional farmacêutico com as unidades de saúde que dispensam o medicamento, de maneira a se comprometer não só com as atividades relacionadas ao processo de programação e aquisição como também com a relação existente entre o usuário e o URM.

A Atenção Farmacêutica é uma nova perspectiva de conduta do farmacêutico perante o usuário do medicamento. Nela, o profissional teria que estabelecer uma relação estreita e acolhedora com o usuário, comprometendo-se com o sucesso de sua farmacoterapia. Dessa maneira, o farmacêutico deixará de se ocupar estritamente com atividades de caráter burocrático relacionadas com a aquisição de medicamentos para se ocupar também do usuário.

Para a implantação da assistência farmacêutica integral, é necessário um aprimoramento que possibilite a avaliação de seu impacto na qualidade de vida do usuário e na redução de custos para o sistema de saúde. No entanto, nas UBS ou distritais, modelos tecnológicos de uso de medicamentos, são difíceis de serem implantados e avaliados, devido, em parte, às condições inerentes ao atendimento. Nesse trabalho, foi considerado o PSF na Saúde Indígena em Pernambuco, como o ambiente propício para o desenvolvimento de modelos tecnológicos de

uso do medicamento e avaliação de seu impacto, uma vez que esse programa tem como estratégia ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos sadios ou doentes em seu ambiente familiar por meio de um atendimento contínuo e integral.

6.6 O medicamento como valor simbólico e a sociedade de consumo

Na sociedade moderna, à medida que o acesso ao consumo foi convertido no objetivo principal para o desfrute de níveis satisfatórios de bem-estar, bons níveis de saúde passaram a ser vistos como possíveis na estreita dependência do acesso a tecnologias diagnóstico-terapêuticas. A eficácia e a efetividade delas se tornaram cada vez mais subordinadas ao grau de esmero técnico alcançado (BARROS, 2004; BARROS, 1995).

Para Rozenfeld (1992), o consumo é algo inerente ao homem, havendo uma relação entre as transformações da sociedade e o fenômeno do consumo. Sendo assim, o medicamento não está desvinculado dessa característica social. Diferentemente de outras épocas históricas, o capitalismo pós-moderno incentiva o consumo através da publicidade e da idéia de substituição do “prazer vicário do ter sobre o ser. Esse fenômeno caracteriza a medicalização e uma das grandes consequências do seu incremento é a intensificação da dependência. As pessoas pretendem resolver seus problemas, sejam eles médicos ou não, recorrendo aos serviços oferecidos pelo sistema de saúde (BARROS, 1995).

O uso de drogas pela humanidade, para os mais diversos fins, é antiquíssimo e permanece como um ato, ainda hoje, cheio de conteúdos simbólicos nas mais diversas culturas (HAAIGER-RUSKAMP; HEMMINKI, 1980).

No artigo de Aquino (2008), observa-se que estudos sobre consumo de medicamentos, realizados há mais de trinta anos, trazem conceitos e afirmativas que se mantêm na atualidade; como o estudo de Cordeiro (1980), que afirmava que os medicamentos ocupam o lugar de símbolos e representações que obscurecem os determinantes sociais das doenças, iludem os indivíduos com a aparência de eficácia científica e, como mercadoria, realizam o valor e garantem a acumulação de um dos segmentos mais lucrativos do capital industrial.

E ainda o estudo de Lefèvre (1983), que aponta que essa afirmação é apenas parcial, pois os medicamentos conseguem iludir e funcionam como paliativos dos sofrimentos de milhares de indivíduos. Não como aparência, mas com a realidade da sua eficácia científica.

A utilização de medicamentos é um processo complexo, com múltiplos determinantes que envolvem diferentes atores. As diretrizes farmacoterápicas adequadas para a condição clínica do indivíduo são elementos essenciais para a determinação do emprego dos medicamentos. Entretanto, é importante ressaltar que a prescrição e o uso de medicamentos são

influenciados por fatores de natureza cultural, social, econômica e política (PERINI; MODENA; RODRIGUES, 1999; FAUS, 2000;).

A prática profissional médica sofre influência direta do processo educacional, das diretrizes das políticas sanitárias e de trabalho, da estrutura do sistema de saúde e do modelo assistencial. Estudos mais analíticos e menos diagnósticos vêm chamando atenção para a concepção que ainda prevalece sobre o medicamento como bem de consumo e não como insumo básico de saúde, passando assim, segundo Marin et al. (2003), a ser um:

Objeto desvirtuado no Sistema de Saúde, inviabilizando o desenvolvimento de um enfoque que priorize o cuidado com a terapêutica medicamentosa, envolvendo nessa concepção a formação dos profissionais, o processo de educação continuada, a orientação à população e o acompanhamento do uso adequado e racional dos medicamentos (MARIN et al., 2003, p. 130).

Nesse contexto, na atualidade, permanece a necessidade nos sistemas de saúde do alcance da promoção URM. Para a OMS, é preciso, em primeiro lugar, estabelecer sua necessidade. A seguir, que se receite o medicamento apropriado, a melhor escolha, de acordo com os ditames de eficácia e segurança comprovados e aceitáveis. Além disso, é necessário que o medicamento seja prescrito adequadamente, na forma farmacêutica, doses e período de duração do tratamento; que esteja disponível de modo oportuno, a um preço acessível e que responda sempre aos critérios de qualidade exigidos, que se dispense em condições adequadas, com a necessária orientação e responsabilidade, e, finalmente, que se cumpra o regime terapêutico já prescrito, da melhor maneira possível (WHO, 1987). Conceito semelhante também é proposto pela PNM, segundo Aquino (2008).

Não muito diferente dessa realidade inserem-se as comunidades indígenas do país, em que ampliar o acesso a medicamentos essenciais a essas populações de forma racional é também uma preocupação da gestão pública, principalmente pelo caráter étnico-cultural envolvido com essas comunidades.

Tais problemas, segundo Nascimento Jr. (2000), refletem atitudes e condutas de diversos atores: governos, prescritores, dispensadores, consumidores e da própria indústria farmacêutica e se manifestam na falta de infraestrutura, de recursos humanos e de recursos financeiros ou orçamentários.

6.7 Assistência Farmacêutica na Saúde Indígena

6.7.1 Aspectos legais

A Constituição Federal de 1988, nos artigos 231 e 232, reconheceu as especificidades étnicas, culturais e territoriais dos povos indígenas, bem como o respeito às suas organizações, assegurando-lhes a capacidade civil plena e tornou obsoleta a instituição da tutela desses povos. A Constituição de 1988 favoreceu, igualmente, transformações no campo das políticas públicas focalizadas nessa clientela (URDAPILLETA, 2010).

Esse instrumento legal consolidou o marco regulatório da assistência à saúde dos povos indígenas, uma vez que o processo de normatização se iniciou em 1999, com o Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999 e a Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Em 2002, foi instituída a PNASPI, por meio da Portaria do MS nº254, de 31 de janeiro de 2002, com o propósito de garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios do SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

A política criada prevê a adoção de um modelo complementar ao SUS, porém diferenciado e culturalmente aceito, no qual os sistemas médicos tradicionais com a forma ocidental de tratamento e cura sejam integrados (URDAPILLETA, 2010).

No âmbito de diretrizes, segundo a PNASPI (BRASIL, 2002), no sub-item 4.5, aponta para a promoção do URM, que envolvem ações direta e indiretamente da AF no contexto da atenção à saúde indígena, tais como as atividades de Seleção, Programação, Aquisição, Armazenamento, Distribuição, Controle e Vigilância – nessa compreendida a dispensação e prescrição de medicamentos que devem partir, em primeiro lugar, das necessidades e realidades epidemiológicas de cada distrito sanitário e estar orientada para garantir os medicamentos necessários. Devendo contemplar nessas ações as práticas de saúde tradicionais dos povos indígenas, que envolvam o conhecimento e o uso de plantas medicinais e demais produtos da farmacopeia tradicional no tratamento de doenças e outros agravos à saúde; devendo essa prática ser valorizada e incentivada, articulando-a com as demais ações de saúde dos DSEI; além do disposto da Portaria Nº070/GM, BRASIL(2004c), na qual aprova as diretrizes de Gestão da PNASPI, que fica a cargo da FUNASA também a aquisição e a distribuição de medicamentos de maneira racional, bem como prover os distritos sanitários com todos os insumos necessários para o seu funcionamento.

Essa PNASPI, com o objetivo de orientar os gestores no sentido de tornar efetivas essas ações e diretrizes da AF para os povos indígenas, em conformidade com a PNM, ainda no seu sub-item 4.5, estabelece os seguintes pressupostos:

1. Descentralização da gestão da AF no âmbito dos DSEIs;
2. Promoção do uso racional dos medicamentos essenciais básicos;
3. Avaliação e adaptação dos protocolos padronizados de intervenção terapêutica e dos respectivos esquemas de tratamento, baseadas em decisão de grupo técnico interdisciplinar de consenso, considerando as variáveis socioculturais e as situações especiais;
4. Promoção de ações educativas no sentido de garantir adesão do paciente ao tratamento, inibir as práticas e os riscos relacionados com a automedicação e estabelecer mecanismos de controle para evitar a troca de medicação prescrita e a hipermedicação;
5. Autonomia dos povos indígenas quanto a realização ou autorização e divulgação da farmacopeia tradicional indígena, seus usos, conhecimentos e práticas terapêuticas.

Para tanto, a proposta envolveu a criação de uma rede de serviços de saúde nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do SUS para essa população, adotando medidas que tornassem factíveis e eficazes a aplicação de princípios e diretrizes de descentralização, universalidade, equidade e controle social (BRASIL, 2002a).

Baseados nos princípios e diretrizes dessa política, a FUNASA, a partir de junho de 2004, de uma forma ainda que incipiente, iniciou as atividades da área de AF no DESAI, a partir de experiências dos DSEI Pernambuco, Alagoas e Mato Grosso. Até então, a instituição só entendia, dentro da DESAI, a área de AF, apenas como atividades restritas às ações de aquisição e distribuição de medicamentos.

6.7.2 Primeiras iniciativas da implantação da Assistência Farmacêutica no Subsistema de Saúde Indígena

A inclusão da AF na Saúde Indígena, no modelo de gestão que vem se desenvolvendo atualmente, teve início no DSEI-PE, quando foi apresentada uma proposta de trabalho formalizada para a instituição. Em setembro de 2004, essa proposta foi aprovada pelo CONDISI local. A partir de então, o DESAI, também, almejando uma nova visão sobre a área da AF, nos convidou para iniciarmos as atividades, a nível de presidência da FUNASA, em que tivemos a colaboração dos farmacêuticos do DSEI Alagoas/Sergipe, DSEI Mato Grosso do Sul, DSEI

Paraíba e um colega que foi contratado como consultor pela OPAS para a área no DESAI (SANTOS, 2007).

Em dezembro de 2004, em um esforço conjunto do DESAI - Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde (DAF/MS) e alguns profissionais farmacêuticos dos distritos, foi realizada a 1ª Oficina Nacional de Assistência Farmacêutica para a Saúde Indígena, com o objetivo de construir estratégias para formulação de uma política de assistência farmacêutica para a atenção à saúde dos povos indígenas. Estratégias essas que serviram de instrumento para inserir, pela primeira vez, a área de AF no Plano Operacional de Ações (POA) da FUNASA, para o biênio 2005-2006 (ANEXO B).

A oficina teve como objetivo discutir estratégias para a organização da AF para a atenção à saúde dos povos indígenas. Diante de tais ações, um amplo debate com os profissionais de saúde que atuam nas áreas indígenas para conhecimento e valorização das experiências locais, identificação das formas de atuação, suas especificidades e adversidades, foi realizado para subsidiar o desenvolvimento das diretrizes nacionais (ANEXO C).

Segundo Santos (2007), a proposta de criação de uma política de assistência farmacêutica para a saúde indígena teria como objetivo integrar as ações da PNASPI com a PNM com o objetivo de alcançar uma Política Farmacêutica na busca da promoção do URM, respeitando a autonomia das práticas e saberes da medicina tradicional indígena, orientada por três diretrizes:

1. A organização de serviços farmacêuticos na atenção à saúde indígena;
2. A articulação com a medicina tradicional indígena;
3. A promoção do uso adequado e racional de medicamentos, considerando as especificidades socioculturais e epidemiológicas das populações enfocadas.

Essa oficina também contribuiu com a consolidação de espaço da área de AF, como Área Técnica, e do profissional farmacêutico nas ações multidisciplinares no âmbito da atenção da saúde indígena no DESAI. Foram contratados por meio da OPAS dois farmacêuticos para o DESAI que, sempre com o assessoramento, inicialmente do farmacêutico do DSEI-PE, e posteriormente da Paraíba, Mato Grosso e Alagoas, tendo como prioridade, nesse primeiro ano de atividade da área, os processos de aquisição de medicamentos de forma centralizada na presidência da FUNASA, representando, para a maioria dos distritos, a única forma de abastecimento de medicamentos para as suas ações em saúde.

Essas atividades junto às iniciativas do DSEI-PE representam o marco inicial das ações da AF da saúde indígena em um modelo de gestão harmonizado com os princípios e diretrizes da PNM, conforme Relatório de Gestão Funasa 2003/2005 (FUNASA, 2005b).

A partir de então, todo um processo foi desencadeado na instituição para estruturação das atividades estabelecidas e apontadas como etapas prioritárias para alcançar as metas de implantação de uma política de AF para os povos indígenas.

Em março de 2006, o tema AF também foi contemplado no documento base para o debate na IV CNSI (BRASIL, 2006e). A proposta da construção de uma política de AF para os povos indígenas foi aprovada, bem como outras necessidades da população quanto ao acesso a medicamentos e à garantia das práticas tradicionais indígenas no contexto. Para a construção da política, houve indicação de formação de um grupo técnico para o seu desenvolvimento por meio do Fórum Nacional de Conselheiros Distritais. No entanto, até a presente data, essa atividade não foi retomada, mas seus eixos prioritários e diretrizes vêm sendo desenvolvidos.

Na gestão da FUNASA, algumas iniciativas foram desenvolvidas com o objetivo de ampliar e aperfeiçoar os serviços oferecidos por meio de estratégias de articulação dos sistemas tradicionais indígenas ao sistema de saúde oficial, conforme preconizada pela Diretriz 4.4 da PNASPI (BRASIL, 2002a). Foi criada a Área de Medicina Tradicional Indígena (AMTI), no âmbito do Subcomponente 2 – Ações Inovadoras em Saúde Indígena, do Projeto Vigisus II/Fundação Nacional de Saúde²¹). Durante o ano de 2003, a partir das poucas experiências existentes no Brasil, foi elaborado o Plano de Ação da AMTI que começou a ser executado no final de 2004, quando entrou em vigor o Projeto Vigisus II.

Fazendo interface com a AF em Pernambuco, foi desenvolvido o projeto “Estudos para a Sustentabilidade Ambiental e Cultural do Sistema Médico Fulni-ô: Oficina de Plantas Medicinais”, tendo como produto final, em junho de 2007, a inauguração da Oficina de Plantas Medicinais no Município de Águas Belas (ANEXO D). Nesse contexto, a área de AF começa um processo de discussão com a Medicina Tradicional Indígena (MTI), para identificação de espaços interculturais entre as duas ciências (Biomedicina e Medicina Tradicional).

Esse projeto teve o apoio do DSEI-PE por meio da área de AF. Infelizmente, em 2009, quando o projeto foi concluído, as atividades foram suspensas, sendo reativadas em 2013, seguindo outro modelo de desenvolvimento.

Como consequência da história da AF no país, em que o binômio comprar e distribuir medicamentos era a política predominante nos sistemas de saúde, no SASISUS não poderia ser

²¹O Projeto Vigisus II, Projeto de Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, foi viabilizado por meio do Acordo de Empréstimo nº 7227 BR, de 1999, firmado entre o Governo Brasileiro e o Banco Interamericano para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD).

diferente. Uma das principais estratégias para a consolidação da área foi o processo de sensibilização dos gestores frente a um novo olhar para a “assistência farmacêutica” como política de saúde, voltada para a promoção, proteção e recuperação da saúde e não apenas para “comprar e distribuir medicamentos”.

No Relatório de Gestão da FUNASA 2006, apresentam-se as principais ações desenvolvidas para o Programa de Assistência Farmacêutica, visando integrar as ações da PNASPI com a PNM, objetivando a busca da promoção do URM, respeitando a autonomia das práticas e saberes da medicina tradicional indígena (BRASIL, 2007d).

Dentre as principais atividades que mereceram destaque, identifica-se a participação da área técnica de AF nas conferências distritais de saúde indígena e na 4ª CNSI, resultando na aprovação da “Proposta de elaboração e implementação de uma Política de Assistência Farmacêutica para os Povos Indígenas”, no eixo Temático Direito à Saúde; conforme colocado anteriormente neste estudo.

A formalização do Comitê Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT) com abrangência no DESAI e DSEIs em agosto de 2006, por meio da Portaria MS/FUNASA 1057, BRASIL (2006f), como podemos identificar no (Anexo E). Representa um marco importante para a construção e consolidação da Assistência Farmacêutica na Saúde Indígena, tendo como principais objetivos assessorar a equipe gestora e técnica multidisciplinar na formulação e implementação das políticas relacionadas com protocolos terapêuticos, seleção e programação; e elaborar e atualizar periodicamente a relação nacional de medicamentos essenciais para a Saúde Indígena, considerando as suas especificidades regionais.

Esse comitê teve sua primeira reunião realizada em novembro de 2006, durante o I Encontro Nacional de Farmacêuticos da Saúde Indígena, no qual, em parceria com o DAF-MS, foi realizada uma Oficina de Planejamento e Gestão em Assistência Farmacêutica como uma primeira iniciativa de capacitação aos nossos profissionais, que, nesse exercício, já somava cerca de 30 profissionais farmacêuticos na saúde indígena, em todo país, no âmbito da gestão da assistência farmacêutica.

No exercício de 2007, como atividade significativa, em resposta a um diagnóstico situacional junto a todos os distritos, para levantar as necessidades em instalações físicas para o desenvolvimento das atividades da AF recentemente instaladas nos DSEI e Polos-Base; foram repassados recursos financeiros do DESAI aos distritos para aquisição de equipamentos para os serviços de assistência farmacêutica nestas unidades de saúde, para adequação em cumprimento à legislação sanitária vigente, que estabelece as condições mínimas necessárias para as boas práticas de armazenamento e distribuição de medicamentos (BRASIL, 1998b).

De modo geral, segundo Araújo et al. (2008), um serviço de boa qualidade é aquele que cumpre os requisitos estabelecidos de acordo com os recursos disponíveis, satisfazendo as aspirações de obter o máximo benefício com um mínimo risco para a saúde, proporcionando o bem-estar dos usuários. Por conseguinte, a qualidade da atenção à saúde pode ser caracterizada pelo grau de competência profissional, pela eficiência na utilização dos recursos, pelo risco proporcionado aos pacientes, pela satisfação dos usuários e pelo efeito favorável na saúde.

Um dos referenciais mais conhecidos nesse assunto relata que esses elementos só podem ser obtidos se existir conhecimento sobre eles e se forem usados de forma construtiva nas seguintes esferas:

- a) Estrutura: forma de organização da atenção, no que refere às condições econômicas, à gestão, ao equipamento, às instalações e aos sistemas de informação;
- b) Processo: que compreende as atitudes tomadas no fornecimento de informações e na prestação de serviços de prevenção, diagnóstico, terapêutica e reabilitação dos pacientes;
- c) Resultados: são os efeitos da atenção dispensada na saúde e no bem-estar dos pacientes como o grau de satisfação obtido, a eficácia na utilização dos recursos e a avaliação científica das atividades.

Segundo o autor, a tecnologia tem um papel essencial a desempenhar, já que é um elemento da estrutura e do processo e pode determinar os resultados. Essa tecnologia envolve uma base material como os equipamentos, medicamentos, instrumentos e instalações, além de uma base imaterial que são os métodos e procedimentos utilizados na prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação dos pacientes e restabelecimento da saúde.

Tendo o abastecimento de medicamentos como um dos principais focos de atividade da área, nos exercícios de 2007 a 2008, frente a mudanças internas importantes no DESAI. Essa teve suas atividades, no âmbito nacional, praticamente voltada para o abastecimento que, conseqüentemente, gerou sérios problemas quanto à falta e desperdício de medicamentos.

No final de 2008, outras ações começam a ser retomadas, dentre elas a implantação de um Sistema de Informação que atenda às necessidades em gestão de controle de estoque para todos os distritos sanitários, em que, por meio da Portaria MS/FUNASA nº. 942/08, BRASIL (2008), implanta o Sistema de Controle de Estoque de Medicamentos (SISCOESC) como modelo nacional para todos os distritos brasileiros, trazendo um impacto importante na melhoria da gestão para a Área.

Em 2010, é revogada a Port. 1057/06, constituindo novos membros para o Comitê Nacional de Farmácia e Terapêutica, por meio da Portaria MS/FUNASA 763/10; instituindo

assim a nova Relação Nacional de Medicamentos Essenciais para a Saúde Indígena – REMISI. Esse grupo foi constituído por técnicos do DESAI, DSEI-PE e convidados do DAF-MS e professores consultores da área de pesquisa clínica e desenvolvimento de fármacos da UFRGS. (BRASIL,2010d)

A OMS define medicamentos essenciais como aqueles que satisfazem as necessidades de saúde prioritárias da população, os quais devem estar acessíveis em todos os momentos, na dose apropriada, a todos os segmentos da sociedade (OMS, 2002). Seguramente, as populações indígenas brasileiras também têm o direito de ter acesso a medicamentos essenciais, principalmente a informação.

O uso desmedido, desnecessário e acrítico de medicamentos associa-se a desperdício de recursos, acesso deficiente aos tratamentos essenciais, erros de medicação, efeitos adversos, interações farmacológicas, resistência microbiana e até mortes (HOEFLER; MALUF, 2010). Vários estudiosos da saúde pública ponderam que trabalhar com lista de medicamentos essenciais não é atitude de austeridade financeira e sim um exercício de inteligência clínica e de gestão (BRASIL, 2010d).

A seleção de medicamentos essenciais pode proporcionar ganhos terapêuticos e econômicos. Os primeiros referem-se à promoção do URM e à melhoria da resolutividade terapêutica – acesso a medicamentos eficazes, seguros e voltados às doenças prevalentes. Os ganhos econômicos referem-se à racionalização dos custos dos tratamentos e, conseqüentemente, à otimização dos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis (MARIN et al., 2003).

Frente a todo um esforço dos profissionais farmacêuticos na saúde indígena em todo país, a FUNASA, em um processo de reconhecimento dessa área técnica como estruturante para as ações de saúde, faz seleção pública para contratação de farmacêuticos como servidores, que, somados aos demais com diversas formas de contratos por meio de convênios, entre os biênios 2011-2012, somam-se aproximadamente 90 farmacêuticos em todo país na gestão da AF.

6.7.3 A Inovação da Gestão da Saúde e seu desdobramento na Assistência Farmacêutica

Segundo a OPAS (2011), nas últimas décadas, as dinâmicas sociais imprimiram grandes mudanças na sociedade brasileira, gerando uma complexidade social, econômica, demográfica e ambiental sem precedentes, que lançou importantes desafios para os gestores do SUS. A Constituição Brasileira, que prevê cobertura universal e gratuita, junto com fatores como o rá-

pido envelhecimento da população, o progressivo aumento das condições crônicas, em detrimento das doenças infectocontagiosas e a incorporação de tecnologias e ferramentas diagnósticas e terapêuticas novas e poderosas, causaram impactos muito significativos para o SUS. O mais evidente e conhecido é o extraordinário aumento dos custos em saúde e o decorrente subfinanciamento do setor (WHO, 2011).

Para Mendes (2010), a situação de saúde de forte predomínio relativo das condições crônicas não pode ser respondida com eficiência, efetividade e qualidade por sistemas de saúde voltados, prioritariamente, para as condições agudas e para as agudizações de condições crônicas e organizados de forma fragmentada; ou seja, sistemas de atenção à saúde que se organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária à saúde nem com os sistemas de apoio. Nesses sistemas, a atenção primária à saúde não pode exercer seu papel de centro de comunicação, coordenando o cuidado.

Os sistemas fragmentados caracterizam-se pela forma de organização hierárquica; a inexistência da continuidade da atenção; o foco nas condições agudas por meio de unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar; a passividade da pessoa usuária; a ação reativa à demanda; a ênfase relativa nas intervenções curativas e reabilitadoras; o modelo de atenção à saúde, fragmentado e sem estratificação dos riscos; a atenção centrada no cuidado profissional, especialmente no médico; e o financiamento por procedimentos (FERNANDEZ, 2004).

Há muitas evidências de que injetar mais recursos em sistemas de saúde fragmentados e baseados na oferta não agrega anos de vida e não melhora os indicadores de saúde (OPAS, 2011). Segundo as diretrizes para organização das ações Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, do Grupo Técnico da CIT (Brasil, 2010b), superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores do SUS enquanto protagonistas do processo instituidor e organizador do sistema de saúde. Essa decisão envolve aspectos técnicos, éticos, culturais, mas, principalmente, implica o cumprimento do pacto político cooperativo entre as instâncias de gestão do sistema, expresso por uma “associação fina da técnica e da política” para garantir os investimentos e recursos necessários à mudança.

Ainda de acordo com as diretrizes para organização das redes de atenção à saúde do SUS, Brasil (2010b), (a solução está em inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento das RAS para produzir impacto positivo

nos indicadores de saúde da população. Para Mendes (2010), consiste em reestabelecer a coerência entre a situação de saúde de tripla carga de doenças com predominância relativa forte de condições crônicas e o sistema de atenção à saúde, exigindo mudanças profundas que permitam superar o sistema fragmentado vigente. Nesse contexto, segundo a OPAS (2011), a definição de inovação para a área da saúde citada abaixo é abrangente e adequada:

A introdução de novos conceitos, ideias, serviços, processos ou produtos, visando aprimorar tratamento, diagnóstico, treinamento, cobertura, prevenção e pesquisa, com objetivos de longo prazo, para melhorar qualidade, segurança, impacte eficiência do sistema de saúde (OMACHONU; EINSRUICH, 2010, p.5).

Ainda de acordo com Asheim e Gertler (2005), o sistema nacional de inovação inspira os sistemas regionais de inovação e é baseado em lógica similar que enfatiza o sistema de inovação baseado na territorialidade. Assim, deve-se levar em consideração a geografia em um sistema de inovação, pois o processo de produção de conhecimento exige uma verdadeira distinção geográfica. Não basta simplesmente entender bem a inovação se não há conhecimento do papel fundamental da proximidade espacial.

Para se introduzir a temática do setor saúde no Sistema de Inovação, toma-se a ideia de Gadelha, Quental e Fialho (2003), de que o sistema de saúde pode ser visto, de um lado, pela demanda social, por bens e serviços de saúde e, de outro, pelas organizações voltadas para a geração de recursos humanos, financeiros, tecnológicos, produtivos e de infraestrutura e para o fornecimento de serviços de saúde.

Para Lorenzetti et al. (2012), as tecnologias de atenção à saúde incluem medicamentos, equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais e de suporte, programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população. Atualmente, existe uma grande diversidade de sistemas de saúde no mundo que, apesar de apresentarem diferenças na sua organização, mantém os mesmos componentes básicos (profissionais, rede de serviços e tecnologias em saúde), os quais se relacionam de forma diferente, dependendo da conjuntura (SILVA; SILVA; ELIAS, 2010).

Asheim e Gertler (2005) acrescentam ainda que o conhecimento tácito é a chave determinante da geografia da atividade inovadora. Ele destaca a importância da sociedade organizada no processo de aprendizado, pois a inovação tem sido baseada em um incremento de interações e fluxo de conhecimentos entre entidades econômicas (clientes, fornecedores, competidores) com as organizações de pesquisa (universidades, instituições públicas e privadas) e agências públicas - centros de transferências, de tecnologias, agências de desenvolvimento.

Experiências têm demonstrado que a organização de RAS, tendo a APS como coordenadora do cuidado ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica, sendo apontadas como mais eficazes tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica etc.) quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (BRASIL, 2010b).

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que oferecem uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por essa população (MENDES, 2010).

Outra abordagem importante sobre o tema inovação no setor saúde, que se reflete diretamente na produção de serviços e conseqüentemente na AF, é a base conceitual do complexo industrial da saúde proposto por Gadelha (2003). Segundo esse autor, o complexo industrial da saúde pode ser definido como um complexo econômico, formado por um conjunto selecionado de atividades produtivas que mantêm relações intersetoriais de compra e venda de bens e serviços e/ou de conhecimentos e tecnologia. Em outras palavras, um conjunto de indústrias que produz bens de consumo e equipamentos especializados para essa área e um conjunto de organizações prestadoras de serviços em saúde. Essas organizações são as consumidoras dos produtos manufaturados pelo primeiro grupo, caracterizando uma clara relação de interdependência setorial.

Essas atividades produtivas reúnem indústrias de naturezas diversas: de base química (insumos farmacêuticos), biotecnológica (farmacêutica, vacinas, hemoderivados e reagentes *in vitro*) e de base física, mecânica e eletrônica (equipamentos e instrumentos mecânicos e eletrônicos, órteses e próteses). Enquanto outras organizações envolvidas com a prestação de serviços de saúde, esses englobam as unidades hospitalares, ambulatoriais e de serviços de diagnóstico e tratamento. Dessa forma, esse segmento organiza a cadeia de suprimento dos produtos industriais em saúde, viabilizando o consumo por parte dos cidadãos tanto nos serviços públicos quanto no privado (GADELHA, 2003).

Partindo-se desse entendimento, destaca-se a relevância da PNM e PNAF para o setor. Para garantir esse acesso aos medicamentos, no SUS, tem-se uma organização de AF que engloba as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição,

controle da qualidade e utilização de medicamentos – a prescrição e a dispensação (BRASIL, 2004a).

Do ponto de vista das relações intersetoriais, observa-se que o segmento de serviços, que inclui a AF, representa o destino para o qual a produção de todos os demais grupos converge. Assim, de acordo com Gadelha (2003), o segmento de prestação de serviços pode ser considerado como o setor motriz do complexo industrial da saúde como um todo. Nesse sentido, a expansão, contração ou direcionamento de suas compras exerce um impacto determinante na dinâmica de acumulação e inovação dos demais segmentos que conformam o complexo industrial da saúde. Em outras palavras, esse segmento de serviços condiciona e é condicionado pela sua dinâmica evolutiva.

Retomando as diretrizes para organização das RAS do SUS (Brasil, 2010), a população, estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde representam os três elementos constitutivos das RAS, em que a AF aparece, como um dos componentes da estrutura operacional, como sistema de apoio, representando ligações materiais e imateriais dos diferentes nós das RAS. Entende-se, segundo Brasil (2010b), que sistemas de apoio são os lugares institucionais das redes em que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. São constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico. O Sistema de Assistência Farmacêutica envolve a organização dessa assistência em todas as suas etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos.

Outro aspecto importante na gestão em saúde é a disponibilidade de informação por meio dos indicadores que, segundo a RIPSa (2008), apoiada em dados válidos e confiáveis, é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. A busca de medidas do estado de saúde da população é uma atividade central em saúde pública, iniciada com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência. Com os avanços no controle das doenças infecciosas e a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes sociais, passou-se a analisar outras dimensões do estado de saúde, medidas por dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros.

Para Mello Jorge, Laurenti e Gotlieb (2010), a qualidade dos indicadores de saúde impõe-se como condição para a gestão das políticas públicas e para a tomada de decisões. Para assegurar tal qualidade, cumpre considerar alguns requisitos. A introdução de inovações em tecnologias de saúde deve estar associada às tecnologias de informação em saúde. Porém, deve

também traduzir-se em indicadores de saúde e possibilitar a integração com sistemas nacionais e internacionais de indicadores de saúde e assim favorecer a comparação com diferentes séries históricas.

Ainda de acordo com o autor anterior, a área de informação em saúde no Brasil, historicamente, foi condicionada por ações técnicas e tecnológicas, de forma centralizada, verticalizada e com baixo grau de interlocução. Esse processo resultou em uma política de informação em saúde de caráter prescritivo, normativa, não participativa, segmentada segundo a lógica de programas específicos. Isso ocasionou pulverização e duplicação dos sistemas de informação em saúde e ausência de comunicação entre instâncias central, regionais e locais, restringindo assim o papel dos estados, municípios e representações da sociedade na tomada de decisões.

No âmbito da AF, Schout e Novaes (2007) apontam que o uso de indicadores de assistência à saúde e de assistência farmacêutica, em diferentes países vem se ampliando desde as últimas décadas do século XX, visando a aferir o desempenho de sistemas de serviços de saúde. No Brasil, esse crescimento vem sendo impulsionado pela dinâmica de expansão dos sistemas de serviços de saúde, pelas demandas de seus usuários, no setor governamental e privado e pela introdução de políticas públicas de saúde.

Não diferentemente das demais áreas programáticas do SUS, na área de AF, segundo Costa e Nascimento Jr. (2012), observa-se o mesmo cenário. Inexistia um sistema nacional que propiciasse, por exemplo, informações relativas à gestão desta área, ao acesso e ao consumo de medicamentos na rede pública de saúde. Apesar das mudanças significativas ocorridas na informação em saúde, com a criação do SUS, o campo das políticas farmacêuticas ainda demandava maior capilaridade para incorporar as iniciativas propostas. Diante de tais lacunas, o órgão federal de saúde, responsável pela gestão da PNM e da PNAF, priorizou a formulação de uma inovação tecnológica voltada à gestão das informações do setor: o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HÓRUS.

O Sistema HÓRUS foi concebido para atender às singularidades da gestão da AF no SUS, por meio dos seus componentes: básico, estratégico e especializado. Seu advento, em 2009, teve o objetivo de qualificar a gestão desses serviços de nos três níveis de governo, além de buscar aprimorar as ações de planejamento, desenvolvimento, monitoramento e avaliação, nessa modalidade de assistência à saúde (COSTA; NASCIMENTO JR, 2012).

Esse Sistema foi desenvolvido em plataforma web pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), por meio, do DAF/MS, conjuntamente com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), por meio do Departamento de Informática do SUS

(DATASUS) com a perspectiva de qualificar a AF no SUS, caracterizando-a como uma iniciativa nacional, com proposta integradora (PORTAL SAÚDE, 2012).

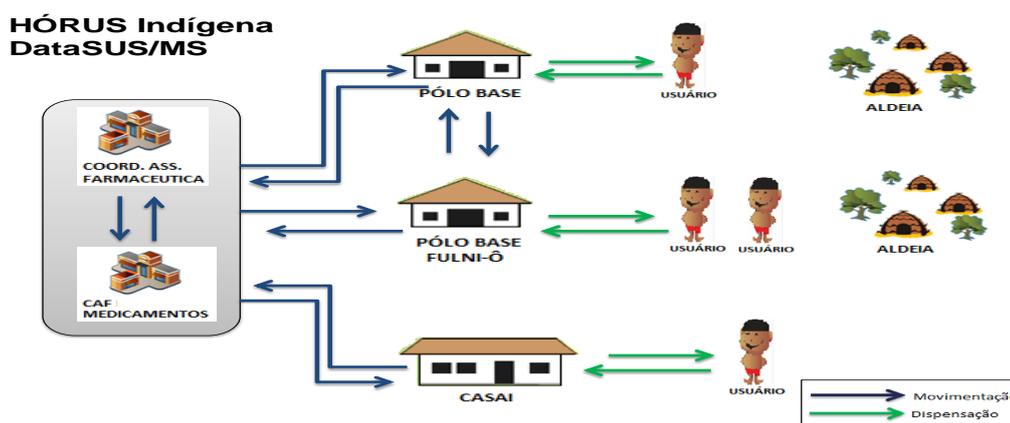
No âmbito do Subsistema de Saúde Indígena, o HÓRUS representou uma das novas ferramentas de inovação da gestão, tendo como objetivo primordial qualificar a gestão da AF, contribuindo para a ampliação do acesso aos medicamentos e à qualificação da atenção à saúde prestada à população indígena; contribuirá com o seu planejamento, monitoramento e avaliação das ações; com o aperfeiçoamento dos mecanismos de controle e aplicação dos recursos financeiros e para a ampliação do acesso e promoção do URM.

O sistema já está sendo operado nas sedes dos DSEIs, CASAIS, Polos-Base e almoxarifados centrais. O piloto da implantação do sistema foi realizado no DSEI Pernambuco, no período de 07 a 11/05/2012, na sede do distrito, em Recife, e no Polo-Base Fulni-Ô, localizado na cidade de Águas Belas.

Essa atividade representou o marco de implantação do HÓRUS na versão Saúde Indígena para todo território nacional, em que, simultaneamente em Brasília, em seção solene, durante reunião com todos os chefes de DSEIs, o Ministro da Saúde, Dr. Alexandre Padilha, lançou oficialmente o HÓRUS INDÍGENA, demonstrando de forma *on line*, para plenária, a inserção dos itens selecionados, explicando passo a passo a operacionalidade do Sistema no momento em que se registravam os primeiros dados no Polo-Base Fulni-Ô/Águas Belas, Pernambuco.

A Figura 6 apresenta o modelo de informação do Sistema onde a informação segue do nível central da gestão da AF até o Polo-Base; a figura recebeu adaptação visual por técnicos do DSEI-PE.

Figura 6 - Sistema Nacional de Gestão de Assistência Farmacêutica-HÓRUS DSEI-PE/SESAI/MS. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



Fonte: do próprio autor

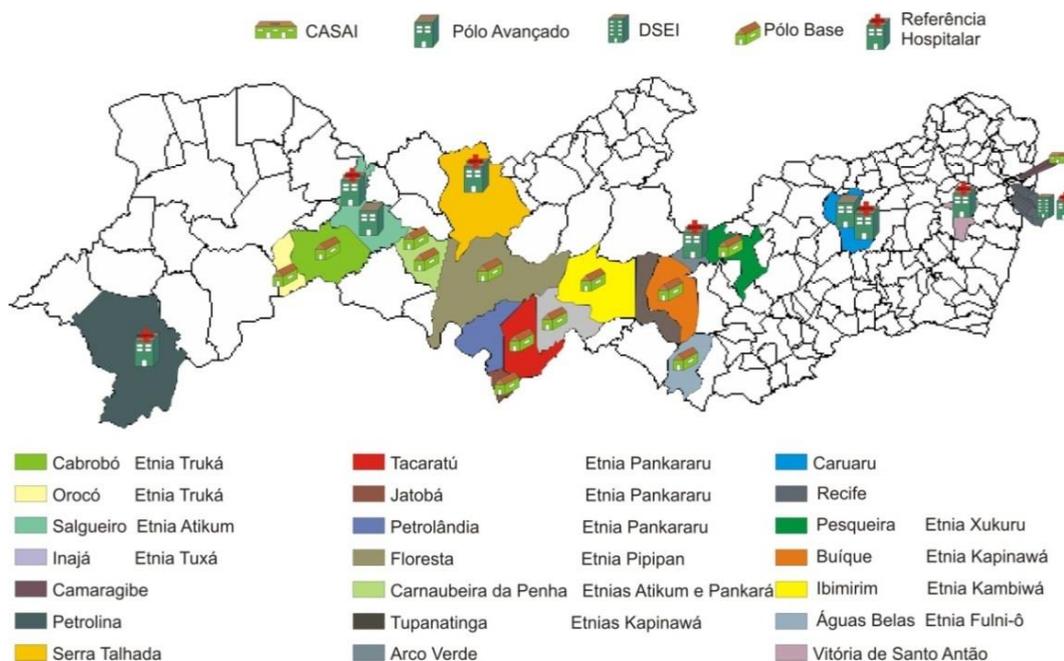
7 DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DE PERNAMBUCO – DSEI-PE

7.1 Apresentando o Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco

Para a PNASPI (BRASIL, 2002a), o DSEI é a unidade gestora do SASISUS. Com um modelo de organização de serviços, orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, contempla um conjunto de atividades técnicas com o objetivo de alcançar medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência com controle social.

O Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco tem sua sede no município de Recife, tendo como responsabilidade promover ações de atenção integral à saúde dos povos indígenas do estado de Pernambuco. São 120 mil hectares de terras indígenas no estado, concentradas nas regiões do Agreste e do Sertão, como podemos observar na Figura 7.

Figura 7- Território do Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco-DSEI-PE



Fonte: Plano Distrital 2012 /DSEI-PE

Observa-se que a população concentra-se nas regiões agreste e sertão, afastando-se historicamente do litoral na fuga dos colonizadores.

7.2 Caracterização do DSEI-PE

De acordo com o DSEI-PE (2012), Pernambuco contém nessa data um total de 48.376 índios, 252 Aldeias em 10 etnias, que são: Atikum, Fulni-ô, Kambiawá, Kapinawá, Pankararu, Pankará, Pipipan, Truká, Tuxá de Inajá e Xukuru. Porém, devido a conflitos políticos e culturais internos, atualmente existem 13 povos indígenas em PE, acrescentando como ramificações Xukurú de Cimbres, Truká, Tapera e Entre Serras Pankararú (BRASIL, 2012).

Quadro 3- Caracterização do DSEI-PE

Extensão Territorial:	120.791 Hectares
Município sede do DSEI:	RECIFE
Nº de Municípios com área indígena:	13 MUNICÍPIOS
População Indígena:	48.376 ÍNDIOS
* Etnias:	13 ETNIAS
Nº de Pólos-Base:	12 POLOS-BASE
Nº de Aldeias:	252 ALDEIAS
Nº de Residências:	13.162 RESIDÊNCIAS
Nº de Famílias:	14.920 FAMÍLIAS
Nº de equipes de saúde:	21 EQUIPES

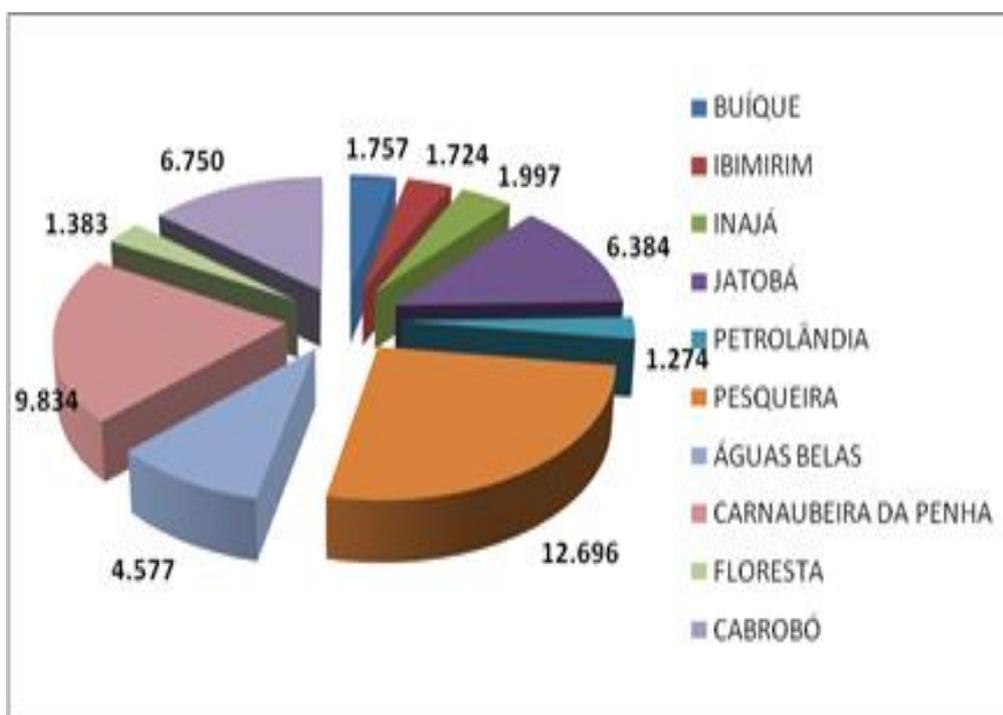
Meio(s) de transporte

TERRESTRE

Fonte: Plano Distrital 2012 /DSEI-PE

Esses povos estão distribuídos em 13 municípios pernambucanos. Como podemos observar na Figura 8, o município com maior população indígena no estado é Pesqueira com a etnia Xucuru. Comparando os dados do Quadro 3 com a Figura 8, identifica-se que a segunda maior etnia é Pankararu. Porém, diferentemente dos xucurus, que estão localizados em um único município, os pankararus localizam-se nos municípios de Petrolândia e Jatobá. No município de Carnaubeira da Penha, encontram-se as etnias de Atikum e Pankará.

Figura 8- Distribuição das comunidades indígenas por municípios no Estado de Pernambuco



Fonte: SIASI/MS

No Quadro 4, identifica-se a distribuição por etnia da população indígena de Pernambuco. Percebe-se que a etnia Xucuru é a maior população, quase o dobro da segunda maior, os Pankararus. A etnia Fulni-ô possui a quinta população do estado. Porém, frente aos estudos de AF, é a população em que há uma maior demanda de medicamentos, como podemos observar no presente estudo. As etnias Tumbalaá, Pankararé, Kaapoor, Pankarú, Arara, Tremembe, Turiwara e Paca, apesar de estarem identificadas no SIASI, pela sua dimensão populacional, não têm nenhum serviço específico, tendo acesso aos demais polos-base mais próximos de suas localizações.

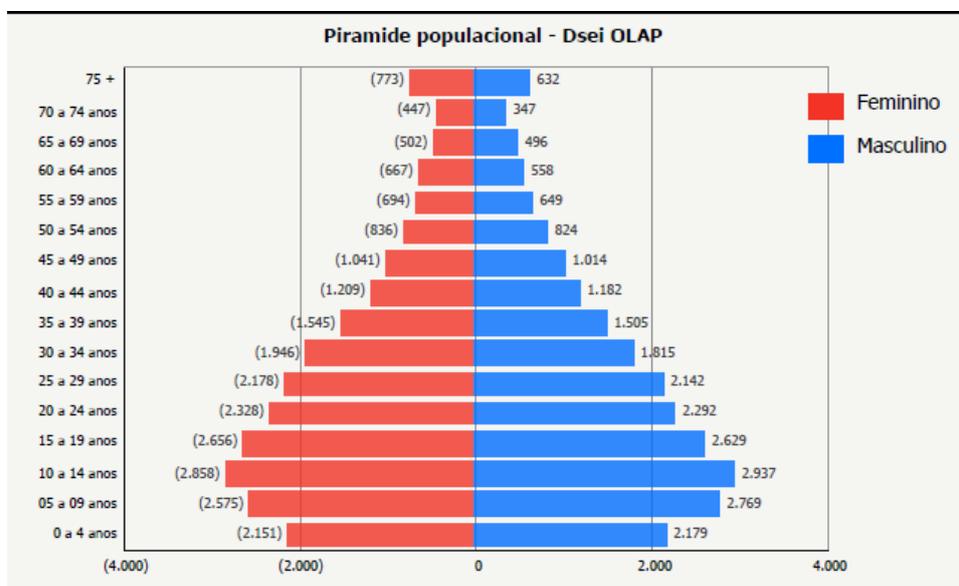
Quadro 4- Distribuição da população Indígena do DSEI-PE por etnia

Etnia	Total de Indígenas
XUKURU	12.698
PANKARARU	7.650
ATIKUM	7.252
TRUKA	6.609
FULNI-Ô	4.563
KAMBIWA	3.206
PANKARÁ	2.689
KAPINAWA	2.041
PIPIPAN	1.388
TUXA	237
TUMBALALA	26
PANKARARE	4
KAAPOR	4
PANKARU	3
ARARA	2
TREMEMBE	2
TURIWARA	1
PACA	1
Total	48.376

Fonte: SIASI/SESA/MS

Pelos dados do SIASI/MS (2012), identifica-se ainda um equilíbrio entre os sexos para o total de indígenas de Pernambuco na Figura 9, que representam a população por faixa etária e sexo. Situação semelhante, segundo Censo (2010), à população geral indígena do Brasil apontada pelo IBGE (IBGE, 2010). Percebe-se, no entanto, na Figura 9, uma vantagem da população feminina sobre a masculina, principalmente nas faixas etárias acima de 20 anos, o que demonstra que as mulheres indígenas de Pernambuco, envelhecem mais do que os homens.

Figura 9 - Pirâmide etaria população indígena DSEI-PE



Fonte: SIASI/MS (2012)

7.3 Principais indicadores de Saúde do DSEI-PE

7.3.1 Indicadores de Mortalidade infantil

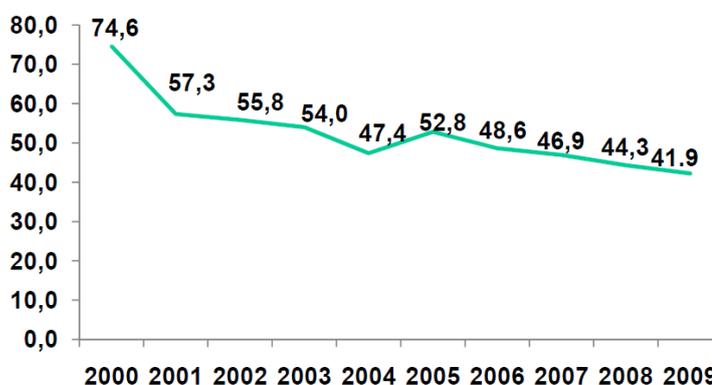
A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um excelente indicador de qualidade de vida, pois permite avaliar as condições socioeconômicas, infraestrutura ambiental e acesso a rede de saúde materno-infantil (RIPSA, 2008).

Para o DESAI, de acordo com a FUNASA, a meta pactuada no Plano Plurianual é a redução de 5% da TMI indígena por ano. A redução média na TMI foi de 5,8% ao ano entre 2000 e 2008, redução maior que a observada no país, que foi de 4,8% ao ano, entre 1990 a 2007.

Entre outras ações que o DESAI vem realizando para alcançar a redução da mortalidade infantil, estão sendo priorizadas:

- a) Investigação de óbito infantil e fetal indígena por meio das comissões distritais com o intuito de conhecer circunstâncias de ocorrência dos óbitos infantis e fetais e propor medidas para melhoria da qualidade da assistência à saúde envolvendo todas as esferas de governo, realizar parcerias intersetoriais e demais ações para sua redução;
- b) Elaboração de Diretrizes e protocolo da atenção integral à saúde materno-infantil com enfoque intercultural;
- c) Capacitação dos profissionais na estratégia AIDPI e monitoramento das doenças diarreicas agudas.

Gráfico 2 - Evolução da taxa de mortalidade infantil na população indígena, 2000 a 2009



Fonte: DESAI/Funasa/MS

De acordo com o SIASI, no período de 2002 a 2009, as causas de óbito mais frequentes foram doenças do aparelho respiratório, causas mal definidas, doenças infecto parasitárias e doenças perinatais.

Tabela 1- TMI na população indígena, 2000 a 2009.

Causas (capítulo CID – 10)	Óbitos	% Todas causas
Doenças do aparelho respiratório	202	27.8
Doenças Infecciosas e parasitárias	96	13.2
Afecções perinatais	95	13.1
Causas externas	46	6.3
Doenças endóginas nutricionais e metabólicas	39	5.4
Gravidez parto e puerpério	25	3.4
Doenças do aparelho circulatório	24	3.3
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	24	3.3
Doenças do aparelho digestivo	12	1.7
Doenças do sistema nervoso	10	1.4
Lesões enven e alg out conseq causas externas	10	1.4
Doenças do aparelho geniturinário	4	0.6
Neoplasias (tumores)	2	0.3
Transtornos mentais e comportamentais	1	0.1
Doenças do olho e anexos	1	0.1
Doenças da Pele e do tecido subcutâneo	1	0.1
Mal definidas	134	18.5
Total Geral	726	100.0

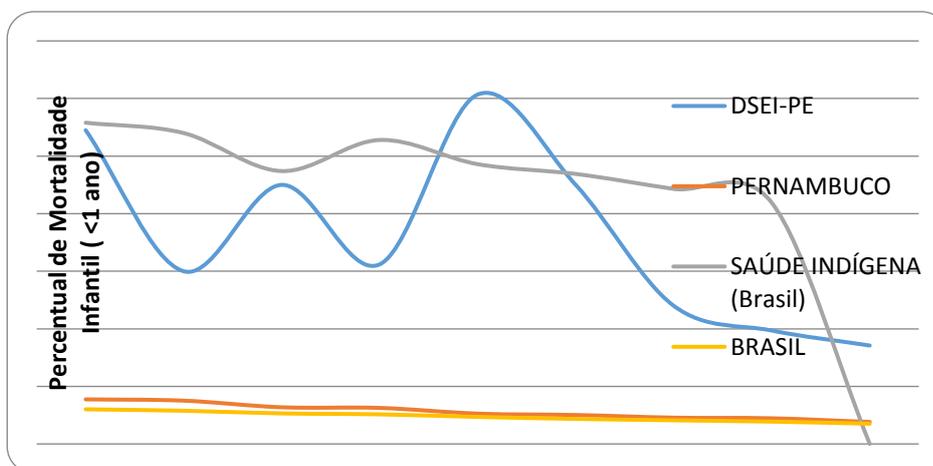
Fonte: SIASI/SESAI/MS

Os coeficientes de mortalidade infantil indígena do Brasil e DSEI-PE, comparados aos indicadores do estado de Pernambuco e Brasil, expressos no Gráfico 3, apontam que os indicadores da saúde indígena do país e os do DSEI-PE, apresentam elevados índices de mortalidade, comparados aos indicadores do Estado de Pernambuco e do país. Porém, há uma tendência de queda ao longo do período de 2000 a 2009, com picos isolados para os anos de 2004 e 2006, nos quais o coeficiente de mortalidade indígena de Pernambuco chegou próximo aos índices do Brasil em 2004 e ultrapassou em 2006. Comparando os indicadores da saúde indígena, DSEI-PE e Saúde Indígena do país, o distrito sanitário indígena de Pernambuco apresenta índices decrescentes contínuos, a partir de 2006, com o coeficiente inferior ao da população indígena brasileira. O que representa a resolutividade das ações de assistência a saúde indígena quanto ao controle da mortalidade infantil no DSEI-PE.

Observa-se no Brasil um crescente interesse em analisar as condições de saúde de povos indígenas, inclusive no que diz respeito à ocorrência de desigualdades em relação aos demais segmentos da sociedade brasileira. Uma das principais barreiras enfrentadas se relaciona à disponibilidade de dados confiáveis para a geração de indicadores de condições de vida. Mesmo diante dessa dificuldade, diversos estudos com base em dados demográficos, quer sejam de origem secundária ou a partir de estudos em comunidades selecionadas, têm revelado marcantes perfis de desigualdade de indígenas em relação à população não-indígena em geral (BASTA; ORELLANA; ARANTES 2012)

Considerando que o SASISUS foi institucionalizado a partir de 1999, ressalte-se ainda que, nos primeiros cinco anos, várias foram as dificuldades de se obterem indicadores efetivos. No entanto, identifica-se que, a partir do seu desenvolvimento ao longo dos anos subsequentes, a qualidade da informação vem melhorando e, conseqüentemente, seu quadro em saúde.

Gráfico 3- Taxa de mortalidade infantil, DSEI-PE, estado de pe, saúde indígena Brasil e população total brasil, nos exercícios de 2002 – 2010



Fonte: SIASI/SESAI/MS

Gráfico elaborado pela autora

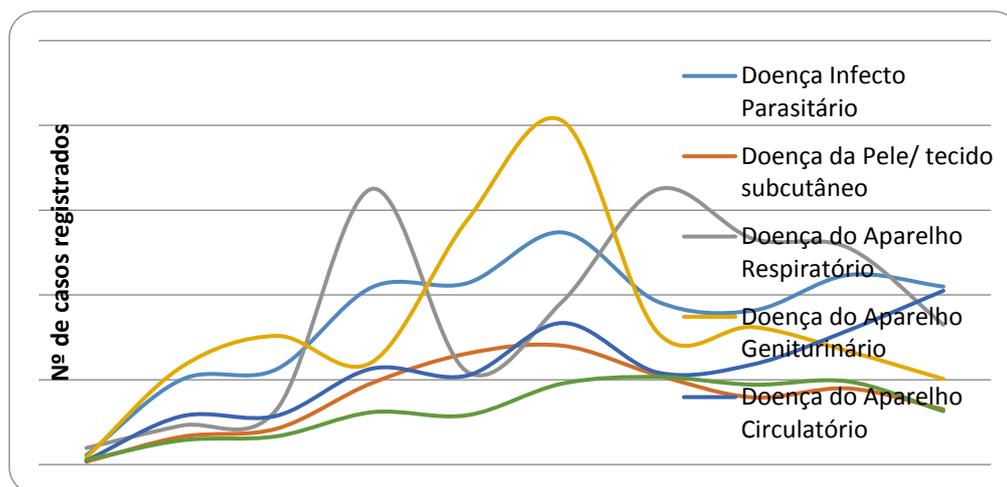
7.3.2 Principais indicadores de morbimortalidade

No Gráfico 4 identifica-se que dentre as principais morbidades prevalentes na população indígena do DSEI-PE, segundo as categorias do Código Internacional de Doenças (CID-10), é observada a predominância das doenças do aparelho respiratório, seguidas das doenças infecto-parasitárias e doenças do aparelho circulatório.

As condições desfavoráveis de saúde das populações indígenas em Pernambuco são evidenciadas pela desigualdade nas taxas de morbidade. O perfil de morbidade dos povos

indígenas no Estado, historicamente, era conhecido pela predominância das doenças infecciosas e parasitárias. Atualmente, em consequência do contato, urbanização e mudanças de hábitos destas populações, ao longo dos anos, juntamente com as doenças infecciosas, as doenças crônicas não transmissíveis, tais como a obesidade, hipertensão e diabetes mellitus, tornando-se cada vez mais importantes entre eles. Somam-se a essas causas os transtornos mentais e comportamentais como o alcoolismo, a violência, os suicídios e os acidentes de trânsito, cada vez mais presentes nessas populações.

Gráfico 4- Registro de morbidade na população indígena de Pernambuco, período de 2002 a 2011



Fonte: SIASI/ SESAI/ MS

Gráfico elaborado pela autora

7.3.3 Fluxo de Atenção à Saúde Indígena

Na Atenção à Saúde Indígena, a APS também deve ser a porta de entrada prioritária, ou seja, o ponto de entrada de fácil acesso ao usuário para o sistema de serviços de saúde, que deve estar consolidada sobre os seguintes princípios: capacidade em responder às necessidades de saúde das pessoas, serviços orientados à qualidade, responsabilização dos governos, justiça social, sustentabilidade, participação e intersetorialidade.

Para garantia desses princípios, no DSEI-PE, vários atributos devem ser assegurados tais como: o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade; coordenação; centralização familiar e o enfoque comunitário.

No primeiro contato, alguns critérios importantes devem ser identificados, tais como:

- a) Acolhimento: Possibilitar que os cidadãos cheguem aos serviços (posto, hospital e outros), sejam acolhidos de forma apropriada, recebam atendimento/avaliação cordial conforme suas necessidades, risco e gravidade;

- b) O local de atendimento: deve ser disponível e de fácil acesso de forma a não postergar e prejudicar o diagnóstico do problema de saúde; hoje, na maioria dos casos, o usuário “entra no sistema, recebe o atendimento primário e é em seguida excluído, devendo seguir só em busca de outra porta”. Sabemos que o serviço atende esse atributo quando isso não acontece;
- c) Necessidade de criar processos de acolher, avaliar e garantir a continuidade do cuidado. Esse é o papel da Atenção Primária. Com esse atributo, começa a construção do conceito da Linha de Cuidados, que é a conexão de um serviço com o outro. Não adianta ter níveis e capacidade de atenção se não tiver processos de conexão; a garantia da continuidade dos cuidados acontece quando há conexão. Delegar a continuidade ao usuário é uma forma de excluí-lo do sistema.
- d) A longitudinalidade significa uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e usuários independente do problema de saúde ou até mesmo da existência de algum problema. Continuidade do cuidado ao longo da vida e do tempo; importância do vínculo com o profissional ou equipe de saúde e ao manejo clínico adequado dos problemas de saúde. O foco na atenção continuada, diferente de começo, meio e fim, possibilita discussão e debate. Sem longitudinalidade, o efeito é a queda de resolutividade e aumento da demanda; necessidade de relação de vínculo e não-rotina de atendimento, as equipes têm que ter disposição de manter vínculo terapêutico continuado.
- e) A APS deve conhecer as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las para garantia da Integralidade da Atenção; deve ser um agente para a prestação de serviços; a integralidade da atenção assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população.
- f) Na Coordenação do cuidado, aponta para ações coordenadas de várias equipes em função de um plano de cuidado terapêutico de um usuário, incluindo família, ambiente social, comunidade e outros; fazer a rede se organizar em função da necessidade do usuário e não da própria rede; garante a continuidade do cuidado em rede, garante a segurança do usuário e a integralidade do cuidado.
- g) Na Centralização da Família, a equipe deve conhecer a situação de saúde dos membros da família; esse vínculo facilita a abordagem familiar e possibilita o respeito à realidade e crenças da família. Considerar a unidade familiar como unidade básica de acompanhamento, levando em conta o conceito de família da saúde indígena.
- h) A necessidade de envolver a comunidade na tomada de decisão em todos os níveis de atenção, reforça que o enfoque comunitário é ferramenta fundamental no desenvolvimento de todas as atividades da atenção à saúde; viabilizado por meio do controle social, com a

instituição de conselhos locais e municipais de saúde, além das conferências de saúde, ouvidorias etc.

É no contato cotidiano entre equipes e usuários nos serviços de saúde com a orientação comunitária que a APS utiliza habilidades clínicas, políticas, epidemiológicas, ciências sociais e avaliativas, de forma complementar ajustando os programas para que atendam às necessidades específicas de saúde de uma população definida.

A APS, para as comunidades indígenas, também deve ser realizada observando-se esses critérios sobre a Continuidade do Cuidado para garantir a integralidade da atenção com base nos programas de prevenção e controle de doenças instituídos pelo MS.

7.3.4 Acesso à atenção e serviços de saúde no DSEI- PE, 2010 – 2011

Nas Tabelas 2, 3 e 4, podemos observar o acesso da população, por faixa etária, aos serviços na rede de Atenção Básica da Saúde Indígena, em todos os Polos-Base, e a rede referenciada para esta população no Estado de Pernambuco:

Tabela 2 - Número de atendimentos de Atenção Básica 2010 - Aldeia/PB

Profissionais / Faixa etária	0 a 4	5 a 9	10 a 19	20 a 59	60 +	Total
Médico	2.880	1.724	2.229	8.959	3.699	19.611
Enfermeiro	3.176	1.590	2.059	7.020	3.156	17.296
Aux./Téc. de Enfermagem	3.125	1.505	1.645	5.666	2.530	14.742
Nutricionista	10	8	12	37	6	73
Psicólogo	-	-	-	1	-	1
Cirurgião-Dentista	6	49	87	269	112	526
AIS	7.569	4.001	6.249	16.278	6.647	40.772

Fonte: SIASI/DSEI-PE/SESAI/MS

Tabela elaborada pela autora

Tabela 3- Número de atendimentos de Atenção Básica 2011 - Aldeia/PB

Profissionais / Faixa etária	0 a 4	5 a 9	10 a 19	20 a 59	60 +	Total
Médico	2.603	1.644	2.224	8.001	3.574	18.235
Enfermeiro	4.461	1.965	3.052	9.565	4.856	24.096
Aux./Téc. de Enfermagem	1.770	926	1.386	4.437	3.173	11.787
Nutricionista	19	22	68	82	15	206
Psicólogo	-	-	-	-	-	-
Cirurgião-Dentista	239	737	1.335	2.010	305	4.549
AIS	6.047	4.607	5.620	11.789	5.027	33.010

Fonte: SIASI/DSEI-PE/SESAI/MS

Tabela elaborada pela autora

Tabela 4 - Rede de referências - Número de atendimento de Atenção Básica 2010 – 2011

SUS	Soma 2010	Soma 2011
Consultas	1.446	5.943
Exames	7.340	5.167
Internação	109	70
Rede Privada	Soma 2010	Soma 2011
Consultas	39	23
Exames	105	28
Internação	-	-

Fonte: SIASI/DSEI-PE/SESAI/MS

Tabela elaborada pela autora

Para Errico (2011), acesso é um conceito polissêmico cuja compreensão tem assumido diversos contornos ao longo do tempo. Algumas vezes, as discussões centram-se nos aspectos relativos aos indivíduos e, em outras, enfatizam a estrutura e conformação dos serviços e, ainda, as relações entre os indivíduos e o sistema de saúde.

A utilização dos serviços, segundo Travassos e Martins (2004), representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. O conceito de uso compreende todo contato direto – consultas médicas, hospitalizações – ou indireto – realização de exames preventivos e diagnósticos – com os serviços de saúde. O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. O comportamento do indivíduo é geralmente responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde e os profissionais de saúde são responsáveis pelos contatos subsequentes. Os profissionais, em grande parte, definem o tipo e a intensidade de recursos consumidos para resolver os problemas de saúde dos pacientes.

Donabedian (1978) definiu acessibilidade como um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Acessibilidade, nesse caso, é mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar. Refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. A acessibilidade corresponde a características dos serviços que assumem significado quando analisadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los. A acessibilidade é, assim, fator da oferta importante para explicar as variações no uso de serviços de saúde de grupos populacionais e representa uma dimensão relevante nos estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Os cidadãos indígenas do país têm os mesmos direitos constitucionais de acesso ao SUS que os demais brasileiros. São municípios e sua população é incluída nas contagens que fornecem a base para os repasses aos municípios. Os povos indígenas também têm o direito constitucional a políticas públicas que reconheçam as suas especificidades. Isso inclui a atenção diferenciada à saúde, que deve, por lei, ser garantida pelo Governo Federal. Essa atenção diferenciada deve contemplar adequações nas formas de abordagem da comunidade pelas equipes e o reconhecimento da interface com as medicinas indígenas. O legado histórico de exclusão e os níveis altíssimos de morbimortalidade com um número significativo de enfermidades que estão causando mortes na população indígena, quando comparados aos da população em geral, indicam a necessidade de um investimento específico na reversão das desigualdades atuais relacionadas à saúde (ATHIAS, 2012).

A incorporação da atenção à saúde do índio ao SUS se inscreve no grupo de ações desenvolvidas a partir da década de 1980 para criar uma política e uma legislação efetiva de atenção à saúde do índio. No âmbito legal, houve uma preocupação de garantir o acesso aos serviços de Atenção Básica e de média e alta complexidade ao lado do reconhecimento da necessidade de se respeitar os saberes e práticas conformadores dos sistemas tradicionais, bem como, as especificidades assistenciais de saúde de cada povo. Foram também asseguradas linhas de financiamento próprio e a participação dos índios na avaliação das ações e dos serviços de saúde. Apesar de a centralização da gestão do Subsistema na esfera federal ir de encontro ao princípio de descentralização do SUS, a Política de Saúde Indígena definiu a denominada distritalização diferenciada, ou seja, a descentralização da gestão da saúde indígena sem necessariamente municipalizar. Dessa forma, buscava-se, além da racionalização administrativa, que a formulação das diretrizes da atenção à saúde fosse definida como uma resposta às necessidades de saúde e em função das especificidades culturais de cada grupo indígena (BRASIL, 2002a; DIEHL, 2001; ERRICO, 2011).

Nos territórios distritais, a assistência é hierarquizada e articulada com a rede SUS. Os postos de saúde localizados nas aldeias ou nas áreas mais próximas iniciam o fluxo de atendimento. Nesse fluxo, a atuação do AIS é central, pois ele faz a mediação entre o serviço e a comunidade residente nas aldeias. Uma vez atendido no Posto de Saúde, em caso de necessidade, o índio é encaminhado para os serviços de média e alta complexidade de referência em cujos locais estão também a CASAI, cujas funções já foram descritas anteriormente.

O subsistema para seu funcionamento requer aporte financeiro suplementar que ocorre por duas vias principais, sendo uma o Incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI) e a segunda o Incentivo para Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI). O fator de incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas é a principal fonte de recursos que é transferida fundo a fundo da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (SPS/MS) para os fundos municipais de saúde que possuem população indígena em seu território; destina-se majoritariamente ao pagamento das EMSI, segundo a Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde (BRASIL, 2007a).

7.4 Assistência Farmacêutica no DSEI-PE: o ponto de partida

A atual conformação legal do componente AF no âmbito do SUS é decorrente da construção histórica da PNM do país e de sucessivas tentativas de incrementar o acesso da população

aos medicamentos necessários para a sua terapêutica (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010). A Assistência Farmacêutica na Saúde Indígena, no modelo de gestão atual, teve seu marco referencial em Pernambuco.

Compreende-se que a AF, de acordo com Mendes (2011), constitui um dos sistemas de apoio das RAS, juntamente com o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e os sistemas de informação em saúde, com foco na garantia do acesso e do URM; em que se entendem como componentes da AF, segundo Correr, Otuki e Soler (2011), a gestão técnica da assistência farmacêutica e a gestão clínica do medicamento.

A gestão técnica da Assistência Farmacêutica se caracteriza como um conjunto de atividades farmacêuticas interdependentes e focadas na qualidade, no acesso e no uso racional, (MARIN et al., 2003; PERINI, 2003). A gestão clínica do medicamento está relacionada com a atenção à saúde e os resultados terapêuticos efetivamente obtidos, tendo como foco principal o paciente. Configura-se como uma atividade assistencial fundamentada no processo de cuidado. O medicamento deve estar disponível no momento certo, em ótimas condições de uso e deve ser fornecido juntamente com informações que possibilitem sua correta utilização pelo paciente (SOLER et al. 2010).

Implantar ações e serviços farmacêuticos no DSEI-PE, representou transpor paradigmas de gestão numa instituição centralizadora que caminhava a contra-mão no processo da descentralização do SUS.

A primeira atividade a ser desenvolvida foi sem dúvida começar a entender de onde partir. Como nos demais serviços de atenção à saúde do SUS, a “farmácia” já existia; o medicamento, também na saúde indígena, chegou primeiro do que o serviço.

Diehl e Rech (2004) acreditam que pensar sobre medicamentos e o modelo diferenciado, proposto pela PNASPI, não é tarefa fácil, visto que a complexa dimensão que envolve o uso de medicamentos em contextos locais deve ser pautada por uma realidade epidemiológica.

Souza, Santos e Coimbra Jr. (2004) reforçam, ainda mais, a difícil tarefa exposta acima ao afirmarem que o perfil demográfico e epidemiológico dos povos indígenas no Brasil continua muito pouco conhecido devido à exiguidade de investigações; à ausência de inquéritos regulares, assim como à precariedade dos sistemas de informações sobre morbidade e mortalidade.

Desse modo, problematizar a AF na Saúde Indígena em Pernambuco significou aprofundar um tema com lacunas de registro sobre sua operacionalização bem como sobre os desafios em viabilizá-la na prática. Partindo-se, então, para os primeiros contatos, descobriram-se barreiras para um novo aprendizado.

No DSEI-PE, a primeira atividade de diagnóstico da gestão da AF foi desenvolvida por um procedimento de “*pesquisa-ação*”²², durante as primeiras supervisões em área indígena; em que, no momento que apresentava-se o problema, já passava a interagir com ele junto ao profissional responsável pela farmácia do Polo-Base; identificando seu perfil e interesse na atividade, bem como já desenvolvendo as primeiras orientações.

Outro aspecto importante foi compreender que, segundo Langdon (1999), essa ação representava não apenas aplicar um diagnóstico situacional e sim entender que, para discutir as relações entre saúde e povos indígenas, deve-se reconhecer que os dados epidemiológicos, a organização, a qualidade dos serviços de saúde e, ainda, as relações entre seus profissionais e os usuários indígenas são, em grande parte, determinadas por contextos de relações interétnicas. Temos assim, de um lado, a posição do índio frente ao branco na sociedade e, de outro, a hierarquia dos saberes, sobretudo biomédico, dificultando o exercício das atividades a partir do respeito dos saberes e práticas indígenas (GOMES, 2008).

Reportando-se às primeiras iniciativas da AF na Saúde Indígena no Brasil, temos, seguindo Araújo et al. (2008), a sugestão de que a qualidade da atenção à saúde pode ser caracterizada pelo grau de competência profissional, pela eficiência na utilização dos recursos, pelo risco proporcionado aos pacientes, pela satisfação dos usuários e pelo efeito favorável na saúde e que esses elementos só podem ser obtidos se forem usados de forma construtiva nas esferas da estrutura, processos e resultados, no contexto da gestão e organização de serviços.

Transcorrer sobre os principais referenciais e desafios que marcaram a gestão da AF do DSEI-PE na sua implantação e desenvolvimento é objeto principal desse estudo, para demonstrar que é possível, mesmo transpondo várias barreiras culturais, estruturais e organizacionais, que não acreditavam que essas atividades pudessem se consolidar em tão pouco tempo. Depende apenas de vontade política, ferramentas inovadoras não necessariamente requerem altos investimentos tecnológicos, como podemos observar no desenvolvimento desse estudo.

²²Segundo Silva e Menezes (2005), pesquisa-ação: quando concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo. Os pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para os primeiros resultados apresentados para esse estudo intra e interinstitucional, identifica-se, inicialmente, os dados populacionais das comunidades indígenas, comparados a população total dos municípios que contém comunidades indígenas em seus territórios e a população total do Estado de Pernambuco. Trás também um estudo comparativo dos valores gastos com medicamentos frente aos gastos totais em saúde dentro do próprio DSEI-PE, em valores percentuais dos gastos totais em saúde e valores per capita, comparando-os com os indicadores populacionais.

Em seguida, os valores gastos com medicamentos do DSEI-PE são comparados aos valores executados na compra de medicamentos pelo Estado de Pernambuco e municípios, em valores absolutos e valores per capita; esses dados são importantes por demonstrarem a eficiência das ações de saúde entre os três entes do SUS que fazem interface entre si na assistência à população indígena do Estado.

Continuando o estudo, identificam-se os resultados de indicadores intrainstitucionais, que apontam para as principais características demográficas de consumo de medicamentos nas comunidades indígenas de Pernambuco que comprometem o URM; isso considerando serem suas características fundamentais para qualidade da assistência de saúde oferecida à população.

Apresentamos ainda, os estudos comparativos do consumo de medicamentos *versus* acesso aos serviços de saúde das comunidades indígenas de Pernambuco, considerando este componente estar diretamente relacionado à qualidade e efetividade das ações da AF no DSEI-PE.

Outro ponto importante é quando identificamos os principais fatores que interferem no acesso ao uso URM e os valores gastos com medicamentos no DSEI-PE, além das principais estratégias implantadas pela gestão da AF que vêm contribuindo para a sua promoção e otimização dos recursos financeiros disponíveis durante todo período do estudo.

8.1 Dados populacionais versus gastos com medicamentos comparados aos gastos totais em saúde no DSEI-PE

Os dados de população, como podemos observar na Tabela 5, são estratégicos para avaliarmos os gastos em saúde, considerando que a qualidade da assistência prestada à população está diretamente relacionada à organização de serviços e sua abordagem econômica.

A disponibilidade de informação por meio dos indicadores, segundo a RIPS (2008), citado anteriormente, apoiada em dados válidos e confiáveis, é condição essencial para análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde.

Na Tabela 5, observa-se que durante o período do estudo os dados populacionais das comunidades indígenas de Pernambuco frente aos municípios que contém esses povos em seus territórios, representam uma média de 10,6% da população total dos mesmos. Ao mesmo tempo que frente à população do Estado, representou apenas 0,42% da população total. Dados importantes ao compararmos com gastos em saúde.

Tabela 5 - Percentual da população indígena de Pernambuco frente a população do estado de Pernambuco e população total dos municípios com comunidades indígenas.

Ano	População Indígena de Pernambuco	População Total de Pernambuco	População Indígena X População de Pernambuco (%) ¹	População Total dos Municípios com Índios em Pernambuco	População Indígena X População Total dos municípios (%) ²
2002	27.329	8.084.722	0,34	320.053	8,54
2003	30.334	8.161.828	0,37	321.760	9,43
2004	30.965	8.238.849	0,38	323.444	9,57
2005	37.943	8.413.601	0,45	327.281	11,59
2006	35.152	8.502.603	0,41	329.247	10,68
2007	35.515	8.486.638	0,42	341.610	10,40
2008	36.089	8.734.194	0,41	356.591	10,12
2009	40.160	8.810.256	0,46	360.405	11,14
2010	43.851	8.810.318	0,50	360.415	12,17
2011	46.839	8.964.062	0,52	358.118	13,08

1- Percentual da população indígena de Pernambuco frente a população total do estado de Pernambuco

2- Percentual da população indígena de Pernambuco frente a população total dos municípios

3- Tabela elaborada pelos autores

Fonte: Dados do SIOPS/SIASI

Chama-se a atenção para a Tabela 5, onde podemos observar, que nesse período, a população indígena em Pernambuco informada no SIASI teve um incremento de 71,38%, percentual bem acima dos dados apontados pelo SIOPS para a população do Estado (10,87%) e municípios (11,89%); e ainda sobre os dados do Censo 2010, para a população indígena do país, em que 817 mil pessoas se autodeclararam índios.

Na Tabela 6, observa-se as despesas totais em saúde e percentuais gastos com medicamentos do DSEI-PE, dos municípios que possuem essas comunidades em seu território e do estado de Pernambuco.

Tabela 6- Percentual gasto com medicamentos frente às despesas totais em saúde no DSEI-PE, do estado de Pernambuco e municípios com comunidades indígenas em PE, no período de 2002 a 2011.

Ano	Despesa total com Saúde DSEI-PE (Em R\$)	Despesa com medicamentos % ¹	Despesa total com saúde em Pernambuco (Em R\$)	Despesa com medicamentos % ²	Despesa total em Saúde nos municípios (Em reais)	Média de despesa com medicamentos % ³
2002	3.127.972,62	13,59	650.168.840,00	3,83	26.193.149,60	6,06
2003	3.023.902,75	22,92	667.881.175,00	3,67	28.390.609,14	8,68
2004	4.745.497,91	8,03	831.061.484,00	3,38	33.084.285,65	6,79
2005	6.717.208,89	21,30	1.168.772.476,00	3,43	40.014.483,68	7,20
2006	7.244.276,34	35,32	1.491.699.139,00	3,87	46.939.779,43	9,73
2007	8.368.730,57	18,32	1.657.607.525,00	5,15	52.331.175,60	5,82
2008	9.823.580,49	14,90	2.124.361.834,00	4,47	65.592.438,30	5,18
2009	10.018.834,89	11,38	2.653.481.867,00	4,20	73.043.285,25	4,81
2010	10.442.034,29	9,70	3.147.579.381,00	4,05	87.960.872,61	4,72
2011	11.748.112,82	5,70	3.071.837.072,00	3,63	97.486.788,37	5,62

1- Percentual gasto com medicamentos frente ao gasto total em saúde do DSEI-PE

2- Percentual gasto com medicamentos frente ao gasto total em saúde no estado de Pernambuco

3- Percentual gasto com medicamentos frente ao gasto total em saúde nos municípios com comunidades indígenas em Pernambuco.

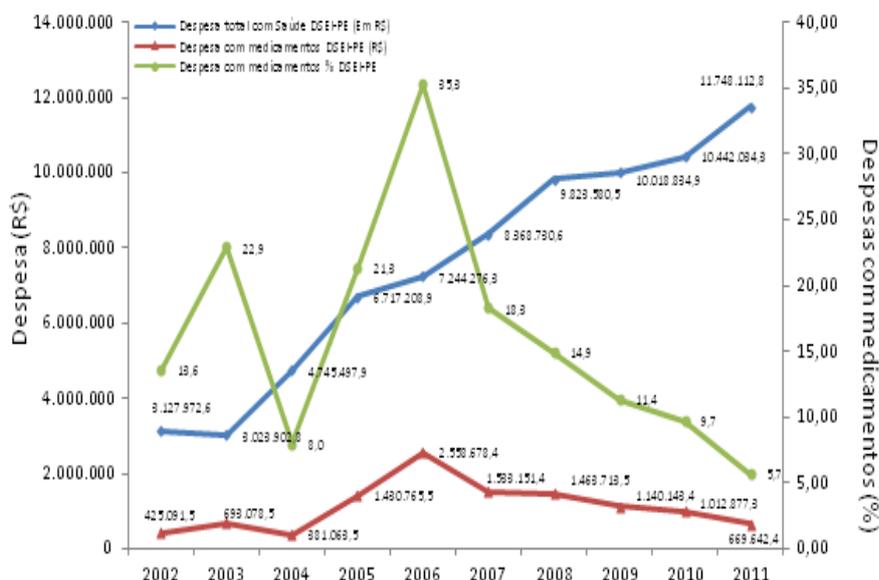
Fonte: Dados do SIOPS/SIAFI/MS

Tabela elaborada pelos autores

Na abordagem financeira da pesquisa, para o período de 2002 a 2011, são apresentados na Tabela 6, as despesas totais em saúde e seus percentuais de gastos com medicamentos do DSEI-PE, municípios que contêm as comunidades indígenas e estado de Pernambuco.

No Gráfico 5, identifica-se a representação de dados intrainstitucionais, comparando os percentuais de gastos com medicamentos frente aos gastos totais em saúde no DSEI-PE; onde podemos identificar um incremento médio anual de 19,74% nas despesas totais em saúde até 2011, representando um acréscimo de 3,75 vezes o valor de 2002. Nota-se uma demanda crescente nos gastos totais em saúde, enquanto que, para as despesas com medicamentos, houveram expressivas oscilações.

Gráfico 5 - Percentuais de gastos com medicamentos frente aos gastos totais em saúde no DSEI-PE



Fonte: SIAFI/MS

Gráfico elaborado pelo autor.

Os percentuais dos gastos com medicamentos, tiveram incremento de 2,59% no período de 2002 a 2006, com um crescimento em torno de 21,71%.

Entretanto, identifica-se um decréscimo de valores executados com medicamentos entre os exercícios de 2003 a 2004, e um incremento de 275% nos percentuais entre os exercícios de 2004 a 2006.

No entanto, a partir de 2006, foi observado um decréscimo médio de 3,75% ao longo dos últimos cinco anos, partindo de 35,32%, em 2006, para 5,70% em 2011, representando um decréscimo bastante significativo nas despesas com medicamentos de 83,86%.

Importante observar que, no período total do estudo, identifica-se um decréscimo médio anual de 16,11% em despesas com medicamentos, enquanto que houve um incremento de 73,77% nas despesas totais em saúde.

Na tentativa de esclarecer as oscilações nas despesas com medicamentos nos cinco primeiros anos do estudo, entre 2003-2004, não há nenhum outro registro na instituição sobre as informações da área que expliquem essa queda dos valores gastos com medicamentos. Quanto aos valores crescentes, entre 2004 a 2006, reportam-se ao fato de ter sido nesse período implantadas as primeiras atividades de registro da área, então como serviço no DSEI-PE. Com registros mais efetivos sobre a movimentação e consumo de medicamentos, os dados começam a ser mensurados devidamente. Isso significa dizer que havia atividades de compra e

distribuição de medicamentos; porém, sem o acompanhamento efetivo de um profissional farmacêutico e rotinas técnicas específicas da área. Corroborando com todas as discussões na história da AF no Brasil, assim como para os demais serviços de saúde, o medicamento chegou primeiro (e isolado) do contexto da atenção à saúde também nas comunidades indígenas.

Segundo Vieira (2007), nos últimos anos, a evolução dos gastos com saúde no Ministério da Saúde e, especificamente medicamentos, tem preocupado os governos. Quando o gasto total em saúde é desagregado por elementos de despesa, observa-se que os medicamentos são responsáveis por uma parcela considerável e constituem o componente que tem contribuído em maior grau para esse incremento.

No presente estudo, mesmo com o aumento da população indígena e, conseqüentemente, dos gastos totais em saúde no DSEI-PE, os dados encontrados nos exercícios de 2007 a 2011 apontam para uma significativa redução dos gastos com medicamentos.

Dados do estudo de Vieira (2007) demonstram que, no Brasil, os gastos do Ministério da Saúde com aquisição de medicamentos aumentaram 123,9% entre 2002 e 2006, enquanto o aumento do gasto total na área de saúde no Brasil foi de 9,6% no mesmo período. Com isso, observa-se o quanto seria necessário fazer um estudo sobre os gastos totais em saúde do subsistema de saúde indígena, comparados às demais populações indígenas do país.

Relacionando o comportamento dos percentuais dos gastos em medicamentos frente aos gastos totais em saúde no DSEI-PE com os demais resultados do presente estudo, identifica-se que a implantação das atividades da gestão da AF trouxe instrumentos impactantes, sobre os resultados encontrados durante os cinco últimos anos do período avaliado. Instrumentos esses representados pela organização de serviços farmacêuticos, contratação e capacitação de profissionais e comunidade.

Esses primeiros dados já apontam para as primeiras atividades de estruturação de uma área técnica para a gestão da AF no DSEI-PE, consoante as diretrizes da PNM. Na gestão do DSEI-PE, especificamente sobre movimentação de medicamentos, os únicos registros informados, com exceção do SIAFI sobre a área, relatavam apenas as quantidades de medicamentos adquiridos nas farmácias comerciais e seus registros em livros próprios.

Pesquisar sobre a AF na saúde indígena significa abordar um tema com incipiente número de publicações na área acadêmica.

De acordo com Santos (2007), com o apoio do gestor do DSEI-PE, foram desenvolvidas as primeiras iniciativas de implantação e implementação desse modelo de gestão da AF para a saúde indígena em Pernambuco em março de 2004. Contava apenas com um farmacêutico para sua organização e um funcionário como apoio administrativo para implantação das suas

atividades. A partir de então, outras iniciativas foram implantadas na presidência da FUNASA para estruturação da área no DESAI; bem como os distritos de Mato Grosso e Alagoas/Sergipe, que também contribuíram com suas experiências para a gestão como um todo.

Ainda nesse mesmo período, observa-se, nos resultados do estudo, que importantes atividades foram implementadas e implantadas, não só no DSEI-PE, como no DESAI, como a I Oficina Nacional de Assistência Farmacêutica para a Saúde Indígena, que apontou para as diretrizes da área; as primeiras aquisições de medicamentos específicos para a saúde indígena, por meio de pregões eletrônicos e presenciais; contratação de farmacêuticos para o DESAI/FUNASA, dentre outras.

Com a construção da câmara de medicamentos em 2005, em Pernambuco, foi inserido o item “medicamento” no Sistema de Controle de Materiais (ASIWEB) da FUNASA, que até então, por considerarem produto de consumo imediato, não eram devidamente registradas suas movimentações no ASIWEB. Isso geraria, conseqüentemente, uma falta de informação. Com a contratação de farmacêuticos, estruturação organizacional das atividades junto aos Polos-Base e capacitação em serviço dos auxiliares de farmácia, foram implantadas rotinas de controle de estoque e dispensação de medicamentos. Tais atividades conduziram também a registros de dados que anteriormente poderiam não estar sendo notificados devidamente.

Além disso, com o estabelecimento do fluxo de rotina formalizada de acesso a medicamentos para as comunidades indígenas, em cumprimento ao princípio da integralidade e equidade da assistência à saúde desses povos, apontadas na PNASPI, a qualidade da assistência também melhorou, garantindo ao índio aldeado o acesso a medicamentos da atenção básica e ainda a medicamentos não padronizados na RENAME; mesmo porque, nesse período, ainda não havia um elenco de medicamentos padronizados no DSEI-PE.

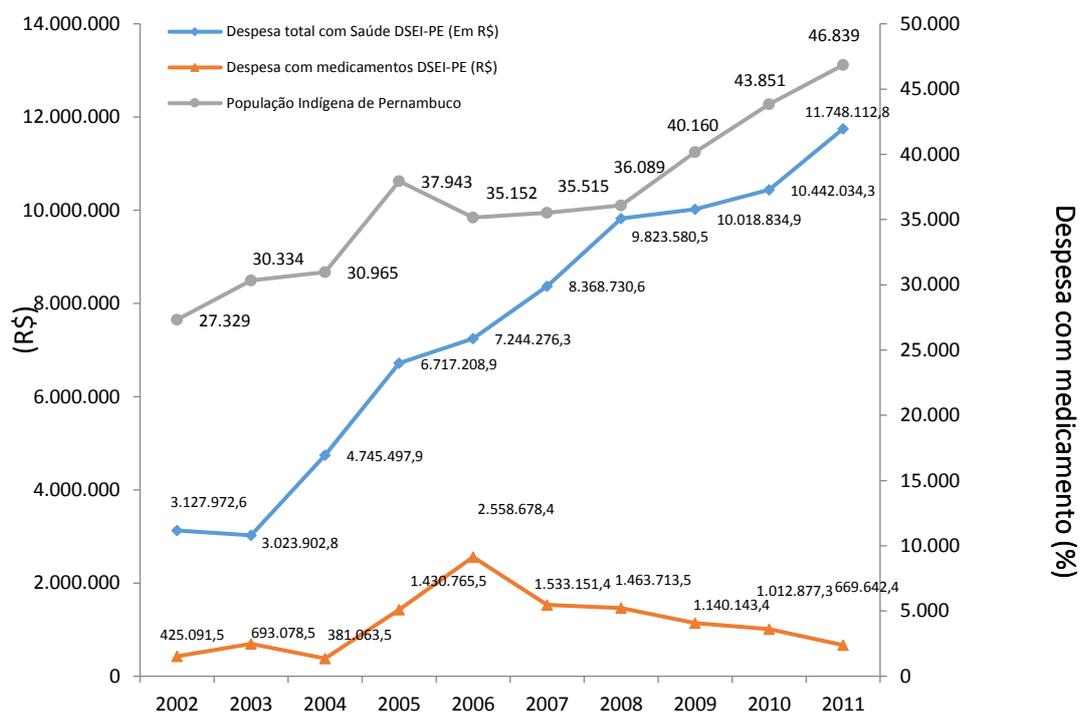
Outro ponto importante que corrobora com essa redução nos gastos diretos com medicamentos no DSEI-PE é que também, a partir de 2004, foram realizados os primeiros processos de aquisição por atas de registro de preços para contratualização de farmácias conveniadas para compras de medicamentos em caráter de urgência e emergência, bem como para manutenção de estoque regulador. Além de aquisições através de pregões eletrônicos a nível nacional.

Outras duas atividades implantadas para a melhoria do controle de estoque e dispensação de medicamentos foram efetivadas, com a implantação do Mapa de Movimentação de Medicamentos (APÊNDICE C) em 2005; e a Rotina de Prescrição e Dispensação de Medicamentos (ANEXO G), em dezembro de 2006, que vieram somar às demais atividades já

enunciadas. Atividades essas, inovadoras para a gestão do subsistema, cuja aplicabilidade começaram a impactar na gestão da AF do DSEI-PE, a partir dos períodos subsequentes.

Continuando as análises no estudo, comparando os gastos com medicamentos e gastos totais em saúde no DSEI-PE, frente ao incremento populacional das comunidades indígenas em Pernambuco, observadas na Tabela 5, identifica-se no Gráfico 6 que, no exercício de 2002 a 2011, à medida que a população indígena tem um incremento de 71,38%, há um incremento 73,77% nas despesas totais em saúde. Porém, há um decréscimo significativo de 60% em medicamentos a partir do ano de 2006.

Gráfico 6 - Comportamento da população indígena de Pernambuco, frente aos gastos com medicamentos e despesas totais em saúde do DSEI-PE, 2002 a 2011.



Fonte: SIAFI/MS

Gráfico elaborado pela autora.

Ao relacionar os indicadores de percentuais de despesas com medicamentos frente aos demais resultados das ações no âmbito da gestão da AF que possam impactar sobre a redução de gastos com medicamentos, identificam-se aqueles que estão relacionados diretamente com a promoção do URM, dentre eles: a implantação da rotina de prescrição e dispensação de medicamentos, aprovada em plenária do CONDISI de Pernambuco, em dezembro de 2006. A

criação do CNFT, instituído em 2006, por meio da Portaria NR 1057 FUNASA, (ANEXO E); e o Comitê Distrital de Farmácia e Terapêutica do DSEI-PE (CDFT) em 2007, aprovado através da Coordenação Regional de Pernambuco (COREPE) Portaria 671/FUNASA (ANEXO H).

Com uma função primordial de selecionar e padronizar medicamentos para o desenvolvimento das ações em saúde, o CDFT teve como seu primeiro produto a elaboração da Relação de Medicamentos Padronizados do DSEI-PE, revisada em 2011 (ANEXO I). Essa relação teve um diferencial muito importante para a discussão, pois contém 41% de seus medicamentos fora da RENAME, demonstrando a principal dimensão do problema: conter uma comunidade que até então seu único limite de acesso à medicamentos era o recurso financeiro.

Promover o acesso a medicamentos de forma racional significou para área técnica de AF seu maior desafio, pois fazer cumprir uma rotina de prescrição e dispensação de medicamentos não é simplesmente uma tarefa burocrática, mas e principalmente, envolve mudança de comportamento das pessoas, profissionais de saúde, gestores e comunidade.

Com o investimento em contratação e capacitação de profissionais e comunidades, a partir de 2007, essas atividades representaram o principal produto de mudança que impactou na redução dos valores gastos com medicamentos na instituição. Omachonu e Einspruch (2010) citam que a introdução de novos conceitos, ideias, serviços, processos ou produtos, visando aprimorar tratamento e cobertura, tem objetivos a longo prazo para melhorar a qualidade, segurança, impacto e eficiência do sistema de saúde.

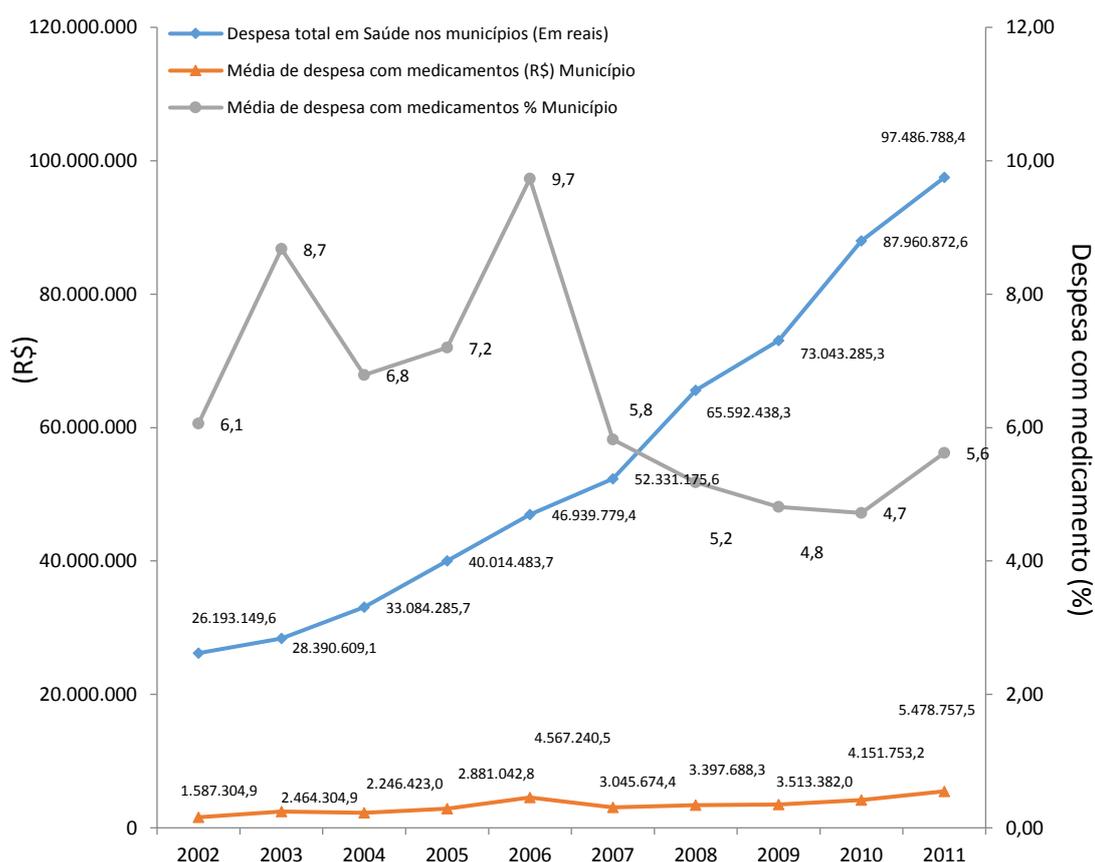
Saliente-se que neste mesmo período, a partir de 2006, a área de assistência AF começou a participar das discussões políticas assistenciais da instituição, tendo sua primeira participação na IV CNSI. Constando no Relatório Final da mesma, vários indicativos para a necessidade de discutir o processo da construção de uma política de assistência farmacêutica voltada para os povos indígenas foram trazidos. Ressalte-se que para uma instituição que, em 2004, não existia essa área técnica, levar o tema para conferência nacional representou um avanço político significativo.

8.2 Estudo dos valores gastos com medicamentos e gastos totais em saúde no DSEI-PE comparados aos municípios com comunidades indígenas e o Estado de Pernambuco

A partir da constatação da evolução dos gastos com medicamentos, torna-se importante avaliar como se comportaram esses valores frente aos gastos em saúde para os demais entes do SUS, com os quais as comunidades fazem referência.

Para os municípios estudados, identifica-se na Tabela 6 e Gráfico 7, que de 2002 a 2006, houve um acréscimo de 3,65% dos seus percentuais de gastos com medicamentos frente seus gastos totais em saúde; e um decréscimo de 4,11% dessas mesmas despesas, no período de 2006 a 2011. Enquanto que os gastos totais em saúde mantiveram um incremento médio anual de 15,34%, ou seja, um crescimento real de R\$ 8.124.575 reais no total de despesas em saúde no ano de 2011, que representou 3,72 vezes seus valores em 2002.

Gráfico 7- Percentuais de gastos com medicamentos frente aos gastos totais em saúde nos municípios com populações indígenas em Pernambuco



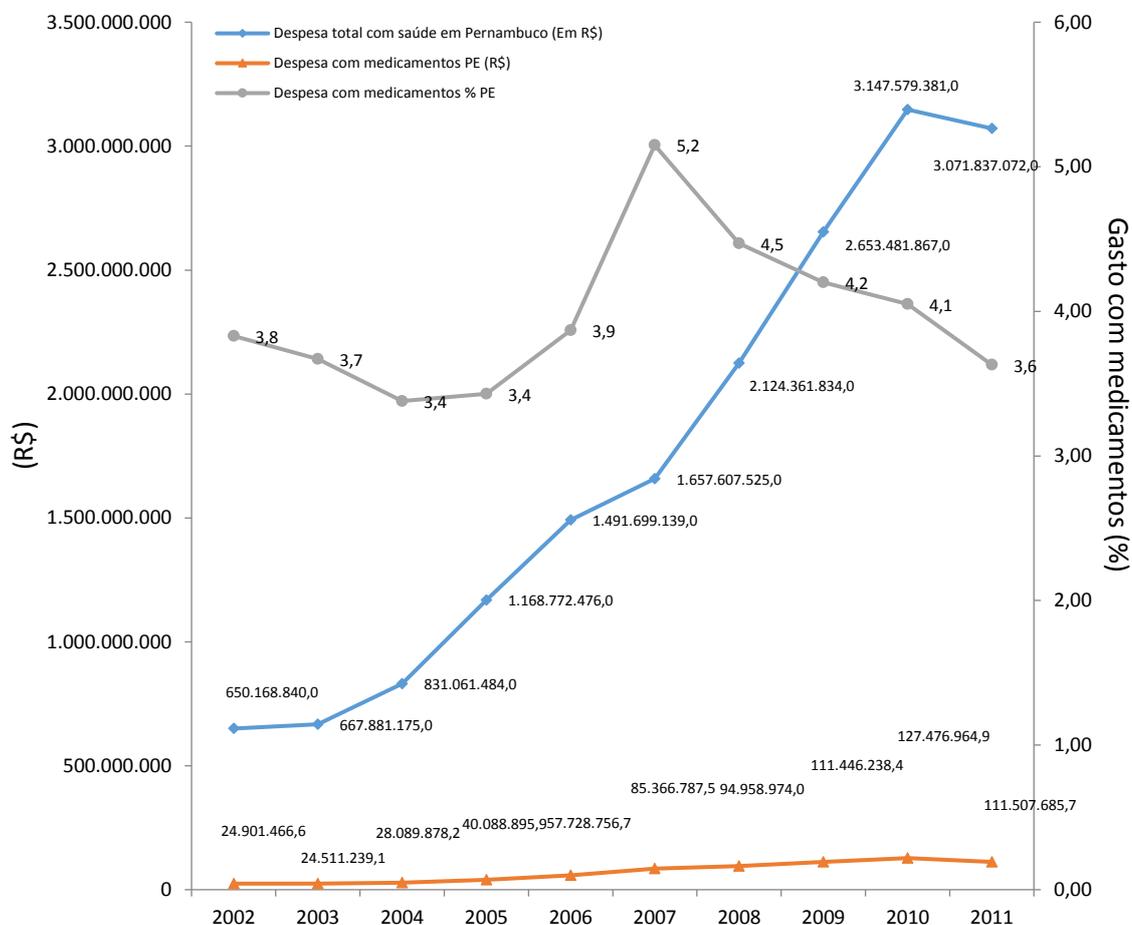
Fonte: Dados do SIOPS

Gráfico elaborado pelo autor

Para o Estado de Pernambuco, visualiza-se na Tabela 6 e Gráfico 8, que os percentuais gastos com medicamentos comparados aos gastos totais em saúde no período de 2002 a 2004, estes percentuais decrescem 0,45%, no entanto entre 2004 a 2007, há um acréscimo de 1,72%, em seguida decrescem 1,52% até 2011. Em contrapartida, observa-se um crescimento real nos gastos totais em saúde em todo período do estudo, com um incremento médio mensal de

19,50%, ou seja, de R\$ 310.895.029 reais no total de despesas com saúde, representando em acréscimo em 2011 de 4,72 vezes o valor de 2002.

Gráfico 8 - Percentuais de gastos com medicamentos frente aos gastos totais em saúde no Estado de Pernambuco. Formato de letra diferente dos outros gráficos

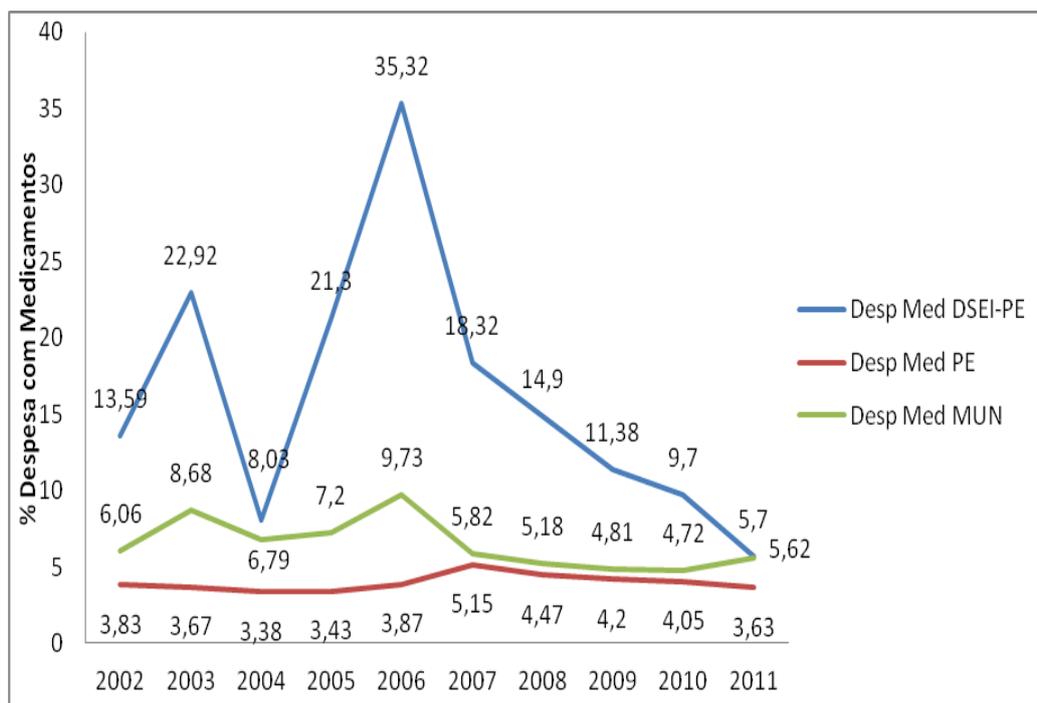


Fonte: Dados do SIOPS

Gráfico elaborado pelo autor

Ao compararmos apenas os gastos anuais com medicamentos para os três entes do estudo, observamos no Gráfico 9 as variações significativas dos gastos do DSEI-PE, comparados aos municípios e estado. Variações estas, que se coadunam com a trajetória da implantação das ações e serviços farmacêuticos no DSEI-PE.

Gráfico 9- Percentuais de gastos anuais com medicamentos frente aos gastos no DSEI-PE, Estado e municípios com comunidades indígenas em PE.



Fonte: SIOPS/SIAFI/MS (SIAFI)

Gráfico elaborado pela autora

No Gráfico 9, identifica-se ainda que no período de 2002 a 2006 do estudo, o DSEI-PE, em 2002, partiu de um percentual de 13,59% em gastos com medicamentos, que representava 3,54 vezes o percentual do Estado e 2,2 vezes o valor dos municípios. Ressalte-se que, entre os anos de 2003 a 2004, os indicadores de gastos com medicamentos do DSEI-PE, tiveram uma significativa redução, de 22,92% para 8,02%. Logo em seguida estes percentuais apresentaram um aumento de “275%”; retornando para 21,30% em 2005, alcançando o valor de 35,32% com gastos com medicamentos em 2006. Enquanto que o percentual da despesa com medicamentos em relação à despesa total de saúde do SIOPS (estado e municípios) não apresentou alterações significativas nesse mesmo período.

Retomando a discussão sobre os fatores que também podem estar diretamente relacionados à elevação de gastos com medicamentos, segundo Canadian Medical Association Journal (2007), podemos considerar: a) População: mudanças no tamanho, estrutura e

distribuição; idade, sexo e etnia; surgimento de novas doenças e epidemias; b) Sistema de Saúde: disponibilidade e acesso aos serviços; ampliação das listas de medicamentos; c) Ciência e tecnologia: novas abordagens terapêuticas; medicamentos substituindo cirurgias; tratamentos para doenças antes não tratadas; melhoria nos meios de diagnóstico; d) Indústria farmacêutica: desenvolvimento de novos produtos (novas concentrações, formas farmacêuticas e apresentações); propaganda aos médicos; amostra-grátis e propaganda direta aos usuários; e) Profissionais e usuários: mudanças nos padrões de prescrição e dispensação de medicamentos; número e diversidade dos prescritores; diversas formações; expectativa e comportamento dos usuários e adesão ao tratamento. Fatores esses que, comparados aos dados encontrados no presente estudo, também fazem parte da rotina da atenção à saúde indígena, apresentando-se complexados e interdependentes na gestão da assistência farmacêutica, direcionando seus resultados para um grupo de ações e não apenas algumas.

Ainda sobre aspectos determinantes sobre o aumento de gastos com medicamentos, em estudos internacionais, Morgan (2004) avaliou que, em um estudo no Canadá, a diferença nos gastos *per capita* em 2002 foi de 350 dólares na British Columbia e de 500 dólares em Ontario e Quebec. Com isso, chegou à conclusão de que o volume de medicamentos prescritos e adquiridos, os preços pagos e a seleção de fármacos, dentro de uma classe terapêutica, são fatores que explicavam, em parte, essa evolução. O autor ponderou que as decisões políticas podem exercer influência nessa dinâmica e que, portanto, é preciso realizar estudos sobre a utilização dos medicamentos para determinar se está ocorrendo utilização excessiva ou subutilização.

Na Tabela 7 e o Gráfico 10, observam-se os valores per capita dos gastos com medicamentos das três populações em estudo. Chama-se a atenção, a relação inversa entre o gasto per capita com medicamentos e a população dos entes em estudo. Em 2002, o DSEI-PE apresentou um valor de gasto com medicamentos cinco vezes mais do que os valores per capita apresentados pelo estado, com uma população de 0,34% da população total de Pernambuco; e cerca de três vezes mais dos valores per capita de gasto de medicamentos dos municípios, com uma população que representava 8,54% da população total desses municípios.

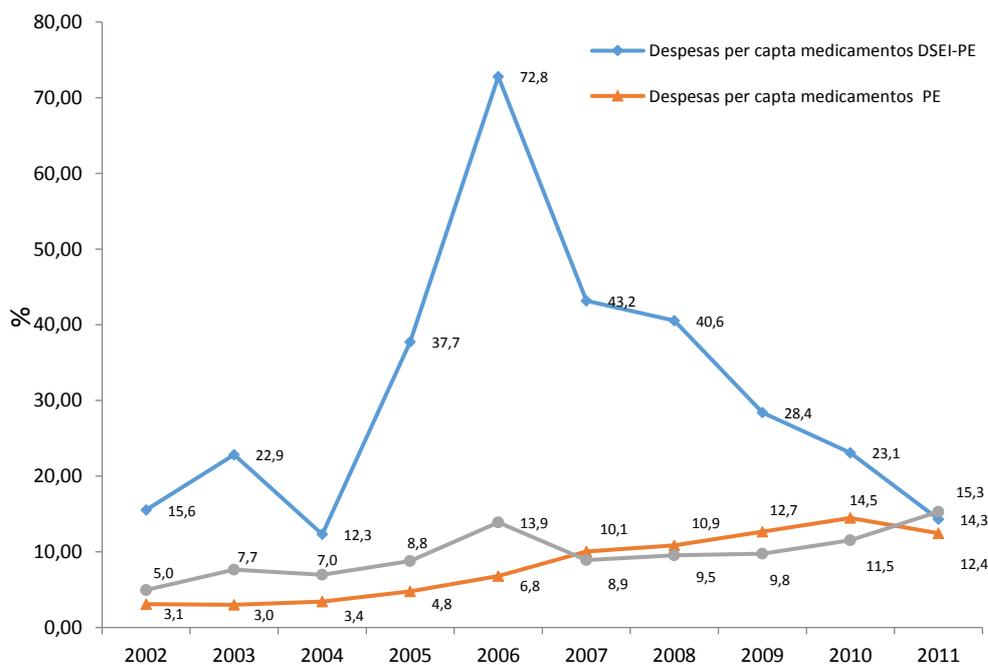
Tabela 7- Despesas per capita com gastos diretos com medicamentos no DSEI-PE, estado de Pernambuco e municípios que contêm comunidades indígenas nos exercícios de 2002 a 2011.

Ano	DSEI-PE	Estado de Pernambuco	Municípios com Pop Ind. em PE
2002	114,45	80,41	81,84
2003	99,68	81,82	88,23
2004	153,25	100,87	102,28
2005	177,03	138,91	122,26
2006	206,08	175,44	142,56
2007	235,63	195,31	153,18
2008	272,20	243,22	183,94
2009	249,47	301,18	202,67
2010	238,12	357,26	244,05
2011	250,81	342,68	272,21

Fonte: Dados do SIOPS/SIAFI/MS (SIAFI)

Tabela elaborada pela autora.

Gráfico 10 - Valores per capita sobre gastos anuais em medicamentos do Dsei-PE, estado de Pernambuco, e municípios que contêm comunidades indígenas, no período de 2002 a 2011.



Fonte: SIOPS/SIAFI/MS

Gráfico elaborado pelo autor

Considera-se que o valor per capita dos gastos totais em saúde representa um dos mais confiáveis índices para medir o sucesso de políticas de governo voltadas à saúde pública, pois aponta para a quantidade de recursos públicos que cada morador consome por ano. Quanto maior o investimento individualizado, mais a população ganha com iniciativas que visam à melhoria da qualidade de vida, seja em consultas médicas e outros procedimentos da atenção à saúde. Ressalte-se sobre a importância de se desenvolver estudos para avaliar o modelo de gestão e desenvolvimento das ações da atenção à saúde disponibilizados aos povos indígenas do país pelo SASISUS que, mesmo considerando suas especificidades, essa população insere-se também na responsabilidade dos demais entes do SUS.

Em 2006, esses valores ficaram mais discrepantes quando, os valores per capita gastos com medicamentos no DSEI-PE passaram para (11) onze e (05) cinco vezes mais do que os valores do estado e municípios, respectivamente. Com uma população que representava 0,41% da população total de Pernambuco e 10,68% dos municípios.

Esses resultados se assemelham ao estudo realizado por Vieira e Zucchi (2011), em que foram identificados que municípios com população até 5 mil habitantes apresentaram média do gasto per capita 3,9 vezes maior que municípios com população superior a 500 mil habitantes e o gasto dos municípios com até 10 mil habitantes é estatisticamente diferente do gasto para as demais categorias.

Os autores levantaram algumas hipóteses para explicar essa constatação. Em primeiro lugar, seria necessário verificar se os municípios menores produziram mais consultas do que os municípios maiores, pois um número maior de consultas pode implicar mais prescrições médicas e, portanto, maior gasto *per capita* com medicamentos.

Em segundo lugar, foram realizadas mais consultas com pessoas com 40 anos ou mais em municípios menores do que nos maiores, uma vez que o maior atendimento dessa população pode implicar em mais prescrições devido à maior prevalência de doenças crônicas, o que resultaria em maior gasto per capita com medicamentos.

Em terceiro lugar, se as diferenças observadas seriam decorrentes de diferenças qualitativas na relação de medicamentos dispensados à população. Em quarto lugar, se tais diferenças poderiam ser explicadas pela parcela maior de beneficiários de planos privados de saúde em municípios maiores do que em menores, os quais deixariam de utilizar o SUS para a obtenção dos medicamentos prescritos. E, por fim, a quinta hipótese, se as questões econômicas, tais como poder e escala de aquisição, estariam presentes, fazendo com que municípios menores, por terem menor poder de negociação e escala de compra, estariam pagando preços mais altos pelos produtos do que os municípios maiores, resultando em maior gasto per capita.

Dentre as hipóteses levantadas, que poderiam aumentar o valor per capita de consumo de medicamentos em uma determinada população, apenas a quarta hipótese não se assemelha à realidade da população indígena. Uma vez que quase 100% desses povos têm o SUS como seu principal itinerário terapêutico.

Continuando a análise dos dados da tabela 8, observamos que houve uma redução significativa nos valores per capita de medicamentos do DSEI-PE, partindo de 72,79% em 2006 para 14,30% em 2011. Resultado este já decorrente, como podemos observar durante o estudo, das atividades implantadas na gestão da AF nesse período.

Considerando o estudo de Vieira (2007), que trata sobre a evolução dos gastos com medicamentos no MS, no período de 2002 a 2006, o percentual de gastos com medicamentos do DSEI-PE no exercício de 2002 (13,59), representou quase 3 vezes o percentual do MS (5,39) para esse mesmo ano com uma população total de indígenas que representava menos de meio por cento da população total do país; aproximando-se do percentual mundial de 15,2% de acordo com WHO (2004).

Vale destacar também que, nesse período, enquanto a população indígena de Pernambuco cresceu aproximadamente 28% e que a fração dessa população em relação à população total do Estado teve um acréscimo de 20%, a despesa com medicamentos no DSEI-PE apresentou um significativo crescimento em torno de 502%, ou seja, mais do que quintuplicou entre os anos de 2002 e 2006. Os fatores com os quais conduziram a esses gastos com medicamentos já foram descritos.

Segundo a OMS (2002), nos últimos anos, o gasto farmacêutico vem tornando-se uma ameaça à sustentabilidade dos sistemas públicos de saúde de muitos países. O orçamento crescente destinado à provisão dos medicamentos tem competido com outras grandes prioridades no setor saúde e esses gastos em medicamentos não têm correspondido a melhorias significativas nos seus indicadores. Encontrar um equilíbrio entre os benefícios e os custos incorridos é essencial para a sustentabilidade dessas ações.

8.3 Principais características demográficas de consumo de medicamentos nas comunidades indígenas de Pernambuco que comprometem o URM

Nos dados apontados observa-se que as primeiras iniciativas da organização de ações e serviços da AF iniciadas no segundo semestre de 2004 só vieram a contribuir efetivamente com o impacto financeiro e melhor qualidade na gestão do subsistema a partir do exercício de 2006,

quando implementadas e implantados os novos instrumentos de controle, organização de serviços e capacitação dos profissionais, lideranças e comunidades indígenas.

Tais instrumentos, para instituição, representaram elementos inovadores de gestão, corroborando com Omachonu e Einspruch, (2010), introduzindo novos conceitos, ideias, serviços, processos ou produtos, visando aprimorar tratamento, diagnóstico, treinamento, cobertura, prevenção e pesquisa, com objetivos de longo prazo, para melhorar qualidade, segurança, impacto e eficiência do sistema de saúde.

No quadro 5, observa-se que, de acordo com os dados compilados das fichas de dispensação, entre os exercícios de 2010 e 2011 foram disponibilizados às comunidades indígenas 340.249 tratamentos medicamentosos, dos quais 222.306 foram dispensados em 2010 e 117.943 em 2011, o que se coaduna com a redução de gastos decrescentes com estes insumos, como observamos no desenvolvimento do estudo.

Quadro 5 – Estudo do quantitativo de tratamentos medicamentosos prescritos, dispensados e registrados nas Fichas de Dispensação Individual do DSEI-PE, no período de 2010 a 2011.

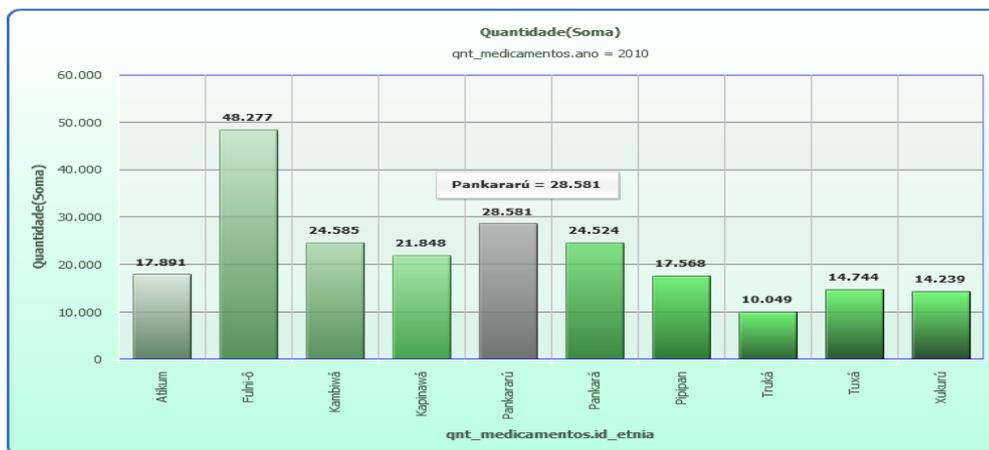
• Quantidade de tratamentos dispensados e registrados nas fichas de dispensação em 2010	222.306
• Quantidade de tratamentos dispensados e registrados nas fichas de dispensação em 2011	117.943
• Total	340.249

Fonte: Quadro elaborado pelo autor.

A qualidade e a quantidade do consumo de medicamentos, segundo Albuquerque e Tavares (2011), estão sob ação direta da prescrição, que, por sua vez, sofre influências de alguns fatores da oferta dos produtos pela indústria farmacêutica e a expectativa dos pacientes. Uma boa prescrição deve conter o mínimo de medicamentos possível, que conseqüentemente irá ter menos efeitos colaterais, contraindicação, além de menor tempo de tratamento possível.

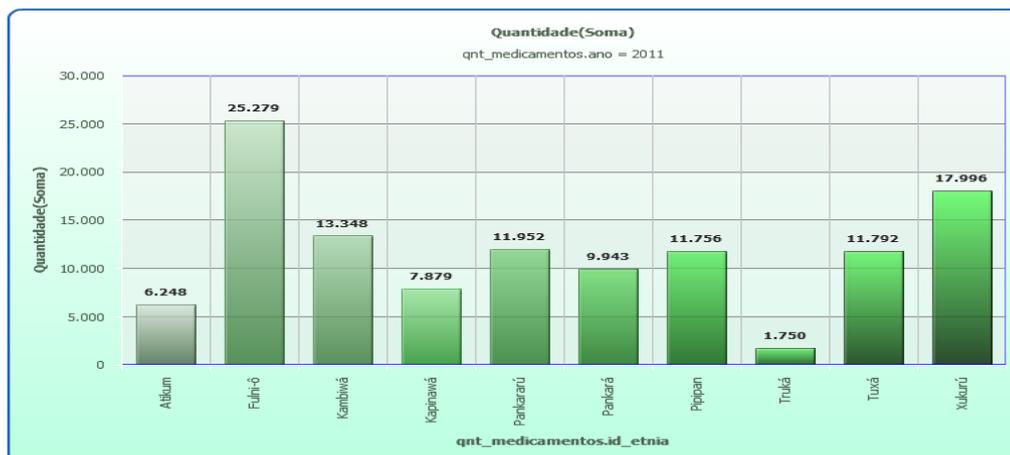
Nos Gráficos 11 e 12, identificam-se a distribuição global do quantitativo de tratamentos medicamentosos devidamente registrados nas fichas de dispensação por etnia, nos exercícios de 2010 e 2011, respectivamente

Gráfico 11– Quantidade global de tratamentos dispensados e registrados nas fichas de dispensação em 2010 para todas etnias de Pernambuco



Fonte: Gráfico elaborado pelo autor.

Gráfico 12– Quantidade de tratamentos dispensados e registrados nas fichas de dispensação em 2011 para todas etnias de Pernambuco



Fonte: Gráfico elaborado pelo autor.

Em 2011, identifica-se uma redução de 53% no quantitativo total de tratamentos medicamentosos disponibilizados, porém a etnia Fulni-ô continua mantendo um percentual maior frente às demais; enquanto que a etnia Xukurú apresenta significativo incremento em 2011 comparada a 2010.

Contudo, essa redução de 53% nos tratamentos disponibilizados não significa deixar de atender à população indígena em suas necessidades terapêuticas, uma vez que os princípios legais da própria política de saúde específicos dos povos indígenas garantem a integralidade da assistência.

Chama a atenção para a etnia Fulni-ô, para a qual foram disponibilizados 21,71% de 222.306 tratamentos medicamentosos, frente às demais etnias no ano de 2010. Esta etnia, historicamente é a quinta população indígena do estado, representando quase um terço da população da etnia Xucuru, que detém a maior população. No entanto, os fulni-ô, sempre foi a etnia que consome a maior quantidade de medicamentos no DESEI-PE, fato este que, desde o início das atividades da gestão da AF, sempre foi foco de discussão e atenção, levando a priorizar a implantação de novas rotinas de controle e cuidado na atenção a essa comunidade.

Entretanto, os resultados do estudo surpreendem na medida em que se identificou que os maiores indicadores per capita de tratamentos dispensados apontaram para as etnias Pipipan e Tuxá, que detêm as menores populações, 15,27% e 8,02% respectivamente, para os exercícios 2010 e 2011, como podemos observar na Tabela 8.

Tabela 8 - Indicadores per capita do número de tratamentos de medicamentos dispensados e registrados nas Fichas de Dispensação por etnia, nos anos de 2010 e 2011

Etnia	Per capita de Tratamentos Dispensados 2010	População 2010	Per capita de Tratamentos Dispensados 2011	População 2011
Atikum	3,93	4541	1,1	5671
Fulni-ô	12,36	3903	5,59	4519
Kambiwá	8,68	2830	4,02	3316
Kapinawá	5,89	3706	1,92	4091
Pankará	4,46	2448	1,96	2842
Pankararu	10,01	6404	3,49	7736
Pipipan	15,27	1150	8,02	1465
Truká	3,23	3111	0,51	3384
Tuxá	11,6	1271	8,53	1382
Xucuru	1,21	11747	1,21	14812

Fonte: Tabela elaborada pelo autor

A mesma relação inversa pode ser notada nos valores per capita de tratamento dispensados nas populações indígenas de Pernambuco, onde as etnias com as menores populações apresentaram gastos per capita acima das demais, no período estudado.

Considerando que esses indicadores de tratamentos dispensados, se referem a uma única Instituição, DSEI-PE, todos os macro componentes da gestão repercutem de maneira uniforme para todas as etnias. Embora que, de acordo com os dados encontrados, sabe-se que os

componentes internos da Instituição se desdobram diferentemente sobre sua população. Tratando-se da questão consumo per capita de tratamentos medicamentosos dispensados, ou seja, medicamentos efetivamente consumidos, diante dos problemas que se apresentam para as etnias, outras hipóteses poderiam ser levantadas para justificar o elevado consumo em povos de menor população.

Entre outros fatores, além das especificidades culturais de cada povo, saliente-se o modelo de gestão do subsistema que, de acordo com a PNASPI (BRASIL, 2002b), deve estar voltado para o atendimento dos indígenas, com mais recursos materiais e de pessoal, ampliando a presença de profissionais de saúde. Porém, os serviços de saúde implantados passaram a disputar espaço com práticas de saúde indígena, instaurando pontos de tensões ou conflitos entre os profissionais de saúde do sistema público, orientados pela biomedicina, e os praticantes do saber indígena ligados às práticas médico-religiosas próprias do grupo.

Concordamos com Silva (2011) quando diz que na prática cotidiana não há valorização de experiências e conhecimentos indígenas que historicamente foram eficientes, mas que, ao contrário, vêm sendo desprestigiadas e estão se perdendo ao longo do tempo.

Algumas iniciativas de se concretizar o espaço de intermedialidade entre a Biomedicina e a MTI vêm sendo desenvolvidas pelo Subsistema, porém, não de forma efetiva.

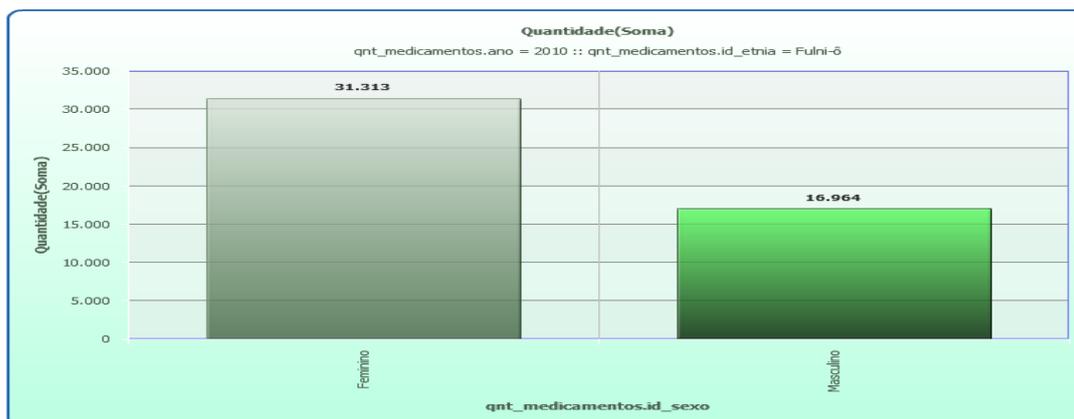
Segundo Santos e Nitini (2004), a avaliação do uso de medicamentos junto à população assistida pelo SUS, além de avaliar as características relativas a este uso, avalia também a própria assistência à saúde. Do ponto de vista do profissional farmacêutico, a avaliação do consumo de medicamentos e da AF possibilita o planejamento do O URM, fornecendo subsídios para a melhoria das condições de saúde individual e coletiva, bem como para ações de cunho preventivo ou curativo.

Das ferramentas terapêuticas disponíveis à equipe de saúde, a utilização de medicamentos é a mais empregada para a manutenção ou recuperação das condições de saúde da população (VIEIRA, 2007). O consumo de medicamentos é condicionado tanto por fatores farmacológicos como também por aspectos socioantropológicos, comportamentais e econômicos (OSÓRIO DE CASTRO, 2000).

Os dados encontrados apontam que a prevalência de utilização de medicamentos em mulheres é superior em todas as faixas etárias quando comparada a dos homens, mesmo após excluir o consumo de anticoncepcionais.

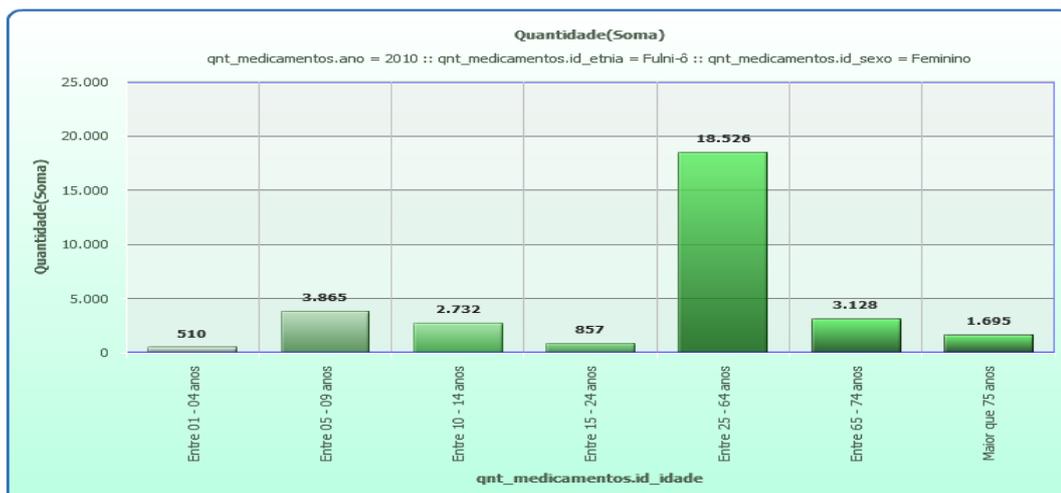
Pelas especificidades dos povos fulni-ô na relação com medicamentos, treouxemos como exemplo os dados de consumo de medicamentos desta etnia sobre os critérios sexo e faixa etária, como podemos observar nos Gráficos 13 e 14.

Gráfico 13 – Quantidade de tratamentos dispensados e registrados nas Fichas de Dispensação para a população Feminina x Masculina em 2010 na etnia de Fulni-ô.



Fonte: Gráfico elaborado pelo autor.

Gráfico 14 – Quantidade de tratamentos dispensados por faixa etária e registrados nas Fichas de Dispensação para a população Feminina em 2010 na etnia de Fulni-ô.



Fonte: Gráfico elaborado pelo autor.

Segundo Vosgerau et al. (2011) o uso de medicamentos se acentua a partir da quarta década de vida, o que também se observou nessa pesquisa, pois foi crescente o consumo de produtos farmacêuticos com o aumento da idade. Das populações estudadas, observa-se que tanto na população feminina quanto na masculina, mesmo em diferentes etnias, o maior consumo de medicamentos encontra-se na faixa etária de 25 a 64, corroborando com o estudo do autor em questão, em populações não índias.

No caso da população indígena feminina, constata-se que a mesma consome mais medicamentos do que a população masculina. A faixa etária de 25 a 64 anos identifica-se como sendo a de maior consumo, em ambos os sexos. Os dados citados não são propriamente objeto direto deste estudo. É importante trazê-los à tona por servirem para ressaltar como os esses instrumentos introduzidos na gestão da AF do DSEI-PE, durante o período estudado. São inovadores para o subsistema e que podem colaborar como ferramentas estratégicas para a tomada de decisão da gestão na melhoria da qualidade dos cuidados das ações em saúde. São dados que carecem de futuros estudos epidemiológicos mais aprofundados, frente o incipiente ou quase nenhum estudo com esse foco nas comunidades indígenas brasileiras, conforme revisão de literatura realizada para o presente trabalho.

8.4 Consumo de medicamentos versus o acesso aos serviços de saúde das comunidades indígenas de Pernambuco

A Tabela 09 relaciona o número de consultas médicas e de enfermagem, realizadas pelas equipes do DSEI-PE e consultas médicas realizadas nas unidades de referência dos municípios aos quais cada comunidade está inserida, cujos dados estão informados no quadro 5. Consultas de enfermagem na Atenção Básica também podem gerar prescrições de medicamentos em alguns programas específicos.

Relacionando os dados da Tabela 9 com os dados informados no quadro 5 sobre o quantitativo de tratamentos disponibilizados para as comunidades indígenas, devidamente registrados nas fichas de dispensação, na qual cada unidade ou quantidade de medicamentos representa um tratamento medicamentoso e não unidades de especialidades farmacêuticas. A partir desses dados vamos obter uma média do quantitativo de tratamento dispensado por consulta médica, ou seja, o número de tratamentos medicamentosos prescritos por uma unidade de receita médica.

Tabela 9- Média de tratamentos dispensados por consultas 2010/2011

Atendimentos de Atenção Básica / Rede de Referência		
Quantidade de tratamentos dispensados 2010 – 2011		
Aldeia/Polos-base/Rede de Referência	2010	2011
Consultas Médicas	19.611	18.235
Consultas de Enfermagem	17.296	24.096

Redes de Referência (consultas médicas)	1.446	5.943
Total de procedimentos que geram prescrições de medicamentos	38.353	48.274
Quantidade de tratamentos medicamentosos dispensados	222.306	117.943
Média de tratamentos dispensados/consultas realizadas	5,8	2,4

Fonte: Tabela elaborada pelo autor.

A média de tratamentos dispensados por procedimentos que possam gerar prescrições nos exercícios de 2010/2011 é de 5,8 e 2,4, respectivamente. Esse índice aponta que cada procedimento gerou em média 5,8 e 2,4 tratamentos, ou seja, medicamentos prescritos por paciente em uma única consulta.

Ressalte-se que, ao relacionar o número de procedimentos realizados que possam gerar prescrições de medicamentos nos exercícios de 2010 e 2011, identifica-se um acréscimo de 20,55%, enquanto que na média de tratamentos dispensados por consulta houve uma redução de 58,62%. Esse fato indica que a redução da quantidade de tratamento prescritos está relacionada com a melhora da qualidade da prescrição de medicamentos, em resposta a todas as intervenções que as ações da AF vêm desenvolvendo no âmbito de sua gestão para o acesso de medicamentos dessa população de forma racional.

Outro aspecto importante que condiciona a qualidade da resposta da intervenção das ações da AF no processo de atenção à saúde junto às comunidades estudadas, visualizado nas tabelas 10 e 11, apontam os 10 medicamentos e os 10 grupos farmacológicos mais consumidos junto às comunidades indígenas de Pernambuco nos exercícios de 2010/2011.

Tabela 10- Medicamentos mais consumidos nas comunidades indígenas de Pernambuco nos exercícios de 2010/2011.

Princípio ativo	Tratamentos Dispensados 2010	Tratamentos Dispensados 2011	Total 2010/2011	Total %
Paracetamol 200mg/ml gts	6.982	3.864	10.846	12,63%
Amoxicilina susp.250mg/5ml	7.369	3.332	10.701	12,46%
Hidroclorotiazida 25mg com	6.618	2.777	9.395	10,94%
Captopril Sulcado 25mg com	6.303	3.061	9.364	10,91%
Ambroxol 30mg Fr.c/120 ml (Adulto)	6.290	2.996	9.286	10,82%
Ambroxol 15mg/5ml. Fr. c/120ml (Pediá- trico)	6.345	2.796	9.141	10,65%

Amoxicilina 500mg com	5.320	2.942	8.262	9,62%
AlbendazoL 400mg/10ml susp.	4.325	2.263	6.588	7,67%
Dexclorferinamina 2mg/5ml xpe.	3.944	2.271	6.215	7,24%
Ácido acetil salicílico 100mg com	3815	2242	6.057	7,05%
Outros				14,15%

Fonte: Tabela elaborada pelo autor.

Saliente-se que essas 10 drogas estão inseridas na relação dos 120 medicamentos mais consumidos no DSEI-PE nos exercícios de 2010/2011 (APÊNDICE D). Recorde-se que os dados foram compilados através das fichas de dispensação, armazenados e processados no Programa PHP HTML; os dados também apontaram que dos 120 medicamentos mais consumidos, 98,33% são drogas padronizadas no DSEI-PE e ainda 37,5% são drogas não constantes da RENAME.

Tabela 11 - Grupos farmacológicos mais consumidos nas comunidades indígenas de Pernambuco nos exercícios de 2010/2011.

Grupo de Drogas	Medicamentos (Por grupo)	Farmacológico (Grupo total de drogas) %
Drogas que atuam no aparelho cardiovascular	21	17,50
Agentes antibacterianos	16	13,33
Agentes antiparasitários/anti-infeciosos	12	10
Agentes antiinflamatórios	11	9,16
Drogas que atuam no sistema nervoso central	10	8,30
Antifúngicos	7	5,83
Polivitaminas	6	5
Analgésicos/antipiréticos	5	4,16
Anti-histamínicos	5	4,16
Mucolíticos/broncodilatadores	5	4,16

Fonte: Tabela elaborada pelo autor.

Os resultados apontados demonstram a qualidade e efetividade do monitoramento e controle das rotinas de prescrição e dispensação de medicamentos implantados neste DSEI desde 2006; e ainda a qualidade e efetividade do trabalho do CDFT do DSEI-PE no processo de Seleção e Padronização de Medicamentos para atender às patologias mais prevalentes nessas comunidades. Com os achados dessa pesquisa corroboramos estudos de Diehl (2001), Diehl e Grassi (2010) e Gomes (2008).

Já as drogas que não fazem parte da RENAME contemplam especificidades de práticas culturais de consumo de medicamentos institucionalizados pelo modelo biomédico e hegemônico introduzidos pelo sistema na atenção à saúde aos povos indígenas brasileiros.

Práticas que envolvem mudanças de comportamento de profissionais de saúde e comunidade vêm representando um dos mais importantes desafios para a Gestão da AF, com vistas a decrescer o percentual de medicamentos não constantes da RENAME, através do acompanhamento de itinerários terapêuticos que, segundo Ferreira (2007), podem ser mapeados nos espaços de intermedialidade emergentes nas zonas de contato, permitindo a criação de estratégias refletidas de articulação entre os sistemas médicos.

Os 10 (dez) primeiros grupos farmacológicos indicados na Tabela 12 atendem às necessidades terapêuticas para o tratamento das principais morbidades apresentadas na Tabela 1 (P.138) e Gráfico 4 (p. 139), ratificando os comentários anteriores quando apontam a efetividade das ações da gestão da AF no DSEI-PE.

8.5 Principais fatores que interferem no acesso ao URM e nos valores gastos com medicamentos no DSEI-PE

Considerando que os medicamentos constituem uma das tecnologias biomédicas mais difundidas nas práticas de atenção á saúde, sendo demandados e utilizados globalmente. A PNM consolidou os preceitos apontados pela OMS, estabelecendo como uma das suas principais diretrizes a promoção do URM, devendo os sistemas de saúde garantirem à população medicamentos seguros e eficazes, ao menor custo possível para o cidadão e para o sistema de saúde.

No quadro 6, identifica-se os principais fatores que comprometeram os valores gastos com aquisição de medicamentos e a promoção do URM no DSEI-PE nos exercícios 2002 e 2011 respectivamente.

Quadro 6- Principais fatores que comprometeram os gastos com aquisição de medicamento e a promoção do URM no DSEI-PE 2002 – 2011

Apoio político para implantação e implementação da Área
1-Apoio intrainstitucional e interinstitucional 2- Maior apoio da instituição para fortalecimento do espaço interétnico com a MTI
Problemas quanto a Estrutura
1- Ausência de equipe estruturada na gestão da AF 2- Composição de equipe de apoio para as atividades da AF nos PB e gestão do DSEI. 3- Ausência de instalações físicas adequadas para as atividades da gestão, armazenamento e transporte de medicamentos no DSEI, CAF e Polos-Base. 4- Sistema de informação informatizado para gestão e controle de estoque de medicamentos 5- Ausência de um Comitê de Farmácia e Terapêutica
Problemas quanto aos processos
1- Falta e excesso de medicamentos gerando prejuízos financeiros e comprometimento da qualidade da atenção á saúde.

- | |
|--|
| 2- Dificuldades legais e administrativas para execução de processos de aquisição de medicamentos no DSEI-PE
3- Ausência de profissionais de apoio capacitados para a gestão da AF
4- Ausência de normas e rotinas para seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição (transporte) e dispensação de medicamentos
5- Ausência de um elenco padronizado de medicamentos |
|--|

Problemas quanto aos resultados
--

- | |
|---|
| 1- Ausência de médicos e compromisso dos mesmos com as equipes nas equipes multidisciplinares dos Polo-base, pacientes e instituição
2- Falta de informação das EMSI e Controle Social sobre a gestão da AF e suas interfaces com todos os programas de saúde
3- Falta de informação das comunidades indígenas sobre a importância do uso adequado e correto de medicamentos
4- Rotatividade de equipe multidisciplinar nos PBs. |
|---|

Fonte: DSEI-PE

Quadro elaborado pelo autor

Na análise do Quadro 6, o apoio político aparece como primeiro fator que pode interferir nas ações da gestão da AF. Para Oliveira; Assis e Barboni, (2010), os desafios para a estruturação e a implementação de uma AF efetiva começa pela conscientização por parte dos gestores da importância da organização do serviço, através de investimentos em estrutura física, organização dos processos e contratação de pessoas e capacitação permanente dos trabalhadores envolvidos. Somados ao papel do controle social que, junto aos gestores, representa os protagonistas do processo tanto no apoio intrainstitucional quanto interinstitucional.

O Controle Social, junto com os gestores, representa os protagonistas do processo tanto no apoio intra quanto interinstitucional. Ressalte-se ainda que, pela especificidade do subsistema e população assistida, especificamente para gestão da AF, outros entes como comunidade e equipe multidisciplinar são estratégicos para o desenvolvimento e implantação dessas ações, como observa-se ao longo desse estudo em cada atividade implantada neste DSEI.

Para se implementar serviços farmacêuticos, conforme citado anteriormente, para garantir o acesso ao uso racional de medicamentos às comunidades indígenas em Pernambuco, em uma instituição como a FUNASA, demandou-se todo um processo de sensibilização, que teve como principal componente a mudança de comportamento para com a área, não só dos gestores, como também dos profissionais de saúde e comunidades indígenas de Pernambuco. Isso diante de até bem pouco tempo, por ser entendida a área de Assistência Farmacêutica, pela gestão da instituição, apenas como “suprimento para as ações de saúde”, com baixa ou nenhuma inserção na organização de serviços, decorrente, entre outros fatores, do fato de que o produto “medicamento” chegou ao usuário antes do serviço.

O apoio técnico e político da área técnica da AF do nível central da instituição também é fundamental no fornecimento de medicamentos através de compra centralizada, implantação

Farmacêutico (por contrato temporário)	----	-----	02 R\$ 4.600,00	02 R\$ 4.600,00	----	-----	----	-----
Aux. Administrativo (por contrato temporário)	06 R\$ 260,00	08 R\$ 300,00	08 R\$ 2800,00	10 R\$ 3.800,00	12 R\$ 4.980,00	14 R\$ 6.510,00	14 R\$ 7.510,00	14 R\$ 7.630,00
Estagiários	----	----	----	----	----	----	----	-----
Total despesas em contrato temporário de profissionais	R\$ 260,00	R\$ 300,00	R\$ 10.050,00	R\$ 11.460,00	R\$ 10.410,00	R\$ 10.510,00	R\$ 10.830,00	R\$ 13.900,00
TOTAL X 12 MESES	3.120,00	3.600,00	120.600,00	137.520,00	124.920,00	126.120,00	129.960,00	166.800,00
Total despesas em contrato temporário de profissionais no período do início das atividades da Gestão da Assistência Farmacêutica do Dsei-PE até o final do estudo							R\$ 832.640,00	

Fonte: DSEI-PE. Quadro elaborado pela autora.

Ao observarmos o Quadro 7, identifica-se o investimento financeiro para estruturação da Área de Assistência Farmacêutica no DSEI-PE, com o cronograma da composição da equipe da Assistência Farmacêutica desde a sua implantação em 2004.

Além dos investimentos financeiros em composição de equipe, outras ações representaram o marco inicial para organização da área, como podemos observar:

Estrutura física:

- Em setembro de 2005, a FUNASA recupera caminhão baú para transporte seguro de medicamentos, garantindo assim sua estabilidade física (ANEXO J).
- Em dezembro de 2005, é inaugurada no DSEI- PE a primeira Câmara de Medicamentos, instalada no almoxarifado da FUNASA, para garantir as boas práticas de armazenamento conforme legislação atual (ANEXO K).
- Em dezembro de 2006, o DSEI-PE consegue executar um processo de aquisição para equipamentos e mobiliários para a área de assistência farmacêutica, através de recurso repassado pelo DESAI;
- Em 2009, há aquisição de 12 computadores pelo DSEI dos quais foram disponibilizados para o setor de gestão da AF;
- Sistema de Informação de Controle de Materiais na Assistência Farmacêutica DSEI- PE, investimentos crescentes para garantia cada vez mais efetiva da gestão de controle de estoque em toda cadeia medicamentosa:

- a) Inespecíficos para gestão de controle de estoque de medicamentos:
- 2007 Sistema de Gerenciamento de Materiais (SIGEM);
 - 2007 a 2010 - Sistema Informatizado para controle de materiais (ASIWEB);
- b) Específicos para gestão de controle de estoque de medicamentos:
- 2011 a 2012 - Sistema de Controle de Estoque de Medicamentos (SISCOESC);
 - 2012 - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS) Versão Indígena (ANEXO F);
- Em outubro de 2008, a FUNASA, através da Portaria 671/08, institui o CDFT, para padronizar o elenco de medicamentos essenciais e outros procedimentos terapêuticos que contemplem as especificidades da cultura indígena (ANEXO G);
 - Esse comitê, nesse mesmo ano, elaborou a primeira relação de medicamentos padronizados para a saúde indígena de Pernambuco que, para garantir medicamentos seguros, eficazes para a população e de menor custo para a instituição. Na época, contemplava 229 itens; em 2009 e 2011, essa relação é revisada através do comitê, passando a contemplar 215 itens (ANEXO H).

Implementação de processos e resultados:

- Ainda na gestão a FUNASA, a partir de 2005, foram iniciadas as primeiras aquisições de medicamentos de forma centralizada e local, através de pregões eletrônicos, para manutenção de estoque regulador de medicamentos;
- Em dezembro de 2006, foi aprovada em plenária de Reunião Ordinária do Conselho Distrital de Pernambuco, a Rotina de Prescrição e Dispensação de Medicamentos do DSEI-PE (ANEXO G).
- Observe-se no Quadro 8 que, dentre os anos de 2007 a 2010, foram capacitados no âmbito da gestão da AF, 492 trabalhadores da saúde e 110 lideranças indígenas em Pernambuco (ANEXO L).

Quadro 8– Investimento financeiro nas atividades de Capacitação no âmbito da gestão da AF do DSEI-PE PE realizadas no período do estudo

Capacitação	Ano	Função	Treinandos	Investimento Financeiro (R\$)
I Capacitação de Apoio à Gestão da AF	2007	Coordenadores de Polo e Auxiliares de Farmácia	36	30.084,72

(Oficina 40h; Hotel Enseada dos Corais, na cidade do Cabo de Santo Agostinho).				
As Políticas Públicas de AF e a Saúde Indígena; Etnia Pankararu (Palestras interativas, 16:00:h, na cidade de Jatobá e Tacaratu)	2008	Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e lideranças locais	80	7.200,00
As Políticas Públicas de AF e a Saúde Indígena; 1-(Palestras interativas, Auditório FUNASA, 08:00H) 2- (Fórum com Mesa Redonda e Palestras, Auditório Funasa, 16:00h)	2008	1-Conselheiros Indígenas representantes do CONDISI do DSEI-PE	30	11.555,40
		Profissionais de nível superior das EMSI do DSEI-PE	40	19.000,00
As Políticas Públicas de AF e a Saúde Indígena – Etnias Kapinawá e Kambiwá (Palestras interativas, 16h, na cidade de Ibimirim)	2009	Lideranças Locais, AIS e Parteiras.	70	6.022,50
As Políticas Públicas de AF e a Saúde Indígena – Etnias Atikum, Pankará e Truká (Palestras, 24h, nas cidades de C. da Penha, Floresta e Cabrobó).	2009	Lideranças Locais, AIS e Parteiras	110	10.022,50
As Políticas Públicas de AF e a Saúde Indígena – Fulni-ô (Palestras interativas, 08:00h, na cidade de Águas Belas).	2009	Lideranças Locais, AIS e Parteiras	40	6.022,50
As Políticas Públicas de AF e a Saúde Indígena – Xucurus (Palestras interativas, 08:00h, na cidade de Pesqueira).	2009	Lideranças Locais, AIS e Parteiras	35	4.200,00
II Capacitação de Apoio à Gestão da Assistência Farmacêutica Oficina 40h; Hotel Forte Orange, na cidade de Itamaracá).	2009	Coordenadores de Polo-Base e Auxiliares de Farmácia	30	27.303,08
Oficina: Construção da Cartilha sobre o Uso Adequado de Medicamentos – Parte I (24h, Hotel Cruzeiro, na cidade de Pesqueira)	2010	AIS, lideranças Indígenas de Pernambuco, Auxiliares de Enfermagem e Parteiras.	40	39.727,50
I Curso de Capacitação de Prescritores do SUS- Sub-Sistema de Saúde Indígena. (Oficina, 24h, Hotel Vila Hípica, na cidade de Gravatá)	2010	Médicos, Farmacêuticos e Cirurgiões Dentistas do DSEI-PE, Secretaria Estadual de Pernambuco e Secretarias Municipais de Saúde.	40	39.658,00
Oficina: Construção da Cartilha sobre o Uso Adequado de Medicamentos – Parte II (24h, na cidade de Itamaracá).	2010	Grupo de trabalho composto por farmacêuticos, coord. DIASI, 03 representantes dos AIS e representante do CONDISI.	06	4.400,00
Total de investimento em capacitação no âmbito da Gestão da Assistência Farmacêutica no DSEI-PE	2007 a 2010	Profissionais de saúde e lideranças indígenas capacitados	557	205.185,68

Fonte: DSEI-PE. Quadro elaborado pelo autor

Identifica-se, no Quadro 8 que a partir de 2007 até 2010, foram investidos em capacitação R\$ 205.185,68 (duzentos e cinco mil, cento e oitenta e cinco reais e sessenta e oito centavos), capacitando 602 pessoas no DSEI-PE no âmbito da gestão da AF e promoção do URM. Essas atividades representaram o principal produto de mudança que impactou na redução dos valores gastos com medicamentos na instituição.

Em relação à estrutura do serviço, a questão de contratação de profissionais para compor a equipe, só a partir do exercício de 2006, a AF do DSEI-PE começou a contar com mais de um profissional farmacêutico, mantendo-se com no mínimo dois até 2011. Ressalte-se que entre 2012/2013 foram contratados dez farmacêuticos, somando um total de doze até o final desse estudo. Quanto aos profissionais de apoio, observa-se que durante o período do estudo, um número crescente de contratações foram realizadas.

Segundo Marin *et al.*, (2003), a organização da AF é uma estratégia que procura superar a fragmentação da área, valorizando a articulação entre as diversas partes que compõem o sistema, estabelecendo fluxos na construção de um conjunto articulado que influencia e é influenciado por cada um de seus componentes. Nesse contexto, entende-se a política de gestão de pessoas como uma estratégia estruturante para a sua construção.

Diante do exposto, frente às principais ações implantadas na gestão da AF do DSEI-PE, que vêm contribuindo para promoção do URM e otimização dos recursos envolvidos, pode-se afirmar ainda que, dentre todas as atividades desenvolvidas, o processo de mudança do comportamento das pessoas frente a gestão foi estratégico para todos os resultados; corroborando com Ministério do Planejamento e Orçamento (BRASIL 2011), quando aponta que a receita do mais do mesmo não funciona, muitas vezes, são necessárias mudanças profundas nos instrumentos de gestão. O problema da incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de saúde não se resolve aumentando a oferta de modo indiscriminado, mas introduzindo novas práticas, novos instrumentos, novas maneiras de realizar a atenção à saúde, de forma mais integrada, eficiente e equitativa. Ou seja, é preciso introduzir mudanças que resultem num melhoramento concreto e mensurável, que pode envolver diferentes áreas, como o desempenho, a qualidade, a eficiência e a satisfação dos usuários.

Considerando a informação como principal instrumento de capacitação, observa-se no Quadro 8 que a CAF do DSEI-PE, em um processo integrado com o presente estudo, vem construindo, como seu último produto dessa pesquisa, através de um grupo de trabalho construído por profissionais da saúde e representantes das lideranças indígenas de Pernambuco, uma cartilha de capacitação para as comunidades indígenas, então intitulada

“O uso adequado de medicamentos nas terras indígenas.” Produto repassado para a gestão do DSEI-PE e SESAI/MS para ser publicado no âmbito da gestão do SASISUS (ANEXO M).

9 CONCLUSÃO

O DSEI representa a unidade gestora descentralizada do SASISUS, com um modelo de organização de serviços de saúde orientado para um espaço etnocultural dinâmico, voltado para os povos indígenas do país. Contempla uma imensa rede de serviços nas terras indígenas, para suprir as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do SUS pelos índios; desenvolvendo um conjunto de atividades técnicas e gerenciais com o objetivo de alcançar medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde. A PNASPI, que integra a PNS, compatibiliza as determinações da Lei Orgânica da Saúde com as da Constituição Federal, reconhecendo aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais, estabelecendo seus direitos sociais.

Esta mesma política, no âmbito de suas diretrizes aponta o URM, devendo envolver ações direta e indireta à AF no contexto da atenção à saúde indígena, que devem partir, em primeiro lugar, das necessidades e realidades epidemiológicas de cada distrito sanitário e estar orientada para garantir os medicamentos necessários de forma segura e eficaz.

É importante manifestar a relevância dessa pesquisa ao refletir sobre o impacto da implantação de ações da AF no subsistema de saúde indígena no cotidiano dos serviços de saúde locais do DSEI-PE, frente a responsabilidade do Estado em criar políticas públicas que atendam ao objetivo de reorganização do modelo brasileiro de atenção à saúde, especificamente os princípios e diretrizes da PNM, relacionados com a PNASPI. De onde decisões e ações devam partir para garantir a saúde enquanto direito social, além do acesso aos cuidados necessários, considerando as diversidades culturais em todo território nacional e os inúmeros interesses envolvidos no processo de gestão.

Nesse sentido, essa tese demonstrou o impacto da implantação das ações da assistência farmacêutica sobre os gastos com medicamentos para os povos indígenas do DSEI-PE, durante os exercícios de 2002 a 2011, comparando-os com as despesas com medicamentos do Estado de Pernambuco e dos municípios onde se inserem essas comunidades. Apontou as principais estratégias que contribuíram para a promoção URM, demonstrando, assim, que é possível, no contexto da gestão da saúde indígena, combinar melhores práticas clínicas com mecanismos organizacionais e gerenciais eficientes.

Buscou contribuir com uma discussão para um processo de mudança do olhar da gestão do subsistema para a área técnica de AF na Saúde Indígena, por meio da construção de instrumentos de intervenção inovadores, instituídos pela mesma. Tal processo vem consolidando essas ações no DSEI-PE para o desenvolvimento de atividades e serviços que garantam a promoção do URM às comunidades indígenas de Pernambuco, respeitando o

princípio da economicidade na gestão de medicamentos. Nesse contexto, dentre os principais resultados encontrados, a participação dos gastos com medicamentos frente aos gastos totais em saúde, revelam a importância que esses indicadores assumem na qualidade e eficiência da gestão do SASISUS.

Os primeiros resultados do estudo apontam para os dados populacionais, considerando esses indicadores serem estratégicos para avaliarmos os gastos em saúde. Isso porque a qualidade da assistência prestada à população está diretamente relacionada à organização de serviços e sua abordagem econômica frente ao total de população assistida. São indicadores importantes para avaliar ou comparar ações intra ou interinstitucional em qualquer atividade do sistema.

Chama-se a atenção para os percentuais da população indígena de Pernambuco que, no período do estudo, representavam 10,6% da população total dos municípios onde estão inseridas, e apenas 0,42% da população total do estado. Ressalte-se que, no contexto das políticas públicas, especificamente a Constituição de 1988, a Lei 8.080 e a PNASPI, essa população, por uma questão de direito, possui política própria de atenção à saúde, através do Subsistema de Saúde Indígena de Pernambuco, estando também inserida nas ações de atenção à saúde dos municípios e estado, respectivamente; o que torna este dado fundamental ao mensurar gastos em saúde para populações indígenas no país, pela complexidade de coleta de dados de acesso a serviços de saúde dentre o subsistema e demais entes do SUS.

Na avaliação inicial dos indicadores das despesas com medicamentos frente aos gastos totais em saúde no DSEI-PE, chama a atenção para os gastos com medicamentos que tiveram uma significativa oscilação entre os exercícios de 2002 até o final de 2011. Essa oscilação corrobora com os dados do estudo em que, desde a criação dos distritos sanitários em 1999, só a partir de 2004 foram iniciadas as primeiras atividades de estruturação de uma área técnica para a gestão da AF, consoante às diretrizes da PNM. Essas atividades representaram, indubitavelmente, o marco referencial da gestão da AF na Saúde Indígena de Pernambuco, cabendo às mesmas o papel de mudança.

Embora anteriormente desconhecêssemos esse princípio, semelhantes mudanças tiveram um significado profundo no que tange à inovação na gestão em saúde, pois foram introduzidos processos que resultaram no melhoramento concreto e mensurável; envolvendo diferentes áreas da gestão da AF. Com implantação das primeiras rotinas de controle de estoque e dispensação de medicamentos, acompanhadas de contratação de profissionais e organização de serviços, passou-se a obter respostas efetivas em seus produtos; atividades de baixa complexidade, porém, processos inovadores para gestão do subsistema. Atividades essas, que envolveram a

organização da AF em todas as suas etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos.

Outro resultado importante, é a relação inversa do percentual de gastos com medicamentos frente aos gastos totais em saúde do DSEI-PE. Relacionando-se esses dados aos indicadores populacionais, observou-se que, para o período estudado, o incremento das despesas totais em saúde foi proporcional ao incremento populacional. No entanto, os gastos com medicamentos tiveram um decréscimo médio anual (16,11%) para o mesmo período. Além do que, nos últimos 05 anos do estudo, foi observado um decréscimo significativo de 83.86% nos indicadores de gastos com medicamentos frente aos gastos totais em saúde desse distrito sanitário.

Concomitante aos resultados dos gastos totais em saúde, chamamos atenção também, para a relação inversa entre o gasto per capita com medicamentos e os percentuais populacionais (DSEI-PE, municípios com população indígena e Estado de Pernambuco). Indicadores estes que em 2002, o DSEI-PE apresentou um valor per capita em gastos com medicamentos cinco vezes mais do que os valores do Estado, com uma população que só representava 0,34% do mesmo; e cerca três vezes mais dos valores per capita de gasto de medicamentos dos municípios, com uma população de índios que representava 8,54% da população total desses municípios. Estes indicadores cresceram até 2006. Porém, a partir de então observa-se que houve uma redução significativa nos gastos per capita com medicamentos, partindo de 72,79% em 2006 para 14,30% em 2011, que passaram a representar aproximadamente duas vezes o valor per capita do Estado e uma vez menor do que o valor dos municípios.

O levantamento farmacoeconômico demonstrou que apesar do incremento na população indígena que culminou com o aumento dos gastos em saúde, a implantação e implementação dos serviços de assistência farmacêutica, resultou em redução dos gastos, com a melhoria da qualidade e promoção do uso racional de medicamentos

Vale ressaltar que o MS, ao longo desses últimos 12 anos, vem investindo em políticas públicas que diminuem os preços dos medicamentos, tanto para o Sistema de Saúde, como para a população em geral, tais como a Política de Genéricos, Programa Farmácia Popular, Coeficiente de Aplicação de Preços (CAP), dentre outros; no entanto, para que essas políticas sejam internalizadas nas unidades de saúde, faz-se necessária a presença de serviços farmacêuticos devidamente estruturados com profissionais capacitados.

Saliente-se a importância desses resultados. Eles representam indicadores que nunca foram construídos e conseqüentemente avaliados no SASISUS. São indicadores pioneiros que, acredita-se, possam contribuir com a gestão do subsistema para os demais distritos sanitários indígenas brasileiros.

Na tentativa de compreender tal fenômeno, retomamos a discussão sobre os fatores que também estão diretamente relacionados com a elevação de gastos com medicamentos nas comunidades indígenas, onde no SASISUS, o principal fator de disponibilidade e acesso a medicamentos para esta população indígena, tinha como único critério, antes da implantação das atividades da AF, o recurso disponível.

Outro ponto importante foi a relação entre os profissionais e usuários na mudança no padrão de prescrição e dispensação de medicamentos, tais como: número e diversidade dos prescritores; diversas formações; expectativa e comportamento dos usuários e adesão ao tratamento. Num contexto em que por vezes, o paciente dita ao médico o remédio que quer tomar, podemos avaliar a grandeza da mudança do comportamento das pessoas, em consequência das atividades de capacitação e informação em diferentes veículos, desenvolvidas dentre as atividades de promoção do URM para os profissionais, comunidades e lideranças indígenas.

Considerando que qualidade de assistência à saúde não se mensura apenas com valores econômicos, mas e, principalmente, com efetividade das respostas das ações em saúde oferecidas à população, a pesquisa demonstrou as principais características demográficas de consumo de medicamentos nas comunidades indígenas de Pernambuco que comprometem o URM. Características estas que justificam as ações implementadas na gestão da AF no DSEI-PE, durante todo período do estudo.

O desenvolvimento de um programa computacional na plataforma web para coleta desses dados, aliados a criação de uma ficha de dispensação, teve como proposta de se manter no serviço, como uma das principais contribuições que o estudo deixou para o monitoramento e controle de dispensação de medicamentos na instituição.

Ao relacionar o número de procedimentos que geraram prescrições de medicamentos nos exercícios de 2010 e 2011, com o quantitativo de tratamentos disponibilizados, observamos que houve um acréscimo de 20,55% no acesso aos serviços de saúde da população no DSEI-PE; em contrapartida, a média de tratamentos dispensados por consulta, registrados no sistema PHP-HTLM e fichas de dispensação, reduziu significativamente em 58,62%.

Porém, chama-se a atenção que essa redução nos tratamentos medicamentosos não significa deixar de atender à população indígena em suas necessidades terapêuticas, uma vez que os princípios legais da própria política de saúde específica dos povos indígenas garantem a integralidade da assistência. Essa redução representa, principalmente, a qualidade da prescrição, quando relacionamos os quantitativos de tratamentos disponibilizados com o número de consultas médicas e de enfermagem que possam gerar prescrições de medicamentos.

Diferentemente do que a grande maioria da população brasileira ainda imagina (que nossas comunidades indígenas estivessem à margem desta realidade de consumo), esse foi sem dúvida, um dos maiores desafios para a gestão a AF do DSEI-PE, mudar o olhar da gestão do subsistema e, principalmente das pessoas que fazem parte dele, profissionais e comunidades, sobre o consumo de medicamentos.

Esse fato ratifica as afirmativas anteriores de que a redução da quantidade por tratamento prescrito está relacionada com a melhoria da qualidade da prescrição de medicamentos, em resposta, principalmente, a todas as intervenções que as ações da AF vêm desenvolvendo, como a implantação das rotinas de prescrição de medicamentos e as atividades do CDFT.

Ressalte-se ainda que, os principais indicadores de saúde da população estão melhorando, o acesso aos serviços aumentando, o que justifica o incremento dos gastos totais em saúde. Em contrapartida, se os indicadores em saúde melhoram, os investimentos totais em saúde aumentam e a quantidade de medicamentos disponibilizados diminuem, poderíamos entender que, anteriormente, haveria uma prática do uso indiscriminado de medicamentos frente a essas populações. Entretanto, esses resultados só comprovam parcialmente essa hipótese, uma vez que outros estudos sobre consumo de medicamentos nas comunidades indígenas, ainda seriam necessários, que somados aos estudos antropológicos, devem ser fruto da continuidade desse trabalho.

Ratificando nossa afirmativa anterior, esta pesquisa está relacionada a indicadores que avaliam o impacto do consumo de medicamentos sobre a gestão do serviço, em dados que foram coletados das fichas de dispensação, que representam os medicamentos efetivamente e unicamente, dispensados no DSEI-PE. O que significa que estes resultados não indicam o consumo global de medicamentos dos pacientes, uma vez que, ainda não temos todos os dados relacionados com as demais referências do SUS, para as quais as comunidades indígenas também têm acesso; demonstrando mais uma vez, da importância da continuidade desse estudo.

Entretanto, esses indicadores começarão a apresentar respostas mais efetivas, a partir da implantação do HÓRUS, para o qual o MS, numa iniciativa inovadora, vem investindo para toda gestão da AF na Atenção Básica, Média e Alta Complexidade em toda rede do SUS. Ressalte-se ainda, que o DSEI-PE desenvolveu, no Polo-Base de Fulni-ô, o projeto piloto do Hórus Indígena, em maio de 2012, numa ação desafiadora da gestão, com o apoio do DAF/DATASUS/MS e SESAI/MS. O DSEI-PE, mais uma vez, foi o pioneiro na implantação do sistema na versão Hórus Indígena, o que deixa notória a importância do desenvolvimento de ações de estruturação de serviços farmacêuticos.

Outro resultado importante, são os indicadores que apontam para os 10 medicamentos e os 10 grupos farmacológicos mais consumidos junto às comunidades indígenas de Pernambuco nos exercícios de 2010/2011. Observa-se que essas 10 drogas estão inseridas na Relação dos 120 Medicamentos mais consumidos no DSEI-PE nos exercícios correspondentes. Identificou-se também que dos 120 itens, 98,33% são drogas padronizadas. Considerando que esses medicamentos e grupos farmacológicos atendem às principais necessidades em saúde da população, sugere-se que as ações do CDFT, no âmbito da seleção de medicamentos, apresentaram respostas efetivas na qualidade da assistência e atenção farmacêutica disponibilizada.

Considere-se ainda, que dentre os principais fatores que interferem no acesso ao URM, demonstrou-se as principais estratégias implantadas que vêm contribuindo para a otimização dos recursos financeiros disponíveis para a área. Salientando que as primeiras iniciativas da organização de ações e serviços da AF iniciadas no segundo semestre de 2004, só vieram a contribuir, efetivamente, na gestão do subsistema a partir do exercício de 2006, o apoio político, somado à vontade técnica, aparecem como estratégias estruturantes que interferiram no desenvolvimento dessas ações.

Reportando-se ao início do estudo, quando nos primeiros contatos com o gestor nacional da FUNASA, percebeu-se que na visão da instituição, a área de AF, só se debruçava na compra e distribuição de medicamentos. Contudo, ao se identificar todos os avanços nos resultados alcançados, para cada produto ora citado, uma série de estratégias foram articuladas pela área técnica para serem pactuadas politicamente com os gestores e o Controle Social, considerando a visão anterior da instituição.

Dentre os principais investimentos necessários para o aprimoramento da área, chamamos a atenção ainda para os investimentos na estrutura física, contratação e capacitação de pessoas, que aliados à inovação dos processos, alcançaram vários dos resultados esperados. Principalmente em relação ao investimento na gestão de pessoas, através da informação.

Por tratar-se o estudo de uma população específica, as características etno-culturais estão, e devem ser levadas em consideração frente ao produto “medicamento”; principalmente por considerar que os interesses ideológicos dos diferentes agentes que compõem a zona de contato médico que, através de suas relações, contribuem para promover as mudanças culturais. Enfatizando-se ainda, que na visão antropológica, segundo Diehl (2001), os medicamentos constituem a tecnologia que melhor representa o poder da biomedicina, pois são entidades físicas e simbólicas, que negociados de um contexto para outro, retêm seu valor baseado no seu poder para curar.

E, nesse espaço interétnico e, muitas vezes, conflituoso, entre as práticas hegemônicas da biomedicina e da MT, já tão distantes desse nosso povo, ressurgiu o problema da incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de saúde, em que se deve perceber que não se resolve esse problema apenas aumentando a oferta de modo indiscriminado, mas introduzindo novas práticas, novos instrumentos, novas maneiras de realizar a atenção à saúde.

Baseado no princípio de que o importante é saber gastar melhor e não gastar menos, a pesquisa tomou como um de seus principais desafios, apontar caminhos para gestores, profissionais de saúde e lideranças indígenas, acreditando que é possível melhorar a qualidade da assistência e otimizar os recursos disponíveis em um cenário de prática cotidiana, nas ações da AF no contexto da atenção à saúde dos povos indígenas, por termos a expectativa de que este trabalho não esteja concluído, e sim, apenas começando.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, F. A. **Medicamentos assistência farmacêutica**. Belo Horizonte: Coopmed, 2003.

ALBUQUERQUE V.M.T.; TAVARES, C.A. Avaliação de indicadores de medicamentos: importância para a qualidade na prescrição médica. **R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde**, São Paulo, v.2, n.3. p.31 -35, set./dez. 2011.

ALMEIDA, L. R. **Saúde das populações indígenas do Brasil: uma revisão sistemática da produção científica**. 2009. 40f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Saúde Pública) –Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2009.

AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13(supl), p. 733-736, abr. 2008.

ARAÚJO, A. L. A. et al. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13(supl), p. 611-617, 2008.

ARAÚJO, A. L. A.; FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 42, n. 1, p.137-146, jan./mar., 2006.

ARAÚJO, A. L. A.; UETA, J. M.; FREITAS, O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 87-92, 2005.

ARRUTI, J. M. A. Etnogêneses indígenas. In: _____. **Povos indígenas no Brasil 2001/2005**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006. Disponível em: <<http://pib.socioambiental.org/pt/c/no-brasil-atual/quem-sao/etnogeneses-indigenas>>. Acesso em: 10 out. 2010.

_____. A. Morte e vida do nordeste indígena: a emergência étnica como fenômeno histórico regional. **Estudos históricos**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 15, p. 57-94, 1995.

ASHEIM, B.T., GERTLER, M.S. The geography of innovation: regional innovation systems. In: _____. **The Oxford Handbook of Innovation**. Oxford: Oxford University Press, 2005. p. 291–317.

ASSIS, M. M. A. et al. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. **Rev APS**, v. 10, n. 2, p. 189-199, 2007.

ATHIAS, R. Os serviços de saúde e as populações indígenas. **Coletiva**, Fundação Joaquim Nabuco, abr/maio/jun 2012.

ATHIAS, R.; MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos distritos sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 425-431, mar./abr. 2001.

BAPTISTA, T. W. F. ; MACHADO, C. V.; LIMA, L D. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p.829-839. 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300018>.

BARROS, J. A. C. Nuevas tendencias de la medicalización. **Ciência & Saúde Coletiva**, número temático medicamentos no Brasil, v. 13. 2008a., v. 13 suppl., p. 579-587.

_____. **Os fármacos na atualidade**: antigos e novos desafios. Brasília: Editora da ANVISA, 2008b.

_____. Pensando o processo saúde e doença: a quem serve o modelo biomédico? **Rev. Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>.

_____. **Políticas farmacêuticas**: a serviço dos interesses da saúde? Brasília: UNESCO/ANVISA; 2004.

_____. **Propaganda de medicamentos**: atentado à saúde? São Paulo: Hucitec/ Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos- Sobravime, 1995.

BARTH, F. Introducción. In: **Los grupos étnicos y SUS fronteras..** México: Fondo de Cultura Económica, 1976, p. 9 – 49.

BARROS, M. B. de A. *et al.* Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 911-926, out./dez. 2006.

BASTA PC, ORELLANA JDY, ARANTES R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: GARNELO L, PONTES AL. **Saúde Indígena**: uma introdução ao tema. Brasília: Ministério da Educação/Unesco; 2012. p. 60-106.

BARROSO-HOFFMANN, M. et al. A administração pública e os povos indígenas. In: FALEIROS, V.; NUNES, S.; FLEURY, S. (Orgs.). **A era FHC e o governo Lula**: transição? Brasília: Ed. Instituto de Estudos Socioeconômicos - INESC, 2004. p. 293-326.

BERMUDEZ, J. A. Z. **Indústria farmacêutica, estado e sociedade**. São Paulo: Hucitec, 1995.

_____. **Remédios**: saúde ou indústria? A produção de medicamentos no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

BRASIL. Decreto nº 68.806, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (CEME). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1971.

BRASIL. **Decreto nº 72.552/73** (Plano Diretor de Medicamentos), aprovou formalmente a RENAME, com base na proposta elaborada pelo Conselho Diretor da CEME, 1973.

_____. Lei Federal n. 6.001, de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre **O Estatuto do Índio. 1973**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6001.htm>. Acesso em: 18 nov. 2010.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional n. 30, de 2000. 15 ed. Brasília: Câmara dos Deputados, 2000.

_____. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>> Acesso em: 10 out. 2012.

_____. Decreto nº 23 de 04 de fevereiro de 1991. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas. São Paulo: **Lex**: Coletânea de Legislação e Jurisprudência, v. 55, f. 4, pp. 99-100. 1991.

_____. Ministério do Planejamento e Orçamento. **Política de saúde no Brasil**: diagnóstico e perspectivas. Brasília: IPEA, 1996. Disponível em: <<http://www.ipeagov.br/pub/td/td401.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília: 10 nov. 1998a. disponível em: <<http://www.saude.gov.br/doc/portariagm3916/gm.htm>>. Acesso em: 12 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria n.802, de 8 de outubro de 1998. Institui o Sistema de Controle e Fiscalização em toda cadeia de produtos farmacêuticos. **Diário Oficial da União**, n.194, -E, seção 1, p.36-38. Brasília, DF, 9 de out. 1998. 1999b. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs1/1998/prt0802_08_10_1998_rep.html. Acesso em: 10 set. 2010.

_____. Decreto n. 3.156 de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, Edição Extra, n. 165-A, pp. 37-38, 28 de agosto de 1999a. Seção 1.

BRASIL. 1999b. **Lei n. 9.836 de 23 de setembro de 1999**. Acrescenta dispositivos à Lei n. 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. 11 de julho de 2000, <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 12 jun 2012.

_____. Lei no 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece as bases legais para a instituição do medicamento genérico no país, sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 10 fev. 1999c. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 176/99. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à assistência farmacêutica básica e define valores a serem transferidos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1999d. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/doc/portariagm179/gm.htm>>. Acesso em 12 jun 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.163 de 14 de novembro de 1999**: Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, Ministério da Saúde, 1999e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002a. 40p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 254 de 01 de janeiro de 2002: Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. **Diário Oficial da União**, Brasília, Ministério da Saúde, 2002b.

_____. **Manual de organização da assistência farmacêutica**. Brasília, Ministério da Saúde, 2002c.

_____. **Resolução CNS nº338, de 06 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 maio 2004a.

_____. **Portaria Nº 69/GM**. Dispõe sobre a criação do Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, vinculado a FUNASA e dá outras providências. Em 20 de janeiro de 2004b.

_____. **Portaria Nº 70/GM**. Aprova as diretrizes da gestão da política nacional de atenção à saúde indígena. Em 20 de janeiro de 2004. 2004c

_____. **Relatório de Capacitação**. Conferência local de saúde indígena do povo Fulni-ô, 1. Águas Belas, PE: Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, 2005a.

BRASIL. **Relatório de gestão 2003- 2005** / elaborado pela Coordenação de Gestão de Políticas Estratégicas – COGEP/CGPLA/DEPIN. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2005b. 130 p.il. 2005b

_____. **Assistência Farmacêutica na atenção básica**: instruções para sua organização. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. **Planejar é preciso**: uma proposta de método para aplicação da Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. **Aquisição de medicamentos para assistência farmacêutica no SUS**: orientações básicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. **Aprova a política nacional de práticas integrativas e complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2006d.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **IV Conferencia Nacional de saúde indígena**, Rio Quente-GO, 27 a 31 de março de 2006: Relatório Final. Brasília: Funasa, 2007. 228p.: il. 2006e

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Portaria MS/FUNASA 1057**, que formaliza o Comitê nacional de farmácia e terapêutica (CNFT) com abrangência no DESAI e DSEI, em agosto de 2006. 2006f

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 jan 2007a. 2007a Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/doc/portariagm207/gm.htm>>. Acesso em: 12 jun 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto economia da Saúde – PES**: Reforçando sistemas de saúde para reduzir desigualdades. (2002-2005). Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 2007b

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Atenção básica e especializada aos povos indígenas**: regulamentação dos incentivos. Brasília, DF, 2007.39 p. 2007c

_____. Ministério da Saúde. **Coordenação geral de planejamento e avaliação CGPLA/DEPIN**. Relatório de gestão 2007. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2007. 2007d

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Portaria MS/FUNASA**, institui o Comitê Distrital de Farmácia e Terapêutica do DSEI-PE (CDFT), aprovado através da Coordenação Regional de Pernambuco (COREPE), Recife, 2007. 2007e

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Portaria FUNASA nº 942/08**. Implanta o SISCOESC – Sistema de Controle de Estoque de Medicamentos e Correlatos, no âmbito do subsistema. Brasília, 2008.

BRASIL. **Lei Arouca**: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2009. 112p.

_____. **Decreto nº. 7.336/2010** criando, na estrutura do MS, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e transferindo as ações de saúde indígena da FUNASA para esta Secretaria. 2010a

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para organização das redes de atenção à saúde do SUS**, Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. Brasília, Versão/dezembro 2010. 2010b

_____. Departamento de Saúde Indígena. **Vigilância em saúde indígena**: síntese dos Indicadores 2010. Brasília: FUNASA, 2010. 20 p. 2010c

_____. Fundação Nacional de Saúde, **Portaria FUNASA nº 763**, de 27 de maio de 2010, que define os novos membros do Comitê de Farmácia e Terapêutica da FUNASA, instituindo assim a nova Relação Nacional de Medicamentos Essenciais para a Saúde Indígena – REMISI. Porto Alegre, 2010. 2010d

_____. Ministério da Saúde. / Secretaria Especial de Saúde Indígena- **SESAI. Sistema de Informação de Saúde Indígena- SIASI**. Brasília. 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1708>. Acesso em: 12 jun 2012

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPANA, A.O. et al. **Investigação científica na área médica**. 1st ed. Sao Paulo: Manole, 2001.

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL. Drugs spending tops \$25 billion. **CMAJ**; v. 176, n. 13, p. 1816. 2007

CAPOTE, R. O Processo de organização e a regionalização dos serviços. In: ____ Secretaria Estadual de Saúde, org. **Sistemas locais de saúde**, São Paulo: Instituto da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde. p. 17-26, 1988.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. **Identidade, etnia e estrutura social**. São Paulo: Pioneira, 1976.

CARTA de Brasília. I ENCONTRO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E POLÍTICA DE MEDICAMENTOS, Brasília, 1988. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1988.

CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO. **Diagnóstico situacional do subsistema de saúde indígena**: relatório inicial. Brasília: Consórcio IDS-SSL-CEBRAP, 2009.

CHAVES, M. B. G. **A política de saúde indígena no município de Angra dos Reis**: um estudo de caso. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública) -Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

CHAVES, M. B. G.; CARDOSO, A. M.; ALMEIDA, C. Implementação da política de saúde indígena no polo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entaves perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 295-305, 2006.

CHOR, D.; LIMA, C. R. A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1586-1594, set/out. 2005.

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

COELHO, E. M. B. **A política indigenista no Maranhão provincial**. São Luís: SIOGE, 1990.

COIMBRA JR., C. E.; SANTOS, R. V. Saúde Indígena. In: ____ CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinants Sociais da Saúde . **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. 22.ed. Rio de Janeiro: Ed.FIOCRUZ, 2008. p. 128-130.

COIMBRA Jr., C. E. A. et al. **The xavante in transition: health, ecology and bioanthropology in Central Brazil**. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2002.

COIMBRA, JR.; C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2003.

COIMBRA, JR.; C. E. A.; SANTOS, R. V. Emerging health needs and epidemiological research in indigenous peoples in Brazil. In: **Lost paradises and the ethics of research and publication**. Oxford: Oxford University Press, 2004. p. 89-109.

CONFALONIERI, U. E. C. O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 441-450, out/dez 1989.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução n.º 338, de 06 de maio de 2004**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf>. Acesso em 10 out. 2010.

CONSEDEY, M. A. E. **Análise de implantação do programa farmácia básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil**. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2000.

CORDEIRO, H. **A indústria da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal; 1980.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F, SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 2, n. 3, p. 41 – 49. 2011.

COSTA, D. C. Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 3, n. 4, p. 388-401, out./dez. 1987.

COSTA, K. S.; NASCIMENTO Jr, J. M. HÓRUS: Inovação tecnológica na Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 46 (supl), p. 91 – 99. 2012.

CRUZ, K. R. **Os desafios da particip (ação) indígena na saúde indigenista**. Tese (Doutorado em Políticas Públicas). Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2007a.

_____. Povos indígenas, saúde e ações afirmativas: universalidade e diversidade como desafios. In: Congresso Brasileiro de Sociologia, 13. 2007, Recife. **Anais...** Recife: UFPE, 2007b.

CUNHA, M. C. **História dos índios no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1992. 611p.

DIEHL, E. E. **Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil)**. Tese. (Doutorado em Saúde Pública) -Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro 2001.

DIEHL, E. E.; GRASSI, F. Uso de medicamentos em uma aldeia Guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1549-1560, ago. 2010.

DIEHL, E. E.; RECH, N.; Subsídios para uma assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena: contribuições da antropologia. In: ____ LANGDON, E. J; GARNELO, L. (Org). **Saúde dos povos indígenas – reflexões sobre a antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contracapa/Associação Brasileira de Antropologia, 2004. p. 149-169.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**, v. 200, n. 4344, p. 856-864, may. 1978.

DUARTE GÓMEZ, M. B. Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 635-643, 2003.

EASTON, K. L. et al. The incidence of drug-related problems as a cause of hospital admissions in children. **Medical Journal of Australia**, v. 169, n. 7, p. 356-359, 1998.

ERRICO, L.S.P. **Acesso e utilização dos serviços de saúde da população da etnia Xakri-abá, Norte de Minas Gerais**. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2011.

FAGUNDES, V. F. **Estratégias loco-regionais de articulação entre os níveis de atenção a saúde do povo Bororo na terra indígena Merure**. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso. (Especialização)-Universidade Federal de Mato Grosso. Instituto de Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação, IV Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Cuiabá, 2009.

FAUS, M. J. Atención farmacéutica como respuesta a uma necesidad social. **Ars Pharmaceutica**, v. 41, n. 1, p. 137-143, 2000.

FERNANDEZ, J.M.D. **Los sistemas integrados de salud: un modelo para avanzar tras completar las transferencias**. Barcelona: B & F Gestión y Salud; 2004.

FERNANDES, L. C. **Caracterização e análise da farmácia caseira ou estoque domiciliar de medicamentos**. Dissertação (Mestrado) –Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000.

FERREIRA, L. O. Limites e possibilidades da articulação entre as medicinas tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde. In: _____. **Projeto Vigisus II**. Coordenação Técnica. Área de Medicina Tradicional Indígena. 2007. p. 166-174.

_____. O Desenvolvimento Participativo da Área de Medicina Tradicional Indígena, Projeto Vigisus II/Funasa1. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.21 (supl.1), p.265-277, 2012.

FERREIRA, M. E. V. **Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul**. 2010. 90f. : il. ; 30 cm. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Universidade Estadual de Londrina, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu, Londrina, PR, 2010.

FERREIRA, M. J. Q. **Assistência farmacêutica pública: uma revisão de literatura**. Caruaru: Ferreira, M. J. Q. 2010.

FIALHO, V. Configurando a mobilização indígena no Nordeste brasileiro. **Com Ciência** n. 64, abr. 2005. Disponível em: <http://www.comciencia.br/reportagens/2005/04/11_impr.shtml>. Acesso em: 10 dez. 2012. SBPC/Labjabor.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. 3rd ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 521-535. 2003.

GADELHA, C. A. G.; QUENTAL, C. ; FIALHO, B. C. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 47-59, jan./fev. 2003.

GAIGER, J. M. G. Povo desunido jamais será vencido... (...mas vencerá?). In: _____. **Espírito Santo, M. A. (Org.). Política Indigenista: Leste e Nordeste Brasileiros**. Brasília: FUNAI/DEDOC, 2000. 149p.

GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L. C. **Os Povos Indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Brasília: OPAS, 2003.

GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1217-1223, jul-ago, 2005.

GARNELO, L. **Saúde indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Ed. Atlas S/A, 2002.

GIROTTO, E; SILVA, P. V. A prescrição de medicamentos em um município do Norte do Paraná. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.9, n.2, p. 226-234, 2006.

GOMES, M. C. J.; DRUMOND, J.; FRANÇA, G. **Erro médico**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GOMES, J.S. “Casas de Saúde” e Assistência farmacêutica: desafios da saúde indígena em Belém e Macapá. **Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia**. Universidade Federal do Pará. Belém, 2008.

GUERRA JR, A. A. et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 15, n. 3, p. 168-175, Washington, 2004.

HAAIGER-RUSKAMP, F.; HEMMINKI, E. The social aspects of drug use. In: _____ **Dukes, M. N. G. edited. drug utilization studies: methods and uses**. Copenhagen: WHO Regional Publications/WHO Regional Office. 1980.

HOEFLER, R.; MALUF, A.C.S. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2010 e Formulário Terapêutico Nacional 2010. **Farmacoterapêutica**, ano XV, n. 6, p. 1 - 4, nov./dez. 2010.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Oportunidades y responsabilidades en la Atención Farmacéutica. **Pharmaceutical care**, Espanha, v. 1, n. 1, p. 35-47, 1999.

HOLANDA, F. A. et al. **A questão indígena no Nordeste**. Paraíba: SEAMPO/UFPB, 1999. Disponível em: <http://www.prac.ufpb.br/anais/Icbeu_anais/anais/cultura/questaoindigena.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico: 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2010rpv.asp?o=4&i=P>>. Acesso em: 15 fev. 2011.

KICKBUSCH I, MAAG D, SAAN H. Enabling healthy choices in modern health societies. **European Health Forum 2005** Bad Gastein. Disponível em: <http://old.ilonakickbusch.com/health-literacy/Gastein_2005.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2014.

KRIEGER, N. A glossary for social epidemiology. **Journal of Epidemiology Community Health**, Boston, v. 55, p. 693-700. 2001. Disponível em: <<http://jech.bmj.com/content/55/10/693.full.pdf+html>>. Acesso em 2 nov. 2011.

KYMLICKA, W. **Cidadanía multicultural**. Barcelona: Paidós, 1996.

LANGDON, E. J. Introdução: xamanismo - velhas e novas perspectivas. In: _____ **Xamanismo no Brasil: Novas Perspectivas**, Florianópolis: Editora da Universidade Federal de Santa Catarina. 1996, p. 9-37.

LANGDON, E. J. Saúde e povos indígenas: os desafios na virada do século. In: CONGRESO LATINOAMERICANO DE CIENCIAS SOCIALES Y MEDICINA, 5., 1999, Isla de Margarita, Venezuela. **Trabalhos apresentados**. Isla de Margarita: [s. n.], 1999.

LEFÈVRE, F. A função simbólica dos medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 17, p. 500-503, 1983.

LORENZETTI, J. et al. Tecnologia, Inovação Tecnológica e Saúde: uma reflexão necessária. **Texto contexto enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 2 p. 432 – 439, abr./jun. 2012.

LUCIANO, G. S. **O Índio brasileiro**: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília: MEC/ Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006.

MALHOTRA, S.; JAIN, S.; PANDHI, P.; Drug-related visits to the medical emergency department: a prospective study from India. **International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics**, v. 39, n. 1, p. 12-18, 2001.

MARAGALIT, A.; RAZ, J. National Self-Determination, **Journal of Philosophy**, v.87, n. 9, p. 447-449, 1990.

MARIN, N. et al. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MELLO JORGE, M.H.P.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S.L.D. Avaliação dos sistemas de informação em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 7 – 18, 2010.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995.

_____. As Redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

_____. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2000.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL – MPF. **Manual de atuação**: saúde indígena. Grupo de Trabalho Saúde Indígena 6ª CCR/MPF. 2008. Disponível em: <http://6ccr.pgr.mpf.gov.br/institucional/grupostrabalho/saude/docs_manual_de_atuacao-de/Manual_Saude_Indigena_Final_1.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2010.

MONSEGUI, G. B. G. **Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos**. Dissertação (Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

MORGAN, S. Sources of variation in provincial drug spending. **CMAJ**, v. 170, n. 3, p. 329-330. feb. 2004.

MOTA, D. M. et al. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13(supl), p. 589-601, 2008.

NASCIMENTO JR.; J. M. **Avaliação da assistência farmacêutica na rede pública municipal de Florianópolis**. 2000. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública) -Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000.

NAVES, J. O. S. **Avaliação da assistência farmacêutica na atenção primária no Distrito Federal**. Dissertação (Mestrado). Brasília: Universidade de Brasília; 2002.

NAVES, J. O. S.; SILVER, L. D. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasilia, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 223-230, 2005.

NEGRI, B. **Política federal de assistência farmacêutica: 1990 a 2002**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2002.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18(supl), p. 577-587, 2002.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2002.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Convenção nº 169 da OIT**, de 07 de junho 1989.

OLIVEIRA, J. P. "A Viagem da Volta: Reelaboração Cultural e Horizonte Político dos Povos Indígenas do Nordeste". In: **Atlas das terras indígenas/Nordeste**. Rio de Janeiro: PETI/ Museu Nacional/UFRJ. pp. V-VIII. 1994.

OLIVEIRA FILHO, J. P. Uma etnologia dos "índios misturados"? Situação colonial, territorialização e fluxos culturais. **Mana: estudos de antropologia social**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 47-77, 1998.

_____. Uma etnologia dos 'índios misturados': situação colonial, territorialização e fluxos culturais. In: _____. **A viagem da volta: etnicidade, política e reelaboração cultural no Nordeste indígena**. Rio de Janeiro: Contracapa, 1999. p. 11-41.

_____. **A viagem da volta: etnicidade, política e reelaboração cultural no Nordeste indígena**. 2.ed. Rio de Janeiro: Contra Capa/ LACED, 2004. p. 22-23.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3561-3567, 2010. Suplemento 3.

OMACHONU, V. K.; EINSBRUCH, N. G. Innovation in Healthcare delivery systems: a conceptual framework. **Innov J**. v. 15, n.1, article 2 2010. article 2. Disponível em: <http://www.innovation.cc/scholarlystyle/omachonu_healthcare_3innovate2>. Acesso em: 15 out. 2012.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). 1º A CONVENÇÃO NO 169 DA ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO - OIT SOBRE POVOS INDÍGENAS E TRIBAIS. Genebra, 27 de junho de 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-Ata, 1978**. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da Universidade de São Paulo: Comissão de Direitos Humanos, 1978. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br>>. Acesso em: 15 out. 2012.

_____. **Relatório da saúde no mundo - financiamento dos sistemas de saúde**. O caminho para a cobertura universal. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/entity/whr/2010/whr10_pt.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2011.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional**: 2002-2005. Genebra: [s. n.], 2002. Disponível em: <<http://www.amhb.org.br/media/estrategia.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2012.

_____. **Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS – 4**. Selección de Medicamentos Esenciales. Ginebra: OMS, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde**: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. / Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 137 p.: il. (NAVEGADORSUS, 3).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. In: 47º CONSELHO DIRETOR, 58ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL. **Saúde dos povos indígenas nas américas**. Washington, D.C., EUA, 25–29 de setembro de 2006.

OSÓRIO DE CASTRO C. G. S. **Estudos de utilização de medicamentos**: noções básicas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

PAIN, J.S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: **Seminários temáticos permanentes**. Brasília: ANVISA/ISCUFBA, 2001. Notas para discussão. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6168/1/Paim%20JS.%20Texto%20Modelos%20Assistenciais.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2010.

PACHECO, M. A. B. **Estado multicultural e direitos humanos**: tópica constitucional dos direitos étnico. São Luís: UFMA/CNPq, 2005.

PALITOT, E. M. A produção do território Xukuru: memória, ritual e política. **Vivência**, Rio Grande do Norte, v. 1 n. 1, p. 147-157, 2008.

PEREIRA, L.R.L.; FREITAS, O. **A evolução da atenção farmacêutica e a perspectiva para o Brasil**. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v44n4a06.pdf>> Acesso em: 20 out. 2010.

PÉREZ LUÑO, A. E. **Derechos humanos, estado de derecho y constitucion**. 3.ed. Madrid: Tecnos, 1999.

PERINI, E. Assistência farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais. **In:**____ ACURCIO, F. A. (Org). **Medicamentos e assistência farmacêutica**. Belo Horizonte: Coopmed, 2003. p. 9 – 30.

PERINI, E.; MODENA, C. M.; RODRIGUES, R. N. Consumo de Medicamentos e adesão às prescrições: objeto e problema de epidemiologia. **Revista de Ciências Farmacêuticas** v. 20, p. 471-488, 1999.

PIOLA, S. F. et al. Vinte anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira? **In:**____ INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**. Brasília: IPEA, 2008. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/bpsociais/bps_17/volume01/bps_completo_1.pdf>. Acesso em 17 abr. 2012.

POLIGNANO, M. V. História das Políticas de Saúde no Brasil: Uma pequena revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 291, 2000.

PORTAL DA SAÚDE. Ministro Alexandre Padilha anuncia investimentos para reestruturação das unidades que compõem o SasiSUS. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=40073>. Acesso em: 15 out. 2012.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE – RIPSA. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde – RIPSA, – 2008.

RHOADES, E. R. et al. The Indian Burden of Illness and Future Health Interventions. **Public Health Reports.**, v. 102, n. 4, p. 361-368. 1987.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** , v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

ROZENFELD, S.; PORTO, M. A. Vigilância sanitária: uma abordagem ecológica da tecnologia em saúde. **In:**____. **Saúde, ambiente e desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1992. p. 171-196.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas-BA. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SANTOS, V.; NITRINI, S. M. O. O. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública [online]**. 2004, v.38, n.6, p.819-834. ISSN 1518-8787. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000600010>.

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: Editora Fiocruz, 2008a. p. 1035-1056.

SANTOS, M. M. H. Assistência Farmacêutica na Saúde Indígena. Reportagem: BRANDÃO, A. **Pharmacia Brasileira**, ano 10, n. 62, p. 75-79, nov./dez. 2007.

SANTOS, A. S. et al. Ações Afirmativas: polêmicas e possibilidades sobre igualdade racial e o papel do estado. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 913 – 929, 2008b. ISSN 0104-026X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2008000300012>.

SANTOS, S. M.; GUIMARÃES, J. B.; ARAÚJO, T. V. B. Desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas no Recife, 2001 a 2003. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 87-102, mai./ago. 2007.

SCHOUT, D.; NOVAES, H. M. D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 935 – 944, 2007.

SILVA, C. T. Identificação étnica, territorialização e fronteiras: A perenidade das identidades indígenas como objeto de investigação antropológica e a ação indigenista. **Revista de Estudos e Pesquisas**, FUNAI. Brasília, v. 2, n. 1, p. 113-140, jul. 2005.

SILVA, E.L.; MENEZES, E.M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4º ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, 2005.

SILVA, L. M. V.; PAIM, J. S.; COSTA, M. C. N. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 187-197, abr. 1999.

SILVA, E. N.; SILVA, M. T.; ELIAS, F. T. S. Sistemas de Saúde e Avaliação de Tecnologias em Saúde. In: _____. **Avaliação de tecnologias em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão**. Porto Alegre. Artmed: 2010.

SILVA, M. P. Saberes Tradicionais e Biomedicina: cuidados referentes à gestação e ao parto de mulheres indígenas Kaiowá e Guarani de Amambai/MS. In: **IV Seminário povos indígenas e sustentabilidade saberes tradicionais e formação acadêmica**. campo Grande: Ministério da Saúde. 2011.

SOARES, J. C. R. S. Reflexões sobre a eficácia dos medicamentos na biomedicina. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 37-53, 1998.

SOLER, O. et al. Assistência farmacêutica clínica na atenção primária à saúde por meio do programa saúde da família. **Revista Brasileira de Farmácia**. v. 91, n. 1, p. 37 – 45, 2010.

SOUZA, C. Federalismo e descentralização na Constituição de 1988: processo decisório, conflitos e alianças. **Rev Ciências Sociais**, v. 44, n. 3, p. 513 – 560. 2001.

SOUZA LIMA, A. C.; BARROSO-HOFFMANN, M. **Etnodesenvolvimento e políticas públicas: bases para uma nova política indigenista**. Rio de Janeiro: Contra Capa/ LACED. 2002.

SOUZA, L. G.; SANTOS, R. V.; COIMBRA JR., C. **Demografia e saúde dos povos indígenas no Brasil: considerações a Partir dos Xavante de Mato Grosso (1999-2002)**” Documento de trabalho nº 10. Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia (CESIR), Porto Velho, 2004.

SOUZA, L. C. **Perfil etnoepidemiológico, assistência à saúde e consumo de medicamentos entre os fulni-ô (PE): uma análise antropológica.** Brasília: Funasa, 2006.

SOUZA FILHO, C. F. M. **O renascer dos povos indígenas para o direito.** Curitiba: Juruá, 1999.

TAMIR, Y. **Liberal nationalism.** Princeton: Princeton University Press, 1993.

TARLOV, A. Social determinants in health: the sociobiological translation. In: _____. **Health and Social Organization.** Londres: Routhledge. p. 11-43. 1996.

TASCA, R. Inovação na Gestão dos Sistemas de Saúde. In: _____. **Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras.** / Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

TAYLOR, C. **The ethic of authenticity,** Harvard University Press, Cambridge, 1992.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 42, n. 5, p. 914-20, 2008.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 20, supl 2, p. 190-198, 2004.

UNESCO. **Declaração do México,** Conferência Mundial sobre as Políticas Culturais ICO-MOS - Conselho Internacional de Monumentos e Sítios. Paris, 1982. Disponível em: <<https://formacaompr.files.wordpress.com/2010/03/1982-declaracao-de-mexico.pdf>>. Acesso em: fev 2013.

URDAPILLETA, A. A. A. **Diagnóstico situacional da assistência farmacêutica em 10 anos da Política Nacional Saúde Indígena.** 2010. 45f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica no SUS) -Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2010.

VERAS, M. F. P.; BRITO, V. G. Identidade étnica: A dimensão política de um processo de reconhecimento. **Revista de antropologia online - antropos,** Brasília, DF, ano 4, v. 5, p. 106-125, 2012.

VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública,** Brasília, v. 27, n. 2, p. 149–56, 2010.

VIEIRA, S. V. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 213-220, 2007.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Aplicações diretas para aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2011, v.45, n.5, p. 906-913. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000048>.

VOSGERAU, M. Z. S et al. Consumo de medicamentos entre adultos na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1):1629-1638, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700099>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The rational use of drugs:report of the conference of experts**. Geneva: WHO, 1987.

_____. **WHO Medicines strategy- countries the core: 2004-2007**. Geneva: WHO, 2004. Disponível em: <<http://www.who.int/medicines>>. Acesso em:12 jun 2011.

_____. **Declaração política do Rio sobre determinantes sociais da saúde**. Rio de Janeiro: WHO, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2012.

WORLD HEALTH REPORT 2008 (WHO). **Primary health care: now more than ever**. Geneva, 2008. World Health Organization 2008.

WHYTE, S. R.; VAN DER GEEST, S. Medicines in context: an introduction. In:____. **The context of medicines in developing countries**. Studies in Pharmaceutical Anthropology. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1988. p. 3 – 11.

YAMAMOTO, R. M. Povos indígenas brasileiros: sua explicação para as doenças e a lógica do tratamento realizado. In:____. **Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004. p. 9 – 10.

YOUNG, T. K. Mortality pattern of isolated Indians in northwestern Ontario: a 10-year review. **Public Health Reports**, v. 98, n. 5, p. 467 – 475, set./oct. 1983.

_____. Are Subartic Indians Undergoing the Epidemiologic Transition? **Social Science & Medicine**, v. 26, n. 6, p. 659 - 671. 1

APÊNDICES

APÊNDICE A – FICHA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS - primeira ferramenta formal para o controle de dispensação de medicamentos junto as comunidades indígenas no DSEI-PE, Aprovada em reunião no Conselho Distrital em dezembro de 2008.

DSEI-PE/SESAI/MS
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FICHA DE DISPENSAÇÃO INDIVIDUAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
 Coordenação Regional de Pernambuco
 Distrito Sanitário Especial Indígena

NOME: _____ DT. NASC.: ____/____/____

NOME DA MÃE: _____ SEXO: M F

ETNIA: _____ ALDEIA: _____

Data	Nome medicamento (Genérico)	Forma farmacêutica	Posologia	Quant. Fornecida	Fornecido por	Recebido por

Chefe do Polo Base

Farmacêutico responsável

APÊNDICE B - mapa de coleta e compilação de dados dos pacientes através das fichas de dispensação, por número de tomadas de medicamentos, sexo e faixa etária.

1

ETNIA: FULNI-Ô/ SEXO FEMININO/ 09 - 14 ANOS

2012

		TOTAL
1	ACEBROFILINA 25MG/5ML XAROPE 120ML FR	
2	ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA 2,5MG COMP	
3	ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA 10MG COMP	
4	ACICLOVIR 200MG – COMP.	
5	ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO 100MG COMP	
6	ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO 100MG TAMPONADO COMP	
7	ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO 500MG – COMP.	
8	ACIDO FÓLICO 5MG – COMP.	
10	ACIDO NALIDÍXICO 500MG – COMP.	
11	ACIDO NALIDÍXICO 250MG/5ML SUSP – FCO	
12	AGUA BORICADA 2% - FCO 100ML	
13	ÁCIDO VALPROICO 500MG COMP	
14	ÁCIDO VALPROICO XAROPE 250MG/5ML 100ML FR	
15	ALBENDAZOL 400MG. – COMP.	
16	ALBENDAZOL 400MG. SUSP. – FCO	
17	ALFAMETILDOPA 250MG COMP	
18	ALFAMETILDOPA 500MG COMP	
19	ALPRAZOLAN 0,5MG COMP	
20	ALPRAZOLAN 2MG COMP	
21	AMBROXOL 15MG/5ML SOL ORAL 100ML FR	
22	AMBROXOL 30MG/5ML SOL ORAL 100ML FR	
23	AMINOFILINA 100MG COMP	
24	AMIODARONA 200MG COMP	
25	AMOXACILINA + ÁC. CLAVULÂMICO 200MG+28,5MG/5ML FR	
26	AMOXACILINA 250MG/5ML SUSP. FR	
27	AMOXACILINA 500MG COMP	

APÊNDICE C - Mapa de movimentação de medicamentos: instrumento de controle de estoque de grande impacto após instituído

Ministério da Saúde
Fundação Nacional de Saúde
Distrito Sanitário Especial Indígena - FS
Coordenação de Assistência Farmacêutica

0

Período: ___/___/___ a ___/___/___

Pólo Base/Avançado

PANKAF -----

Responsável:

Data da Emissão: ___/___/___

Nº	NOME DO PRODUTO	APRES.	CMB	ESTOQUE SEGURANÇA 30 dias	ESTOQUE					VALID.	PONTO DE PEDIDO	QUANT. SOLICITADA	QUANT. AUTOREADA	OBSERVAÇÕES
					INICIAL	ENTRADA	SAÍDA	PERDAS	DEVOL.					
1	ACEPROFOLINA 25MC/105ML	Comp.	75	50							125			
2	ACICLOVIR 200MC	Comp.												
4	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100MC	Comp.												
4	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 500MC	Comp.												
5	ACIDO FÓLICO 0,2 MC/ML	Fco.												
6	ACIDO FÓLICO 5 MC	Comp.												
7	ÁCIDO NALIDÍXICO 500MC	Comp.												
8	ÁCIDO NALIDÍXICO 250MC/5ML SUSP.	Fco.												
9	ÁGUA BORICADA 2% 100ML	Fco.												
10	ALBENDAZOL 400MC	Comp.												
11	ALBENDAZOL SUSP. 400MC/10ML FR. C/ 15ML	Fco.												
12	ALOPURINOL 100 MC	Comp.												
13	AMERDOL 15MC/5ML FR. C/ 100ML	Fco.												
14	AMERDOL 90MC FR. C/ 100 ML (ADULTO)	Fco.												
15	AMINOFILINA 100MC	Comp.												
16	AMIODARONA 200 mg	Comp.												
17	AMOXACILINA 500MC	Comp.												
18	AMOXACILINA SUSP. 250MC/5ML FR. C/ 150ML	Fco.												
19	AMOXACILINA + CLAVULANATO 250 MC	Fco.												
20	AMPICILINA 500MC	Comp.												
21	AMPICILINA SUSP. 250MC/5ML FR. C/ 60ML	Fco.												
22	APRESOLINA 25MC (hidral)	Comp.												
23	ATENOLOL 50 MC	Comp.												

Assinatura do Responsável pelo pedido

1 de 1

Assinatura do Farmacêutico Responsável pelo Pólo-Avançado

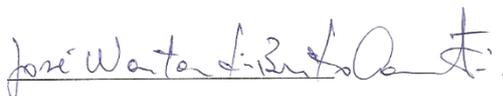
ANEXOS

ANEXO A - Carta de recomendação

RECOMENDAÇÃO

Nós conselheiros distritais do CONDISI-PE, em reunião ordinária no período de 27-28 de dezembro de 2011, nesta capital, recomendamos a execução do projeto de pesquisa intitulado " UMA ABORDAGEM DO CUSTO-EFETIVIDADE NA PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NO SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA DE PERNAMBUCO "; na forma como descrito em anexo, sem ônus para esta instituição, desenvolvido pela farmacêutica **Mônica Maria Henrique dos Santos**, servidora da Secretaria Especial de Saúde Indígena/MS, lotada no Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco, atuando como técnica responsável da Área de Assistência Farmacêutica. Trata-se de um Projeto de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica, da Universidade Federal de Pernambuco, sob orientação do Prof. Dr. José Policarpo R. de Lima, o qual terá o apoio desta Instituição sobre o acesso da pesquisadora a fonte de dados técnicos e administrativos da gestão institucional do Sub-Sistema, que não envolvam o caráter genético e nem identificação de pessoas das comunidades indígenas de Pernambuco.

Coordenação do Colegiado de Saúde Indígena de Pernambuco



Coord. Dos Trabalhadores



Coord. Dos Usuários



Coord. Gestor

ANEXO B - POA -2005: Plano Operacional de Ações da FUNASA 200



QUADRO DE MONITORAMENTO DA AÇÃO

Período	Indicador	Descrição da Ação	Local	Responsável	Objetivo	Realização	Valor	Observações	
JAN - FEV	NI	4) Inserir a Assistência Farmacêutica na estrutura organizacional da Funasa, com serviços e ações formalizadas (NÃO TEM GOVERNABILIDADE)	Ações e Serviços de Assistência Farmacêutica inseridas nos 5 Dseis prioritários	maí/06	dez/06	Desal/Coope	JAN - FEV		Dos quatro Distritos priorizados (Ceará, Pernambuco, Paraíba e Mato Grosso do Sul), os três últimos encontram-se estruturados, sendo que o Dseil Bahia não foi contratado o profissional Farmacêutico, estando em fase de rearticulação dentro da instituição para cumprimento da etapa. O projeto das necessidades de adequação de estrutura física no âmbito da gestão de assistência farmacêutica já está em fase de conclusão junto ao Núcleo de Assistência Farmacêutica. Algumas atividades inerentes aos objetivos da ação estão em andamento, como: Manual de Assistência Farmacêutica ainda em fase de conclusão; Segunda Oficina Nacional de Assistência Farmacêutica foi reprogramada para março/2007, em detrimento de outras ações prioritárias apontadas pela nova gestão do DESAI ; Oficina de Capacitação para auxiliares de Farmácia foi realizada no Dseil Mato Grosso do Sul e sem data prevista no Dseil Pernambuco em função da liberação do orçamento. A Área Técnica de Ass. Farmacêutica do Desai ainda não foi devidamente estruturada, contando, apenas, com a Assessoria de um servidor Farmacêutico do Dseil-PE, para desenvolvimento de suas atividades, uma vez que ainda não foram renovados os contratos do 2 consultores farmacêuticos que venceram neste último trimestre. Desse modo, o desenvolvimento das atividades de rotina vêm sendo comprometidas no âmbito do Desai, mas estão sendo convocados profissionais farmacêuticos dos Dseis, Mato Grosso do Sul e Ceará Tocantins, a título de "colaboradores eventuais", para a implementação das mesmas.
MAR - ABR									
MAI - JUN							4	#DIV/0!	
JUL - AGO							8		
SET - OUT									
NOV - DEZ									
Acumulado	8						4	50%	
JAN - FEV	NI	5) Implantar a Política de Assistência Farmacêutica nos 34 e monitorar o processo de implantação da política em 20 Dseis.	34 Dseis com a política implantada	maí/06	dez/06	Desal/Coope	JAN - FEV		Algumas ações necessárias para a sua implantação da Política de Assistência Farmacêutica foram iniciadas, dentre elas, a sensibilização de gestores para a contratação de seus profissionais farmacêuticos. Em agosto/2006 foram contratados mais três farmacêuticos para os Dseis Tocantins, Minas Gerais, Assessoria Indígena de São Paulo e Manaus.
MAR - ABR									
MAI - JUN	*						*		
JUL - AGO	4						4	100%	
SET - OUT	*5						*	#VALORI	
NOV - DEZ	5						*	#VALORI	
Acumulado	9						4	44%	

ANEXO C - Oficina de trabalho: Construção de estratégias para a formulação de uma política de assistência farmacêutica para a atenção à saúde dos povos indígenas

OFICINA DE TRABALHO

CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA A FORMULAÇÃO DE UMA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PARA A ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

JUSTIFICATIVA:

A elaboração de uma proposta para a Política de Assistência Farmacêutica para a atenção à saúde dos povos indígenas, requer um amplo debate com os profissionais de saúde que atuam nas áreas indígenas para conhecimento e valorização das experiências locais, identificação das formas de atuação, suas especificidades e adversidades, de modo que possam subsidiar o desenvolvimento das diretrizes nacionais.

OBJETIVO:

Discutir estratégias para a organização da Assistência Farmacêutica para a atenção à saúde dos povos indígenas.

LOCAL: Brasília/DF

PERÍODO: 07 a 10 de dezembro de 2004

HORÁRIO:

Dia 07: Das 19:00 às 22:00

Período de 08 a 10/12/04: Das 8:00 às 18:00 h

Participantes: Farmacêuticos que atuam nas áreas indígenas, Técnicos do DESAI/FUNASA - Coordenadores de Programas de atenção à Saúde Indígena,

Coordenadores da Assistência Farmacêutica das Secretarias Estaduais de Saúde.

Colaboradores convidados:

Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Conselho Federal de Farmácia/CFF, Coordenação de Medicamentos e Tecnologias da Organização Pan-americana de Saúde/OPAS/MS, FUNAI ; Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Universidade de Brasília, Comissão Interministerial de Saúde Indígena (CISI).

Comissão Organizadora:

Coordenação Geral do Evento: Enf^a Irânia Marques, Farm. Lucely de Oliveira Gonçalves, Colaboradoras: Farmacêuticas. Mônica Maria Henrique dos Santos/DSEI Pernambuco e Janaína Silva Lessa Ferreira - DSEI Paraíba. Apoio Administrativo: Thaysa Siebra.

PROGRAMAÇÃO PRELIMINAR

07/12//2004 - Aberto ao público em geral

19:00 h – Abertura Oficial

19:30 :Painel – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA COMO PARTE INTEGRANTE DO PROCESSO DE ATENÇÃO Á SAÚDE

COORDENADOR: Alexandre Padilha - Diretor do Departamento de Saúde Indígena

- **Política de Saúde Indígena**

Diretor do DESAI

- **A Política de medicamentos e a Assistência Farmacêutica no Ministério da Saúde**
Departamento de Assistência Farmacêutica/MS
- **Sistemas tradicionais indígenas de Saúde – uma abordagem prática sobre o incentivo e valorização das práticas farmacológicas tradicionais**
Mara Zélia de Almeida – Doutora em Etnofarmacologia /Coordenadora do Curso de Farmácia - Universidade Feral da Bahia.
- **A expectativa das comunidades indígenas sobre a construção da Política de Assistência Farmacêutica para o Subsistema de Saúde Indígena.**

Representante da CISI

21:30 – Coquetel de Encerramento

08/12/2004- Público específico

8:00 às 8:30	Dinâmica de Grupo e apresentação da programação da Oficina de trabalho
8:30 às 9:30	Apresentação do Tema I – Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica Diretrizes e Prioridades
9:30 às 10:00	Diagnóstico situacional da Organização e Infraestrutura de Assistência Farmacêutica existente.
10:00 às 10:15	Intervalo para o café
10:15 às 12:00	Relato de experiências nos serviços desenvolvidos nos DSEI
12:00 às 14:00	Almoço
14:00 às 14:30	Apresentação do Tema II – Diretrizes para a Política Nacional de Saúde Indígena e elaboração de plano de ação para a Assistência Farmacêutica à Saúde Indígena;
14:30 às 16:00	trabalho de grupo
16:00 às 16:15	intervalo para o café
16:15 a 18:00	trabalho de grupo

Dia 09/12/2004

8:00 às 8:30	Apresentação do Tema III – Proposta da FUNASA sobre a Política de Recursos Humanos para a organização da Assistência Farmacêutica .
8:30 às 10:00	trabalho de grupo (6 grupos com 6 participantes)
10:00 às 10:15	intervalo para o café
10:15 às 12:00	trabalho de grupo
12:00 às 14:00	Intervalo para o Almoço

14:00 às 16:00	Apresentação e harmonização das propostas, resultado dos trabalhos dos grupos, em plenária.
16:00 às 16:15	Intervalo para o café
16:15 às 16:30	Avaliação escrita da Oficina
16:30 às 17:30-	Apresentação do Tema IV – A contribuição da Assistência Farmacêutica para os sistemas tradicionais de saúde indígena
17:30 às 18:00	Debates
18:00	<i>Cerimônia de encerramento</i>

Dia 10/12/2004

8:00 às 10:00	Elaboração de Ações Estratégicas para descentralização da programação e aquisição de medicamentos nos DSEI pertencentes às COORDENAÇÕES REGIONAIS de Amazonas, Bahia, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Pernambuco;
10:00 às 10:15	Intervalo para o café
10:15 às 12:00	Definição de linhas de ação e metas prioritárias
12:00 às 14:00	Intervalo para o almoço
14:00 às 16:00	Consolidação do Plano
16:00 às 16:15	Intervalo para o café
16:15 às 18:00	Consolidação e apresentação do plano

ANEXO D - Inauguração da Oficina de Plantas Medicinais da Etnia Fulni-ô

Fonte: F **Fonte:** Fotos retiradas pelo autor, 2007



Fonte: Fotos retiradas pelo autor, 2007.

ANEXO E - Portaria FUNASA 1057/06. Institui o 1º Comitê de Farmácia e Terapêutica para o Subsistema de Saúde Indígena. 2006.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

PORTARIA NR. 1057, DE 09 DE AGOSTO DE 2006

O PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – FUNASA, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 14, inciso XII, do Estatuto aprovado pelo Decreto n.º 4.727, de 9 de junho de 2003, e

Considerando que a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituiu o Subsistema de Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde,

Considerando que o Subsistema de Saúde Indígena tem como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, ficando assegurados os serviços de atendimento básico no âmbito das terras indígenas, conforme disposto no Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999,

Considerando que de acordo com o disposto no Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999 e o Decreto n.º 4.727, de 09 de junho de 2003, compete à Fundação Nacional de Saúde a execução das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio e aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI a responsabilidade sanitária sobre os territórios indígenas,

Considerando que a Política Nacional de Medicamentos, instituída pela Portaria n.º 3916, de 30 de outubro de 1998, no processo de implementação do Sistema Único de Saúde – SUS, tem como uma de suas diretrizes, a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME e como uma de suas prioridades, a revisão periódica desta Relação,

Considerando que o Comitê de Farmácia e Terapêutica – CFT é recomendada pela OPS/OMS (1997:5-8) como órgão consultivo técnico de toda a equipe de saúde para assuntos relacionados a medicamentos e, em parceria com gestor DA INSTITUIÇÃO tem poderes deliberativos sobre os temas que lhe são pertinentes, e

Considerando a necessidade de promoção do uso adequado e racional de medicamentos na implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos povos Indígenas, **RESOLVE:**

ART. 1º INSTITUIR o Comitê Nacional de Farmácia e Terapêutica com abrangência no DESAI e DSEI's, com os seguintes objetivos:

- a) assessorar a equipe gestora e técnica multidisciplinar, na formulação e implementação das políticas relacionadas com protocolos terapêuticos, seleção, programação, prescrição, dispensação e o uso racional dos medicamentos; e
- b) participar da formulação e implementação de programas relacionados com o conhecimento e uso adequado dos medicamentos junto às comunidades indígenas.

ART. 2º O Comitê Nacional de Farmácia e Terapêutica terá as seguintes Funções Básicas:

- a) elaborar e atualizar periodicamente a Relação de Medicamentos Essenciais para os Povos Indígenas, considerando as especificidades regionais;
- b) elaborar e atualizar periodicamente o Formulário Terapêutico da instituição assim como as instruções e normas para as suas aplicações;
- c) propor critérios nos quais se baseará a instituição para a obtenção de medicamentos que não tenham sido selecionados para uso regular, ou seja que não integram a RME;
- d) validar protocolo de tratamentos elaborados pelos diferentes serviços clínicos da instituição;
- e) fomentar a investigação sobre utilização de medicamento, e utilizar seus resultados, como subsídios para o desenvolvimento de suas outras funções;
- f) fomentar e participar em atividades de educação continuada em terapêutica dirigida à equipe de saúde e comunidades indígenas; e
- g) assessorar em todas as atividades relacionadas com a promoção do uso racional de medicamentos na instituição.

ASPECTOS GERENCIAIS E ADMINISTRATIVOS

1) – Gerenciamento:

- a) conduzir e orientar a equipe e os processos para o cumprimento dos objetivos fixados, utilizando ao máximo as habilidades gerenciais;
- b) distribuir as tarefas, de acordo com as suas características específicas e o perfil de cada membro; e
- c) definir e manter a periodicidade das reuniões que independem da demanda e não deverá apresentar intervalos superiores a dois meses.

2) – Organização:

- a) elaborar atas de todas as reuniões contemplando: presentes/ausentes temas pendentes para resolução novos a tratar, problemas detectados e suas possíveis causas, decisões e recomendações, temas para as próximas reuniões, data e assinatura dos presentes. As atas serão devidamente arquivadas;
- b) programar as reuniões definidas pauta, data, local e horário com antecedência;
- c) providenciar e disponibilizar os recursos materiais necessários para o bom desenvolvimento dos trabalhos;
- d) documentar e arquivar todos as atividades desenvolvidas em especial aquelas referentes a seleção, com as devidas justificativas para cada decisão tomada de inclusão e exclusão; e
- e) estabelecer mecanismos de comunicação, mantendo o gestor e a equipe de saúde permanentemente informada sobre as deliberações e atividades desenvolvidas pela comissão.

3) – Estatuto:

É um documento que estabelece diretrizes de funcionamento de um Comitê, através de capítulos e arquivos, constando das seguintes informações:

- I - Composição;
- II - Funções;
- III - Atribuições e Competência;
- IV - Direitos e deveres dos membros; e
- V - Disposições transitórias.

4) – Controle e Avaliação:

- a) monitorar e garantir, ao longo de todo processo, que as atividades planejadas estejam sendo desenvolvidas adequadamente, inclusive quanto ao cronograma estabelecido; e
- b) avaliar as atividades da comissão utilizando os indicadores tais como:
 - b.1) número de reuniões realizadas;
 - b.2) percentual de participação dos membros;
 - b.3) número de boletins e publicações elaborados; e
 - b.4) relatório de desempenho.

5) – Recomendações:

- a) o CNFT deverá estar vinculada técnica e administrativamente à Área Técnica de Assistência Farmacêutica da Instituição.
- b) deve ser resguardada ao CNFT as prerrogativas de ser uma estrutura com caráter consultivo, técnico e deliberativo – em conjunto ao gestor.

ART. 3º Designar para compor o Comitê Nacional de Farmácia e Terapêutica da Funasa os técnicos abaixo indicados:

a) Presidente: **Enfermeira IRÂNIA MARIA DE S. J. MARQUES DA SILVA**, Responsável pela Coordenação Geral de Atenção à Saúde Indígena/ DESAL/FUNASA, Siape: 0473728;

b) Coordenador: **Farm. MÔNICA MARIA HENRIQUE DOS SANTOS**, Representante da Área Técnica de Assistência Farmacêutica do DESAL/FUNASA, Farmacêutica - DSEI - PE, Siape: 00583004;

c) Farmacêuticos: **EUNICE RAMOS DA SILVA - DSEI - AL/SE**, Siape: 6230114; **MARCONI BEZERRA DE MELO - DSEI - MS**, Siape: 1036425; e **MARIA IMELDA GONÇALVES - CORE-MT**, Siape: 0474357;

d) Médicos: **CLÍCIA ALVES PADILHA DANTAS - DSEI -PE**, Siape: 1225255; **SIRLEI FAMER - ASS. INDÍGENA/RS**, Siape: 0398668; e **SOLANGE DENISE F. DE LUNA - ASS.INDÍGENA/SP**, Siape: 0472311.

e) Enfermeiras: **RAIMUNDA PAULINO DA SILVA - DESEI - INTERIOR SUL**, Siape: 0473984; e **CECIMAR SUATH AMARAL - NUAZI-CORE/AM**, Siape : 0476700;

f) Odontólogos: **CÉSAR ROBERTO SOARES GUTMAN - DSEI- INTERIOR SUL**, Siape: 004445422; e **EMANU BITTENCOURT MARTINS NETO - DSEI - GUAMÁ TOCANTINS**, Siape: 0478408.

ART. 4º Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

PAULO LUSTOSA

Este texto não substitui o publicado no BS n.º 33 de 18/08/2006, p. 1.

ANEXO F - Implantação das primeiras ações do Hórus Indígena no país, Etnia Fulni-ô, Polo-Base de Águas Belas, Pernambuco. Maio de 2012.

HÓRUS SISTEMA NACIONAL DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

IMPLANTAÇÃO DO HÓRUS NO DSEI-PE

PROJETO PILOTO

POLO-BASE ETNIA FULNI-Ô



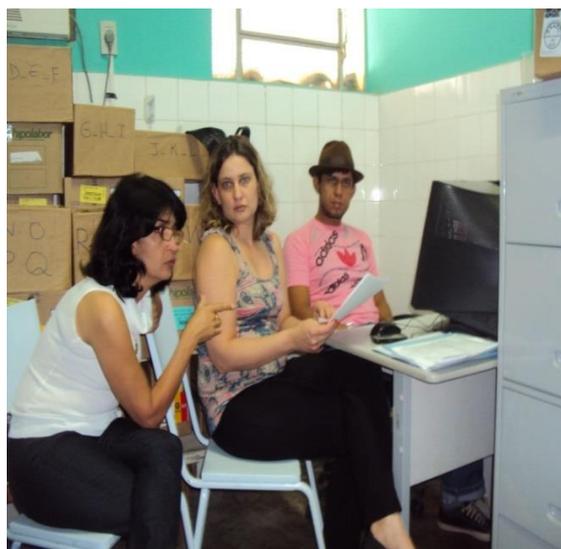
Fonte: Foto retirada pelo autor, 2012.



Fonte: Foto retirada pelo autor, 2012.



Fonte: Foto retirada pelo autor, 2012



Fonte: Foto retirada pelo autor, 2012



Fonte: Foto retirada pelo autor, 2012.



Fonte: Foto retirada pelo autor, 2012



Fonte: Foto retirada pelo autor, 2012

PERNAMBUCO (DSEI) - ÁGUAS BELAS (POLO BASE) -

Nº Dispensação: 1016730
Nº Cartão SUS: 162240915450008

Paciente:

Medicamentos	A Partir de
METFORMINA,	01/06/2012

Assinatura

Fonte: Foto retirada pelo autor, 2012

ANEXO G – Rotina de Prescrição e Dispensação de Medicamentos, atividade pioneira no SASISUS.2007

 <p>ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DSEI-PE</p>	<p>ANEXO I</p> <p>Assistência Farmacêutica DSEI/ PE</p>	<p>P.AF.01 - Rev.: 00 Página 203 de 219</p> <p>P.AF = PROCEDIMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</p>
ROTINA DE PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS		
<p>Quem faz: Auxiliar da Farmácia e Farmacêutico.</p>		
<p>Como faz: Obedecer à ordem de etapas descrita abaixo.</p>		
<p>Responsável: Farmacêutico.</p>		
<p>Documento de Referência: LEI – 5.991/73; Dec.74.140/74; LEI 9.787/99</p>		

DA PRESCRIÇÃO

- 1- O Prescritor deve dar prioridade aos medicamentos padronizados no elenco básico do DSEI.
- 2- A prescrição deve conter:
 - Nome completo do paciente;
 - Nome do medicamento com denominação genérica;
 - Conter posologia indicada e quantidade por unidade do produto e não por caixa;
 - Com letra legível;
 - Assinatura e carimbo do médico (CRM de Pernambuco);
 - Em formulário padronizado DSEI/ PE em duas vias (original e cópia carbonada ou xerox).
 - Se o medicamento indicado estiver “fora da padronização” do DSEI, e/ou possuir um genérico ou similar no Pólo-Base, o médico deve justificar a indicação;
 - As receitas devem ser encaminhadas ao funcionário responsável pela farmácia do Pólo-Base;

DISPENSAÇÃO

- 1- O auxiliar de Farmácia separa as receitas médicas para identificar se tem o medicamento no Pólo-Base para dispensação;
- 2- Só será dispensado o quantitativo de medicamentos, por receita, para o prazo de 30 dias, excepcionalmente em situações que justifiquem um prazo maior, sob o visto do farmacêutico;
- 3- Caso o medicamento esteja “em falta”, consultar Farmácia Básica do Município;
- 4- Caso o medicamento também esteja em falta no município, relacionar os nomes dos pacientes indicando os “medicamentos em falta” ou “não padronizados” com seus respectivos quantitativos e encaminhar as receitas ao farmacêutico do Polo-Base ou farmacêutico da Gestão da Ass. Farmacêutica do DSEI analisar

5- A análise do profissional Farmacêutico deve identificar:

- a) A urgência da aquisição;
- b) Se não temos outra forma de recebimento (empréstimo com outros Polos-Base ou outras unidades de saúde do SUS);
- c) Identificar quais os medicamentos que precisam efetivamente da “justificativa da aquisição”;

Obs: Só serão solicitadas justificativas para aquisição daqueles medicamentos que existem análogos ou similares em nossa programação, e ainda cuja indicação não justifique a aquisição na instituição.

Exemplos:

- Medicamentos para “perda de peso”, sem o respectivo laudo médico que comprove ser o paciente um obeso grave;
- Dermato-cosméticos, sem a devida justificativa da gravidade da patologia;
- Impotência, sem o devido laudo médico onde apresente o comprometimento de transtornos psicológicos para o paciente;
- Medicamentos sintomáticos, cujo paciente não esteja tratando a causa base da doença (ex: Tamarindu), etc.

6- O farmacêutico do Polo-Base/ CASAI:

Após verificação, autoriza a compra ou não dos medicamentos correspondentes.

O Farmacêutico da Gestão da Assistência Farmacêutica do DSEI:

Retorna por fax a autorização de compra ou não dos medicamentos correspondentes; apontando também, aquelas prescrições que necessitam de justificativa médica;

Obs: Em caso de “emergência”, onde o tratamento deve ser imediatamente iniciado, deve ser autorizado a aquisição para o 1º mês de tratamento, devendo em seguida, o Polo-Base, ou área de Assistência Farmacêutica, providenciar junto ao médico a devida justificativa para continuidade do tratamento;

7- Dispensação

O auxiliar da farmácia entrega o medicamento devidamente separado ao paciente conforme prescrição médica registrando a dispensação de todos os medicamentos na FICHA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS do respectivo paciente, anotando todos os dados conforme solicitado no formulário (data, Nome genérico do medicamento, forma farmacêutica, posologia, quantidade solicitada, quantidade atendida, assinatura do fornecedor e assinatura do receptor).

OBS.: Os Polos-Base/ CASAI que já trabalham com o sistema de Gestão de Estoque – Hórus Indígena, também deverão registrar a dispensação no sistema informatizado (HÓRUS).

Rotina de Dispensação de Medicamentos para Pacientes Assistidos em Unidades de Saúde referendadas pelo Pólo-Base:

- As receitas antes de serem atendidas devem ter o visto da Equipe Médica do Polo Base que encaminhou o paciente, ou em caso de emergência, serem atendidas e posteriormente serem encaminhadas para o visto médico para que este tenha ciência de todo esquema farmacoterapêutico que o usuário está fazendo;
- As receitas antes de serem atendidas, devem obedecer a todos os critérios anteriores para distribuição e prescrição de medicamentos;
- As receitas remanescentes de consultas médicas da Região Metropolitana do Recife, só deverão ser atendidas no Setor de Assistência do DSEI-PE se o paciente permanecer em tratamento nesta capital, caso contrário, as mesmas deverá ser atendida no Polo Base correspondente a etnia do paciente;
- Após o atendimento, o auxiliar de farmácia deve arquivar a segunda via na farmácia e entregar a primeira via ao paciente junto com o medicamento.

DA COMPRA DO MEDICAMENTO

- 1- Toda e qualquer aquisição de medicamentos junto às farmácias conveniadas, só será realizada com autorização do farmacêutico ou, na ausência dele, o gestor do contrato, conforme procedimento P.AF.02 - NOTA DE PEDIDO DE AQUISIÇÃO obedecendo a etapa 07 do referido procedimento, que diz:

Revisado por: Monica Maria Henrique dos Santos Farmacêutica CRE/PE 01150 Coord. Ass. Farmacêutica DSEI/PE	Revisado em: 06/07/2012
	Próxima revisão: 06/07/2013

ANEXO H - Aprovação do Comitê Distrital de Farmácia e Terapêutica do DSEI-PE (CDFT) em 2007, aprovado através da Coordenação Regional de Pernambuco (COREPE).



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

PORTARIA NR.671, DE 30 DE OUTUBRO DE 2007.

Institui o Comitê Distrital de Farmácia e Terapêutica – CDFT, para padronizar o elenco de medicamentos essenciais e procedimentos terapêuticos, que contemplem as especificidades da cultura indígena, e dá outras providências.

O COORDENADOR REGIONAL DA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere poderes consoante Portaria de nº 959, de 4.9.2007, publicada no DOU de 5.9.2007,

CONSIDERANDO a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que instituiu o Subsistema de Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde,

CONSIDERANDO que para o alcance desse propósito foram estabelecidas diretrizes que devem orientar a definição de instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas onde, dentre estas diretrizes, apontam no item 4.1 a organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas(Dseis), ficando assegurados os serviços de atendimento básico no âmbito das terras indígenas, conforme disposto no Decreto nº. 3.156, de 27 de agosto de 1999,

CONSIDERANDO ainda no âmbito dessas diretrizes, em seu item 4.5 que apontam a **Promoção do Uso Adequado e Racional de Medicamentos** que envolvem ações direta e indiretamente a Assistência Farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena, tais como as atividades de Seleção, Programação, Aquisição, Armazenamento, Distribuição, Controle e Vigilância – nesta compreendida a Dispensação e Prescrição de medicamentos que devem partir, em primeiro lugar, das necessidades e realidades epidemiológicas de cada Distrito Sanitário e estar orientada para garantir os medicamentos necessários.

Onde também devem compor estas ações as **práticas de saúde tradicionais dos povos indígenas**, que envolvem o conhecimento e o uso de plantas medicinais e demais produtos da farmacopéia tradicional no tratamento de doenças e outros agravos a saúde; devendo essa prática ser valorizada e incentivada, articulando-a com as demais ações de saúde dos Dseis;

CONSIDERANDO que esta Política de Atenção à Saúde Indígena, com o objetivo de orientar os gestores no sentido de tornar efetivas essas ações e diretrizes da Assistência Farmacêutica para os povos indígenas, e em conformidade com a Política Nacional de Medicamentos, instituída pela Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, ainda no item 4.5, aponta os seguintes pressupostos:

- a) descentralização da gestão da assistência farmacêutica no âmbito dos Dseis;
- b) promoção do uso racional dos medicamentos essenciais básicos;
- c) avaliação e adaptação dos protocolos padronizados de intervenção terapêutica e dos respectivos esquemas de tratamento, baseadas em decisão de grupo técnico interdisciplinar de consenso, considerando as variáveis sócio-culturais e as situações especiais;
- d) promoção de ações educativas no sentido de garantir adesão do paciente ao tratamento, inibir as práticas e os riscos relacionados com a automedicação e estabelecer mecanismos de controle para evitar a troca de medicação prescrita e a hipermedicação;
- e) autonomia dos povos indígenas quanto à realização ou autorização e divulgação da farmacopéia tradicional indígena, seus usos, conhecimentos e práticas terapêuticas;

CONSIDERANDO que a Política Nacional de Medicamentos, instituída pela Portaria nº 3916, de 30 de outubro de 1998, no processo de implementação do Sistema Único de Saúde – SUS, tem como uma de suas diretrizes, a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME e como uma de suas prioridades, a revisão periódica desta Relação,

CONSIDERANDO que o Comitê de Farmácia e Terapêutica – CFT é recomendado pela OPS/OMS (1997:5-8) como órgão consultivo técnico de toda a equipe de saúde para assuntos relacionados a medicamentos e, em parceria com gestor DA INSTITUIÇÃO tem poderes deliberativos sobre os temas que lhe são pertinentes, e

CONSIDERANDO a necessidade de promoção do uso adequado e racional de medicamentos na implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos povos Indígenas, **RESOLVE:**

ART. 1º Instituir o **COMITÊ DISTRITAL DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA** com abrangência no DSEI-PE, com os seguintes objetivos:

1- Assessorar a equipe gestora e técnica multidisciplinar, na formulação e implementação das políticas relacionadas com protocolos terapêuticos, seleção, programação, prescrição, dispensação e o uso racional dos medicamentos; e

2- Participar da formulação e implementação de programas relacionados com o conhecimento e uso adequado dos medicamentos junto às comunidades indígenas.

ART. 2º O Comitê Distrital de Farmácia e Terapêutica terá as seguintes **Funções Básicas**:

- 1- Elaborar e atualizar periodicamente a Relação de Medicamentos Essenciais para os Povos Indígenas, considerando as especificidades regionais;
- 2- Elaborar e atualizar periodicamente o Formulário Terapêutico da instituição assim como as instruções e normas para as suas aplicações;
- 3- Propor critérios nos quais se baseará a instituição para a obtenção de medicamentos que não tenham sido selecionados para uso regular, ou seja que não integram a RENAME;
- 4- Validar protocolo de tratamentos elaborados pelos diferentes serviços clínicos da instituição;
- 5- Fomentar a investigação sobre utilização de medicamento, e utilizar seus resultados, como subsídios para o desenvolvimento de suas outras funções;
- 6- Fomentar e participar em atividades de educação continuada em terapêutica dirigida à equipe de saúde e comunidades indígenas;
- 7- Assessorar em todas as atividades relacionadas com a promoção do uso racional de medicamentos na instituição; e
- 8- Implantar e acompanhar as rotinas de prescrição e dispensação de medicamentos, considerando as especificidades loco regionais.

ASPECTOS GERENCIAIS E ADMINISTRATIVOS

1) – Gerenciamento:

- conduzir e orientar a equipe e os processos para o cumprimento dos objetivos fixados, utilizando ao máximo as habilidades gerenciais;
- distribuir as tarefas, de acordo com as suas características específicas e o perfil de cada membro; e
- definir e manter a periodicidade das reuniões que independem da demanda e não deverá apresentar intervalos superiores a dois meses.

2) – Organização:

- elaborar atas de todas as reuniões contemplando: presentes/ausentes,

temas pendentes para resolução a tratar, problemas detectados e suas possíveis causas, decisões e recomendações, temas para as próximas reuniões, data e assinatura dos presentes. As atas serão devidamente arquivadas;

- programar as reuniões, definindo pauta, data, local e horário com antecedência;
- providenciar e disponibilizar os recursos materiais necessários para o bom desenvolvimento dos trabalhos;
- documentar e arquivar todas as atividades desenvolvidas, em especial aquelas referentes à seleção, com as devidas justificativas para cada decisão e tomada de inclusão e exclusão; e
- estabelecer mecanismos de comunicação, mantendo o gestor e a equipe de saúde permanentemente informada sobre as deliberações e atividades desenvolvidas pela comissão.

3) – Estatuto:

➤ É um documento que estabelece diretrizes de funcionamento de um Comitê, através de capítulos e arquivos, constando das seguintes informações:

- I - Composição;
- II - Funções;
- III - Atribuições e Competência;
- IV - Direitos e deveres dos membros; e
- V - Disposições transitórias.

4) – Controle e Avaliação:

➤ monitorar e garantir, ao longo de todo processo, que as atividades planejadas estejam sendo desenvolvidas adequadamente, inclusive quanto ao cronograma estabelecido; e

➤ avaliar as atividades da comissão utilizando os indicadores tais como:

- Número de reuniões realizadas;
- Percentual de participação dos membros;
- Número de boletins e publicações elaborados; e
- Relatório de desempenho.

5) – Recomendações:

a) O CNFT deverá estar vinculado técnica e administrativamente à Área Técnica de Assistência Farmacêutica da Instituição.

b) Deve ser resguardado ao CNFT as prerrogativas de ser uma estrutura com caráter consultivo, técnico e deliberativo – em conjunto ao gestor.

ART. 3º DESIGNAR para compor o Comitê Distrital de Farmácia e Terapêutica do DSEI-PE os técnicos abaixo indicados:

Coordenador Farmacêutico

Mônica Maria Henrique dos Santos DESAI/FUNASA,
Siape: 00583004;

Farmacêuticos:

Francisco Leonardo Carvalho de Sá
Contratado

Vânia Medeiros de Oliveira Pacheco
Contratada

Coordenador Médico

José Américo Pinheiro Barbosa
Siape: 446863

Médicos:

Clicia Alves Padilha Dantas
Siape: 1225255;

Maria Edina F. G. de Amorim-
Siape: 475692

Enfermeiras:

Olindina Maria do Nascimento Farias
Siape: 474527

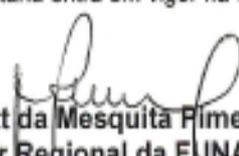
Maria Cristina Ribeiro P. B. Magalhães
Siape: 47527

Odontólogos:

Iolanda Sandra Dourado
Siape : 1039221

Samuel Lobo Mala
Siape: 476839

ART. 4º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.


Alcio Pitt da Mesquita Fimentel
Coordenador Regional da FUNASA - PE


Antônio Fernando do Silva
Chefe do Núcleo Regional
Funasa/PE - Tel. 34933366


Josna Calábice Albuquerque Pires
Chefe de DIREH/SACAD
Rua 10279891 - FUNASA - PE

PUBLICADO NO B S
44
01 NOV. 2007
FUNASA/COREPE
Coordenação Regional
de Pernambuco

ANEXO I - Relação de Medicamentos Padronizados do DSEI-PE, revisada em 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO DE SAÚDE INDÍGENA DE PERNAMBUCO
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS NO DSEI-PE
2011 - 2013**

Princípio ativo	RENAME	CÓDIGO ATC
ACICLOVIR 200MG COMPRIMIDO	RENAME	J05AB01
ACICLOVIR 50MG/G CREME	RENAME	D06BB03
ACEBROFILINA 25MG/5ML XAROPE 120ML FRASCO	NÃO RENAME	R03DA60
ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO 100MG COMPRIMIDO	RENAME	N02BA01
ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO 100MG TAMPONADO COMPRIMIDO	NÃO RENAME	B01AC06
ACIDO FÓLICO 5MG COMPRIMIDO	RENAME	B03BB01
ACIDO FÓLICO 0,2MG/ML SOLUÇÃO ORAL	RENAME	B03BB01
ÁCIDO VALPRÓICO 500MG COMPRIMIDO	RENAME	N03AG01
ÁCIDO VALPRÓICO 250MG/5ML XAROPE FRASCO 100ML	RENAME	N03AG01
ALBENDAZOL 400MG COMPRIMIDO	RENAME	P02CA03
ALBENDAZOL 400MG SUSP. ORAL FRASCO	RENAME	P02CA03
ALENDRONATO DE SÓDIO 70 MG COMPRIMIDO	RENAME	M05BA04
ALFAMETILDOPA 250MG COMPRIMIDO	RENAME	C02AB02
ALFAMETILDOPA 500MG COMPRIMIDO	NÃO RENAME	C02AB02
ALOPURINOL 100MG COMPRIMIDO	RENAME	M04AA01
ALOPURINOL 100MG COMPRIMIDO	RENAME	M04AA01
ALPRAZOLAM 0,5MG COMPRIMIDO	NÃO RENAME	N05BA12
ALPRAZOLAM 2MG COMPRIMIDO	NÃO RENAME	N05BA12
AMBROXOL 15MG/5ML SOL. ORAL 100ML FRASCO	NÃO RENAME	R05CB06
AMBROXOL 30MG/5ML SOL. ORAL 100ML FRASCO	NÃO RENAME	R05CB06
AMINOFILINA 100MG COMPRIMIDO	NÃO RENAME	R03DA05
AMIODARONA 200MG COMPRIMIDO	RENAME	C01BD01
AMITRIPTILINA, CLORIDRATO 25MG COMPRIMIDO	RENAME	N06AA09
AMOXACILINA 500MG COMPRIMIDO	RENAME	J01CA04
AMOXACILINA 250MG/5ML SUSPENSÃO ORAL FRASCO	RENAME	J01CA04
AMOXICILINA + ÁC. CLAVULÂMICO 500MG+125MG COMPRIMIDO	RENAME	J01CR60
AMOXICILINA + ÁC. CLAVULÂMICO 200MG+28,5MG/5ML FRASCO	RENAME	J01CR60
AMPICILINA 250MG/5ML SUSP. ORAL FRASCO	NÃO RENAME	J01CA01
AMPICILINA 500MG COMPRIMIDO	NÃO RENAME	J01CA01
ANLÓDIPINO, BES. 10MG COMPRIMIDO	RENAME	C08CA01
ANLÓDIPINO, BES. 5MG COMPRIMIDO	RENAME	C08CA01

ATENOLOL 25MG COMPRIMIDO	NÃO RENAME	C07AB03
ATENOLOL 50MG COMPRIMIDO	RENAME	C07AB03
ATORVASTATINA 20MG COMPRIMIDO	RENAME	C10AA05
AZITROMICINA 200MG/ML SUSP.ORAL FRASCO	RENAME	J01FA10
AZITROMICINA 500MG COMPRIMIDO	RENAME	J01FA10
BECLOMETASONA 250 MCG SPRAY INALATÓRIO FRASCO	RENAME	R03BA01
BECLOMETASONA 50 MCG SPRAY NASAL FRASCO	RENAME	R03BA01
BENZOATO DE BENZILA SABONETE 60G	RENAME	P03AX01
BIPERIDENO 2MG COMPRIMIDO	RENAME	N04AA02
BROMAZEPAM 3MG COMPRIMIDO	NÃO RENAME	N05BA08
BROMAZEPAM 6MG COMPRIMIDO	NÃO RENAME	N05BA08
BROMETO DE IPATRÓPIO 0,25MG/ML SOL. INALANTE TB	RENAME	R03BB01
BUDESONIDA AEROSOL NASAL 32MCG FRASCO	RENAME	R01AD05
BUDESONIDA AEROSOL NASAL 50MCG 10ML FRASCO	RENAME	R01AD05
BUDESONIDA AEROSOL NASAL 64MCG FRASCO	RENAME	R01AD05
CAPTOPRIL 12,5 MG COMPRIMIDO	NÃO RENAME	C09AA01
CAPTOPRIL 25MG COMPRIMIDO	RENAME	C09AA01
CARBAMAZEPINA 200MG COMPRIMIDO	RENAME	N03AF01
CARBAMAZEPINA 400MG COMPRIMIDO	RENAME	N03AF01
CARBAMAZEPINA 20MG/ML XAROPE FRASCO	RENAME	N03AF01
CARBIDOPA + LEVODOPA 50MG/200MG COMPRIMIDO	RENAME	N04BA60
CARBONATO DE CÁLCIO+COLECALCIFEROL 500MG+200UI COMPRIMIDO	RENAME	A12AX60
CARBONATO DE LÍTIO 300MG COMPRIMIDO	RENAME	N05AN01
CARVEDILOL 3,125MG COMPRIMIDO	RENAME	C07AG02
CARVEDILOL 12,5MG COMPRIMIDO	RENAME	C07AG02
CÁSCARA SAGRADA (RHAMNUS PURSHIANA DC.) CÁPSULA	RENAME	A06AB07
CEFALEXINA 250MG/5ML SUSP. ORAL FRASCO	RENAME	J01BD01
CEFALEXINA 500MG COMPRIMIDO	RENAME	J01BD01
CETOCONAZOL 200MG COMPRIMIDO	NÃO RENAME	J02AB02
CETOCONAZOL CREME 2% BIS 30GR	NÃO RENAME	D01AC08
CETOCONAZOL XAMPU 200ML FRASCO	RENAME	D01AC08
CETOPROFENO 50MG COMPRIMIDO	NÃO RENAME	M01AE03
CINARIZINA 75MG COMPRIMIDO	NÃO RENAME	N07CA02
CIPROFLOXACINA 250 MG COMPRIMIDO	RENAME	J01MA02
CIPROFLOXACINA 500MG COMPRIMIDO	RENAME	J01MA02
CLARITROMICINA 250MG COMPRIMIDO	RENAME	J01FA09
CLARITROMICINA 50MG/ML SUSPENSÃO ORAL FRASCO	RENAME	J01FA09
CLARITROMICINA 500MG COMPRIMIDO	RENAME	J01FA09
CLOMIPRAMINA, CLORIDRATO 25MG COMPRIMIDO	RENAME	N06AA04
CLOMIPRAMINA, CLORIDRATO 10MG COMPRIMIDO	RENAME	N06AA04
CLONAZEPAM 0,5 MG COMPRIMIDO	NÃO RENAME	N03AE01
CLONAZEPAM 2 MG COMPRIMIDO	NÃO RENAME	N03AE01

CLONAZEPAM 2,5MG/ML GOTAS FRASCO C/20ML	RENAME	N03AE01
CLORAFENICOL COLÍRIO 0,05%, 10ML FRASCO	NÃO RENAME	S01AA01
CLORANFENICOL 250 MG COMPRIMIDO	RENAME	J01BA01
CLORANFENICOL 50MG/5ML SUSP. ORAL FRASCO	RENAME	J01BA01
CLORPROMAZINA 100MG COMPRIMIDO	RENAME	N05AA01
CLORPROMAZINA 25MG COMPRIMIDO	RENAME	N05AA01
CLOXAZOLAM 1MG COMPRIMIDO	NÃO RENAME	N05BA22
CLOXAZOLAM 2MG COMPRIMIDO	NÃO RENAME	N05BA22
COMPLEXO B DRÁGEAS	NÃO RENAME	A11EA61
COMPLEXO B. SOL.GOTAS 25 MG/ML 20ML	NÃO RENAME	A11EA61
DEXAMETASONA 4 MG COMPRIMIDO	RENAME	R01AD03
DEXAMETASONA 0,1 MG/ML ELIXIR FRASCO C/ 120 ML	RENAME	R01AD03
DEXAMETASONA 0,1% CREME 10G TUBO	RENAME	R01AD03
DEXAMETASONA 1% SOL. OF. FRASCO C/ 5 ML	RENAME	S01BA01
DEXAMETASONA 1 MG + NEOMICINA 3,5 MG SOL. OFT. FRASCO	NÃO RENAME	S01CA01
DEXCLORFENIRAMINA 2MG COMPRIMIDO	RENAME	R06AB02
DEXCLORFENIRAMINA 2MG/5ML XAROPE 120ML FRASCO	RENAME	R06AB02
DIAZEPAM 10MG COMPRIMIDO	RENAME	N05BA01
DIAZEPAM 5MG COMPRIMIDO	RENAME	N05BA01
DICLOFENACO DE POTÁSSICO SOL. ORAL 15 MG/MLFRASCO C/20ML	NÃO RENAME	M01AB05
DICLOFENACO POTÁSSICO 50MG COMPRIMIDO	NÃO RENAME	M01AB05
DICLOFENACO SÓDICO 50MG COMPRIMIDO	NÃO RENAME	M01AB05
DIGOXINA 0,25MG COMPRIMIDO	RENAME	C01AA05
DIGOXINA 0,05MG/ML ELIXIR FRASCO	RENAME	C01AA05
DIMETICONA 75MG/ML FRASCO C/ 15 ML	NÃO RENAME	A03AX61
DINITRATO DE ISOSSORBIDA 5MG COMPRIMIDO	RENAME	C01DA08
DIPIRONA 500MG COMPRIMIDO	RENAME	N02BB02
DIPIRONA 500MG/ ML SOL. ORAL GOTAS	RENAME	N02BB02
ERITROMICINA 500MG COMPRIMIDO	RENAME	J01FA01
ERITROMICINA, ESTOLATO 250MG/5ML SUSP.ORAL 60ML FRASCO	RENAME	J01FA01
ESPIRONOLACTONA 25MG COMPRIMIDO	RENAME	C03DA01
FENITOÍNA 100MG COMPRIMIDO	RENAME	N03AB02
FENITOÍNA SÓDICA 20MG/ML SUSPENSÃO ORAL FRASCO	RENAME	G03AA62
FENOBARBITAL 100MG COMPRIMIDO	RENAME	N03AB02
FENOBARBITAL 4 % GOTAS FRASCO COM 20 ML	RENAME	N03AB02
FENOTEROL. 5 MG / 1 ML	NÃO RENAME	R03AC04
FLUCONAZOL 150MG COMPRIMIDO	RENAME	J02AC01
FLUOXETINA 20 MG COMPRIMIDO	RENAME	N06AB03
FUROSEMIDA 40MG COMPRIMIDO	RENAME	C03CA01
GENTAMICINA, SULFATO DE 5MG/ML FRASCO	RENAME	S01AA11
GENTAMICINA 5MG/G POMADA OFT. TUBO	RENAME	S01AA11
GLIBENCLAMIDA 5MG COMPRIMIDO	RENAME	A10BB01

GLICAZIDA 30MG COMPRIMIDO	RENAME	A10BB09
GUACO (MIKANIA GLOMERATA SPRENG.) XAROPE	RENAME	R05XC60
HALOPERIDOL 1MG COMPRIMIDO	RENAME	N05AD01
HALOPERIDOL 5MG COMPRIMIDO	RENAME	N05AD01
HIDROCLOROTIAZIDA 25MG COMPRIMIDO	RENAME	C03AA03
HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 61,5 MG SUSPENSÃO	RENAME	A02AB01
HIOSCINA 10MG/ML GOTAS FRASCO	NÃO RENAME	A04AD01
HIOSCINA+DIPIRONA 10 MG+250 MG COMPRIMIDO	NÃO RENAME	A03DB04
HIOSCINA+DIPIRONA 6.67MG + 333,4MG SOL. ORAL FRASCO	NÃO RENAME	A03DB04
HIPROMELOSE + ASSOCIAÇÕES SOL. OFT.	RENAME	S01KA02
HORTELÃ (MENTHA X PIPERITA L.) CÁPSULA	RENAME	R05XC60
IBUPROFENO 200MG COMPRIMIDO	RENAME	M01AE01
IBUPROFENO 20MG/ML FRASCO	RENAME	M01AE01
IBUPROFENO 300MG COMPRIMIDO	RENAME	M01AE01
IMIPRAMINA 25MG COMPRIMIDO	NÃO RENAME	N06AA02
ISOFLAVONA DE SOJA COMPRIMIDO	RENAME	C05CA61
ITRACONAZOL 100MG COMPRIMIDO	RENAME	J02AC02
ITRACONAZOL 10MG/ML SOLUÇÃO ORAL	RENAME	J02AC02
IVERMECTINA 6MG COMPRIMIDO	RENAME	P02CF01
LACTULOSE 667 MG/ML XAROPE FRASCO	RENAME	A06AD11
LEVOTIROXINA 100 MCG COMPRIMIDO	RENAME	H03AA01
LEVOTIROXINA 25 MG COMPRIMIDO	RENAME	H03AA01
LEVOTIROXINA 50MCG COMPRIMIDO	RENAME	H03AA01
LIDOCAÍNA GELÉIA 2% TUBO 30G	NÃO RENAME	D04AB01
LIDOCAÍNA+EPINEFRINA, HEMITART. 2%+ 1:80.000 SOL. INJETÁVEL	RENAME	N01BB61
LIDOCAÍNA 400MG + NEOMICINA 40MG SOL OTOLÓGICA FRASCO	NÃO RENAME	S02DA30
LOÇAO EM GEL PARA PROTEÇÃO SOLAR (UVA-UVB), FATOR 30 FR. 200ML	NÃO RENAME	D02BA90
LORATADINA 10MG COMPRIMIDO	RENAME	R06AX13
LORATADINA 1MG/ML XAROPE FRASCO 100ML	RENAME	R06AX13
LOSARTANA POTÁSSICO 50MG COMPRIMIDO	RENAME	C09CA01
MALEATO DE ENALAPRIL 10 MG COMPRIMIDO	RENAME	C09AA02
MALEATO DE ENALAPRIL 20 MG COMPRIMIDO	RENAME	C09AA02
MALEATO DE ENALAPRIL 5 MG COMPRIMIDO	RENAME	C09AA02
MEBENDAZOL 20MG/ML FRASCO C/30ML	NÃO RENAME	P02CA01
MELOXICAN 15MG COMPRIMIDO	NÃO RENAME	M01AC06
MELOXICAN 15MG COMPRIMIDO	NÃO RENAME	M01AC06
METFORMINA 500MG COMPRIMIDO	RENAME	A10BA02
METFORMINA 850MG COMPRIMIDO	RENAME	A10BA02
METOCLOPRAMIDA 10MG COMPRIMIDO	RENAME	A03FA01
METOCLOPRAMIDA 4MG/ML SOL GOTAS FRASCO	RENAME	A03FA01
METOPROLOL, SUCCINATO 25 MG COMPRIMIDO LIB. CONTROLADA	RENAME	C07AB02

METOPROLOL, SUCCINATO 50 MG COMPRIMIDO LIB. CONTROLADA	RENAME	C07AB02
METRONIDAZOL 250 MG COMPRIMIDO	RENAME	P01AB01
METRONIDAZOL 250 MG+NISTATINA 100.000 UI CR	NÃO RENAME	D01AA20
METRONIDAZOL 400MG COMPRIMIDO	RENAME	P01AB01
METRONIDAZOL 40MG/5ML SUSP. ORAL FRASCO	RENAME	P01AB01
MICONAZOL, NITRATO 2% CREME TUBO	RENAME	JO2AB01
MICONAZOL, NITRATO 2% CREME VAGINAL TUBO	RENAME	G01AF04
MONONITRATO DE ISOSSORBIDA 20MG COMPRIMIDO	RENAME	C01DA14
NEOMICINA 5 MG+ BACITRACINA 250 UI POMADA 15 GR TUBO	NÃO RENAME	D06AX60
NIFEDIPINA 10MG RETARD COMPRIMIDO	RENAME	C08CA05
NIFEDIPINA 20MG RETARD COMPRIMIDO	NÃO RENAME	C08CA05
NIMESULIDA 100 MG COMPRIMIDO	NÃO RENAME	M01AX17
NIMESULIDA 50MG/ML FRASCO	NÃO RENAME	M01AX17
NISTATINA CR. VAGINAL 100000 UI TUBO 60G	NÃO RENAME	G01AA01
NISTATINA SOL. ORAL 100.000UI/ML, FRASCO C/ 50ML	RENAME	D01AA01
NITROFURANTOÍNA 100MG COMPRIMIDO	RENAME	J01XE01
NORFLOXACINO 400MG COMPRIMIDO.	RENAME	J01MA06
NORTRIPTILINA, CLORIDRATO 10MG COMPRIMIDO	RENAME	N06AA10
NORTRIPTILINA, CLORIDRATO 25MG COMPRIMIDO	RENAME	N06AA10
ÓLEO MINERAL PURO FR 100ML	RENAME	
OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA	RENAME	A02BC01
PARACETAMOL 200MG/ML SOL.ORAL GOTAS FRASCO	RENAME	N02BE01
PARACETAMOL 500MG COMPRIMIDO	RENAME	N02BE01
PASTA D'ÁGUA FRASCO	RENAME	
PERMAGANATO DE POTÁSSIO 1.000MCG COMPRIMIDO	RENAME	D08AX06
PERMETRINA 5% LOÇÃO FRASCO	RENAME	P03AC04
PIROXICAN 10MG COMPRIMIDO	NÃO RENAME	M01AC01
POLIVITAMINAS SOL GOTAS (Vit. A - 5.000 UI ,Vit B1 - 4,0 mg ,Vit B2 - 1,0 mg, Vit PP - 10,0 mg, Vit B6 - 1,0 mg, Vit B5 - 10,0 mg, Vit H - 0,1 mg ,Vit C - 50,0 mg ,Vit D - 1.000 UI ,Vit E - 3,0 mg)/1ML FRASCO 20ML	NÃO RENAME	A11BA02
POLIVITAMÍNICO SOL. ORAL C/ 150ML FRASCO	NÃO RENAME	A11BA60
PREDNISONA 20MG COMPRIMIDO	RENAME	H02AB07
PREDNISONA 5MG COMPRIMIDO	RENAME	H02AB07
PRILOCAÍNA 3% + OCTOPRESSINA CX C/50 TUBETE	RENAME	N01BB54
PROMETAZINA 25MG COMPRIMIDO	RENAME	R06AD02
PROPRANOLOL 40MG COMPRIMIDO	RENAME	C07FA05
RANITIDINA 150MG COMPRIMIDO	RENAME	A02BA02
RETINOL, PALMITATO 150.000UI/ML SOLUÇÃO OLEOSA	RENAME	A11CA01
SAIS P/ REHIDRATAÇÃO ORAL ENV. 27,9GR	RENAME	A07CA60
SALBUTAMOL 100MCG AEROSOL FRASCO	RENAME	R03AC02
SALBUTAMOL 6 MG/ML SOLUÇÃO INALANTE	RENAME	R03AC02
SALBUTAMOL XAROPE 0,4MG/ML FRASCO	NÃO RENAME	R03CC02

SECNIDAZOL 500MG COMPRIMIDO	NÃO RENAME	P01AB07
SECNIDAZOL 900MG/30ML SUSP ORAL FRASCO	NÃO RENAME	P01AB07
SINVASTATINA 10MG COMPRIMIDO	RENAME	C10AA01
SINVASTATINA 40MG COMPRIMIDO	RENAME	C10AA01
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA NASAL (CLORETO DE SÓDIO 0,9%+CLORETO DE BENZALCÔNIO 0,1MG) FRASCO	RENAME	R02AA16
SULFADIAZINA DE PRATA 2% CREME	RENAME	D06BA01
SULFAM + TRIMET. 200+40MG/5ML FRASCO	RENAME	J01EE01
SULFAM + TRIMET. 400+80MG COMPRIMIDO	RENAME	J01EE01
SULFATO FERROSO 40MG COMPRIMIDO	RENAME	B03AA07
SULFATO FERROSO 5MG/ML XAROPE	RENAME	B03AA07
SULFATO FERROSO 25MG/ML SOLUÇÃO ORAL	RENAME	B03AA07
TARTARATO DE BRIMONIDINA 0,2%+MALEATO DE TIMOLOL 0,5% 5ML FRASCO	NÃO RENAME	S01ED51
TETRACICLINA POM. OFT. TUBO	RENAME	S01AA09
TIMOLOL, MALEATO 0,25% SOL. OFT. 5ML FRASCO	RENAME	S01ED01
TIMOLOL, MALEATO 0,5% SOL. OFT. 5ML FRASCO	RENAME	S01ED01
UNHA DE GATO (UNCARIA TOMENTOSA) COMPRIMIDO	RENAME	
VERAPAMIL 80MG COMPRIMIDO	RENAME	C08DA01
VIT. A+D3 POMADA 45G TUBO	NÃO RENAME	D02AB62
VITAMINA C 500MG COMPRIMIDO	NÃO RENAME	A11GA
VITAMINA C 500MG SOL. ORAL GOTAS FRASCO	NÃO RENAME	A11GA
VITAMINAS + SAIS MINERAIS CÁPSULAS(Vit.A5.000 UI; Vit. E 30 UI; Vit. C 60 mg; Ácido pantotênico 10 mg; Ácido fólico 400 mcg; Biotina 30 mcg; Cálcio 162 mg; Vit. B12 6 mcg; Vit.B6 2 mg; Cloreto de potássio 36,3 mg; Cobre 2 mg; Vit. D3) 400 UI; Cromo 25 mcg; Estanho 10 mcg; Ferro 18 mg; Vit. K1) 25 mcg; Fósforo 125 mg; Iodo 150 mcg; Magnésio 100 mg; Manganês 2,5 mg; Molibdênio 25 mcg; Vit. B1 1,5 mg; Nicotinamida 20 mg; Níquel 5 mcg; Potássio 40 mg; Vit. B2 1,7 mg; Selênio 25 mcg; Silício 10 mcg; 10 mcg; Zinco 15 mg.	NÃO RENAME	A11AA03
WARFARINA 5MG COMPRIMIDO	RENAME	B01AA03
MEDICAMENTOS CONSTANTES DA RENAME 2012		160
MEDICAMENTOS NÃO CONSTANTES DA RENAME 2012		058
TOTAL DE ITENS		218

ANEXO J – A FUNASA recupera caminhão baú para transporte seguro de medicamentos, garantindo assim sua estabilidade físico-química dos mesmos. Em setembro de 2005.



Fonte: Foto retirada pelo autor, 2005.

ANEXO K - Inaugurada no DSEI- PE a primeira Câmara de Medicamentos, instalada no almoxarifado da FUNASA, para garantir as boas práticas de armazenamento conforme legislação atual. Em dezembro de 2005.



Fonte: Foto retirada pelo autor, 2005.



Fonte: Foto retirada pelo autor, 2005.

ANEXO L - Capacitação de profissionais, lideranças indígenas e comunidades, para a promoção do URM.

CAPACITAÇÃO SOBRE O USO ADEQUADO DE MEDICAMENTOS

Participantes: AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE / POVO XUCURÚ



Fonte: Foto retirada pelo autor, 2009



Fonte: Foto retirada pelo autor, 2007.



Fonte: Foto retirada pelo autor, 2009.



I Capacitação de Apoio a Gestão da AF/ Novembro 2007

Fonte: Foto retirada pelo autor, 2007.



Aprendendo com a Cultura de cada povo

Fonte: Foto retirada pelo autor, 2010.

ANEXO M - Construção da cartilha O USO ADEQUADO DE MEDICAMENTOS NAS TERRAS INDÍGENAS. Produto sob a gestão do DSEI-PE e SESAI/MS para ser publicação no âmbito da gestão do SASISUS.

