

# ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS IBERO-AMERICANOS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA

## DOCUMENTO TÉCNICO Nº 1

Relatório técnico apresentando à Organização dos Estados Ibero-Americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura (OEI) com o produto da Consultoria especializada, contendo o histórico do provimento de equipes para a Atenção Primária à Saúde das populações indígenas, bem como de apoio e determinantes ambientais em saúde indígena.

Consultor Especialista

**Monique [REDACTED] Coimbra**

Escritório Regional da OEI no Brasil

Brasília, 22 de dezembro de 2022

**Sumário**

1.	CONTEXTUALIZAÇÃO	3
1.1	Objetivo Geral	3
1.2	Objetivo Específico	4
2.	RELATÓRIO	4
2.1	Saúde Indígena	5
2.2.	Breve Histórico da Saúde Indígena	5
2.3	Secretaria Especial de Saúde Indígena	8
2.4	Estrutura das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena	14
2.5	Histórico do Provimento de Equipes para a APS, Apoio e Determinantes Ambientais	15
2.6	Convênios FUNASA / SESAI	21
2.7	Contratos temporários da União	49
2.8	Histórico do quantitativo de pessoal na saúde indígena	50
3.	CONCLUSÃO	52
4.	REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	54

## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO

### 1.1 Objetivo Geral

A presente consultoria parte, dentre outras, das prioridades definidas pela Organização dos Estados Ibero-americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura (OEI), em apresentar o histórico de provimento das equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI), bem como de apoio a determinantes ambientais, contendo ainda todo o arcabouço legal que estrutura as atividades desenvolvidas pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS).

Conforme solicitado no Edital nº 191/2022, a contratação dos dois consultores selecionados teve como objetivo a entrega dos produtos de produtos que viabilizem bases estruturantes para dimensionamento de força de trabalho no contexto da Atenção Primária à Saúde, com foco na Saúde Indígena. Neste contexto, coube a cada um dos consultores os produtos abaixo identificados.

Consultor 1 - Monique [REDACTED] Coimbra

1. Documento contendo o histórico do provimento de equipes para a Atenção Primária à Saúde das populações indígenas, bem como de apoio e determinantes ambientais em saúde indígena.
2. Documento com o levantamento do arcabouço legal de Força de trabalho na saúde indígena, decisões de instâncias de controle interno e externo e de decisões judiciais que versam sobre justiça do trabalho.
3. Estudo técnico sobre o dimensionamento da estrutura regimental e estatuto da ADAPS, para a execução das ações de desenvolvimento da APS em Terras Indígenas e pesquisa com os atores principais nos territórios indígenas, sindicatos, lideranças, gestores, promotores e afins, para levantamento das expectativas e viabilidade de propostas.
4. Documento técnico com exposição de motivos, estudos orçamentários, levantamentos legais, atores envolvidos, e demais peças que viabilizem a apresentação a Diretoria Executiva da ADAPS e seu Conselho Deliberativo. 120 dias após a assinatura do contrato 7.2 Produtos (Consultor 02: Especialista em dimensionamento de força de trabalho no contexto da Atenção Primária à Saúde, com foco na Saúde Indígena.)

Consultor 2 - Robson [REDACTED] Silva

1. Documento técnico com o levantamento das formas de provimento das equipes que atuam no território, com formas de contratação, legislação, demandas judiciais e estudos correlatos.

2. Proposta para alteração da Lei nº 13.958 de 18 de dezembro de 2019 e ao Decreto nº 10.283 de 20 de março de 2020, que institui a ADAPS, para adequação do arcabouço legal, para provimento, desenvolvimento e alocação de profissionais de APS, determinantes ambientais em saúde indígena.

3. Estudo técnico com parâmetros necessários para que a ADAPS atue como executora das ações de desenvolvimento da APS em Terras Indígenas.

4. Documento com estudos técnicos complementares, revisão sistemática, compilação de dados demográficos, situação de saúde nas TI, que possam completar a proposta de solução para a força de trabalho nos TI.

Considerando-se que a natureza das entregas a serem realizadas, os produtos precisaram ser trabalhados de forma simultânea, coordenada e conjunta, permitindo assim que os dados e informações possam ser processados, gerando o conhecimento necessário à formulação de estratégias e ações pela ADAPS. Logo, a divisão dos produtos atendem a formalidade da contratação mas devem ser lidos e analisados pela contratante de modo conjunto.

Importante observar ainda que os produtos se referem ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) cuja gestão está a cargo do Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).

## 1.2 Objetivo Específico

No âmbito das atribuições da consultoria especializada, consta do Termo de Referência n.8329, que o produto a ser entregue refere-se a documento técnico contendo relatório das atividades contendo o histórico do provimento de equipes para a Atenção Primária à Saúde das populações indígenas, bem como de apoio e determinantes ambientais em saúde indígena. Para tanto, foi necessária a apresentação de um breve contexto histórico acerca da origem do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), os modelos de contratações desde o início do subsistema, dentre outras temáticas de fundamental importância para o desenvolvimento do presente estudo.

## 2. RELATÓRIO

## 2.1 Saúde Indígena

O termo saúde indígena utilizado neste trabalho refere-se aos cuidados de Atenção Primária à Saúde (APS) prestados em conformidade com o especificado no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, não se referindo assim à parcela dessa população que se encontra em agrupamentos urbanos, ou seja, cuja responsabilidade APS no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) esteja a cargo de municípios e estados.

## 2.2. Breve Histórico da Saúde Indígena

Historicamente, diversos órgãos tiveram a missão de cuidar da saúde indígena, sendo atribuição inicialmente do Ministério da Agricultura, em 1910, com a criação do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI). A pasta, atuava ainda procurando o enquadramento progressivo na sociedade dos indígenas e o de suas terras no sistema produtivo nacional.

Em 1967, a Lei n. 5.371, de 5 de dezembro de 1967, extinguiu o Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI) e instituiu-se a Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Em 1977, com a promulgação da Lei n. 6.001, de 19 de dezembro de 1973, ocorreu uma mudança radical na estrutura organizacional da saúde indígena no Brasil, com a criação de uma divisão especial dentro da FUNAI, a Divisão de Saúde Indígena (DSI). Após essa mudança, a Divisão de Saúde Indígena (DSI) foi destacada como órgão central do governo na condução de políticas específicas de saúde para os povos indígenas, com grande ênfase nas ações de promoção, prevenção e assistência à saúde. Essa mudança teve como principal propósito a melhoria da saúde das populações indígenas do Brasil (BRASIL, 2002).

A Funai substituiu o SPI e estabeleceu uma Divisão de Saúde para cuidar da assistência à saúde das populações indígenas, que se daria por meio de Equipes Volantes de Saúde (EVS). No entanto, esse sistema pautado por ações esporádicas e por assistência individual não logrou êxito, não foi efetivo, tampouco adequado, principalmente em função do despreparo dos profissionais de saúde, da falta de recursos, da desorganização e da falta de coordenação dos serviços.

Em 1990, mais precisamente em 19 de setembro, com o surgimento do Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS), a responsabilidade passa a ser da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), e somente em 31 de agosto de 1999, o Senado Federal aprovou, sem emendas, o

projeto de lei originário da Câmara dos Deputados que criou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). A lei, sancionada em setembro do mesmo ano é considerada o marco regulatório da atenção à vida das populações indígenas do Brasil, assegurando o acesso, em âmbito local, regional e nacional, ao Sistema Único de Saúde, conforme suas necessidades, incluindo-se a atenção primária (básica), secundária (média complexidade) e terciária (alta complexidade) à saúde.

A lei propiciou a estruturação de unidades chamadas Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que consistem em um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, com delimitações geográficas independentes das limitações geopolíticas, estaduais ou ainda municipais. Além disso, a nova lei estabeleceu o caráter descentralizado, hierarquizado e regionalizado do subsistema, devendo o SUS funcionar como retaguarda e referência, de maneira integrada. O acesso das populações indígenas ao SUS manteve-se garantido, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária.

O Decreto nº 3.156, 19 de agosto de 1999, que regulamentou a lei, conferiu à Funasa a execução da referida política e assegurou o atendimento básico no âmbito das terras indígenas, ressaltando que as ações e serviços de saúde prestados a população indígena pela União não prejudicariam as desenvolvidas pelos municípios e estados, no âmbito do SUS. O art.2.º do Decreto estabeleceu as diretrizes a serem observadas, com destaque para a redução da mortalidade, em especial a materna e a infantil; a interrupção do ciclo de doenças transmissíveis; o controle da desnutrição, da cárie dental e da doença periodontal; a restauração das condições ambientais cuja violação se relacione diretamente com o surgimento de doenças e de outros agravos da saúde; a assistência médica e odontológica integral; a participação das comunidades indígenas envolvidas na elaboração da política de saúde indígena, por intermédio do Controle Social, de seus programas e projetos de implementação; e o reconhecimento da organização social e política, dos costumes, das línguas, das crenças e das tradições dos índios. Fica ainda incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a FUNASA, e pela Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS (SasiSUS).

Segundo Brasil (2009), ao assumir as novas competências, a FUNASA atuou na saúde indígena de forma descentralizada e indireta, considerando que a prestação de serviços era realizada por prefeituras e organizações não governamentais pagas por meio de recursos de incentivo para atenção básica e atenção especializada. Mais uma vez, apesar de avanços

importantes, incluindo-se a implementação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), os problemas estruturais permaneciam, conforme se observa nos relatórios das conferências nacionais de saúde indígena ocorridas em 2001 e 2006 (FUNASA, 2001; FUNASA, 2007)

Em 2002, um ano após a III Conferência Nacional de Saúde Indígena, o Ministério da Saúde aprovou, por meio da Portaria n. 254, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) que tem como bases:

I) a organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de DSEIs e, no nível local, dos chamados pólos-base;

II) a preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;

III) o monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas; a articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;

IV) a promoção do uso adequado e racional de medicamentos;

V) a promoção de ações específicas em situações especiais;

VI) a promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde;

VII) a promoção de ambiente saudáveis e proteção da saúde indígena; e

VIII) o Controle Social.

Somente em 2010, atendendo aos apelos de diversos setores da sociedade civil e do movimento indígena, o Governo Federal, por meio da Medida Provisória n. 483, posteriormente convertida na Lei n. 12.413/2010, criou um órgão especial vinculado ao Ministério da Saúde (MS), surgindo então a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). As atribuições e organização foram definidas pelo Decreto n. 7.336/2010, atualmente Decreto nº 11.098, de 20 de junho de 2022. O novo órgão substituiu a Funasa na gestão do subsistema e consolidou um modelo que vinha sendo buscado desde a promulgação da Constituição, com mais especialidade administrativa e maiores possibilidades de acompanhamento pleno das especificidades socioculturais dos povos indígenas.

Importante ressaltar que durante o período sob responsabilidade da FUNAI, os atendimentos à população indígena ocorria por meio da atuação das equipes volantes de saúde, que não sistematizavam as informações, salvo quando se analisavam determinados

eventos específicos, como surtos ou epidemias, e situações de algumas etnias, mostrando que se tratava de atuação precária e limitada para com a população indígena.

As ações de saúde desenvolvidas nos 34 (trinta e quatro) Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) passam então a serem guiadas e delimitadas pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), a qual integra a Política Nacional de Saúde (PNS), compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais.

### 2.3 Secretaria Especial de Saúde Indígena

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) desenvolve as suas ações conforme as diretrizes do Ministério da Saúde (MS), tendo como objetivos básicos a melhoria da qualidade de vida das populações indígenas, a manutenção de suas identidades culturais e a garantia de seu direito à saúde. Para alcançar os objetivos acima, a SESAI tem como estratégias operacionais a contratação de profissionais da saúde, a distribuição de medicamentos e insumos de saúde, e a elaboração de protocolos clínicos.

A SESAI, como órgão responsável pela condução da PNASPI, possui em sua estrutura organizacional setores destinados à gestão administrativa, à gestão da saúde e ao controle social. Neste contexto, destaca-se o Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena (DAPSI), Departamento de Projetos e Determinantes Ambientais da Saúde Indígena (DEAMB); e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Atualmente, conforme o Artigo 18 do Decreto nº 11.098, de 20 de junho de 2022, a SESAI possui 15 (quinze) competências:

I - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, observados os princípios e as diretrizes do SUS;

II - fomentar a implementação de políticas de promoção à saúde para a população indígena no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em articulação com as demais Secretarias do Ministério;

III - desenvolver mecanismos de gestão, controle, enfrentamento, monitoramento e avaliação das ações destinadas à organização e à implementação das políticas estruturantes para o fortalecimento da atenção



primária à saúde das populações indígenas no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

IV - coordenar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos povos indígenas e a sua integração ao SUS;

V - estabelecer diretrizes e promover o fortalecimento da gestão nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;

VI - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações de atenção integral à saúde da população indígena no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

VII - orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde, segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena, em consonância com as políticas e os programas do SUS, com as práticas de saúde e com as medicinas tradicionais indígenas, e a sua integração com as instâncias assistenciais do SUS na região e nos Municípios que compõem cada Distrito Sanitário Especial Indígena;

VIII - promover o aperfeiçoamento contínuo das equipes multidisciplinares que atuam no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

IX - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações referentes ao saneamento e às edificações de saúde indígena;

X - promover ações para o fortalecimento da participação dos povos indígenas no SUS;

XI - incentivar a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena;

XII - promover e apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde indígena;

XIII - identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena;

XIV - promover e coordenar as ações de saúde digital para a população indígena no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; e

XV - planejar e acompanhar as aquisições de bens, serviços e insumos estratégicos para a saúde no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) considera o termo Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS) equivalentes, cabendo assim à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), por intermédio dos Distritos, realizar as ações de Atenção primária à Saúde (APS), sendo estas:

o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (Ministério da Saúde, art. 2º da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017).

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), que figura como uma das principais parceiras da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), também reforçou a importância da Atenção Primária à Saúde (APS):

Um sistema de saúde com base na APS é composto por um conjunto central de elementos funcionais e estruturais que garantem a cobertura e o acesso universal a serviços aceitáveis à população que aumentam a equidade. Oferece cuidados abrangentes, coordenados e adequados ao longo do tempo, enfatiza a prevenção e a promoção da saúde e assegura o cuidado no primeiro atendimento. As famílias e as comunidades são sua base de planejamento e ação. (PAHO, 2003, p. 8)

Dentre as ações voltadas para a Atenção Primária à Saúde (APS), os Distritos Sanitários Especiais Indígenas desenvolvem, prioritariamente, as seguintes ações, conforme diretrizes da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI):

- saúde materno-infantil, incluindo-se o acompanhamento de gestantes, crescimento e desenvolvimento das crianças;

- prevenção e acompanhamento de doenças sexualmente transmissíveis;
- atendimento aos casos de doenças mais frequentes (infecções respiratórias e intestinais, malária, tuberculose, dentre outras);
- acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis;
- assistência em primeiros socorros;
- promoção à saúde e prevenção de doenças de maior prevalência;
- realização de vacinação;
- tratamento odontológico;
- análise e prevenção de óbitos por suicídio;
- análise e notificações de violências contra indígenas;
- vigilância alimentar;
- acompanhamento e supervisão de tratamentos de longa duração; e
- desenvolvimento de atividades de integração com os demais entes federados, considerando a estrutura tripartite (federal, estadual e municipal) do SUS.

Cabe ressaltar que, para atingir esses objetivos, os DSEI também contam com o apoio direto do Ministério da Saúde por meio de ações específicas, incluindo-se a disponibilização de recursos para a aquisição de medicamentos, vacinas e insumos; e para diversas ações de promoção e prevenção à saúde. Soma-se a esse esforço o Sistema de Vigilância Epidemiológica Indígena (SVEI) que tem viabilizado a identificação das principais causas de morbimortalidade, tais como: hanseníase, aids, tuberculose, malária, condições de agravos de saúde, entre outras.

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) tem ainda como objetivo monitorar e realizar as ações de saúde com base ao alcance das metas de uma série de indicadores de saúde, percentual de crianças indígenas menores de um ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento; percentual de crianças indígenas menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional; percentual de gestantes indígenas

com no mínimo 6 consultas de pré-natal; percentual da população indígena com primeira consulta odontológica programática; percentual de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica; coeficiente de incidência de tuberculose de todas as formas; número de casos novos autóctones de malária nos Distritos endêmicos; percentual de crianças indígenas menores de cinco anos com esquema vacinal completo; número de óbitos maternos; proporção de óbitos maternos investigados (%); número de óbitos em menores de um ano; proporção de óbitos em crianças indígenas menores de um ano investigados; número de óbitos por suicídio.

Ao se conjugar os indicadores e as ações que fazem parte do escopo de atuação no âmbito do Subsistema, observa-se, conforme Brasil (2019), que essa conjugação procura oferecer respostas diretas às dificuldades enfrentadas pela maioria das populações indígenas brasileiras, incluindo-se: o envelhecimento das pessoas em simultâneo, em que se tem um grande número de crianças e jovens; altas taxas de natalidade e mortalidade; problemas relacionados a doenças sazonais, crônicas e endêmicas; dificuldades de acesso aos tratamentos de média e alta complexidade; necessidade permanente de capacitação de usuários e profissionais; grandes distâncias que precisam ser percorridas pelas EMSI, impactando diretamente nos investimentos e custos com logística, transporte, alimentação, dentre outros.

A população indígena brasileira atual, conforme último Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, era de, aproximadamente 896.917 (oitocentos e noventa e seis mil, novecentos e dezessete), incluindo-se os que vivem nos municípios. Naquela contagem, identificou-se cerca 517.383 (quinhentos e dezessete mil, trezentos e oitenta e trinta e três), vivendo em terras indígenas, sendo chamados de indígenas aldeados. Atualmente, no entanto, o número de indígenas aldeados já passou de 763 mil indígenas. Esse é o público total que atualmente as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), conforme previsto na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), estão atendendo nas áreas de abrangência dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), conforme se observa na figura 1.

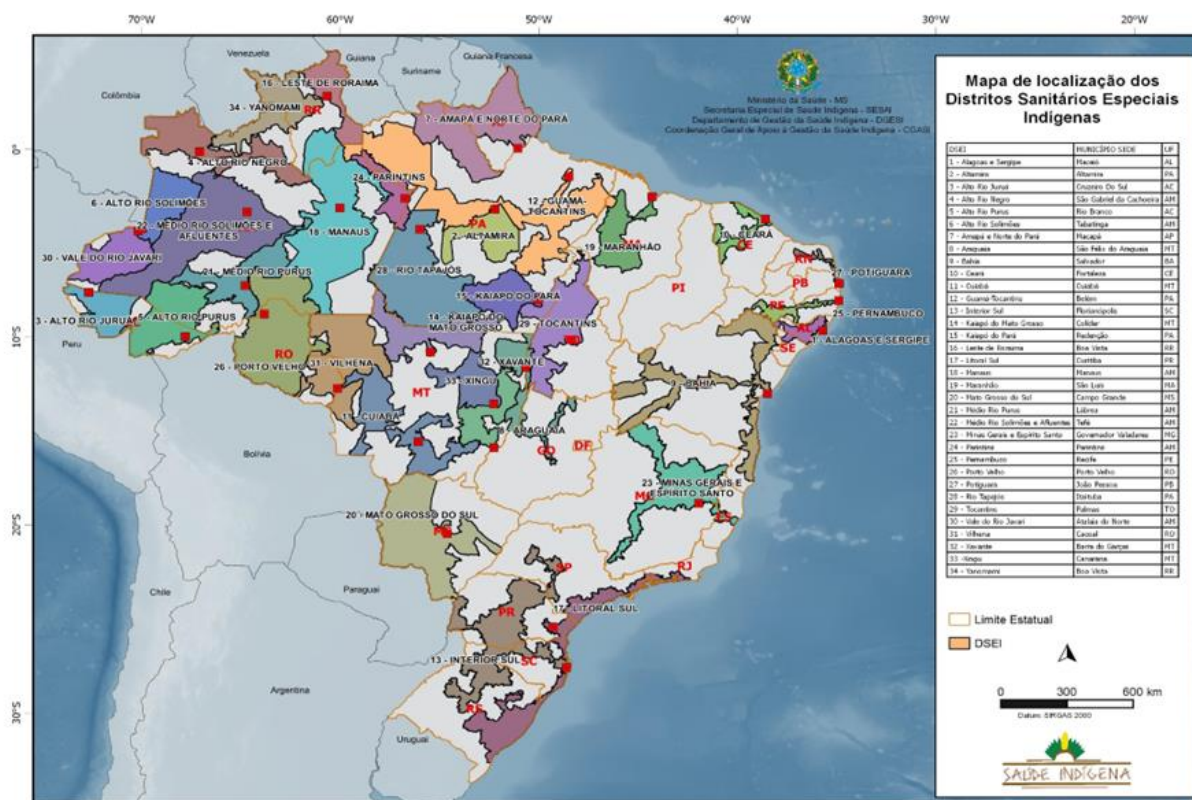


Figura 1: Distrito Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)

Cada Distrito tem autonomia para desempenhar suas ações de saúde nos seus respectivos territórios, seguindo as diretrizes da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), que compõe o Ministério da Saúde. Suas delimitações territoriais se fundamentam em critérios que incluem a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, perfil epidemiológico, disponibilidades dos serviços, profissionais, infraestrutura e vias de acesso à rede do SUS. Todos os Distritos possuem sua rede de atenção própria, organizadas em Polos Base, Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) e Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAI), compondo assim o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS).

Todas as equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) estão dispostas nos Polos Base e se deslocam para a realização de suas atividades nas Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) ou mesmo para as aldeias, nos casos onde não há uma unidade básica de saúde indígena propriamente dita, para desenvolvimento das ações de saúde para a população indígena local.

## 2.4 Estrutura das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena

A força de trabalho dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) é composta por médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e agentes indígenas de saúde (AIS). A Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI) prevê a seguinte formação: “As equipes de saúde dos distritos deverão ser compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, contando com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas e técnicos considerados necessários.”

Na prática, os Distritos têm executado suas ações de saúde com médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos em enfermagem, técnicos em saúde bucal e agentes indígenas de saúde. Estas equipes são complementadas por profissionais que compõem o Núcleo de Apoio à Saúde Indígena (NASI), sendo estes: farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, técnicos em laboratório e agentes de combate a endemias. Em relação aos determinantes ambientais, há a atuação de engenheiros civis, engenheiros sanitaristas, geólogos, gestores de saneamento, técnicos em saneamento, técnicos em edificações, técnicos em química e agentes indígenas de saneamento (AISAN).

Os Distritos também contam com profissionais que atuam nos cargos de Apoiadores em Saúde e Apoiadores em Saneamento. Tais cargos são previstos nos planos de trabalho distritais junto às entidades conveniadas, sendo ocupados por profissionais com formação na saúde e de saneamento, de nível superior, respectivamente. Possuem como principal atribuição a interlocução entre os entes federados, garantindo assim o acesso da população indígena aos níveis secundários e terciários do SUS.

Assim, os profissionais atuantes nos Distritos incluem os Coordenadores (um por DSEI podendo ser Servidores Públicos ou sendo nomeados para cargo de confiança); Servidores Públicos Federais (podendo, por cessão, serem profissionais de estados ou municípios) que, normalmente, ocupam cargos de gestão/chefia dentro da estrutura organizacional dos Distritos; pessoal contratado a partir das conveniadas; e prestadores de serviços por intermédio de empresas contratadas por meio de licitações e que prestam serviço aos Distritos (motoristas, barqueiros, seguranças, outros).

As equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) destinadas a prestar apoio nas aldeias, as equipes que trabalham nas Casas de Saúde Indígena (CASAI), Apoiadores e Agentes Indígenas de Saúde e de Saneamento são contratados por intermédio das 08 (oito) entidades

conveniadas ao Ministério da Saúde (MS) conforme regime jurídico estabelecido pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT). O tipo de profissional e a quantidade dependem de cada DSEI e, normalmente, guardam relação com o tamanho das áreas a serem atendidas, distância, modal de transporte e aspectos culturais. Atualmente, a maioria inclui solicitações para a contratação de:

- Médicos (regime integral e parcial)
- Enfermeiros (regime integral e parcial)
- Cirurgiões dentistas (regime integral e parcial)
- Assistentes sociais
- Psicólogos
- Nutricionistas
- Farmacêuticos / Bioquímicos
- Fisioterapeutas
- Engenheiros civis / Engenheiros sanitaristas
- Apoiador técnico em saneamento
- Apoiador técnico em atenção à saúde
- Técnicos de enfermagem
- Técnico em saúde bucal
- Auxiliar de saúde bucal
- Técnico de saneamento
- Técnico de Edificações
- Técnico de Química
- Eletrotécnico
- Agente Indígena de Saúde (AIS)
- Agente Indígena de Saneamento (AISAN)

Observação: antes de 2020, havia a contratação de antropólogos em larga escala. Atualmente, apenas 04 (quatro) profissionais permanecem, tendo em vista a existência de povos de recente contato em alguns Distritos. Essa situação ocorreu porque as contratações da SESAI são para a atividade fim de saúde. Atualmente, a FUNAI tem prestado esse serviço.

## 2.5 Histórico do Provimento de Equipes para a APS, Apoio e Determinantes Ambientais

Conforme dados históricos já apresentados em relação à saúde indígena, a prestação de serviços de saúde aos povos indígenas durante a gestão do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) e da Funai eram realizados apenas em casos de surtos ou feitos de modo esporádico a partir de equipes volantes. O atendimento permanente e sistematizado de Atenção primária à Saúde (APS) para a população indígena só teve início efetivo com a aprovação da Lei 9.836/99. Desta forma, este é o marco legal que irá balizar este texto contendo o **histórico do provimento de equipes para a Atenção Primária à Saúde (APS), apoio e determinantes ambientais**.

Segundo RAGGIO et al (2009), a primeira forma de atuação que a FUNASA, órgão que passou a ser responsável pela gestão do SasiSUS à época, foi contar com seus próprios servidores. A contratação de pessoal também era realizada, a partir de parcerias, pelos municípios em que os Distritos estivessem situados a partir de recursos da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), conforme previsto na Portaria MS nº 1163, de 14 de setembro de 1999. Para isso, os recursos eram repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde sob a forma de Incentivo de Atenção Básico aos Povos Indígenas (IAB-PI) e de Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI). Posteriormente, a Portaria MS nº 1163 foi substituída pela Portaria MS nº 2656, de 17 de outubro de 2007, visando aprimorar a regulamentação do fornecimento dos incentivos. Assim, os convênios com instituições e organizações era uma forma de contratação complementar.

Em termos práticos, a estratégia de parcerias com estados e municípios e convênios com diferentes tipos de instituições e organizações adotada pela Fundação Nacional de Saúde visando à implantação efetiva e consolidação do SasiSUS resultou numa terceirização dos serviços cuja gestão estava a cargo do seu Departamento de Saúde Indígena (DESAI). Segundo Martins (2013), destacam-se como características dessa estratégia: as parcerias e convênios eram estabelecidos com organizações não-governamentais (ONG); fundações ligadas a universidades; associações ligadas a igrejas, a povos indígenas e a determinadas categorias profissionais; a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), em articulação com a Funasa, passou a concentrar seu foco nas relações e pactuações com os gestores do SUS - secretarias municipais e estaduais de saúde - descentralizando recursos da União, fundo a fundo, para que os entes federados pudessem realizar ações complementares em saúde indígena.

Ainda segundo Martins (2013), na região Amazônica, no início da implantação do subsistema, a maioria dos convênios foi firmada com organizações indígenas, enquanto nas regiões Nordeste e Sul-Sudeste, em função da carência de instituições minimamente preparadas para estabelecer convênios com a União, a opção encontrada foi a descentralização de recursos para os sistemas municipais assumirem a execução das ações.

A FUNASA concentrava os convênios em entidades regidas pelo direito privado classificadas como ONGs, sendo que a maioria delas eram: empresas de consultoria de RH; fundações privadas ligadas a universidades, e associações ligadas a igrejas, a povos indígenas



e a categorias profissionais. Entre 2004 e 2007, foram desenvolvidos e acompanhados cerca de 40 Convênios pela FUNASA, somando valores totais de aproximadamente R\$ 307,5 milhões de reais e suplementações no montante de R\$ 153,1 milhões de reais (FUNASA, 2008a).

Na análise das despesas da FUNASA com Convênios celebrados em 2004, há registros de um total de 52 Convênios, somando valores totais de R\$ 120,3 milhões de reais, sendo que sua destinação, por itens disponíveis, foi de: 30% para equipes multidisciplinares de saúde indígena; 5,4% para pessoal de gerência; 20,4% para cobrir os encargos sociais correspondentes; e 1,9% em capacitação de pessoal (FUNASA, 2008b).

Grande parte destes convênios recebia repasse orçamentário previstos no Plano de Trabalho não só para a contratação de profissionais de saúde, mas também para a aquisição de insumos estratégicos de saúde como: medicamentos, equipamentos de proteção individual, combustível, materiais médicos e odontológicos, aquisição de bens permanentes como veículos, barcos, motores de popa, mobiliário e, até mesmo, para a construção de unidades básicas de saúde indígena (UBSI) e Pólos-Base.

“A partir de 1999, a Funasa viabilizou um modelo de atenção que optou pela renúncia à execução direta de serviços, adotando a estratégia de terceirização (para fins deste texto, consideraremos a terceirização como o processo político-administrativo de transferência total ou parcial das atribuições essenciais do Estado para a esfera privada) das ações de saúde a serem desenvolvidas em áreas indígenas” (GARNELO & SAMPAIO, 2005, p. 1218).

Em 2008, a FUNASA realizou a contratação de 802 (oitocentos e dois) servidores temporários para atuação nos Distritos, regidos pela legislação vigente na condição de Contratos Temporários da União (CTU). No entanto, essa estratégia também encontrou óbices, conforme exemplificado em nota emitida pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena do Leste Roraima:

O modelo não atende às necessidades da Saúde Indígena por caracterizar um vínculo temporário, com vigência máxima da contratação de quatro anos, provocando a descontinuidade da assistência e a impossibilidade de recontração dos profissionais. Para viabilizar essa alternativa, seria necessária a realização de um processo amplo de discussão e consulta prévia aos povos indígenas visando à elaboração de uma proposta de Lei Específica para Contratação Diferenciada dos Profissionais da Saúde Indígena, em caráter permanente, a ser apresentada ao Congresso Nacional (CONDISI LESTE RR, 2008).

A partir de 2008, as relações já fragilizadas entre a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e as entidades parceiras e conveniadas recrudesceram, tornando-se ainda mais difíceis, principalmente em decorrência de problemas judiciais recorrentes tendo em vista sucessivos atrasos nos repasses orçamentários estabelecidos nos Planos de Trabalho; e denúncias de má utilização dos recursos orçamentários pelas entidades conveniadas. Havia ainda a pressão para que as entidades se convertessem em Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), no intuito de acelerar as prestações de serviços de saúde.

Assim, objetivando sanar ou dirimir tais problemáticas, publicou-se as Portaria nº 69/GM, e nº 70/GM, ambas de 20 de janeiro de 2004, estabelecendo novas diretrizes para a saúde indígena, visando à retomada, por parte da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), da execução direta dos atendimentos de saúde e à redução da participação das entidades conveniadas apenas à contratação e gestão de pessoal.

A Portaria nº 126/FUNASA, de 04 de fevereiro de 2008, estabeleceu critérios para monitoramento da execução das ações complementares de saúde indígena feita pelos convênios com entidades governamentais e não governamentais. Por fim, a Portaria nº 293/FUNASA, de 7 de abril de 2008, estabeleceu critérios para celebração de convênios com entidades governamentais e não governamentais visando à execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas. Neste contexto, destacou-se a exigência de que a celebração de convênios com entidades privadas sem fins lucrativos deveria ser precedida de chamamento público, por meio de edital. Tratava-se de uma resposta aos Acórdãos do Tribunal de Contas da União no 2.066/2006, nº 2.075/2007 - Plenária; à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (SUS); e ao Decreto nº 6.329/2007, de dezembro de 2007, sobre normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse.

Observa-se que, a partir deste momento, houve a normatização dos convênios para prestação de serviço complementar de saúde, considerando a determinação do TCU contida no Acórdão 2.066/2006-TCU-Plenário, onde passou a ser previsto o Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse (SICONV), também conhecido como Portal dos Convênios, previsto no Decreto 6.170/2007.

Assim, a Portaria nº 293/FUNASA, de 7 de abril de 2008, estabeleceu como critérios de habilitação e celebração com os convenientes:

Art. 4º - Somente poderão ser habilitados para celebração de convênios as entidades que atenderem aos seguintes critérios:

I - comprovação de experiência de trabalho estruturado com populações indígenas, fundamentado nos direitos estabelecidos pela Constituição Federal, como:

a) serviços ou ações de saúde pública nos diversos níveis do Sistema Único de Saúde - SUS;

b) serviços ou ações indigenistas; e

c) pesquisas ou estudos relativos a políticas sociais junto aos povos indígenas.

II - ter estrutura administrativa;

III - ter quadro gerencial com a qualificação compatível com o objeto do convênio, composto minimamente por profissionais de nível superior habilitados para as funções de administração, contabilidade e coordenação técnica dos serviços de saúde; e

IV - atendam, no que couber, aos artigos do Decreto n.º 6.170, de 25 de julho de 2007, bem como à Lei de Diretrizes Orçamentárias correspondente ao exercício de celebração do convênio.

§1º - Para fins do disposto neste artigo, entende-se como estrutura administrativa, ter capacidade própria de manutenção de estrutura física e administrativa para a sua existência autônoma, independente dos objetivos conveniais;

§2º - A comprovação dos critérios previstos nos incisos I e II será efetuada mediante análise do Estatuto da Entidade e documentação a ser exigida pela Funasa, que se manifestará por intermédio de parecer do Distrito Sanitário Especial Indígena - Dsei e Coordenador Regional aprovado pelo Departamento de Saúde Indígena - Desai, acerca da compatibilidade dos serviços e atividades propostas com o objeto a ser pactuado.

Solicitava-se aos convenientes que fossem apresentados aos Distritos os Planos de Ação, contendo as seguintes informações:

I - razões que justifiquem a celebração do convênio;

II - caracterização do DSEI: extensão Territorial; população indígena; número de municípios com área indígena; quantidade de aldeias; número de etnias; número de Pólos-Base.

III - antecedentes/justificativas;

IV - descrição completa do objeto geral e específico a serem executados;

V - abrangência das ações conforme a territorialidade;

VI - descrição das metas a serem atingidas, qualitativa e quantitativamente, proporcionais aos recursos previstos e disponibilizados pelo instrumento convenial;

VII - descrição das atividades, etapas ou fases da execução do convênio, com previsão de início e fim;

VIII - proposta orçamentária detalhada por itens de despesas e respectiva memória de cálculo;

IX - cronograma de desembolso; e

X - mecanismos internos de acompanhamento e controle da qualidade dos serviços ofertados. Art. 6o- A habilitação dos proponentes não lhes assegura a celebração dos convênios, ficando a critério da Fundação Nacional de Saúde decidir pela conveniência e oportunidade da realização deste ato.

A própria Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) reconheceu que “a ausência de concurso público durante todos esses anos foi, também, decisiva na busca de outros mecanismos de contratação de recursos humanos para atuarem na atenção à saúde dos povos indígenas”, e que “os servidores disponíveis na Fundação Nacional de Saúde para esta missão, até hoje, são quantitativamente insuficientes e, como estratégia, optou-se, também para o financiamento desta atividade por meio de convênios com organizações não governamentais, organizações indígenas, prefeituras e universidades, que participaram de forma importante neste processo” (BRASIL, 2010b).

Conforme Raggio et al (2009), dados publicados por uma consultoria contratada para realizar um diagnóstico da saúde indígena no Brasil indicaram que, em 2007, havia 12.926 trabalhadores, sendo que 10,2% do total eram servidores da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), ou seja, a maioria era mão-de-obra terceirizada, contratada por meio das prefeituras municipais com incentivos repassados pela SAS/MS (44,9%), ou por meio das organizações não governamentais conveniadas com a Funasa (37,1%), conforme se observa na tabela 1.

<b>Nível de Formação</b>	<b>FUNASA</b>	<b>SAS/MS</b>	<b>Conveniadas</b>	<b>Municípios (M)</b>	<b>Outros (O)</b>	<b>Total</b>
--------------------------	---------------	---------------	--------------------	---------------------------	-----------------------	--------------

<b>Nível Sup</b>	129	860	570	120	2	1.681
<b>Nível Médio + AIS + AISAN</b>	1.188	4.940	4.223	726	168	11.214
<b>Total</b>	1.317	5.800	4.793	846	170	12.895
<b>Percentual</b>	10.2%	44,9%	37.1%	6,5%	1,3%	100%

Fonte: Raggio et al (2009).

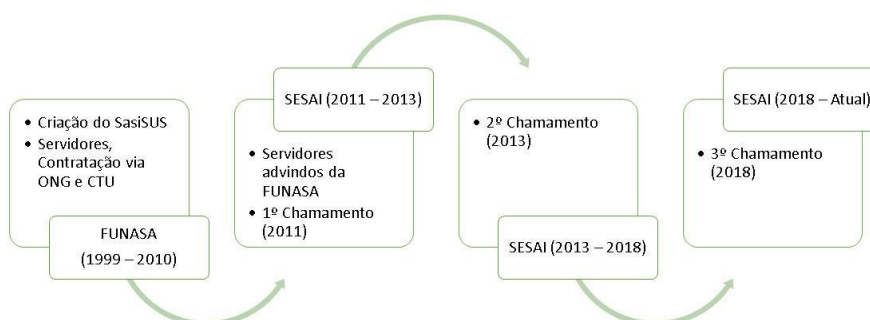
Observações em relação à tabela 1.

(M) Deve-se observar que a SAS repassava recursos para as prefeituras fazerem contratação. No entanto, havia casos em que as prefeituras contratavam com recursos próprios.

(O) Esse tipo de contratação incluía eventuais terceirizações realizadas pelos municípios.

## 2.6 Convênios FUNASA / SESAI

A figura 2 identifica, a partir de uma linha do tempo, a ordem cronológica dos convênios visando ao provimento, via entidades conveniadas, da força de trabalho desde a criação do SasiSUS.



Fonte: Autor (2022)

A força de trabalho que atuava na FUNASA foi transferida para a SESAI, incluindo-se Servidores efetivos e pessoal contratado por meio de convênios celebrados com as

Organizações Não-Governamentais (ONG). Em 2011, esses profissionais contratados foram dispensados. A partir desta data, foi também realizada a contratação de profissionais via Contrato Temporário da União (CTU) a fim de suprir as necessidades de força de trabalho nos Distritos.

Em 11 de agosto de 2011, a SESAI lançou seu primeiro edital de chamamento público, o edital nº 1/2011, visando à seleção de entidades privadas sem fins lucrativos para execução, por meio de convênios, das ações complementares na atenção à saúde e saneamento dos povos indígenas. As entidades selecionadas à época foram a Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), com sede em São Paulo, que ficou responsável por 14 DSEI; o Instituto de Medicina Integral Professor Fernandes Figueira (IMIP), com sede em Recife, responsável por 3 distritos, e a Missão Evangélica Caiuá, com sede em Campo Grande, responsável por 17 distritos. O edital previa que os contratos com essas entidades conveniadas tivessem duração de 02 anos, ou seja, da data de sua assinatura até 31 de dezembro de 2013.

Abaixo, pode-se verificar os quadros 1, 2 e 3 com a distribuição dos Distritos e suas respectivas conveniadas, bem como o número de cada convênio firmado com o Ministério da Saúde.

#### Quadro 1 - Instituto de Medicina Integral Professor Fernandes Figueira

Fonte: Manual de Orientação de tomada de contas especial de convênios firmados no exercício de

<b>Instituto de Medicina Integral Professor Fernandes Figueira (IMIP)</b>		
<b>Distrito</b>	<b>Unidade Federativa</b>	<b>Convênio</b>
Alagoas e Sergipe	AL	759415
Potiguara	PB	758157
Pernambuco	PE	758593

2011 para execução da política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

Quadro 2 - Associação Paulista Para Desenvolvimento da Medicina (SPDM)

<b>Associação Paulista Para Desenvolvimento da Medicina (SPDM)</b>		
<b>Distrito</b>	<b>Unidade Federativa</b>	<b>Convênio</b>
Alto Purus	AC	758167
Alto Juruá	AC	758155
Araguaia	MT	758163
Kaiapó do Mato Grosso	MT	758162
Kaiapó do Pará	PA	758161
Cuiabá	MT	758168
Xingu	MT	758170
Xavante	MT	758156
Altamira	PA	758169
Rio Tapajós	PA	758154
Guamá-Tocantins	PA	758165
Litoral sul	PR	758160
Interior Sul	SC	758164
Tocantins	TO	758166

Fonte: Manual de Orientação de tomada de contas especial de convênios firmados no exercício de 2011 para execução da política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

Quadro 3 - Missão Evangélica Caiuá (Caiuá)

<b>Missão Evangélica Caiuá (Caiuá)</b>		
<b>Distrito</b>	<b>Unidade Federativa</b>	<b>Convênio</b>
Médio Purus	AC	758158
Vale do Javari	AM	758180
Parintins	AM	758161
Médio Solimões	AM	758149
Manaus	AM	758159
Alto Rio Negro	AM	758191
Alto Rio Solimões	AM	758152
Bahia	BA	758107
Ceará	CE	759417
CASAI/DF	DF	759416
Maranhão	MA	757681
Minas Gerais e Espírito Santo	MG	757677
Mato Grosso do Sul	MS	757678
Vilhena	RO	757682
Porto Velho	RO	757684



Yanomami	RR	757680
Leste de Roraima	RR	757676

Fonte: Manual de Orientação de tomada de contas especial de convênios firmados no exercício de 2011 para execução da política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena

Considerando-se que os Distritos são unidades gestoras descentralizadas do SasiSUS, com autonomia administrativa, orçamentária e financeira, cuja atuação encontra-se sob responsabilidade da SESAI, os convênios, segundo o Manual de Orientação de tomada de contas especial de convênios firmados no exercício de 2011 para execução da política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena do Fundo Nacional de Saúde, trata-se de:

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 administrativas, gerenciais, necessárias à prestação da assistência com o Controle Social. Para a execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas, a SESAI realiza convênios para a seleção de entidades beneficentes de assistência social na área da saúde, visando cumprir o disposto na Portaria GM/MS nº 254 de 31 de janeiro de 2002.

(Manual de Orientação de tomada de contas especial de convênios firmados no exercício de 2011 para execução da política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena, 2011, pg 6-7)

Apesar dos esforços, esse modelo fundamentado em conveniadas tornou-se alvo de críticas dos movimentos indígenas, do Ministério Público Federal (MPF) e do Tribunal de Contas da União (TCU) principalmente em função da concentração de recursos e responsabilidades sobre as ações da saúde indígena por apenas 03 (três) entidades conveniadas; da falta de transparência na execução desse modelo de relação convenial; e da falta de um instrumento que possibilitasse o monitoramento de tais convênios,

As auditorias realizadas pelos órgãos de controle apontavam para a insuficiência na estrutura de controle da SESAI sobre as atividades desenvolvidas pelas convenientes e insuficiência na inserção de dados das ações de saúde desenvolvidas in loco no Sistema de

Informação à Saúde Indígena (SIASI), fatos que dificultavam o monitoramento e a ação da SESAI em relação às ações de saúde nos Distritos. Registra-se ainda críticas a exigência de Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), o que segundo o Procedimento Preparatório (PP) nº 1.16.000.003155/2011-43 do MPF, impedia a participação de outras entidades no chamamento público.

A desqualificação de tantas entidades, das quais muitas, destaque-se, já vinham prestando esse mesmo serviço anteriormente, deveu-se à aplicação inconsequente do citado art. 32, in fine, da LDO 2011, que exige a obtenção de CEBAS pelas entidades que pretendam receber recursos a título de subvenções sociais (PP MPF, 2011, pg 5).

Segundo o MPF (2011), pelo menos 08 (oito) instituições que estavam aptas, mas não apresentaram CEBAS não puderam participar, o que, segundo o relatório, configurou-se uma violação aos princípios da isonomia e da impessoalidade que regem toda a Administração Pública.

Na ocasião, visando melhorar o monitoramento e a execução físico-financeira dos convênios, a SESAI publicou a Portaria nº 64 SESAI/MS, de 29 de novembro de 2013, regulamentando os procedimentos, sendo, posteriormente, substituída pela Portaria nº 15 SESAI/MS, de 21 de maio de 2014, atribuindo assim a função de acompanhamento dos convênios aos Coordenadores Distritais e às áreas administrativas dos Distritos, incluindo-se a Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI) e ao Serviço de Edificações e Saneamento ambiental Indígena (SESANI).

A análise, monitoramento e avaliação da execução financeira ficou a cargo do Fundo Nacional de Saúde (FNS), do Ministério da Saúde, com base na Portaria Interministerial MP/MF/CGU nº 127 de 2008, a qual averigua a vinculação da despesa, com o objeto tratado, a inserção dos dados no SICONV, dos respectivos comprovantes de despesas, bem como a aplicação financeira dos recursos repassados e a restituição dos saldos financeiros vinculados a cada convênio. As superintendências estaduais do Ministério da Saúde ficaram responsáveis pela reanálise da prestação de contas de cada convênio, somente no sentido contábil/financeiro, sem avaliação do mérito da execução física dos mesmos.

O Fundo Nacional de Saúde, desde o início deste modelo de convênios adotado pela SESAI, emitiu pareceres alertando sobre as preocupações com os resultados previsíveis da

análise da prestação de contas dos convênios pactuados devido à constatação de irregularidades e impropriedades detectadas nos respectivos Planos de Trabalho impactando a execução do objeto pactuado entre as partes.

Ainda em 2013, apesar das fragilidades do modelo adotado pela SESAI, conforme registros da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, foram aprovadas propostas e moções com manifestações contrárias à realização de concurso público para a saúde indígena, com base na Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. O posicionamento manifestava que a referida Lei não atendia às especificidades da saúde indígena, sendo necessário encontrar um modelo específico para a saúde indígena. Neste contexto, também foram realizadas algumas deliberações, tais como: cotas para os povos indígenas; vagas e salários regionalizados; gratificação por período de permanência em aldeias, conforme a realidade de cada Distrito; experiência de trabalho na área indígena; permanência dos servidores públicos em cidades do interior e áreas indígenas após o estágio probatório, dentre outras.

A figura 3 apresenta uma linha do tempo com atividades da Secretaria Especial de Saúde Indígena, incluindo-se o primeiro chamamento público, seu encerramento e discussão sobre as melhores formas de contratação na 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

## Primeiro chamamento público SESAI

Monique Coimbra | December 8, 2022

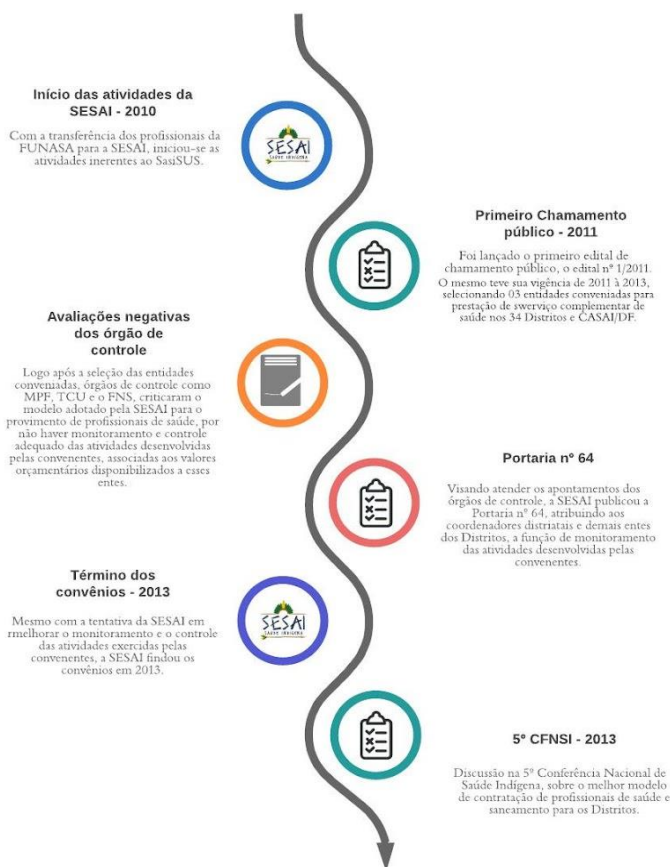


Figura 3 - Início das atividades e primeiro chamamento

Fonte: Autor (2022)

Em 21 de outubro de 2013, seguindo os mesmos moldes do edital de 2011, a SESAI lançou um novo edital de chamamento público (nº 7/2013) visando selecionar entidades privadas sem fins lucrativos para execução, por meio de convênios, das ações complementares na atenção à saúde e saneamento dos povos indígenas. Segundo registros da imprensa à época, não houve a participação do Controle Social na construção do edital, gerando insatisfação da população indígena.

Sagraram-se vencedoras desse novo chamamento as mesmas convenientes do edital de 2011, mudando, no entanto, os Distritos que estariam a cargo de cada conveniada. Os quadros 4, 5 e 6 identificam essa nova configuração.

Quadro 4 - Instituto de Medicina Integral Professor Fernandes Figueira (IMIP)

<b>Instituto de Medicina Integral Professor Fernandes Figueira (IMIP)</b>		
<b>Distrito</b>	<b>Unidade Federativa</b>	<b>Convênio</b>
Alagoas e Sergipe	AL	797536
Potiguará	PB	797440
Pernambuco	PE	797442
Maranhão	MA	797441
Bahia	BA	797438
Ceará	CE	797439

Fonte: Manual de Orientação de tomada de contas especial de convênios firmados no exercício de 2013 para execução da política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

Quadro 5 - Associação Paulista Para Desenvolvimento da Medicina (SPDM)

<b>Associação Paulista Para Desenvolvimento da Medicina (SPDM)</b>		
<b>Distrito</b>	<b>Unidade Federativa</b>	<b>Convênio</b>
Araguaia	MT	798358
Kaiapó do Mato Grosso	MT	798366
Cuiabá	MT	798360
Xingu	MT	798353
Xavante	MT	798345
Altamira	PA	798349
Rio Tapajós	PA	798355
Guamá-Tocantins	PA	798363
Kaiapó do Pará	PA	798365

Fonte: Manual de Orientação de tomada de contas especial de convênios firmados no exercício de 2013 para execução da política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

Quadro 6 - Missão Evangélica Caiuá (Caiuá)

<b>Missão Evangélica Caiuá (Caiuá)</b>		
<b>Distrito</b>	<b>Unidade Federativa</b>	<b>Convênio</b>
Alto Rio Purus	AC	797503
Alto Rio Juruá	AC	797511
Médio Purus	AC	758158

Vale do Javari	AM	797506
Parintins	AM	797521
Médio Solimões	AM	797500
Manaus	AM	797501
Alto Rio Negro	AM	797492
Alto Rio Solimões	AM	797522
Médio Rio Purus	AM	797524
Litoral Sul	PR	797502
CASAI/DF	DF	797489
Interior Sul	SC	797504
Minas Gerais e Espírito Santo	MG	797512
Mato Grosso do Sul	MS	797509
Vilhena	RO	797484
Porto Velho	RO	797520
Yanomami	RR	797494
Leste de Roraima	RR	797486
Tocantins	TO	797497

Fonte: Manual de Orientação de tomada de contas especial de convênios firmados no exercício de 2013 para execução da política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena

Conforme os quadros apresentados, observa-se que, na ocasião, a entidade conveniada Instituto de Medicina Integral Professor Fernandes Figueira (IMIP) passou a gerenciar 05 Distritos, todos localizados na região Nordeste, a Associação Paulista Para Desenvolvimento da Medicina (SPDM) 09 Distritos, todos da região do Mato Grosso e Pará, e a Missão Evangélica Caiuá (Caiuá) com 19 Distritos, mais a CASAI/DF.

Em 2016, o Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPCONDISI), Organizações Indígenas, lideranças e o Sindicato dos Profissionais e Trabalhadores da Saúde Indígena (SINDCOPSI), por ocasião da 10ª Reunião Extraordinária do FPCONDISI, solicitaram a criação de um Grupo de Trabalho (GT) para a produção de uma proposta que contemplasse a contratação da força de trabalho nos Distritos em conformidade com as necessidades dos povos indígenas. Além disso, foi proposta a realização de 05 (cinco) seminários regionalizados para a discussão da temática.

A Portaria GM/MS nº 2.445, de 11 de novembro de 2016, acatou o pedido das lideranças indígenas e instituiu o Grupo Técnico de Trabalho para apresentar proposta de modelo de contratação da força de trabalho e melhoria da atenção à saúde indígena. Dentre as propostas, constava o pedido para a presença de maior número de indígenas e representantes possíveis para debater as propostas. O pedido foi apreciado pelo Grupo de Trabalho, porém invalidado considerando os custos e as dificuldades logísticas para a realização. Optou-se então por reuniões ampliadas dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) com duração média de 02 (dois) dias. Assim, as reuniões ocorreram entre os meses de março e abril de 2017, em cada Distrito Sanitário Especial Indígena.

A discussão sobre o tema foi desenvolvida e aprofundada com base nos cinco modelos possíveis de contratação, conforme proposta do então Grupo de Trabalho:

1) Modelo Vigente à Época (e que ainda prevalece atualmente) – Convênios com Organizações Não Governamentais (ONGs), Organizações Sociais (OS) ou Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs);

2) Concurso público diferenciado;

3) Processo seletivo simplificado;

4) Organizações Sociais (OS) vinculadas a Instituições Federais de Ensino Superior (IFES); e

5) Serviço Social Autônomo (SSA) – Instituto Nacional de Saúde Indígena (INSI).



Destaca-se ainda a possibilidade de que os CONDISI poderiam apresentar outras propostas.

O Relatório Final do Grupo de Trabalho sobre modelo de contratação da força de trabalho e melhoria da atenção à saúde indígena, de 09 de agosto de 2017, elencou as vantagens e desvantagens de cada modelo de contratação discutido pelo Grupo de Trabalho, conforme se observa no quadro 7.

Quadro 7 - Vantagens e Desvantagens de Cada Modelo (GT)

MODELO	VANTAGENS	DESVANTAGENS	IMPLICAÇÕES/ RISCOS	ENCAMINHAMENTOS DE POSSIBILIDADES DE RESOLUÇÃO
<b>1.Convênios com ONG / OS / OCIPS (Modelo Atual)</b>	Gestão do DSEI;  Agilidade nas contratações;  Seleção de pessoal atende os critérios estabelecidos pelos Povos Indígenas;  Direitos trabalhistas assegurados;  Controle social fortalecido; e  Melhoria dos índices de mortalidade infantil.	Instabilidade e tipo de vínculo trabalhista.	Ação Civil Pública de iniciativa do MPT/MPF.	Elaboração de Proposta de Emenda à Constituição – PEC para prever a contratação indireta (sem concurso).

<p><b>Concurso público diferenciado</b></p>	<p>Amparo legal; Vínculo estável; e Continuidade da assistência.</p>	<p>Legislação veda a publicação de editais com previsão de cotas ou específico para a comunidade indígena;  Falta de plano de carreira; e  Eventuais remoções e vacâncias.</p>	<p>Tendência à judicialização (recursos, denúncias, etc).</p>	<p>Elaboração de Projeto de Lei – PL para disciplinar a carreira com todas as especificidades (com previsão de cotas, valorização, aposentadoria especial, regime de trabalho diferenciado, adicionais, etc).</p>
<p><b>3. Processo seletivo simplificado</b></p>	<p>Amparo legal;  Maior agilidade no processo de seleção, se comparada ao concurso público.</p>	<p>Vínculo transitório (CTU);  Vigência máxima da contratação de 4 anos (2 anos+2 anos); e  Interstício de 2 anos inviabiliza recontração dos atuais agentes.</p>	<p>Descontinuidade do serviço.</p>	<p>Elaboração de Projeto de Lei – PL para sanar os entraves quanto à limitação de prazo; e  Proposta de alteração da Lei nº 8.745/1993 para ampliar o prazo para a saúde indígena.</p>
<p><b>4. Organizações Sociais OS com Universidades Federais</b></p>	<p>Realização de pesquisas e qualificação de pessoal.</p>	<p>Somente possibilitaria convênios com OS federais; e  Replica o modelo atual, a medida em que prevê a contratação indireta.</p>	<p>Modelo de OS federais carecem de regulamentação;  Critérios rígidos de qualificação dificultam a adesão ao modelo; e  Proposta contraria o acordo judicial.</p>	
<p><b>5. SAA – Instituto</b></p>	<p>Modelo Governança;</p>	<p>Subordinação DSEI ao INSI;</p>	<p>Proposta contraria o acordo judicial</p>	

<b>Nacional de Saúde</b>	<p>Agilidade nas contratações (pessoal e logística);</p> <p>Vínculo formal (Regime CLT); e</p> <p>Exclusivo para saúde indígena.</p>	<p>Enfraquecimento do Controle Social;</p> <p>Execução da assistência é privada;</p> <p>Maior ingerência política; e</p> <p>Jurisdição da Justiça Estadual (em casos de assuntos de fiscalização de recursos tendência).</p>		
--------------------------	--	--	--	--

Fonte: Relatório final do grupo de trabalho (gt) sobre o modelo de contratação da força de trabalho e melhoria da atenção à saúde indígena, 09 de agosto de 2017.

O referido relatório apontou que:

Todos os 33 (trinta e três) CONDISI aprovaram Resoluções com o posicionamento sobre o modelo de contratação mais adequado para a realidade da saúde indígena, que foram encaminhados à Assessoria de Controle Social do Gabinete da SESAI, para homologação do Secretário da SESAI e publicação.

O modelo de contratação deliberado de maneira unânime pelos CONDISI foi o modelo que atualmente está em vigor, por intermédio de contratos com as instituições conveniadas. Destaca-se que foram apresentados outros modelos que poderiam ser analisados a médio prazo. Foram encaminhadas também 141 (cento e quarenta e uma) propostas sobre a temática da melhoria da atenção à saúde indígena (GT SESAI, 2017, p. 8).

Assim, após deliberação dos CONDISI, FPCONDISI e do Grupo de Trabalho, discutiu-se e homologou-se a decisão da continuidade do modelo de convênios já adotado pela SESAI, e

fora encaminhado para a discussão no 14º Acampamento Terra Livre em Brasília, realizado entre os dias 25 e 28 de abril, com a participação de indígenas de todo o país para a discussão da proposta e deliberação do modelo de contratação da força de trabalho na saúde indígena.

Com cerca de 3.200 (três mil e duzentos) indígenas e a participação também de observadores indígenas de outros países (Panamá, Costa Rica, Guatemala, Equador, Bolívia e Indonésia), a presença dos Presidentes de CONDISI, lideranças indígenas, SINDCOPSI e outras instituições de apoio à causa indígena, foram apresentados os resultados das discussões dos CONDISI na pauta do GT de Saúde do acampamento. As deliberações foram lidas, houve sugestões, realizadas propostas complementares e composição do documento final, confirmando a ratificação da continuidade do modelo de contratação via convênios.

Nesta seara, o relatório final do grupo de trabalho concluiu que:

Assim, os membros do Grupo de Trabalho avaliam que os objetivos foram atingidos, uma vez que houve ampla participação das comunidades indígenas e sugere-se que este Relatório seja apensado aos autos do processo da Ação Civil Pública no 0075100-59.2007.5.10.0018/DF, junto ao Termo firmado entre o Ministério Público do Trabalho, Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e Ministério da Saúde, que trata de cessar a terceirização de serviços de saúde junto às comunidades indígenas, e solicita a substituição dos colaboradores com CTU e terceirizados por servidores efetivos, por meio da realização de concursos públicos de provas e títulos (GT SESA, 2017, p. 13).

A figura 4 representa cronologicamente os acontecimentos ao longo da vigência do segundo edital de chamamento público.

## Segundo chamamento público SESAÍ

Monique Coimbra | December 8, 2022

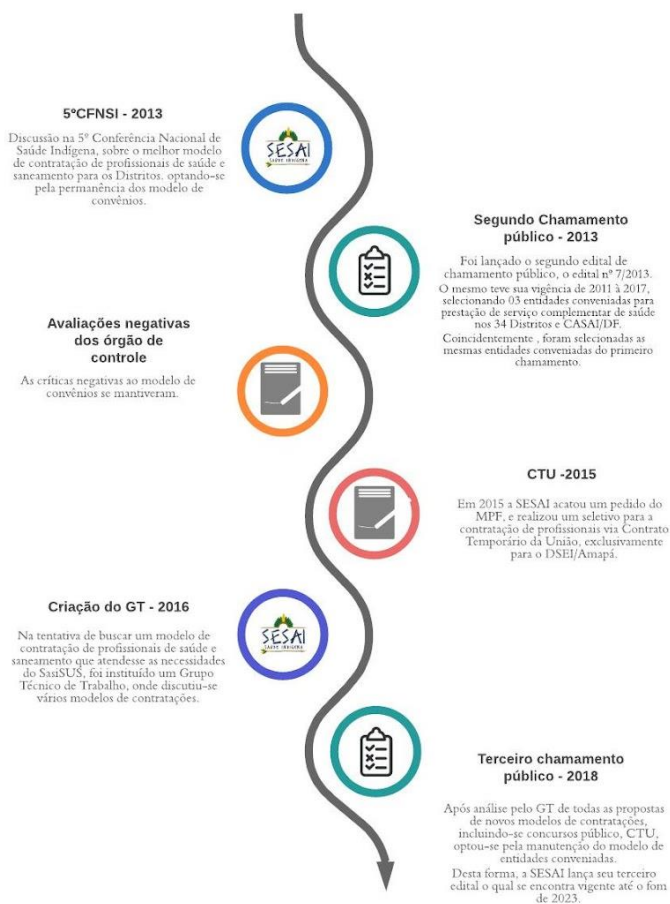


Figura 4 - Segundo chamamento

Fonte: Autor (2022)

Após a conclusão dos trabalhos do Grupo de Trabalho (GT), a União, por meio do Ministério da Saúde, realizou, em 2018, o último chamamento público para a seleção de novas entidades beneficentes de assistência social na área da saúde para a execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas, sob o nº 11/2018, o qual se encontra vigente até dezembro de 2023, com renovações anuais desde a sua assinatura, por meio de Termos Aditivos.

Esse chamamento público gerou o Termo do Convênio atual, no qual se representa por instrumento jurídico, o qual ampara e baliza a atuação destas entidades do conveniadas, com os seguintes objetivos:

- Atenção integral à saúde da mulher indígena, com ênfase no diagnóstico, na prevenção e no tratamento do câncer de colo de útero e de mama em mulheres em idade fértil, bem como na atenção ao pré-natal e prevenção do óbito materno;

- Atenção integral à saúde da criança e do adolescente indígenas, com ênfase nas ações dos programas de imunização, conforme calendário vacinal indígena aprovado pelo Ministério da Saúde, crescimento e desenvolvimento, vigilância alimentar e nutricional e das doenças prevalentes da infância, com vistas à redução da morbidade e mortalidade infantil;

- Atenção psicossocial e abordagem dos determinantes sociais e ambientais dos povos indígenas, com enfoque na promoção da saúde mental e na qualidade de vida 2 para a redução do uso prejudicial do álcool, prevenção do suicídio e outras violências sociais;

- Atenção integral à saúde bucal indígena, por meio da execução de ações coletivas e individuais e em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde Bucal;

- Vigilância à saúde indígena;

- Apoio ao funcionamento das Casas de Saúde Indígena (CAsAI), com mecanismos de garantia da atenção integral à saúde dos indígenas referenciados pelas unidades do SasiSUS para atendimento no âmbito do SUS junto aos Estados e Municípios;

- Desenvolvimento de estratégias para a promoção do uso racional de medicamentos no SasiSUS;

- Apoio às ações de saneamento e educação ambiental, visando garantir as condições sanitárias adequadas para prevenção de doenças evitáveis e o desenvolvimento sustentável dos povos indígenas, por meio da implementação de infraestrutura e acompanhamento dos

programas de monitoramento da qualidade da água e da Política de resíduos sólidos nas aldeias;

- Ações de apoio a estruturação da rede de equipamentos de saúde do SasiSUS e a melhoria do acesso às ações de saúde;
- Apoio ao fortalecimento do controle social na saúde indígena;
- Promover o processo à educação permanente para os trabalhadores do SasiSUS;
- Apoio ao desenvolvimento e valorização das práticas e saberes tradicionais relacionados à saúde e sustentabilidade dos povos indígenas; e
- Ações de apoio ao planejamento e gestão dos serviços e insumos necessários para a qualificação da assistência básica prestada no âmbito SasiSUS.

O termo do convênio prevê ainda:

As ações complementares de atenção à saúde dos povos indígenas a serem desenvolvidas no âmbito dos convênios deverão ser construídas com a participação do controle social e em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/PNASPI, as políticas e os programas do Ministério da Saúde, suas normas orientadoras e demais recomendações estabelecidas pela SESAI/MS; e dar-se-ão por meio do recebimento de transferências voluntárias a serem aplicadas conforme o Plano de Trabalho e Plano de Ação que serão elaborados a partir da análise situacional dos DSEI, o perfil epidemiológico local, as características do território, a estrutura e a organização dos serviços de saúde, bem como as características étnicas e culturais dos povos indígenas, que serão fornecidas pela SESAI a partir dos Planos Distritais de Saúde /PDSI; devendo compor os instrumentos integrantes da documentação do convênio, mediante adoção dos procedimentos legais relativos à contratação, execução e ao controle das metas e etapas pactuadas para a concretização dos objetivos específicos estabelecidos pela SESAI e consoante a formalização do convênio.

Atualmente, o Ministério da Saúde possui convênio com 08 (oito) entidades beneficentes de assistência social na área da saúde, as quais estão distribuídas conforme apresentado no quadro 8.

Quadro 8 - Distribuição por Conveniada (2018-2023) Fonte: SESAI (2018)

As entendidas foram selecionadas com base no edital de chamamento público nº 11/20128, conforme citado anteriormente, sendo eleitas conforme os seguintes critérios e requisitos legais dispostos no referido documento:

- a) Ter entre seus objetivos estatutários ou regimentais a realização de atividades de atenção à saúde;
- b) Ter certificação válida de Entidade Beneficente de Assistência Social na área de saúde (CEBAS), emitido pelo Ministério da Saúde, nos termos da Seção I do Capítulo II da Lei 12.101/2009 (artigos 4.º ao 11 da citada lei);
- c) Ter prévio cadastro no Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse (SICONV), no endereço eletrônico ([www.convenios.gov.br](http://www.convenios.gov.br)).
- d) Comprovação, pela entidade, da regularidade do mandato de sua diretoria, inscrição no CNPJ e apresentação de declaração de funcionamento regular nos últimos três anos, emitida no exercício de 2018, nos termos do inciso VII do artigo 72 da Lei no 13.473, de 08 de agosto de 2017 (LDO 2018);
- e) Demonstração, por parte da entidade, de capacidade gerencial, operacional e técnica para desenvolver as atividades, informando a quantidade e a qualificação profissional de seu pessoal, nos termos do inciso XI do artigo 72 da Lei no 13.473, de 08 de agosto de 2017 (LDO 2018); e
- f) Comprovação, pela entidade privada sem fins lucrativos, de efetivo exercício, durante os últimos três anos, de atividades referentes à matéria objeto da parceria, nos termos do inciso XIII do artigo 72 da Lei no 13.473, de 08 de agosto de 2017 (LDO 2018).”

As entidades beneficentes de assistência social na área da saúde passaram ainda pelo processo de habilitação, também descrito no edital de chamamento público nº 11/2018, sendo esta uma etapa eliminatória, onde houve verificação formal da documentação necessária para a comprovação e demonstração dos critérios e requisitos mínimos obrigatórios para celebração do termo de convênio definidos nesta Chamada Pública, e legislação correlata, por meio de comissão formada por servidores públicos e representante do Conselho Distrital de Saúde Indígena local, nos seguintes termos:



a) Apresentação de certificação válida de Entidade Beneficente de Assistência Social na área de saúde (CEBAS), emitido pelo Ministério da Saúde, nos termos da Seção I do Capítulo II da Lei 12.101/2009 (artigos 4o ao 11 da citada lei);

b) Declaração emitida por gestor local do SUS ou autoridade maior, comprovando a capacidade gerencial, operacional e técnica para prestação de serviços complementares de atenção à saúde por parte da Entidade, bem como o seu funcionamento regular nos últimos três anos, emitida no exercício de 2018;

c) Comprovação de cadastro no Sistema de Gestão de Convênios e Contratos do Repasse – SICONV, no endereço eletrônico ([www.convenios.gov.br](http://www.convenios.gov.br));

d) Cópia do estatuto ou contrato social registrado no cartório competente e suas alterações;

e) Relação nominal dos dirigentes, com endereço, telefone, endereço eletrônico, número e órgão expedidor da carteira de identidade e Cadastro de Pessoas Físicas - CPF;

f) Cópia da ata da Assembleia/ do Conselho Administrativo que elegeu o corpo dirigente da entidade, devidamente registrada no cartório competente;

g) Cópia do regimento interno da entidade sem fins lucrativos para aferição das atribuições, estrutura e organização institucional existente para a prestação de serviços complementares de atenção à saúde;

h) Apresentação de cópia da Ata da Assembleia/ do Conselho Administrativo da entidade privada sem fins lucrativos aprovando a participação nesta chamada pública e atestando a disponibilidade de estrutura física, institucional e administrativa para a sua existência autônoma independente dos objetivos convencionais, acompanhada de instrumento particular de procuração conferindo poderes específicos ao seu representante, com firma reconhecida, assinada pelo dirigente máximo, quando for o caso, devidamente registrada no cartório competente;

i) Declaração do dirigente máximo da entidade acerca da inexistência de dívida com o Poder Público e de inscrição nos bancos de dados públicos ou privados de proteção ao crédito;

j) Declaração do dirigente máximo da entidade de que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, ou não emprega menor de dezesseis anos ;

k) Declaração do dirigente máximo da entidade ratificando a capacidade gerencial, operacional e técnica; bem como a independência institucional e administrativa para prestação de serviços complementares de atenção à saúde, informando a quantidade e a qualificação profissional do quadro de pessoal da Entidade, considerando ainda o funcionamento regular e o efetivo exercício da entidade nos últimos três anos no desenvolvimento de atividades referentes à matéria objeto da parceria;

l) Declaração do representante legal da entidade privada sem fins lucrativos de que não possui impedimento no Cadastro de Entidades Privadas Sem Fins Lucrativos Impedidas - CEPIM, no SICONV, no SIAFI, e no CADIN (art. 22, § 21, I e II da Portaria Interministerial no 424/2016);

m) Declaração da autoridade máxima da entidade informando que nenhuma das pessoas relacionadas no seu quadro de dirigentes é Agente Político ou Defensores Públicos de Poder ou do Ministério Público, tanto quanto dirigente de órgão ou entidade da administração pública, de qualquer esfera governamental, ou respectivo cônjuge, ou companheiro, bem como parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o segundo grau, conforme disposto no §4o do artigo 72 da Lei no 13.473, de 08 de agosto de 2017 (LDO 2018);

n) Certidão negativa referente ao Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Ato de Improbidade Administrativa e Inelegibilidade, supervisionado pelo Conselho Nacional de Justiça;

o) Prova de inscrição da entidade no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), pelo prazo mínimo de 3 (três) anos;

p) Prova de regularidade fiscal perante as Fazendas Estaduais, do Distrito Federal e Municipais;

q) Prova de regularidade quanto a Tributos Federais, as Contribuições Previdenciárias e à Dívida Ativa da União, conforme dados da Certidão Negativa de Débitos relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União de que trata a Portaria Conjunta PGFN/RFB no 1.751, de 2 de outubro de 2014, fornecida pelos sistemas da Secretaria da Receita Federal do Brasil -RFB e da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional -PGFN;

r) Prova de regularidade perante o Poder Público Federal, conforme consulta ao Cadastro Informativo dos Créditos não Quitados do Setor Público Federal -CADIN;

s) Regularidade na prestação de contas de recursos federais recebidos anteriormente, mediante consulta ao subsistema Transferências do Sistema de Administração Financeira do Governo Federal - SIAFI;

t) Prova de regularidade quanto às Contribuições para o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS, conforme dados do Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - CRF/FGTS, fornecido pelo Sistema de Controle da Caixa Econômica Federal - CAIXA;

u) Declaração do dirigente máximo da entidade informando que não possui, em seu quadro de dirigentes, pessoas que tiveram, nos últimos cinco anos, atos julgados irregulares por decisão definitiva do Tribunal de Contas da União, em decorrência das situações previstas no art. 16, inciso III, da Lei no 8.443, de 16 de julho de 1992; e

v) Declaração do dirigente máximo informando que a entidade não se enquadra como clube recreativo, associação de servidores ou congêneres.”

Seguindo os trâmites previstos no edital de chamamento público, as entidades beneficentes de assistência social na área da saúde foram classificadas e selecionadas e assim precisaram apresentar documentação de qualificação técnica e de capacidade operacional, sendo atribuídas pontuações a cada um dos itens que permitem a classificação das mesmas, conforme segue:

a) Comprovação de experiência profissional de trabalhos executados em consonância com o objeto estabelecido neste Chamamento Público, por meio da apresentação de projetos e instrumentos jurídicos celebrados em parceria com instituições públicas federais, estaduais, municipais ou do distrito

federal, em serviços ou ações de saúde pública nos diversos níveis do Sistema Único de Saúde (SUS) e/ou serviços, ou ações de saúde indígena;

b) Apresentação de pesquisas e estudos relativos às políticas ou serviços de saúde indígena realizados por grupo de pesquisa constituído ou vinculado a entidade participante, devidamente publicados em revista científica indexada. Não serão aceitos pesquisas e estudos realizados por profissionais da entidade desenvolvidos em outras instituições de ensino e pesquisa não vinculados.

c) Qualificação da equipe institucional compatível com o objeto do instrumento a se celebrado, composto minimamente por 1 (um) profissional de nível superior habilitado para cada uma das funções: administração, advocacia, contabilidade, e responsáveis técnicos para serviços de saúde e de saneamento ambiental, entre outros profissionais com qualificação compatível para a realização dos objetivos do convênio. A comprovação do atendimento deste critério deverá ser feita mediante a apresentação de lista nominal da equipe que compõe a força de trabalho e cópia dos registros nos conselhos profissionais respectivos e curriculum vitae; e

d) Declaração, por parte da entidade sem fins lucrativos, de que toda a documentação e informações apresentadas em envelope específico para classificação e seleção da entidade são verdadeiras.”

Finalizada a etapa de seleção das entidades beneficentes de assistência social na área da saúde, as mesmas foram oficiadas e necessitaram apresentar a proposta de Plano de Trabalho. Este necessariamente deveria ser composto observando o disposto no Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) e Plano de Ação de cada Distrito, disponibilizados pela SESAI.

O Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) é um instrumento utilizado para balizar, desenvolver e aprimorar o planejamento de ações de saúde e saneamento nos Distritos, a partir da análise situacional dos mesmos, e está alinhado com o Planejamento Estratégico da SESAI e a previsão orçamentária individual, garantindo a viabilidade para a execução das ações. Neste, estão presentes ainda as intenções, os objetivos e metas a serem alcançadas no período de quatro anos (quadriênio).

O Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) parte de diretrizes elaboradas pela Secretaria Especial Indígena (SESAI), no âmbito central, cabendo aos Distritos organizarem as

demandas que emergiram das Conferências Locais e Distrital de Saúde Indígena para embasarem a elaboração do Plano Distrital de Saúde Indígena, garantindo a construção coletiva e com ampla participação social, considerando principalmente as características de cada Distrito, como dados populacionais, dados de etnias, extensão territorial e área de abrangência, situação de saúde, entre outras.

Os Planos de ação dos Distritos estão inseridos dentro dos Planos Distritais de Saúde Indígena (PDSI), e refletem o planejamento das ações de saúde a serem desenvolvidas pelos Distritos, bem como os resultados programados e estabelecidos pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), como, por exemplo, ação de qualificação da linha de cuidado de prevenção do suicídio em povos indígenas, ações de vacinação em cumprimento ao Plano Nacional de Vacinação (PNI), campanhas como novembro azul (prevenção ao câncer de próstata), outubro rosa (prevenção aos câncer de mama), supervisão técnica orientativa para alinhamento das ações voltadas para a saúde das crianças e das mulheres, etc.

Atualmente os Planos Distritais de Saúde Indígena (PDSI) se encontram vigentes até 2023, considerando que os mesmos foram confeccionados em 2020, e que os mesmos são válidos por quadriênios, conseqüentemente, os planos de ação também possuem a mesma validade.

Realizada as devidas análises pelas entidades conveniadas no que tange os Planos Distritais de Saúde Indígena (PDSI) e os Planos de Ação, as entidades confeccionam então os Planos de Trabalho Distritais, os quais são válidos por somente 01 (um) ano, devendo ser refeitos, conforme a renovação dos convênios, realizada por intermédio de Termo Aditivo.

O Objetivo dos Planos de Trabalho Distritais é estabelecer as ações complementares de saúde e saneamento ambiental à população indígena, a serem desenvolvidas nos Distritos, tomando como base a Política Nacional de Atenção Primária à Saúde Indígena (PNASPI), os Planos de Trabalho Distritais (PDSI) e os Planos de Ação.

Desta forma, a entidade beneficente selecionada será responsável, em caráter complementar, pelo desenvolvimento das ações de vigilância e assistência à saúde aos povos indígenas, em parceria com o Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), visando resguardar o direito fundamental à saúde, garantia da continuidade das ações básicas de saúde, o fortalecimento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) e a melhoria dos processos de trabalho para aprimorar o atendimento diferenciado à população indígena, considerando as complexidades culturais e epidemiológicas, a organização territorial e social, bem como as práticas tradicionais e medicinais alternativas a medicina ocidental.

Para a confecção dos Planos de Trabalho Distritais, são consideradas ainda as seguintes diretrizes:

1. Atenção integral à saúde da mulher indígena, com ênfase no diagnóstico, na prevenção e no tratamento do câncer de colo de útero e de mama em mulheres em idade fértil, bem como na atenção ao pré-natal e prevenção do óbito materno;

2. Atenção integral à saúde da criança e do adolescente indígenas, com ênfase nas ações dos programas de imunização, conforme calendário vacinal indígena aprovado pelo Ministério da Saúde, crescimento e desenvolvimento, vigilância alimentar e nutricional e das doenças prevalentes na infância, com vistas à redução da morbidade e mortalidade infantil;

3. Atenção psicossocial e abordagem dos determinantes sociais e ambientais dos povos indígenas, com enfoque na promoção da saúde mental e na qualidade de vida para a redução do uso prejudicial do álcool, prevenção do suicídio e outras violências sociais;

4. Atenção integral à saúde bucal indígena, por meio da execução de ações coletivas e individuais e em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde Bucal; e Vigilância à Saúde Indígena;

5. Apoio ao funcionamento das Casas de Saúde Indígena (CASAI), com mecanismos de garantia da atenção integral à saúde dos indígenas referenciados pelas unidades do SasiSUS para atendimento no âmbito do SUS junto aos Estados e Municípios;

6. Desenvolvimento de estratégias para a promoção do uso racional de medicamentos no SasiSUS;

7. Apoio às ações de saneamento e edificações de saúde indígena, visando garantir as condições sanitárias adequadas para prevenção de doenças evitáveis e o desenvolvimento sustentável dos povos indígenas, por meio da implementação de infraestruturas de abastecimento de água, esgotamento sanitário e estabelecimentos de saúde, além do acompanhamento dos programas de monitoramento da qualidade da água e da gestão de resíduos sólidos nas aldeias;

8. Apoio ao fortalecimento do controle social na saúde indígena;

9. Apoiar o processo de educação permanente para os trabalhadores do SasiSUS;

10. Apoio ao desenvolvimento e valorização das práticas e saberes tradicionais relacionados à saúde e sustentabilidade dos povos indígenas.

Os Planos de Trabalho Distritais são divididos em 06 (seis) etapas, sendo elas: etapa de Recursos Humanos (RH), educação permanente, práticas integrativas, controle social, custeio de passagens e diárias, apoio às atividades de supervisão e organização dos processos de trabalho em área (DIASI, SESANI e CONDISI) e apoio à gestão administrativa e gestão das informações em saúde, em caráter complementar povos indígenas.

Atualmente, cerca de R\$ 1 bilhão de reais do orçamento total da SESAI são direcionados aos convênios sendo que mais de 70 % desse recurso é destinado à contratação de pessoal. O uso desses recursos, no entanto, não estão indexados ao alcance de metas e indicadores, uma vez que o que é pactuado nos instrumentos referem-se apenas a metas quantitativas, ou seja, número de atendimentos realizados por categoria profissional. Desta forma, excluem-se destes o alcance das metas qualitativas relacionadas aos indicadores de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde e os previstos nos Planos Distritais de Saúde Indígena (PDSI).

Visando ilustrar essa situação, a tabela 2 contém um exemplo de plano do trabalho do DSEI Interior Sul de 2021.

Tabela 2 - Plano de Trabalho - Interior Sul

Etapa	Descrição	Início	Término	Valor
1	Contratação, Gestão e Apoio a manutenção e permanência das equipes multidisciplinares de saúde indígena, incluindo ainda profissionais da gestão, de Edificações, Saneamento Ambiental e equipes do Controle Social (incluídos encargos sociais).	JAN/2022	DEZ/2022	R\$ 47.449.447,91
2	Apoio à Educação Permanente	JAN/2022	DEZ/2022	R\$ 285.119,96
3	Apoio ao Controle Social.	JAN/2022	DEZ/2022	R\$ 211.425,00

4	Práticas Integrativas	JAN/2022	DEZ/2022	R\$ 42.305,00
5	Apoio às atividades de supervisão e organização dos processos de trabalho em área (DIASI, SESANI e CONDISI).	JAN/2022	DEZ/2022	R\$ 400.000,00
6	Apoio à gestão administrativa e gestão das informações em saúde, em caráter complementar dos povos indígenas.	JAN/2022	DEZ/2022	R\$ 4.524.786,04
<b>Total</b>				<b>R\$ 52.913.083,91</b>

Fonte: Processo SEI 25000.118077/2021-07, Plano de Trabalho - Interior Sul (SEI nº 0027021456).

O Plano de Trabalho Distrital deve conter ainda a descrição detalhada das despesas previstas em cada uma das etapas descritas acima, conforme exemplo abaixo:

Título: Curso de Atualização para AIS

Carga Horária: 24 horas (08 horas por dia - 3 dias)

Data provável: 1.ª turma: 14 a 16/03/2022, 2.ª turma: 21 a 23/03/2022

Participantes: 56 (Agentes Indígenas de Saúde) e 9 Técnicos da DIASI que serão facilitadores

Local: Baía da Traição ou Rio Tinto

A Tabela 3 exemplifica a descrição de uma despesa realizada no DSEI Potiguar.

Tabela 3 - Descrição de Despesa - DSEI Potiguar

Descrição	Etapas	UND	Valor	Quant.	Total
Diária do Instrutor	2.1	UND	150,00	15.0	2.250,00



Material Gráfico (bloco de anotações, entre outros)	2.2	UND	5,00	28,0	140,00
Material Didático e apoio	2.3	UND	15,00	28,0	420,00
Locação de Ambiente	2.4	UND	1000,00	3,0	3.000,00
Almoço	2.5	UND	40,0	81,0	3.240,00
<b>Total por Turma</b>					<b>9.050,00</b>
<b>Quantidade de Turmas</b>					<b>2</b>
<b>Total</b>					<b>18.100,00</b>

Fonte: Plano de Trabalho Distrital 2022- DSEI Potiguará

Desta forma, o documento Plano de Trabalho Distrital torna-se o documento balizador para a execução das atividades complementares de saúde, pelas entidades conveniadas, e para o monitoramento e acompanhamento das ações por parte das equipes dos Distritos.

## 2.7 Contratos temporários da União

Em 2011, o MPF no Amapá (MPF/AP) interpôs Ação Civil Pública (ACP), acostada nos autos de nº 0008768-73.2011.4.01.3100/AP, a fim de condenar a União e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) a assumirem integralmente a contratação de funcionários para a prestação dos serviços de saúde nas aldeias indígenas do sob abrangência do Distrito Amapá e Norte do Pará, e a promover a adequação e melhora na qualidade da estrutura e da prestação de serviços nas Casas de Saúde Indígenas (Casais), em Macapá e no Oiapoque.

Em sentença proferida em novembro de 2015, foram julgados procedentes os pedidos de adoção de providências no sentido de adequação e melhora na qualidade da estrutura e da prestação de serviços nas Casas de Saúde Indígena (CASAI), em Macapá e no Oiapoque e

envio dos bens adquiridos pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa), para promoção da saúde indígena nas aldeias do Parque do Tumucumaque.

Contudo, o Ministério Público Federal (MPF) interpôs recurso de apelação em 2015 requerendo a reforma de parte da decisão que julgou improcedente a solicitação de execução integral da prestação do serviço de saúde indígena pela União, por meio de realização de concurso público; o fornecimento contínuo de combustível para as embarcações e veículos utilizados para deslocamento das equipes multidisciplinares; e a aplicação do saldo não executado referente ao Convênio nº 01 em investimentos para a melhoria da estrutura dos polos base indicados pelo DSEI/Amapá, além de investimentos para a construção e/ou das reformas dos referidos polos bases.

Foi determinado à União, por intermédio do Ministério da Saúde (MS), que realizasse a contratação direta de profissionais na área da saúde, em caráter emergencial, no prazo de 30 dias, para atender às aldeias indígenas do Parque do Tumucumaque, Wajãpi e Oiapoque. Em processo seletivo, houve a contratação de 318 profissionais para atuação no serviço de saúde indígena na área de abrangência do DSEI Amapá e Norte do Pará, o que culminou na execução de Contratos Temporários da União (CTUs).

Lideranças indígenas e representantes de sindicatos dos trabalhadores indígenas reuniram-se na ocasião com procuradores da República do Amapá, destacando a urgência de providências a fim de evitar a paralisação do serviço de saúde indígena do Amapá. A existência de somente 206 contratos temporários (dos 318 inicialmente contratados) devido à evasão de profissionais, a insuficiência de profissionais de saúde indígena que conheçam a realidade da cultura indígena, geravam preocupação. Desse modo, o serviço de saúde indígena do Amapá e Norte do Pará encontrava-se na iminência de paralisação geral a partir de julho de 2017, deixando desassistidos mais de 11.300 indígenas.

Diante deste cenário, a União, via Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), optou pela prorrogação dos contratos, ainda vigentes, acatando assim a solicitação do Ministério Público Federal (MPF). As prorrogações perduraram até o momento onde ocorreu o chamamento público nº 11/2018, onde passou a figurar também neste Distrito, a contratação da força de trabalho via entidades conveniadas.

## 2.8 Histórico do quantitativo de pessoal na saúde indígena

Segundo o relatório da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, no ano de 2005, período ainda sobre gestão da FUNASA, cerca de 90 milhões foram utilizados para pagamento

de convênios com organizações não-governamentais e universidades, as quais eram responsáveis pela contratação dos colaboradores de saúde e saneamento componentes das equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI). Nessa época, os Distritos contavam com um quantitativo total de 12.564 profissionais, divididos entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, engenheiros, técnicos de saneamento, entre outros.

Em dezembro de 2007, segundo os registros da FUNASA, estavam atuando nos Distritos um total de 12.895 pessoas, sendo 1.681 de nível superior (Médico, Enfermeiro, Dentista, Nutricionista, Antropólogos, dentre outros) e 11.214 pessoas de nível médio (Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Técnicos e Auxiliares de Consultório Dentário, Microscopistas, AIS, AISAN, dentre outros).

Segundo Raggio et al (2008), ainda em 2007, apenas 10,21% do total de pessoal na saúde indígena eram Servidores da Funasa. Havia uma carência de profissionais em praticamente todos os Distritos, havendo apenas 57% dos médicos necessários para o desenvolvimento das ações de saúde nos Distritos. A precariedade dos contratos de trabalho e o atraso de pagamentos foram fatores apontados pelo autor como os principais que contribuíram para a não fixação dos profissionais em terras indígenas.

No ano de 2013, a força de trabalho dos Distritos foi reforçada com a implantação do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Registrou-se, segundo dados internos da própria Secretaria, um impacto positivo na implantação do Programa. Dos 543 médicos em atuação na saúde indígena, 372 (68%) eram provenientes do Programa. Assim, em 2015, a força de trabalho passou a ser integrada por: 2.040 cargos efetivos; 269 CTU; 4.553 terceirizados, dos quais se incluem barqueiros, motoristas, limpeza, segurança, não sendo pagos com recurso dos convênios; 13.317 contratados por meio de convênios; e 78 cargos comissionados sem outro vínculo, totalizando 20.257 trabalhadores da SESAI distribuídos nos 34 DSEI, CASAI, Polos Base, Aldeias e na sede da SESAI.

O relatório da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2015, continuou apresentando reivindicação das comunidades para a necessidade do aumento do número de trabalhadores a ser contratado pelas conveniadas. Importante ressaltar que, entre 2011 e 2013, as entidades conveniadas se mantiveram, não havendo registros de acréscimos de vagas de profissionais de saúde e saneamento nos planos de trabalho distritais, ou seja, a saúde indígena contou durante todo esse período com cerca de 13.317 contratados pelas conveniadas.

Em 2018, com o novo edital de seleção dos novos convênios, os quantitativos de profissionais de saúde e saneamento dos Distritos foi revisto, passando a 13.890 profissionais contratados. Em 2019, conforme registros da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), 56% da força de trabalho era composta por indígenas, destacando-se 100% dos Agentes Indígenas de Saúde e de Saneamento, cerca 56% dos técnicos ou auxiliares de saúde bucal, 30% dos técnicos ou auxiliares de enfermagem indígenas; e 8,5% de enfermeiros indígenas. Dentre os demais profissionais, não havia quantitativos significativos de indígenas.

Em 2020, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) implementou importantes medidas administrativas para contratação e acompanhamento dos convênios, destacando-se: exigência de processo seletivo; reposição de profissionais afastados pelo INSS, inclusive por licença maternidade, portal da transparência; e programas especiais para a contratação de indígenas. No intuito de diminuir o déficit de profissionais em terras indígenas, os Planos de Trabalho das 8 entidades conveniadas passaram a totalizar 14.270 profissionais.

No mesmo ano, devido à pandemia de covid-19, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), implementou as equipes de resposta rápida (ERR) nos Distritos, visando dar apoio às ações de combate à covid-19, conforme Portaria n.º 55, de 13 de abril de 2020. Com isso, foram disponibilizadas até 2 equipes para cada Distrito, composta cada uma delas por 1 médico, 2 enfermeiros e 4 técnicos de enfermagem, totalizando assim, mais 476 vagas para todos os Distritos. Desta forma, em 2021, após a contratação dos profissionais das equipes de resposta rápida, e pelo fato dos mesmos já estarem inseridos nas equipes multidisciplinares (EMSI) de saúde indígena, estes foram incorporados aos Planos de Trabalho dos Distritos, os quais passaram de um total de 14.270 profissionais, para 15.961, um acréscimo real de mais de 2.000 profissionais. Atualmente, os planos de trabalho distritais totalizam aproximadamente 16.144 trabalhadores conveniados.

### **3. CONCLUSÃO**

Este produto buscou fazer uma sistematização das atividades que foram desenvolvidas, no que tange o histórico de provimento de profissionais atuantes no SasiSUS.

Observou-se que historicamente o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) possui dificuldades no que se refere ao modelo mais adequado de provimento dos profissionais atuantes no subsistema.

**OEI**



Organización de Estados  
Iberoamericanos

Organização de Estados  
Ibero-americanos

Mesmo após discussões entre o atual órgão competente pelo Subsistema, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) e demais partes interessadas como a própria população indígena, representada pelo Controle Social, sindicatos e trabalhadores, não se pode concluir que o modelo atual, por intermédio de convênios, é o mais adequado. Conclui-se isso, devido ao fato de existirem como citado no escopo deste trabalho, diversas recomendações e críticas negativas feitas pelos órgãos de controle quanto ao modelo atualmente adotado.

Neste sentido, é de fundamental importância a revisão por parte do Ministério da Saúde (MS), Fundo Nacional de Saúde (FNS) e Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e outras partes interessadas, acerca do modelo adotado para o provimento dos profissionais de saúde e saneamento para o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS).

Brasília, 20 de dezembro de 2022.

  
\_\_\_\_\_  
**Monique [REDACTED] Coimbra**  
**Consultora Especialista**

#### 4. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Brasil. CGU. Relatório de Avaliação: Secretaria Especial de Saúde Indígena. Brasília: CGU, 2020.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: <[www.senado.gov.br/legislacao](http://www.senado.gov.br/legislacao)> Acesso em 02 de dezembro de 2022.

Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena / Fundação Nacional de Saúde. - Brasília: Funasa, 2009. 112 p.; il.

Flávia, Q. O difícil impasse para a efetivação do Subsistema de Saúde Indígena no Brasil, 2017. [HTTPS://FIANBRASIL.ORG.BR/O-DIFICIL-IMPASSE-PARA-EFETIVACAO-DO-SUBSISTEMA-DE-SAUDE-INDIGENA-NO-BRASIL/](https://fianbrasil.org.br/o-difícil-impasse-para-efetivacao-do-subsistema-de-saude-indigena-no-brasil/)

Garnelo, M. L.; Sampaio, S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4):1217-1223, jul-ago, 2005.

Guimaraes, M.P; Menon, A.M,; Silva, I.Z.N.; Armstrong, C.A. Programa Mais Médicos e as Comunidades Indígenas do Norte da Bahia: Relato de Experiência. Revista Baiana de Saúde Pública, Jul 2022.

Junior, A.J.J. O despertar de uma política: as dificuldades de concretização do Subsistema de saúde indígena entre 1999 e 2015. Boletim Científico ESMPI, Brasília, 2019, p.41-77.

Lei n. 5.371, de 5 de dezembro de 1967.

Lei n. 6.001, de 19 de dezembro de 1973.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999

Manual de Orientação de tomada de contas especial de convênios firmados no exercício de 2011 para execução da política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena, Fundo Nacional de Saúde 2011.

Manual de Orientação de tomada de contas especial de convênios firmados no exercício de 2013 para execução da política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena, Fundo Nacional de Saúde, 2013.

Parecer do CONDISI-LRR sobre o modelo de contratação dos recursos humanos para a saúde indígena no Brasil, 30 de março de 2017.

Procedimento Preparatório nº 1.16.000.003155/2011-43 do MPF, 2011.

Raggio, A.; Pinto, N.; Moraes, P. Análise da Gestão. In: Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena. Relatório Inicial. Consórcio IDS-SSL-Cebrap, pg. 112-169, 2009.

Relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, Rio Quente-GO, 27 a 31 de março de 2006: relatório final. Brasília: Funasa, 2007, pg 28.

Relatório de Gestão do Exercício de 2013 - Secretaria Especial de Saúde Indígena/MS

Relatório de Gestão do Exercício de 2017 - Secretaria Especial de Saúde Indígena/MS

Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS / Ministério da Saúde, – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

SESAI/MS, relatório final do grupo de trabalho (GT) sobre o modelo de contratação da força de trabalho e melhoria da atenção à saúde indígena, 09 de agosto de 2017.

**ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS IBERO-AMERICANOS  
PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA**

**DOCUMENTO TÉCNICO Nº 2**

Relatório técnico apresentando à Organização dos Estados Ibero-Americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura (OEI) com o produto da Consultoria especializada, contendo o levantamento do arcabouço legal de Força de trabalho na saúde indígena, decisões de instâncias de controle interno e externo e de decisões judiciais que versam sobre justiça do trabalho.

Consultor Especialista

**Monique [REDACTED] Coimbra**

Escritório Regional da OEI no Brasil

Brasília, 17 de janeiro de 2023



## Sumário

1. CONTEXTUALIZAÇÃO	3
1.1 Objetivo Geral	3
1.2 Objetivo Específico	4
2. RELATÓRIO	4
2.1 Introdução	5
2.2. Componentes da Força de Trabalho na Saúde Indígena e arcabouço legal	7
2.3 Fatores de propensão às demandas judiciais	20
2.4 Decisões de instâncias de controle interno e externo, e decisões judiciais da Justiça do Trabalho	29
3. CONCLUSÃO	38
4. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	41
	41

## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO

### 1.1 Objetivo Geral

A presente consultoria parte, dentre outras, das prioridades definidas pela Organização dos Estados Ibero-americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura (OEI), em apresentar o histórico de provimento das equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI), bem como de apoio a determinantes ambientais, contendo ainda todo o arcabouço legal que estrutura as atividades desenvolvidas pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS).

Conforme solicitado no Edital nº 191/2022, a contratação dos dois consultores selecionados teve como objetivo a entrega dos produtos de produtos que viabilizem bases estruturantes para dimensionamento de força de trabalho no contexto da Atenção Primária à Saúde, com foco na Saúde Indígena. Neste contexto, coube a cada um dos consultores os produtos abaixo identificados.

Consultor 1 - Monique [REDACTED] Coimbra

1. Documento contendo o histórico do provimento de equipes para a Atenção Primária à Saúde das populações indígenas, bem como de apoio e determinantes ambientais em saúde indígena.
2. Documento com o levantamento do arcabouço legal de Força de trabalho na saúde indígena, decisões de instâncias de controle interno e externo e de decisões judiciais que versam sobre justiça do trabalho.
3. Estudo técnico sobre o dimensionamento da estrutura regimental e estatuto da ADAPS, para a execução das ações de desenvolvimento da APS em Terras Indígenas e pesquisa com os atores principais nos territórios indígenas, sindicatos, lideranças, gestores, promotores e afins, para levantamento das expectativas e viabilidade de propostas.
4. Documento técnico com exposição de motivos, estudos orçamentários, levantamentos legais, atores envolvidos, e demais peças que viabilizem a apresentação a Diretoria Executiva da ADAPS e seu Conselho Deliberativo. 120 dias após a assinatura do contrato 7.2 Produtos (Consultor 02: Especialista em dimensionamento de força de trabalho no contexto da Atenção Primária à Saúde, com foco na Saúde Indígena.)

Consultor 2 - Robson [REDACTED] Silva

1. Documento técnico com o levantamento das formas de provimento das equipes que atuam no território, com formas de contratação, legislação, demandas judiciais e estudos correlatos.

2. Proposta para alteração da Lei nº 13.958 de 18 de dezembro de 2019 e ao Decreto nº 10.283 de 20 de março de 2020, que institui a ADAPS, para adequação do arcabouço legal, para provimento, desenvolvimento e alocação de profissionais de APS, determinantes ambientais em saúde indígena.

3. Estudo técnico com parâmetros necessários para que a ADAPS atue como executora das ações de desenvolvimento da APS em Terras Indígenas.

4. Documento com estudos técnicos complementares, revisão sistemática, compilação de dados demográficos, situação de saúde nas TI, que possam completar a proposta de solução para a força de trabalho nos TI.

Considerando-se que a natureza das entregas a serem realizadas, os produtos precisaram ser trabalhados de forma simultânea, coordenada e conjunta, permitindo assim que os dados e informações possam ser processados, gerando o conhecimento necessário à formulação de estratégias e ações pela ADAPS. Logo, a divisão dos produtos atendem a formalidade da contratação, mas devem ser lidos e analisados pela contratante de modo conjunto.

Importante observar ainda que os produtos se referem ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) cuja gestão está a cargo do Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).

## 1.2 Objetivo Específico

No âmbito das atribuições da consultoria especializada, consta do Termo de Referência n.8329, que o produto a ser entregue refere-se a documento técnico contendo relatório das atividades com o levantamento do arcabouço legal de Força de trabalho na saúde indígena, decisões de instâncias de controle interno e externo e de decisões judiciais que versam sobre justiça do trabalho. Importante observar que a temática abordada neste produto técnico é similar ao produto técnico nº 01 do consultor 2. Desta forma, alguns pontos abordados no presente estudo serão similares, ou até mesmo idênticos aos apresentados no referido estudo anterior.

## 2. RELATÓRIO

## 2.1 Introdução

A saúde indígena é atualmente conduzida pela Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), pasta vinculada ao Ministério da Saúde (MS), desde 2010. Atualmente, a Secretaria atende cerca de 762.000 indígenas aldeados em todo o território nacional, realizando atividades de Atenção Primária à Saúde, conforme diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI).

Neste contexto, a Secretaria é responsável pela gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) e sua atuação se dá a partir do trabalho desenvolvido por mais de 22.000 profissionais, incluindo-se Servidores Públicos, terceirizados, médicos de programas sob gestão do Ministério da Saúde (MS) e colaboradores contratados por intermédio dos convênios com o Ministério para atuação tanto na sede da Secretaria quanto nos 34 (trinta e quatro) Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

Conforme estabelecido no Decreto nº 11.358, de 01 de Janeiro de 2023, Art. 46, compete à Secretaria de Saúde Indígena:

- I - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, observados os princípios e as diretrizes do SUS;
- II - fomentar a implementação de políticas de promoção à saúde para a população indígena no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em articulação com as demais Secretarias do Ministério;
- III - desenvolver mecanismos de gestão, controle, enfrentamento, monitoramento e avaliação das ações destinadas à organização e à implementação das políticas estruturantes para o fortalecimento da atenção primária à saúde das populações indígenas no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

IV - coordenar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos povos indígenas e a sua integração ao SUS;

V - estabelecer diretrizes e promover o fortalecimento da gestão nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;

VI - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações de atenção integral à saúde da população indígena no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

VII - orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde, segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena, em consonância com as políticas e os programas do SUS, com as práticas de saúde e com as medicinas tradicionais indígenas, e a sua integração com as instâncias assistenciais do SUS na região e nos Municípios que compõem cada Distrito Sanitário Especial Indígena;

VIII - promover o aperfeiçoamento contínuo das equipes multidisciplinares que atuam no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

IX - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações referentes ao saneamento e às edificações de saúde indígena;

X - promover ações para o fortalecimento da participação dos povos indígenas no SUS; XI - incentivar a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena;

XII - promover e apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde indígena;

XIII - identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena;

XIV - promover e coordenar as ações de saúde digital para a população indígena no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; e

XV - planejar e acompanhar as aquisições de bens, serviços e insumos estratégicos para a saúde no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

O novo Decreto altera o nome da Secretaria, passando a ser chamada de Secretaria de Saúde Indígena, porém mantém as estrutura de Departamentos e Distritos constante no Decreto anterior, Decreto nº 11.098, de 20 de junho de 2022.

Neste contexto, o presente produto tem como principal objetivo apontar as principais modalidades de contratação dos colaboradores que compõem o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), bem como seu amparo legal e as principais questões judiciais envolvendo a saúde indígena no que tange os trabalhadores da saúde indígena.

## 2.2. Componentes da Força de Trabalho na Saúde Indígena e arcabouço legal

A maioria dos 22.000 profissionais atuantes no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) são provenientes dos convênios firmados entre o Ministério da Saúde (MS) e as entidades beneficentes, destes aproximadamente 50% destes são profissionais indígenas.

Os 34 (trinta e quatro) Distritos Sanitários Especiais Indígenas contam com diversas categorias profissionais para as áreas de saúde e determinantes ambientais, tanto de nível superior quanto de nível médio. A figura 1 apresenta exemplo da etapa 1 de um plano de trabalho distrital, incluindo-se cargos e valores salariais recebidos atualmente pelos colaboradores contratados pelas entidades conveniadas. No caso, o exemplo escolhido foi o DSEI Yanomami.

Figura 1- Exemplo de Etapa 1 Plano de Trabalho Distrital

FUNÇÃO (z)	QUANTITATIVO	BASE SALARIAL			
		REMUNERAÇÃO	INSAUB	REMUNERAÇÃO BRUTA MENSAL + INSAUB	ACIC. NOTURNO (12% DA QUINTIDADE TOTAL CONTRATADA)
MÉDICO PARCIAL	1	16.543,78	220,40	16.764,18	
ENFERMEIRO	8	7.808,66	220,40	8.029,06	15.608,49
ENFERMEIRO II	2	7.808,66	220,40	8.029,06	365,39
CIRURGIÃO DENTISTA	14	7.808,66	220,40	8.029,06	
ASSISTENTE SOCIAL	5	6.617,51	220,40	6.837,91	
NUTRICIONISTA	5	6.617,51	220,40	6.837,91	
FARMACEUTICO / BIOQUÍMICO	4	6.617,51	220,40	6.837,91	
BIOLOGO	0	6.617,51	220,40	6.837,91	
ANTROPÓLOGO	0	6.617,51	220,40	6.837,91	
PEDAGOGO / EDUC. EM SAÚDE	0	6.617,51	220,40	6.837,91	
PSICOLOGO	3	6.617,51	220,40	6.837,91	
FISIOTERAPEUTA / TERAPIUTA OCUPACIONAL	1	6.617,51	220,40	6.837,91	
ENGENHEIRO CIVIL/ ENGENHEIRO SANITARISTA	2	10.058,62	220,40	10.279,02	
GEÓLOGO	1	10.058,62	220,40	10.279,02	
APOIADOR TÉCNICO EM SANEAMENTO	1	10.058,62	220,40	10.279,02	
APOIADOR TÉCNICO EM ATENÇÃO À SAÚDE	1	8.271,85	220,40	8.492,29	
GESTOR DE SANEAMENTO	1	6.617,51	220,40	6.837,91	
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>122</b>				<b>15.963,89</b>
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	296	2.580,83	220,40	2.801,23	19.899,94
TÉCNICO DE ENFERMAGEM II	4	2.580,83	220,40	2.801,23	268,92
AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	14	1.588,26	220,40	1.808,66	
TÉCNICO DE LABORATÓRIO / MICROSCOPISTA	8	2.580,83	220,40	2.801,23	
AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS	60	2.580,83	220,40	2.801,23	
TÉCNICO SANEAMENTO/ TÉC. EDIFICAÇÕES/ TÉC. QUÍMICA / TÉC. ELETROTÉCNICO	8	2.580,83	174,25	3.355,08	
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>390</b>				<b>20.168,86</b>
AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE - AIS	256	1.212,26	220,40	1.432,66	
AGENTE INDÍGENA DE SANEAMENTO - AISAN	38	1.212,26	220,40	1.432,66	
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>294</b>				
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>806</b>				

Fonte: Plano de Trabalho DSEI/Yanomami 2022.

Atualmente, a Secretaria de Saúde Indígena possui convênio firmado com 08 (oito) entidades beneficentes de assistência social na área da saúde, sob gestão do Fundo Nacional de Saúde (FNS), e cuja seleção foi feita por intermédio do edital de Chamamento Público nº 11/2018.

O objeto destes convênios visa à execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas. O edital de chamamento é o instrumento legal que orienta os formatos de contratação dos colaboradores envolvidos na execução dos convênios e traz algumas observações quanto à seleção desses profissionais, conforme exposto no item 7.2:

Despesas financiáveis. De acordo com art. 11-B do Decreto 6.170/2007 combinado com o art. 39 da Portaria Interministerial no 424/2016, nos convênios e contratos de repasse firmados com entidades privadas sem fins

lucrativos, é permitida a remuneração da equipe dimensionada no plano de trabalho, inclusive, de pessoal próprio da entidade, podendo contemplar despesas com pagamentos de tributos, FGTS, férias e décimo terceiro salário proporcionais, verbas rescisórias e demais encargos sociais, desde que tais valores:

- a) Correspondam às atividades previstas e aprovadas no programa de trabalho;
- b) Correspondam à qualificação técnica para a execução da função a ser desempenhada;
- c) Sejam compatíveis com o valor de mercado da região onde atua a entidade privada sem fins lucrativos;
- d) Observem, em seu valor bruto e individual, 70% (setenta por cento) do limite estabelecido para a remuneração de servidores do Poder Executivo federal;
- e) A despesa com a equipe observará os limites percentuais máximos de 85% (oitenta e cinco por cento) estabelecidos no edital de chamada pública;
- e
- f) Sejam proporcionais ao tempo de trabalho efetivamente dedicado ao convênio ou contrato de repasse.

7.2.1 - A seleção e a contratação, pela entidade privada sem fins lucrativos, de equipe envolvida na execução do convênio, observarão a realização de processo seletivo prévio, observadas a publicidade e a impessoalidade, considerando os critérios de seleção estabelecidos pela SESAI/MS, garantida a participação do Controle Social, com preferência para os trabalhadores da saúde indígena em exercício com qualificação e produtividade compatíveis com a função desempenhada.



Cabe à Secretaria de Saúde Indígena elaborar e acompanhar o cumprimento das diretrizes que orientam as entidades conveniadas sobre as contratações desses colaboradores. Também cabe à SESAI orientar as entidades conveniadas sobre a realização de processo seletivo simplificado conforme normas previstas no Termo de Referência para editais de seleção emitido pela Secretaria.

Também há vedações previstas no edital de Chamamento Público em relação a contratações de colaboradores, conforme descrito nos itens 7.2.2 e 7.2.3:

7.2.2 - A entidade privada sem fins lucrativos deverá dar ampla transparência aos valores pagos, de maneira individualizada, a título de remuneração de sua equipe de trabalho vinculada à execução do objeto do instrumento.

7.2.3 - Não poderão ser contratadas com recursos do instrumento as pessoas naturais que tenham sido condenadas por crime:

- a) Contra a Administração Pública ou o patrimônio público;
- b) Eleitorais, para os quais a lei comine pena privativa de liberdade; ou
- c) De lavagem ou ocultação de bens, direitos e valores.

Observa-se que os trabalhadores contratados pelas entidades conveniadas não estão sob a responsabilidade direta da administração pública, ou seja, não há vínculo desses colaboradores com a Secretaria, nem mesmo com o Ministério da Saúde (MS). Assim, todas as contratações são de responsabilidade das entidades conveniadas ao Ministério da Saúde (MS), desprovidas de impessoalidade com a União, conforme previsto inclusive no item 7.2.4, do edital de chamamento:

7.2.4 - A inadimplência da entidade beneficente em relação aos encargos trabalhistas, fiscais e comerciais não transfere à Administração Pública a responsabilidade por seu pagamento, nem poderá onerar o objeto do instrumento.

O Manual de orientação e tomada de contas especial dos convênios no exercício de 2013 para execução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos povos Indígenas prevê ainda:

A previsão de custeio de Recursos Humanos encontra amparo na Cláusula 16ª do Termo dos convênios firmados com as Convenientes, a qual estabelece que: “(...) a seleção de profissionais de saúde e agentes indígenas de saúde e saneamento, cuja contratação venha ser imprescindível ao cumprimento exclusivo do objeto e com recursos oriundos, é de competência exclusiva do CONVENIENTE e se dará em qualquer interferência do CONCEDENTE, devendo observar o princípio da impessoalidade e moralidade no momento da seleção pessoal”.

Os colaboradores advindos das entidades conveniadas são contratados pelo regime celetista, tendo seus contratos regidos pelo Decreto Lei n.º 5452, de 1º de maio de 1943, Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), cumprindo todas as regras estabelecidas tanto aos empregados quanto aos empregadores, excetuando-se a permissão de pagamento de aviso indenizável, conforme orientação jurídica emitida no Parecer n.º 00116/2016/CONJUR-MS/CGU/AGU, de 15 de fevereiro de 2016, onde há a orientação de cumprimento do aviso de forma trabalhada pelo colaborador, uma vez que tal despesa não pode ser paga com recurso orçamentário do convênio.

Observa-se que todas as categorias profissionais contratadas pelas entidades conveniadas também cumprem as diretrizes de cada conselho de classe, conforme estabelecido pelas legislações vigentes.

Outra modalidade de trabalhadores que compõem o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) é a de Servidores Públicos Federais. No entanto, esses representam uma pequena parcela da parcela total dos trabalhadores, o que atualmente corresponde a aproximadamente 5% desta força de trabalho. Geralmente, esses Servidores ocupam cargos de gestão nos Distritos, com destaque para Coordenadores das Divisões de Atenção à Saúde Indígena (DIASI), Coordenadores dos Serviços de Edificações e Saneamento Ambiental

Indígena (SESANI), Serviços de Orçamento e Finanças (SEOFI), Serviços Logísticos (SELOG), considerando que tais funções só podem ser ocupadas por Servidores Públicos, conforme legislação vigente, ou ainda estão alocados na sede da Secretaria de Saúde Indígena, no Ministério.

Em 2013, a Secretaria de Saúde Indígena contava com aproximadamente 2.454 (dois mil, quatrocentos e cinquenta e quatro) Servidores Públicos Federais, conforme exposto na tabela 1:

Tabela 1 - Servidores Públicos Federais na Saúde Indígena em 2013

Tipologia dos Cargos	Lotação	
	Autorizada	Efetiva
1. Servidores em Cargos Efetivos (1.1 + 1.2)	0	1880
1.1. Membros de poder e agentes políticos	-	-
1.2. Servidores de Carreira (1.2.1+1.2.2+1.2.3+1.2.4)	0	1880
1.2.1. Servidores de carreira vinculada ao órgão	-	1880
1.2.2. Servidores de carreira em exercício descentralizado	-	-
1.2.3. Servidores de carreira em exercício provisório	-	-

1.2.4. Servidores requisitados de outros órgãos e esferas	-	-
2. Servidores com Contratos Temporários	-	574
3. Servidores sem Vínculo com a Administração Pública	-	-
4. Total de Servidores (1+2+3)	0	2454

Fonte: CGESP/MS-Relatório de Gestão do Exercício de 2013 - SESAI/MS

Em 2017, conforme tabela 2, a Secretaria passou a contar com 2021(dois mil e vinte e um) Servidores Públicos Federais.

Tabela 2 - Servidores Públicos Federais na Saúde Indígena em 2017

Tipologia dos Cargos	Lotação	
	Autorizada	Efetiva
1. Servidores em Cargos Efetivos (1.1 )	0	1789
1.2. Servidores de Carreira (1.2.1+1.2.2+1.2.3+1.2.4)	0	1789
1.2.1. Servidores de carreira vinculada ao órgão	-	1773
1.2.2. Servidores de carreira em exercício descentralizado	-	2

1.2.3. Servidores de carreira em exercício provisório	-	-
1.2.4. Servidores requisitados de outros órgãos e esferas	-	14
2. Servidores com Contratos Temporários	-	204
3. Servidores sem Vínculo com a Administração Pública	-	28
4. Total de Servidores (1+2+3)	0	2021

Fonte: CGESP/MS-Relatório de Gestão do Exercício de 2017 - SESAI/MS

Atualmente, a Secretaria de Saúde Indígena, conta com aproximadamente com 944 (novecentos e quarenta e quatro) Servidores Públicos Federais, conforme tabela 3.

Tabela 3 - Servidores Públicos Federais na Saúde Indígena em 2023

Tipologia dos Cargos	Lotação	
	Autorizada	Efetiva
1. Servidores em Cargos Efetivos (1.1 )	-	871
1.2. Servidores de Carreira (1.2.1+1.2.2+1.2.3+1.2.4)	-	871
1.2.1. Servidores de carreira vinculada ao órgão	-	916
1.2.2. Servidores de carreira em exercício	-	-

descentralizado		
1.2.3. Servidores de carreira em exercício provisório	-	-
1.2.4. Servidores requisitados de outros órgãos e esferas	-	28
2. Servidores com Contratos Temporários	-	-
3. Servidores sem Vínculo com a Administração Pública	-	28
4. Total de Servidores (1+2+3)	0	944

Fonte: CGESP/MS-Relatório de Gestão do Exercício de 2022 - SESAI/MS

Evidencia-se a redução do número de servidores públicos federais entre os anos de 2013 a 2017 e de 2017 a 2022. O último concurso público ocorreu no ano de 2017 tendo a Secretaria de Saúde Indígena recebido 37 (trinta e sete) novos Servidores. Ao longo deste período, não houve a renovação das perdas de servidores afastados por motivo de saúde, ou mesmo daqueles que se aposentaram.

O relatório de gestão do Exercício de 2017 da SESAI identificou alguns fatores que contribuíram para o decréscimo de Servidores no órgão, incluindo-se:

- a. Alta rotatividade de trabalhadores, em razão da dificuldade de fixação de profissionais em áreas de difícil acesso;
- b. Término dos contratos dos CTU e não aprovação, pelo Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, de concurso, com número de vagas suficiente para suprir a carência da SESAI;

- c. Aposentadorias de servidores públicos e não reposição em quantitativo equivalente à vacância.

Os Servidores Públicos Federais são regidos pela Lei n.º 8112, de 11 de dezembro de 1990, determinada pelo Art. 13 da Lei n.º 9527, de 10 de dezembro de 1997, que dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais, bem como pela Lei 9784, de 29 de janeiro de 1999, que regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal, e a Constituição Federal principalmente em seu Art. 37, o qual trata da administração pública.

Desta forma, todos os concursos realizados até o momento, bem como todos os servidores públicos federais atuantes no SasiSUS, são regulamentados pelas legislações citadas acima.

Outra parcela importante da força de trabalho da Secretaria é composta pelos colaboradores terceirizados, incluindo-se vigilantes, motoristas, barqueiros, pessoal de limpeza, entre outros. No entanto, considerando-se que os Distritos são unidades gestoras, estes realizam as suas contratações com prévio envio ao nível central da SESAI, cabendo ao Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPSI) e ao Gabinete da SESAI a análise de mérito e instrução processual dessas contratações, não havendo monitoramento desses contratos pela Secretaria. Tal fato implica em não haver registros oficiais de quantitativos de pessoal contratado, nem que são esses colaboradores, cabendo única e exclusivamente ao Distrito e a empresa terceirizada contratada a responsabilidade destas informações.

Observa-se que tais colaboradores são contratados via regime celetista, conforme legislação vigente, e que cabe a empresa terceirizada, todo e qualquer encargo trabalhista com seus colaboradores, sem qualquer vínculo com a esfera pública, ou seja, o Ministério da Saúde.

Parte da força de trabalho de médicos atuantes na Secretaria de Saúde Indígena advém das entidades conveniadas, Programa Mais Médicos e Programa Médicos pelo Brasil. Entretanto, mesmo com 3 vias de inserção desses profissionais na saúde Indígena, observa-se que a demanda por esta categoria profissional é altíssima e a oferta desses profissionais ainda é baixa, não atendendo às necessidades da Secretaria.

Segundo estudo da OCDE (2021), o Brasil tem problemas relacionados à escassez e à distribuição desigual de médicos entre as regiões. A proporção de médicos em atividade em 2019 era menor no Brasil (2,3 por 1.000 habitantes) do que a média da OCDE (3,5 por 1.000 habitantes). A distribuição dos médicos seguiu uma gradação norte-sul, onde as regiões Norte e Nordeste apresentam menor densidade de médicos, índice que também traz impactos para a saúde indígena.

O estudo afirma ainda que a Medicina da Família e Comunidade (MFC) é desvalorizada como especialidade no Brasil. Em 2018, apenas 5.486 médicos (1,4% de todos os especialistas no Brasil) tinham formação especializada em Medicina da Família e Comunidade (MFC). Embora os residentes das regiões Norte e Nordeste tenham as maiores necessidades de atenção à saúde, menos de 20% de todos os especialistas da Medicina da Família e Comunidade (MFC) atuam nessas regiões. O Brasil, portanto, precisa enfrentar dois desafios principais:

- 1) Garantir maior número e distribuição de médicos de atenção primária; e
- 2) garantir força de trabalho de alta qualidade.

A contratação de médicos pelas entidades conveniadas é um enorme desafio. Há registros das 8 entidades conveniadas de vagas em aberto para contratação de médicos, com sucessivos lançamentos de editais de seleção sem nenhum inscrito sequer. Desta forma, a maioria dos médicos atuantes atualmente na saúde indígena provém dos Programas Mais Médicos e Médicos pelo Brasil.



Assim, uma das estratégias de provimento desta mão-de-obra tão escassa para a saúde indígena é o Programa Mais Médicos (PMM), implementado em 2013, a partir da Medida Provisória nº 621, posteriormente convertida na Lei nº 12.871, em outubro de 2013. O programa foi estruturado para aumentar a oferta de médicos e mitigar o número de municípios brasileiros com condições assistenciais precárias. Para isso, o Programa Mais Médicos (PMM) foi composto em três eixos de ação:

- a. o investimento na melhoria da infraestrutura das redes de Atenção à Saúde;
- b. a ampliação da oferta de cursos e vagas em medicina, incluindo amplas reformas educacionais na graduação e residência médicas; e
- c. a implantação do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB).

Segundo dados do Ministério da Saúde, o Programa Mais Médicos (PMM) alocou, entre 2013 e 2017, um total de 519 médicos cubanos para as áreas indígenas: 313 nos DSEI da região Norte, 102 na região Nordeste, 85 no Centro-Oeste, 21 no Sul e 10 no Sudeste. Em 2019, o programa disponibilizou 54 novas vagas, sendo 18 destinadas ao DSEI/Bahia. Em 2022, conforme dados da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS), 372 vagas foram destinadas aos Distritos, porém pouco mais da metade foi preenchida.

Segundo Guimarães M.P et al. (2022), o médico que adere ao PMM e que se encontra em início de carreira se beneficia de apoio institucional para enfrentar as novas atividades desafiadoras. Em sua estrutura de funcionamento, o programa prevê a existência de um supervisor acadêmico para prestar assistência de até dez médicos atuantes no programa e, como apoio a cada grupo de dez supervisores, prevê a existência de um tutor acadêmico. Supervisores e tutores advêm geralmente da comunidade acadêmica nas diversas universidades públicas do país, envolvidos no ensino médico e, idealmente, engajados em projetos de ensino e extensão. Além disso, o mesmo oferece apoios institucionais do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde.

O Programa Mais Médicos tem previsão de ser substituído, gradualmente, pelo Programa Médicos pelo Brasil, da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), porém não há ainda uma data estimada para a totalização da transição.

O Programa Médicos pelo Brasil, instituído pela Lei Federal nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019, tem a finalidade de incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade e de fomentar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo dados da própria Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), o objetivo é atender os vazios assistenciais do Brasil, com maior concentração no Norte e Nordeste do País, por intermédio de processo seletivo estruturado.

Como divisor de competências, conforme legislação vigente, coube ao Ministério da Saúde, entre outras ações, o estabelecimento das regras operacionais do programa, sendo elas:

- a. a relação dos Municípios aptos a serem incluídos no Programa Médicos pelo Brasil, conforme a definição de locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade, observado o disposto no art. 2º desta Lei;
- b. a relação final dos Municípios incluídos no Programa Médicos pelo Brasil e o quantitativo de médicos da Adaps que atuarão em cada Município;
- c. os procedimentos e os requisitos para a adesão dos Municípios ao Programa Médicos pelo Brasil;
- d. as formas de participação dos usuários do Programa Médicos pelo Brasil na avaliação dos serviços prestados e do cumprimento de metas.

No ano de 2022, a Agência disponibilizou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) 128 vagas para médicos advindas do programa. Dessas, 56 foram autorizadas a

contratação pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), e, no momento, somente 31 se encontram preenchidas, conforme dados disponibilizados pela agência.

Desta forma, com a disponibilidade dessas categorias profissionais, são compostas as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) atuantes na saúde indígena, em fortalecimento à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).

### 2.3 Fatores de propensão às demandas judiciais

A Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde (CONJUR/MS) é a pasta responsável no Ministério da Saúde (MS) pelo recebimento das demandas judiciais onde a Secretaria de Saúde Indígena é instada. Sendo que, historicamente, a saúde indígena possui diversos pontos de inflexão, conforme corroboram apontamentos de órgãos de controle à Secretaria com destaque para demandas judiciais advindas de Sindicatos de categoria de classes; e demandas judiciais de colaboradores que atuam no Subsistema de Atenção à Saúde indígena (SasiSUS).

A população indígena é muito atuante no Subsistema de Atenção à Saúde indígena (SasiSUS) e com grande representatividade social através dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI). Esses, por sua vez, recorrem frequentemente ao Ministério Público Federal (MPF) a fim de reivindicar aquilo que entendem ser por direito da população, como, por exemplo, contratação de profissionais de saúde, fornecimento de medicamentos, rede de saneamento e garantia de acesso à água potável.

Há ainda demandas judiciais diversas no que concerne às atividades dos colaboradores atuantes na saúde indígena, como reintegração de colaboradores demitidos, pagamento de direitos trabalhistas, entre outras ações do mesmo teor. Importante esclarecer que as demandas judiciais advindas dos profissionais ocupantes dos cargos de Servidores Públicos Federais, Programas Mais Médicos, Médicos pelo Brasil, terceirizados e conveniados, não são de competência da Secretaria de Saúde Indígena, especificamente, mas sim dos órgãos e entidades responsáveis pelos colaboradores, os quais figuram como contratante dos mesmos.

A Súmula nº 331 do Tribunal Superior do Trabalho (TST) expressa em seus itens IV, V e VI, as condições da União nestes casos, *in verbis*:

“IV - O inadimplemento das obrigações trabalhistas, por parte do empregador, implica a responsabilidade subsidiária do tomador dos serviços quanto àquelas obrigações, desde que haja participado da relação processual e conste também do título executivo judicial.

V - Os entes integrantes da Administração Pública direta e indireta respondem subsidiariamente, nas mesmas condições do item IV, caso evidenciada a sua conduta culposa no cumprimento das obrigações da Lei n.º 8.666, de 21.06.1993, especialmente na fiscalização do cumprimento das obrigações contratuais e legais da prestadora de serviço como empregadora. A aludida responsabilidade não decorre de mero inadimplemento das obrigações trabalhistas assumidas pela empresa regularmente contratada.

VI – A responsabilidade subsidiária do tomador de serviços abrange todas as verbas decorrentes da condenação referentes ao período da prestação laboral.”

Assim como a Súmula nº 11 do Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região refere-se acerca da responsabilidade subsidiária da administração pública direta e indireta nos contratos de prestação de serviço, Lei 8.666/93:

“A norma do art. 71, § 1º, da Lei nº 8.666/93 não afasta a responsabilidade subsidiária das entidades da administração pública, direta e indireta, tomadoras dos serviços.”

Desta forma, toda e qualquer responsabilidade da Secretaria de Saúde Indígena, compreendendo-se da União, atribui-se como solidária e somente recai sobre a mesma nos casos onde comprovada a “culpa in vigilando”, ou seja, nos casos onde não houvera a fiscalização adequada e de forma eficaz do contrato da prestadora de serviço. Assim, toda e qualquer demanda acerca de servidores públicos recai sobre a União, bem como as referentes

aos colaboradores do Programa Mais Médicos. Já as demandas oriundas dos trabalhadores conveniados ou terceirizados são de responsabilidade das respectivas contratantes, e por fim as do Programa Médicos pelo Brasil, de responsabilidade da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária (Adaps).

Considerando que a maioria dos colaboradores atuantes no Subsistema são de profissionais conveniados, cabe a observância do que prevê o Termo de Convênio, bem como os respectivos Planos de Trabalho, onde há a previsão de pagamento de encargos trabalhistas dos empregados contratados pelas convenientes com recursos alocados pela concedente.

O manual de orientações para análise financeira de convênios 2012, do Fundo Nacional de Saúde (FNS/MS), aponta esta possibilidade conforme descrito abaixo, *in verbis*:

“Admitir-se-à utilização de recursos alocados pelo CONCEDENTE e pelo CONVENIENTE em face da contrapartida, os encargos relativos às despesas natureza fiscal, trabalhista, previdenciária ou social, derivadas de obrigações do empregado e empregador, vinculados às obrigações decorrentes da relação contratual, excetuando-se o disposto no subitem 2.8 da Cláusula Segunda II.

Entretanto, na própria Cláusula Décima Sexta, Parágrafo Segundo, condiciona-se o não pagamento de multas e encargos (custas e preparo recursal) derivadas das relações trabalhistas em caso de acionamento judicial.”

A falta de dimensionamento da força de trabalho em saúde, a ausência de escalas de trabalhos bem definidas que coadunem com as praticadas pelas instituições de saúde em todo território nacional, bem como a ausência de estrutura adequada para a prática profissional, são outros fatores que corroboram para o surgimento de demandas judiciais.

No que tange à falta de dimensionamento da força de trabalho em saúde, desde a criação do Subsistema, não havia registros de trabalhos que viabilizassem quantificar e qualificar, considerando as especificidades do subsistema, tal força de trabalho em saúde. Desta forma, há a necessidade de ser realizado um trabalho acerca de tal temática, o que conforme registros da Secretaria de Saúde Indígena, atualmente vem sendo realizado em

conjunto com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES). Esse trabalho também é considerado importante tendo em vista as inúmeras recomendações dos órgãos de controle como Tribunal de Contas da União (TCU), Ministério Público Federal (MPF) em relação ao quantitativo de profissionais disponibilizados pelos convênios.

Em relação às escalas de trabalho dos colaboradores atuantes no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), há dificuldades, uma vez que não possuem fundamentação legal previstas na CLT.

Por exemplo, segundo o inciso XIII do Art. 7º da Constituição Federal, a duração das atividades não deve passar de 8 horas diárias e 44 horas semanais, permitindo a compensação de horários e a diminuição da jornada, com base nisso, a CLT prevê jornadas de trabalho de:

- 8 horas diárias e 44 horas semanais;
- 8 horas diárias e 40 horas semanais;
- 6 horas diárias e 36 horas semanais;
- 6 horas diárias e 30 horas semanais;
- 12 horas diárias e 36 horas e 48 horas semanais intercaladas, etc.

Desta forma as escalas de trabalho podem ser divididas da seguinte forma:

### **Escala 5×1**

---

Esse tipo de escala 5×1 define que, a cada 5 dias trabalhados, o funcionário tem direito a um dia de folga, além do profissional, ter um domingo de folga por mês.

É preciso considerar a necessidade de um acordo ou uma convenção coletiva de trabalho para esses colaboradores que fazem a escala 5×1, pois o dia de descanso irá variar conforme o combinado feito. E a duração diária no ofício é de 7 horas e 20 minutos, não podendo ultrapassar as 8 horas diárias.

### **Escala 5×2**

---

Essa escala, estabelece que a cada 5 dias trabalhados o funcionário pode tirar 2 dias de folga, sejam eles de forma intermitente ou consecutiva. Correspondendo, assim, a uma jornada de 44 horas semanais que podem ser fracionadas nos dados 5 dias da semana e nas 8 horas e 48 minutos trabalhados diariamente.

Geralmente os dias de folga escolhidos são sábado e domingo. E caso o funcionário tenha que trabalhar em algum dos dias, ou até nos dois, o valor diário do salário deve ser pago em dobro, além da remuneração de descanso semanal.

### **Escala 4×2**

---

Determina que o colaborador deve trabalhar por 4 dias consecutivos em turnos de 11 horas, tendo 2 dias de folga. Contabilizando que um mês tem 30 dias, o total de dias trabalhados serão 20 dias, com 10 dias de folga. E de acordo com esse cálculo, o funcionário trabalhará 220 horas por mês e terá à 30 horas extras remuneradas.

### **Escala 6×1**

---

De acordo com esse modelo de escala de trabalho, o funcionário trabalha 6 dias, com um dia de descanso. Para os que trabalham aos finais de semana, a empresa ou organização deve liberar um domingo de folga a cada, ao menos, 7 semanas.

É importante também lembrar que as jornadas de trabalho não compensadas que ocorrem aos domingos e feriados, precisam ser compensadas em dobro, para que o funcionário não tenha prejuízos referentes ao repouso semanal.

### **Escala 12×36**

---

Esse modelo de escala de trabalho é aplicado em atividades que exigem uma jornada sem pausas, ou seja, são as jornadas nas quais o funcionário não pode paralisar seu ofício, como, por exemplo, o caso do setor industrial ou montadoras.

Assim sendo, essa escala é definida com 12 horas trabalhadas e outras 36 horas de descanso, as quais devem ser estipuladas por meio de acordo e convenções coletivas de trabalho, sem apoio na legislação trabalhista.

### **Escala 18x36**

Dentro do grupo de escalas de trabalho que não estão previstas na legislação, esse modelo estabelece que o funcionário realize 18 horas de trabalho e tenha 36 horas sequenciais de descanso. Como, por exemplo, um colaborador que trabalhou das 3h00 de uma terça-feira às 21h00, seu próximo dia de trabalho será apenas na quinta-feira, no mesmo horário.

### **Escala de 24x48**

De modo geral, esse modelo é disposto em jornadas da área policial ou para funcionários em pontos de pedágio, por exemplo. Nesse tipo de escala, o colaborador que trabalha 24 horas diárias terá 48 horas consecutivas de descanso.

Além dessas previsões legais, uma decisão do COFEN Nº 0154/2016, em seu artigo 1, estipula uma jornada máxima de 40 horas semanais aos trabalhadores da categoria profissional de enfermagem, *in verbis*:

Art. 1º A jornada de trabalho dos funcionários do Conselho Federal de Enfermagem é de 40 (quarenta) horas semanais, sendo 08 (oito) horas diárias, de segunda a sexta-feira.

§1º É obrigatório o intervalo para refeição/descanso de no mínimo 1 (uma) hora, sendo preferencialmente no meio da jornada, podendo prolongar-se em no máximo até 2 (duas) horas desde que, previamente autorizada pela chefia imediata e que o excedente seja compensado dentro do mesmo dia, ou seja, cumprida a jornada indicada no caput do artigo pelo funcionário.



§2º Em qualquer caso, deve ser observada a duração máxima de 10 (dez) horas diárias de trabalho, mesmo quando realizado serviço além da jornada diária normal e autorizado pela chefia imediata.

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) estabelecem suas escalas de trabalho em conjunto com as entidades conveniadas, tendo em vista as peculiaridades e especificidades logísticas de cada região. Em alguns distritos que possuem territórios de atendimento mais isolados, como, por exemplo, DSEI/Vale do Javari e DSEI/Yanomami, os colaboradores chegam a cumprir escalas de trabalho de 90x45 ou 60x30, ou seja, a cada 90 ou 60 dias trabalhados, folgam 45 ou 30 dias. Em outros Distritos, como DSEI/Xingu e DSEI/Xavante, são praticadas escalas de 30x15 ou 20x10, sendo estas equivalentes a 30 ou 20 dias trabalhados com 15 ou 10 dias folga.

Já em Distritos mais urbanos como DSEI/Litoral Sul e Interior Sul, pela proximidade dos grandes centros, os colaboradores atuam sob o regime 5x1, com 40h de trabalhos semanais. Há ainda Distritos como Pernambuco, onde constam escalas mistas de 5x1 ou 30x15, a depender do local de atuação onde o colaborador será designado para desenvolver suas atividades laborais.

Importante ainda esclarecer que os colaboradores não possuem horários de descanso obrigatórios como o almoço e o término de expediente bem definidos. O que colabora para o movimento de ações judiciais dos trabalhadores. Tal fato ocorre principalmente pelo modelo de atenção praticado nas Unidades básicas de saúde indígena (UBSI) que apesar de ser basicamente atenção primária, pelas dificuldades logísticas, acaba, muitas vezes, realizando atendimentos de urgência e emergência.

Neste contexto, considerando as exposições supracitadas e considerando ainda que não há uma escala de trabalho definida pela Secretaria de Saúde Indígena, excetuando-se os distritos urbanos, nenhuma das escalas de trabalho praticadas na saúde indígena são regulamentadas. Como exemplo, há inclusive o registro de um acordo judicial firmado em

2015, perante a 1ª Vara do Trabalho de Boa Vista, entre o Ministério Público do Trabalho em Roraima (MPT 11ª Região), a Missão Evangélica Caiuá e a União Federal, a respeito da implementação de condições de trabalho adequadas para os profissionais da área de saúde que prestam serviços em comunidades indígenas em Roraima e no Amazonas, sem prejuízo à cultura e aos costumes dos povos indígenas que habitam os locais. Na ocasião, ficou pactuado que seria realizado o pagamento de adicional de insalubridade, no grau médio, aos trabalhadores, correspondente a 20% do valor do salário e que as escalas de trabalho seriam de 30 dias trabalhados por 15 dias de descanso e/ou de 20 dias trabalhados por 10 dias de descanso. Também seria apresentado um estudo de viabilidade para execução de uma terceira escala no ano de 2016, de 15 dias trabalhados por 15 dias de descanso, sem prejuízo das outras duas já estabelecidas. Porém, tal estudo não foi desenvolvido e, até a presente data, o que se observa é haver ainda um impasse quanto à regulamentação dessas escalas de trabalho.

Não há também registros de acordos de convenção coletiva entre Sindicatos que representam as categorias de classe e as entidades conveniadas, o que torna ainda mais frágil a relação entre contratantes e contratados acerca desse quesito.

Em relação às condições de trabalho dos colaboradores atuantes no Subsistema, visitas in loco feitas aos Distritos, assim como os diversos relatos de trabalhadores atuantes na Saúde Indígena, comprovam a existência de alojamentos impróprios para repouso desses profissionais, a falta de locais adequados até mesmo para a realização dos atendimentos da população indígena, o que faz de alguns locais de trabalho ambientes insalubres.

As imagens abaixo ilustram as dificuldades logísticas e estruturais enfrentadas diariamente pelos profissionais da saúde indígena:

Imagem 1 - Profissionais de saúde levando vacinas na mata para abastecimento de UBSI.  
DSEI/Yanomami - Set/20



Fonte: SESAI (2020).

Imagem 2: Equipe Volante da SESAI - Alojamento Polo Base Parima DSEI/Yanomami - Mai/21.



Fonte: SESAI (2020)

Diante dessas condições, muitos dos profissionais adoecem, o que causa grande transtorno para a gestão dos Distritos, com desfalque nas equipes multidisciplinares de saúde

e sucessivos atestados médicos por parte dos trabalhadores, muitas vezes culminando em demissões. Boa parte desses trabalhadores demitidos acabam indo buscar aquilo que entendem ser seus “direitos” na justiça do trabalho, gerando assim diversas demandas a serem respondidas pelas entidades conveniadas, contratantes desses profissionais.

#### 2.4 Decisões de instâncias de controle interno e externo, e decisões judiciais da Justiça do Trabalho

Não foram encontradas pela autora decisões de instâncias de controle ou decisões judiciais da justiça do trabalho que se refiram à Secretaria de Saúde Indígena, em caráter geral, mas sim decisões isoladas a ações movidas por determinados trabalhadores ou mesmo sindicatos e associações indígenas.

Abaixo, serão expostos exemplos de demandas judiciais movidas por ex-trabalhadores da saúde indígena.

##### **a) Assunto: Notícia de Fato: 1.32.000.000273/2022-17**

Ofício nº 119/2022/7º Ofício ([0025952291](#)) proveniente da Procuradoria da República no Estado de Roraima, que versa sobre "apurar supostas irregularidades no desligamento e contratação de colaboradores por intermédio da Missão Evangélica Caiuá".

A demanda tem o intuito de instruir o procedimento administrativo, solicitando o *Parquet* as seguintes informações:

**"a) manifeste-se quanto ao teor da reivindicação do presidente do Condisi;**

**b) apresente cópia dos autos normativos da SESAI atualmente vigentes que regulamentam o desligamento e/ou contratação de colaboradores por intermédio de pessoa jurídica conveniada;**

**c) junte cópia em PDF dos documentos/processos "despacho GAB/SESAI (0024829296)", "Ofício Circular 205 (0018368692)" e**

**processo SEI nº 25000.108438/2019-84", tendo em vista que o MPF não tem acesso aos sistema SEI;**

**d) informe se os desligamentos de Enio [REDACTED] Yanomami e Leandro [REDACTED] Lacerda foram consumados;**

**e) informe as razões que justificaram a seleção de Yang [REDACTED] Resplandes e Nivaldo [REDACTED] Rocha para serem nomeados em seu lugar, aduzindo quanto à realização, ou não, de oitiva da população assistida pelo Distrito."**

Demanda encaminhada pela entidade conveniada Missão Evangélica Caiuá acerca da suposta demissão irregular de dois colaboradores do DSEI/Yanomami, conforme exposto no trecho retirado do Ofício encaminhado à SESAI, para conhecimento da Secretaria acerca da demanda judicial.

Abaixo, registra-se a resposta da SESAI à entidade conveniada:

"... valida-se que a Secretaria de Saúde Indígena não tem vinculação estabelecida entre questões de planejamento, coordenação, supervisionamento, monitoramento, avaliação e execução das atividades relacionadas aos colaboradores entre os Distritos Sanitários e as Conveniadas.

Ainda assim, faz-se necessário esclarecer que as condutas anteriormente praticadas pelo gestor, conforme fls 14 e 15, são exclusivamente de sua responsabilidade, não cabendo ao atual o ônus ou bônus de qualquer ato em momento passado, valendo lembrar que o gestor vigente tem autoridade para desempenhar seu papel com liberdade de contratação, demissão, alterar as atribuições de trabalho dos membros da equipe, monitorando o trabalho e tomando medidas corretivas quando necessário.

Cabe destacar que a indicação do STAFF encontra-se prevista no Termo do Convênio na etapa de Gestão do Plano de Trabalho do Distrito, sendo a Conveniada a responsável por esta conduta, não havendo neste caso, a necessidade de seguimento do fluxo conforme Ofício nº 205/2020/SESAI/GAB/MS e a indicação do cargo de Assessor Indígena **é da escolha da gestão (Coordenador Distrital)**, respeitando-se os critérios

estabelecidos, conforme Diretrizes para a Atuação dos Assessores Indígenas, documento elaborado pela Assessoria do Controle Social desta Secretaria de Saúde Indígena.

Os colaboradores Enio [REDACTED] Yanomami (assessor indígena) e Leandro [REDACTED] Lacerda (STAFF) tiveram seus contratos de trabalho rescindidos pela gestão anterior, apontando o término da relação de trabalho por vontade das partes com cumprimento de direitos e obrigações. Em relação aos Srs. Yang [REDACTED] Resplandes e Nivaldo [REDACTED] Rocha estes não fazem parte do quadro de colaboradores deste Distrito Sanitário Especial Indígena. (colaborador Yang encontra-se trabalhando no DSEI, ocupante do cargo de Técnico de Enfermagem.)

Por outro lado, quanto à solicitação da juntada de atos normativos da Secretaria de Saúde Indígena SESAI atualmente vigentes que regulamentam o desligamento e/ou contratação de colaboradores por intermédio de pessoa jurídica conveniada, trata-se do mesmo documento relacionado ao Ofício Circular 205 (0018368692), incluso no Ofício nº 119/2022/7º Ofício ([0025952291](#)), fls 11 a 13. Em relação ao processo SEI nº 25000.108438/2019-84, refere-se a processo alheio à discussão, fazendo-se referência sobre o procedimento adotado em relação aos termos do acordo coletivo, bem como a possibilidade de disponibilização de recursos junto a Conveniada Missão Evangélica Caiuá, não tendo justificativa o acesso. Por fim, o despacho GAB/SESAI (0024829296) versa sobre uma resposta relacionada a um ofício, encaminhado pelo antigo gestor Sr Rômulo [REDACTED] de Freitas, datado de 13 de janeiro de 2022, informando sobre a substituição de colaborador ocupante do cargo de STAFF pela entidade conveniada Missão Evangélica Caiuá, tendo como resposta desta Secretaria que o referido cargo não estava contemplado no plano de trabalho do DSEI, sendo este cargo de gestão da entidade conveniada para o convênio.

Sendo o que havia a informar e a contribuir, colocamo-nos à disposição para prestar quaisquer informações e/ou complementos, caso necessário.”

Desta forma, reforça-se a ideia de que as demandas judiciais encaminhada à SESAI relacionam-se somente a título de conhecimento e acerca da possibilidade de subsidiar as convenientes acerca de ofícios ou normativos que possibilitem a defesa da ré.

**b) Processo Trabalhista ROT 0000427- 94.2019.5.14.0008**

Decisão judicial contida no Processo Trabalhista ROT 0000427- 94.2019.5.14.0008 em trâmite no Tribunal Regional do Trabalho da 14ª Região, onde figuram como Reclamados esta entidade e a União Federal, que em julgamento em grau de recurso, determinou a reintegração do profissional Odelson Rodrigues da Silva, ao DSEI/Alto Rio Juruá, conforme decisão anexa.

“DECISÃO ACORDAM os Magistrados integrantes da 1ª Turma do Tribunal Regional do Trabalho da 14ª Região, à unanimidade, conhecer do recurso ordinário e, no mérito, dar-lhe parcial provimento para determinar que a recorrida proceda a reintegração do obreiro ao emprego, bem como condenar a reclamada ao pagamento das remunerações do período de afastamento, desde a demissão até a efetiva reintegração, corrigidas monetariamente e acrescidas de juros legais, de acordo com art. 4º, I da Lei 9.029 /95, nos termos da fundamentação. Condena-se ainda a empresa ao pagamento de R\$20.000,00 a título de danos morais decorrentes da dispensa arbitrária. Por consequência, inverte-se o ônus da sucumbência e fixa-se as custas processuais, ao encargo da reclamada. Realinha-se o valor provisório da condenação para R\$285.000,00 (duzentos e oitenta e cinco mil reais) e custas R\$5.700,00 (cinco mil e setecentos reais). Considerando-se a inversão do ônus de sucumbência, condena-se a reclamada ao pagamento de honorários periciais no montante de R\$2.000,00, considerado-se os critérios objetivo (complexidade da matéria, o grau de zelo do profissional, o local de prestação do serviço e o tempo exigido para a realização da perícia) e subjetivo (avaliação do magistrado), e de acordo com o princípio da razoabilidade na fixação do valor. Liquidação por cálculos, com fulcro no art. 879 da CLT. Juros e correção monetária na forma dos arts. 883 e 459, parágrafo único, da CLT, Súmulas nº 200, 307, 381, 439 do TST e OJ nº 400 da SDI-1 do TST. Os recolhimentos previdenciários e fiscais devem observar o disposto no art. 46 da Lei n. 8541/92, IN n. 1127/2011 da RFB, art. 43 da Lei n. 8212/91, Súmula nº 368/TST e OJ nº 363 da SDI-1 do TST, bem como a Consolidação dos Provimentos da CGJT e o Provimento n. 1/93 do CGJT, autorizando-se a retenção do imposto de renda. Quanto às contribuições previdenciárias deve-se aplicar o art. 43 da Lei n. 8.212/91, autorizando-se a retenção, pela reclamada, dos valores relativos à contribuição previdenciária devida pelo reclamante. Quanto aos danos morais, a correção monetária deverá incidir a partir da publicação desta decisão, e os

juros desde o ajuizamento da ação (Súmula nº 439 do TST). Por se tratar de verba de natureza indenizatória, não há contribuição previdenciária a ser recolhida nesse aspecto. Determina-se a suspensão do presente feito apenas em relação ao tema aplicação do índice de correção monetária IPCA-E, o que não impede o regular andamento processual, em face das Decisões proferidas pelo Min. Gilmar Mendes, quais sejam, a Medida Cautelar na Ação Declaratória de Constitucionalidade 58 Distrito Federal (ADC 58 MC / DF), em 27-6-2020, e a Medida Cautelar em Agravo Regimental (ADC 58 - AgR/DF), em 01-07-2020. Tudo, nos termos do voto da Relatora. Sessão de julgamento telepresencial realizada no dia 15 de julho de 2020, na forma da Resolução Administrativa n. 011/2020, disponibilizada no Diário Eletrônico da Justiça do Trabalho em 30-4-2020.”

Resposta da Secretaria de Saúde Indígena:

“Aduz a Conveniada, por meio do Ofício (0026913496), que:

"o profissional era colaborador da entidade vinculado ao convênio mantido no âmbito do DSEI Alto Rio Juruá, tendo sido demitido em 2018, haja vista o encerramento daquele convênio, porém em razão da ordem judicial emitida em processo trabalhista, na data de 21/02/2022 foi determinado a reintegração como funcionário para atuar em Rio Branco/AC no âmbito do convênio 882479/2019. Informamos que o colaborador já está reintegrado e inserido na folha pagamento como colaborador do convênio e disponível para prestar o labor na função de odontólogo, onde deverá se apresentar na sede do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Purus – DSEI/ARP em 22.02.2022. Solicitamos a fim dar ciência à Coordenação do DSEI-ARP para o cumprimento da obrigação de atender a ordem judicial."

Em decisão o Juiz relata o seguinte: (...) que em audiência de conciliação a reclamada ofereceu acordo para que o obreiro retornasse ao labor, porém, sem o pagamento do período de afastamento. Em depoimento pessoal o autor menciona que não se opõe à reintegração. Desta forma, não prospera a



alegação da empresa, em contestação, de impossibilidade de reintegração diante do encerramento do convênio com a União para a prestação de serviços em Jordão-AC, pois o reclamante poderá ser realocado. (...)

Inicialmente verifica-se que o Ministério da Saúde celebra diversos convênios com entidades privadas sem fins lucrativos para a realização de objetivos e promoção da saúde indígena, sendo que a relação estabelecida é estritamente entre o concedente e as convenientes (entidades privadas sem fins lucrativos), não sendo prudente o Ministério da Saúde se imiscuir na relação entre a conveniada e seus trabalhadores, por não ser provido de pessoalidade e subordinação. Esse entendimento se verifica a seguir: "I - A contratação de trabalhadores por empresa interposta é ilegal, formando-se o vínculo diretamente com o tomador dos serviços, salvo no caso de trabalho temporário (Lei nº 6.019, de 03.01.1974). II - A contratação irregular de trabalhador, mediante empresa interposta, não gera vínculo de emprego com os órgãos da Administração Pública direta, indireta ou fundacional (art. 37, II, da CF/1988). III - Não forma vínculo de emprego com o tomador a contratação de serviços de vigilância (Lei nº 7.102, de 20.06.1983) e de conservação e limpeza, bem como a de serviços especializados ligados à atividade-meio do tomador, desde que inexistente a pessoalidade e a subordinação direta. IV - O inadimplemento das obrigações trabalhistas, por parte do empregador, implica a responsabilidade subsidiária do tomador dos serviços quanto àquelas obrigações, desde que haja participado da relação processual e conste também do título executivo judicial. V - Os entes integrantes da Administração Pública direta e indireta respondem subsidiariamente, nas mesmas condições do item IV, caso evidenciada a sua conduta culposa no cumprimento das obrigações da Lei n.º 8.666, de 21.06.1993, especialmente na fiscalização do cumprimento das obrigações contratuais e legais da prestadora de serviço como

empregadora. A aludida responsabilidade não decorre de mero inadimplemento das obrigações trabalhistas assumidas pela empresa regularmente contratada. VI – A responsabilidade subsidiária do tomador de serviços abrange todas as verbas decorrentes da condenação referentes ao período da prestação laboral." Inclusive, a respeito do tema de se imiscuir nas relações das conveniadas, a Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Saúde já se manifestou no seguinte sentido: "PARECER n. 00665/2019/CONJUR-MS/CGU/AGU: Ante o exposto, abstraídas as questões técnicas aqui envolvidas, as quais fogem à competência da análise desta área Jurídica, inclusive as de oportunidade e conveniência, conclui-se: a) A relação estabelecida no convênio é estritamente entre o Concedente (Ministério da Saúde) e a conveniente

O Ministério não deve se imiscuir na relação entre a conveniada e seus trabalhadores, sob pena de ferir diversas normas." Em relação aos fatos apresentados, a respeito do tema da reintegração, esclarece-se que consiste em restabelecer a posse completa do cargo, ou seja, em devolver ao empregado o vínculo de emprego que lhe foi tirado pelo abuso de poder da empresa e com ele, todas as garantias contratuais havidas antes da demissão. Sabe-se que a reintegração é devida pelo empregador, principalmente se estiver vinculada a uma determinação judicial.

Frisa-se que não há nos autos qual o andamento do processo após a decisão recursal de 21/09/2020, para melhor análise da questão. Ao analisar os autos, observa-se que a conveniada solicita a reintegração do colaborador no Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Purus (DSEI/ARP), alegando que foi demitido em 2018, haja vista, o encerramento do convênio à época, e que a decisão estava interligada a um cumprimento judicial de 21/02/2022 e, em contrapartida, há informações que o colaborador foi desligado em 23/06/2017,

inclusive, em audiência, a conveniada propôs ao trabalhador a sua reintegração mesmo tendo ciência do encerramento do convênio o qual o colaborador fazia parte antes do seu desligamento.

Dessa forma, não se vê, até o momento, qualquer documento incluso ao processo que tenha uma ordem judicial de reintegração do funcionário Sr. Odelson Rodrigues da Silva, para atuar em Rio Branco/AC no âmbito do convênio 882479/2019, assim como também, há uma controvérsia de data de desligamento. Dessa forma, orienta-se ao Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Purus, que neste caso, não existindo interesse de permanecer com o colaborador no seu estabelecimento, não há obrigatoriedade de concordar com a sua reintegração, cabendo este dever à empregadora/conveniada de designá-lo para outra localidade, porém deve-se considerar, que a ausência do profissional na equipe multidisciplinar do Distrito não trará desassistência a população indígena local.

A obrigatoriedade do cumprimento da obrigação é exclusiva da empregadora, a não ser que haja determinação judicial, o que não vimos até momento nos autos.

Ante o exposto, encaminha-se a resposta ao Gabinete da Secretaria de Saúde Indígena para direcionamento das informações ao Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Purus. Sendo o que havia a informar, colocamo-nos à disposição para prestar quaisquer esclarecimentos, caso necessário.”

A resposta da Secretaria de Saúde Indígena, reforça a ideia de não se imiscuir na relação trabalhista entre conveniada e trabalhador. Para tanto, a orientação do Núcleo Jurídico á época, não traz a necessidade de reintegração do referido profissional ao Distrito de origem, mas sim ao corpo de trabalhadores da entidade conveniada.

**c) Dissídio**

Ação judicial à entidade conveniada Hospital Maternidade Terezinha de Jesus (HMTJ) acerca de dissídio categoria enfermagem, movida pelo Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Pará:

“ATA DA AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO REALIZADA, ON LINE, AOS QUATRO DIAS DO MÊS DE AGOSTO DO ANO DE DOIS MIL E VINTE E UM, COM USO DO SISTEMA PJE E DA FERRAMENTA ZOOM, como adiante segue:

Aos QUATRO dias do mês de AGOSTO do ano de dois mil e vinte e um, às 10:00 (dez horas), teve lugar na sede do TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA OITAVA REGIÃO, sob a Presidência da Excelentíssima Desembargadora MARIA [REDACTED] COELHO, Vice-Presidente, a audiência de conciliação nos autos do Processo TRT/DC 0000375-22.2021.5.08.0000. Aberta a audiência, presente o Excelentíssimo Doutor LÓRIS [REDACTED] JUNIOR, representante do Ministério Público do Trabalho.

Apregoadas as partes, presente o suscitante SINDICATO DOS ENFERMEIROS DO ESTADO DO PARÁ - SENPA, representado por sua preposta Márcia do Socorro Melo Valente, assistido por sua advogada, Doutora NAJARA [REDACTED] SANTOS, habilitada nos autos.

Presente o suscitado HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, representado por seu preposto Breno Augusto Cerutti Mattos, assistido por sua advogada, Doutora RITA [REDACTED] DE BARROS, habilitada nos autos.

O Suscitante juntou Acordo Coletivo de Trabalho parcial 2021/2022, registrado, sob o no MR023440/2021 no Ministério da Economia, no qual as partes

declaram na cláusula terceira, parágrafo segundo, que a concessão do reajuste salarial, retroativo à 01 de maio de 2021, incidente sobre os valores acima previstos, dependerá de sentença normativa prolatada pelo TRT/8ª Região nos autos do DC 2021/2022, ou ainda, da celebração de termo aditivo à presente norma coletiva, conforme Id 6052bc0.

Desta forma, restou pendente apenas a definição do reajuste salarial, sendo proposto pelo Suscitante o percentual de 3,80% (três vírgula oitenta por cento), retroativo à 01 de maio de 2021, a ser aplicado sobre os valores previstos na cláusula terceira "PISO SALARIAL", de seguinte teor:

CLÁUSULA TERCEIRA - PISO SALARIAL Fica estabelecido o valor de R\$ 2.746,65 (dois mil setecentos e quarenta e seis reais e sessenta e cinco centavos) para incidir sobre gratificações acordadas. Parágrafo primeiro. Deve a empresa assegurar que nenhum enfermeiro receba salário base inferior ao valor de R\$ 8.781,30 (oito mil, setecentos e oitenta e um reais e trinta centavos)."

Neste caso em específico, observa-se que não há resposta da Secretaria de Saúde Indígena, já que compete a entidade conveniada o estudo de viabilidade de inclusão no orçamento destinado ao convênio, para a implementação da decisão judicial, e posterior apresentação à Secretaria do impacto orçamentário, conforme previsto o Plano de Trabalho Distrital e no Termo de Convênio.

### **3. CONCLUSÃO**

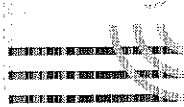
Este produto se constitui enquanto documento técnico que contém o levantamento do arcabouço legal da Força de trabalho na saúde indígena, decisões de instâncias de controle interno e externo e de decisões judiciais que versam sobre justiça do trabalho.

A força de trabalho atuante na SESAI, que corresponde a aproximadamente 22.000 profissionais, dos quais boa parte é proveniente dos convênios com o Ministério da Saúde, por não ser devidamente dimensionada, não é possível afirmar que são ou não suficientes para o desenvolvimento das ações de saúde e saneamento dos Distritos.

Nesta mesma senda, é notória a diminuição gradativa do número de servidores públicos federais vinculados à Secretaria, bem como a dificuldade de provimento da mão-de-obra médica para os Distritos.

Da mesma forma, por não haver uma definição por parte da SESAI das escalas de trabalho a serem cumpridas pelos profissionais, observa-se discrepância na rotina de trabalho entre os Distritos, não havendo assim isonomia entre os estes.

Considerando-se o exposto, é possível identificar diversas fragilidades no provimento da força de trabalho da saúde indígena, as quais corroboram para um volume considerável de demandas judiciais imputadas às entidades conveniadas ao Ministério da Saúde e consequentemente à SESAI como solidária.



Organización de Estados  
Iberoamericanos  
Organização de Estados  
Ibero-americanos

Brasília, 18 de janeiro de 2023.

  
\_\_\_\_\_  
**Monique  Coimbra**  
**Consultora Especialista**

#### 4. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Brasil. CGU. Relatório de Avaliação: Secretaria Especial de Saúde Indígena. Brasília: CGU, 2020.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: <[www.senado.gov.br/legislacao](http://www.senado.gov.br/legislacao)> Acesso em 02 de dezembro de 2022.

Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena / Fundação Nacional de Saúde. - Brasília: Funasa, 2009. 112 p.; il.

Decisão COFEN. [http://www.cofen.gov.br/decisao-cofen-no-01542016\\_41714.html](http://www.cofen.gov.br/decisao-cofen-no-01542016_41714.html). Acesso em 28/12/2022.

Estudo da OCDE da Atenção Primária à Saúde no Brasil; 2021. <https://www.oecd.org/health/estudos-da-ocde-sobre-os-sistemas-de-saude-brasil-2021-f2b7ee85-pt.htm>. Acesso em 20/12/2022.

Entenda como funciona a jornada de trabalho enfermeiro, e saiba o que diz a lei de 30 horas para enfermagem; Dez/21. <https://www.pontotel.com.br/jornada-trabalho-enfermeiro>. Acesso em 28/12/2022.

**1ª VT de Boa Vista promove acordo que beneficia trabalhadores de saúde em áreas indígenas do AM e RR.** Mai/2015. <https://portal.trt11.jus.br/index.php/main/333-1-vt-de-boa-vista-promove-acordo-que-beneficia-trabalhadores-de-saude-em-areas-indigenas-do-am-e-rr>.



**ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS IBERO-AMERICANOS  
PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA**

**DOCUMENTO TÉCNICO Nº 3**

Relatório técnico apresentando à Organização dos Estados Ibero-Americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura (OEI) com o produto da Consultoria especializada, contendo estudo técnico sobre o dimensionamento da estrutura regimental e estatuto da ADAPS, para a execução das ações de desenvolvimento da APS em Terras Indígenas e pesquisa com os atores principais nos territórios indígenas, sindicatos, lideranças, gestores, promotores e afins, para levantamento das expectativas e viabilidade de propostas.

Consultora Especialista

**Monique [REDACTED] Coimbra**

Escritório Regional da OEI no Brasil

Brasília, 23 de fevereiro de 2023

## Sumário

1. CONTEXTUALIZAÇÃO	3
1.1 Objetivo Geral	3
1.2 Objetivo Específico	4
2.0 Introdução	4
2.1 Proposta de nova legislação (Similar à Lei 13.958, de 18 de dezembro de 2019).	6
2.2 Proposta de alteração do Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020.	14
2.3 Proposta de alteração da Resolução nº 5, de 15 de outubro de 2021	14
3.0 Análise das propostas de alterações das legislações e instituição de novo Programa por atores da saúde indígena:	35
4.0 Conclusão	37
5.0 Referências Bibliográficas	38
Anexo I	40

## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO

### 1.1 Objetivo Geral

A presente consultoria parte, dentre outras, das prioridades definidas pela Organização dos Estados Ibero-americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura (OEI), em apresentar o histórico de provimento das equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI), bem como de apoio a determinantes ambientais, contendo ainda todo o arcabouço legal que estrutura as atividades desenvolvidas pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS).

Conforme solicitado no Edital nº 191/2022, a contratação da consultoria teve como objetivo a entrega de produtos que viabilizem bases estruturantes para dimensionamento de força de trabalho no contexto da Atenção Primária à Saúde, com foco na Saúde Indígena. Neste contexto, cabe a entrega dos produtos abaixo identificados.

Consultor 2 – Monique [REDACTED] Coimbra

1. Documento contendo o histórico do provimento de equipes para a Atenção Primária à Saúde das populações indígenas, bem como de apoio e determinantes ambientais em saúde indígena.
2. Documento com o levantamento do arcabouço legal de Força de trabalho na saúde indígena, decisões de instâncias de controle interno e externo e de decisões judiciais que versam sobre justiça do trabalho.
3. Estudo técnico sobre o dimensionamento da estrutura regimental e estatuto da ADAPS, para a execução das ações de desenvolvimento da APS em Terras Indígenas e pesquisa com os atores principais nos territórios indígenas, sindicatos, lideranças, gestores, promotores e afins, para levantamento das expectativas e viabilidade de propostas.

4. Documento técnico com exposição de motivos, estudos orçamentários, levantamentos legais, atores envolvidos, e demais peças que viabilizem a apresentação a Diretoria Executiva da ADAPS e seu Conselho Deliberativo. 120 dias após a assinatura do contrato 7.2 Produtos (Consultor 02: Especialista em dimensionamento de força de trabalho no contexto da Atenção Primária à Saúde, com foco na Saúde Indígena.)

Importante observar ainda que os produtos se referem ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) cuja gestão está a cargo do Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).

## 1.2 Objetivo Específico

No âmbito das atribuições da consultoria especializada, consta do Termo de Referência n.8329, que o produto a ser entregue refere-se a documento técnico contendo estudo técnico sobre o dimensionamento da estrutura regimental e estatuto da ADAPS, para a execução das ações de desenvolvimento da APS em Terras Indígenas e pesquisa com os atores principais nos territórios indígenas, sindicatos, lideranças, gestores, promotores e afins, para levantamento das expectativas e viabilidade de propostas.

## RELATÓRIO

### 2.0 Introdução

O presente estudo vem abordar a proposta de dimensionamento da estrutura regimental e estatuto da ADAPS, para a execução das ações de desenvolvimento da APS em Terras Indígenas, considerando a proposta de criação de um Programa para o provimento de

profissionais de saúde e determinantes ambientais que atendam às necessidades dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

O estudo considera a missão da agência, a qual visa contribuir para o fortalecimento da atenção primária à saúde da população brasileira, priorizando os locais de difícil provimento e de alta vulnerabilidade, favorecendo, assim, a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, e ainda a missão da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) que se desenha em planejar, coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Importante considerar que toda e qualquer proposta de atividade de saúde e determinantes ambientais deverá ser pautada nas legislações vigentes, principalmente no que tange ao estabelecido na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), com destaque para os seguintes aspectos:

- a. 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. a preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;
- c. o monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
- d. a articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- e. a promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
- f. a promoção de ações específicas em situações especiais;
- g. a promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
- h. promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
- i. bem como a garantia da participação do controle social.

Para o desenvolvimento do estudo a seguir, considera-se a proposta de criação de um novo Programa para provimento de profissionais de saúde e determinantes ambientais, similar ao *Médicos pelo Brasil*, já existente na Agência. Para tanto, serão utilizados como referência a Lei 13.958, de 18 de dezembro de 2019, o Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020 e a Resolução nº 5, de 15 de outubro de 2021, todos relacionados ao programa já em prática na Agência.

Desta forma, é importante frisar que a proposta de legislação a seguir segue aspectos técnicos, devendo, necessariamente, ser avaliada pelo corpo jurídico da ADAPS. Assim, a proposta a seguir será de publicação de uma nova Lei que contemple a fundamentação legal para a execução, por parte da Agência, de um novo Programa de provimento de profissionais de saúde e determinantes ambientais que atenda às necessidades e peculiaridades do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS).

Para fins de melhor elucidação, consta como anexo I deste estudo os cargos e as descrições de suas atividades laborais a serem considerados para fins do Programa proposto.

## 2.1 Proposta de nova legislação (Similar à Lei 13.958, de 18 de dezembro de 2019).

### **DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

Art. 1º Esta Lei institui o Programa Saúde Indígena, com a finalidade de incrementar a prestação de serviços de saúde e determinantes ambientais no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, e de fomentar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade ou saúde indígena, enfermeiros especialistas em saúde de família e comunidade ou saúde indígena e engenheiros ambientais especialistas

em saneamento, para atividades vinculadas à atenção primária à saúde no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), a ser executado pela ADAPS.

Art. 2º Para os fins desta Lei, consideram-se:

I - atenção primária à saúde: o primeiro nível de atenção do SUS, com ênfase na saúde da família, a fim de garantir:

a) o acesso de primeiro contato; e

b) a integralidade, a continuidade e a coordenação do cuidado;

II – Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI):

a) Distritos Sanitários Especiais Indígenas, comunidades remanescentes de quilombos ou comunidades ribeirinhas, incluídas as localidades atendidas por unidades fluviais de saúde, nos termos de ato do Ministro de Estado da Saúde;

III – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS):

a) ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, componente do Sistema Único de Saúde (SUS), e instituído pela LEI Nº 9.836, DE 23 DE SETEMBRO DE 1999.

## **CAPÍTULO II**

### **DO PROGRAMA SAÚDE INDÍGENA**

Art. 3º O Programa Saúde Indígena tem a finalidade de incrementar a prestação de serviços de saúde e determinantes ambientais, nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), componentes do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), e de fomentar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade ou saúde indígena, enfermeiros especialistas em saúde de família e comunidade ou saúde indígena e engenheiros ambientais especialistas em saneamento, no âmbito da atenção primária à saúde no SUS.

Parágrafo único. São objetivos do Programa Saúde Indígena:

- I - promover o acesso universal, igualitário e gratuito da população indígena às ações e aos serviços do SasiSUS, incluindo-se os serviços de saneamento e acesso à água potável;
- II - fortalecer a atenção primária à saúde e o SasiSUS, com ênfase na saúde da família e na humanização da atenção;
- III - valorizar os médicos e enfermeiros da atenção primária à saúde, principalmente no âmbito da saúde da família;
- IV – valorizar os engenheiros sanitaristas atuantes no âmbito do SasiSUS;
- V - desenvolver e intensificar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade; e enfermeiros especialistas em saúde de família ou saúde indígena e comunidade e engenheiros ambientais especialistas em saneamento; e



VI - estimular a presença de profissionais de saúde e determinantes ambientais no SasiSUS.

Art. 4º O Programa Saúde Indígena será executado pela Adaps, nos termos do Capítulo III desta Lei, sob a orientação técnica e a supervisão do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Compete ao Ministério da Saúde, entre outras competências, definir e divulgar:

I - a relação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) aptos a serem incluídos no Programa, com a listagem dos Polos Base e Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) a serem atendidos;

II - os procedimentos e os requisitos para a adesão do Distritos;

III - a relação final das localidades incluídas no Programa Saúde Indígenax e o quantitativo de profissionais de saúde e de determinantes ambientais da Adaps que atuarão em cada um dos Distritos; e

IV - as formas de participação do Controle Social do Programa Saúde Indígenax na avaliação dos serviços prestados e do cumprimento de metas.

Art. 5º A adesão dos Distritos ao Programa Saúde Indígena ocorrerá por meio de termo de adesão, do qual constarão suas obrigações no âmbito do Programa.

### **CAPÍTULO III**

## **DA AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Art. 6º Considerando a Lei 13.958, de 18 de dezembro de 2019, a qual institui a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), serviço social autônomo, na forma de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública, com a finalidade de promover, em âmbito nacional, a execução de políticas de desenvolvimento da atenção primária à saúde, com ênfase:

- I - na saúde da família;
  - II - nos locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade;
  - III - na valorização da presença dos profissionais de saúde e determinantes ambientais na atenção primária à saúde no SUS e no SasiSUS;
  - IV - na promoção da formação profissional, especialmente na área de saúde da família ou saúde indígena e saneamento; e
  - V - na incorporação de tecnologias assistenciais e de gestão relacionadas com a atenção primária à saúde.
- Art. 7º Compete à Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) no que tange o Programa Saúde Indígena:

- a) a contratação de profissionais de saúde e determinantes ambientais para incrementar a atenção primária à saúde (APS) nos 34 (trinta e quatro) Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI);
- b) a contratação de médicos, enfermeiros e engenheiros sanitaristas tutores, para atuação no âmbito do SasiSUS;
- c) a formação dos profissionais de saúde e determinantes ambientais, especialistas em saúde da família e comunidade e saneamento, respectivamente;
- d) a formação de Agentes Indígenas de Saúde, Agentes Indígenas de Saneamento e Agentes de Combates de Endemias;

- e) garantir o provimento dos quantitativos mínimos de profissionais necessários para o desenvolvimento das ações de saúde e saneamento nos Distritos.

## **Seção II**

### **Da Execução do Programa**

Art. 8. No âmbito do Programa Saúde Indígena, a Adaps realizará a contratação de profissionais de saúde e determinantes ambientais para incrementar a atenção primária à saúde em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade.

Parágrafo único. Serão selecionados para atuar no Programa:

- I – profissionais de saúde;
- II – profissionais de determinantes ambientais;
- III - tutores médicos, enfermeiros e engenheiros sanitaristas.

Art. 9. A contratação dos profissionais supracitados será realizada por meio de processo seletivo público que observe os princípios da Administração Pública e considerará o conhecimento necessário para o exercício das atribuições de cada função.

§ 1º São requisitos para inscrição no processo seletivo de que trata o caput deste artigo, que os profissionais:

- I - tenha registro em seus respectivos Conselhos Regionais de Classe; e

II - seja especialista em saúde da família e comunidade ou em clínica médica, ou em saneamento, nos termos previstos no edital da seleção, para a seleção dos cargos de tutoria.

§ 2º A remuneração dos profissionais será regulamentada em ato da Adaps, aprovada pelo Conselho Deliberativo.

§ º Aos possuidores de cursos lato e stricto sensu na área de saúde indígena poderão ser oferecidas gratificações especiais de até 10% do salário.

§ 3º Não será aberto novo processo seletivo enquanto houver candidato aprovado, dentro do número de vagas ofertadas, em processo seletivo anterior com prazo de validade não expirado ou cujo candidato não tenha desistido oficialmente da vaga.

Art. 10. O processo seletivo para tutores será realizado por meio de prova escrita, de caráter eliminatório e classificatório.

Art. 11. O processo seletivo será composto das seguintes fases:

I - prova escrita, de caráter eliminatório e classificatório;

II - curso de formação, eliminatório e classificatório, com duração de 2 (dois) anos; e

III - prova final escrita para habilitação do profissional como especialista em saúde da família e comunidade ou saúde indígena, de caráter eliminatório e classificatório.

§ 1º A prova de que trata o inciso I do caput deste artigo versará sobre conteúdo limitado às Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação das respectivas

profissões e não poderá exigir do candidato conhecimentos especializados incompatíveis com o nível de graduação.

§ 2º O curso de formação consistirá em especialização realizada por instituição de ensino parceira, com avaliações semestrais intermediárias e prova final de conclusão do curso, e abrangerá atividades de ensino, pesquisa e extensão, além do componente assistencial, mediante integração entre ensino e serviço, exclusivamente na atenção primária à saúde no âmbito do SasiSUS.

§ 3º As atividades do curso de formação serão supervisionadas pelos tutores.

§ 4º Durante o curso de formação, o candidato perceberá bolsa-formação.

§ 5º As atividades desempenhadas durante o curso de formação não constituirão vínculo empregatício de qualquer natureza.

§ 6º Os profissionais em curso de formação enquadram-se como segurado obrigatório do Regime Geral de Previdência Social, na condição de contribuinte individual, na forma prevista na Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

§ 7º Para os fins do art. 26 da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, e do art. 22 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, os valores percebidos a título de bolsa-formação de que trata o § 4º deste artigo não caracterizam contraprestação de serviços.

#### **CAPÍTULO IV**

#### **DISPOSIÇÕES FINAIS**

Art. 12. Para o cumprimento do disposto nesta Lei, o Ministério da Saúde poderá firmar contratos, convênios, acordos e outros instrumentos congêneres com órgãos e entidades públicas e privadas, inclusive com instituições de ensino.

Art. 13. Compete ao Ministro de Estado da Saúde editar normas complementares para o cumprimento do disposto nesta Lei.

Art. 14. As despesas decorrentes do cumprimento do disposto nesta Lei correrão à conta de dotações orçamentárias consignadas no orçamento geral da União e observarão os limites de empenho e movimentação financeira.

Art. 15. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

## 2.2 Proposta de alteração do Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020.

O Decreto nº 10.283 o qual Institui o Serviço Social Autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde - Adaps, trata da estrutura da Agência no que tange ao Conselho Deliberativo, a Diretoria Executiva, o Conselho Fiscal e o Contrato de Gestão.

Diante disso, considerando que a proposta de um novo Programa para execução da ADAPS não necessita de alterações da estrutura da Agência, o presente estudo não identificou a necessidade de alterações do referido Decreto.

## 2.3 Proposta de alteração da Resolução nº 5, de 15 de outubro de 2021

A Resolução nº 5, de 15 de outubro de 2021, dispõe sobre o Contrato de Gestão para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde.

Diante da previsão de instituição de um novo programa visando ao provimento de profissionais de saúde e determinantes ambientais para atuação no âmbito do SasiSUS, o

presente estudo identifica a necessidade de alterações na referida Resolução, que contemplem as necessidades do SasiSUS.

Importante ainda compreender que, a gestão do Programa de Trabalho do contrato de gestão atual, Programa Médicos pelo Brasil, é pactuado seguindo as diretrizes da Atenção Primária no SUS, e que a proposta para a saúde indígena relaciona-se à Atenção Primária no SasiSUS, ou seja, mesmo o SasiSUS sendo parte do SUS, este requer atenção diferenciada devido às particularidades da saúde indígena.

Desta forma, a seguir serão apresentadas as sugestões de alterações necessárias da Resolução em questão.

### **RESOLUÇÃO Nº 5, DE 15 DE OUTUBRO DE 2021**

Dispõe sobre o Contrato de Gestão para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde.

O Conselho Diretor da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde - ADAPS, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 3º da lei nº 10.283, de 20 de março de 2020 e o art. 22 da lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019, adota a seguinte Resolução e eu, Presidente, determino a sua publicação:

**CONTRATO DE GESTÃO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MINISTÉRIO DA SAÚDE E A AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

A União, por intermédio do Ministério da Saúde, inscrito no CNPJ nº \_\_\_\_ , situado na \_\_\_\_ neste ato representado pelo Ministro de Estado da Saúde, \_\_\_\_, portador da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_ e do CPF \_\_\_\_, aqui denominado Ministro da Saúde e a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde, doravante designada ADAPS, inscrita no CNPJ

nº \_\_\_\_, Serviço Social Autônomo, autorizada e instituída, respectivamente, pela Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019, e pelo Decreto 10.283, de 20 de março de 2020, com sede e foro no Distrito Federal, neste ato representado por seu Diretor-Presidente, portador da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_ celebram entre si o presente CONTRATO DE GESTÃO, regido pelas cláusulas e condições seguintes:

#### CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO DO CONTRATO E DOS SEUS FUNDAMENTOS

##### LEGAIS

Trata-se de CONTRATO DE GESTÃO que entre si celebram as partes, conforme determinação legal dos artigos 14 ao 19 da Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019 e artigos 9 e 10 do Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020, cujo objetivo é estabelecer as relações de obrigações e direitos entre o Ministério da Saúde e a ADAPS, especificando de forma objetiva o descrito nos incisos da presente Cláusula:

I - o programa de trabalho que será executado pela ADAPS, incluindo os objetivos, metas, prazos e responsabilidades, na promoção, em âmbito nacional, da execução de políticas públicas para o desenvolvimento da atenção primária à saúde;

II - os critérios objetivos de avaliação de desempenho;

III - as diretrizes para os mecanismos e os procedimentos internos de integridade, de auditoria e de incentivo à denúncia de irregularidades;

IV - as diretrizes para o estabelecimento de código de ética e código de conduta para os dirigentes e os empregados da ADAPS; e

V - as diretrizes da gestão da política de pessoal da ADAPS;

PARÁGRAFO ÚNICO: O presente contrato estabelece a relação jurídica entre as partes observando as normas jurídicas vigentes, de forma sistemática e finalística e atendendo ainda



os princípios que regem a Administração Pública e os princípios que regem os contratos na Lei Civil, no que lhe couber.

#### CLÁUSULA SEGUNDA - DOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

PARÁGRAFO PRIMEIRO. No âmbito do presente contrato, por determinação legal, a ADAPS desenvolverá as suas atividades com ênfase:

- I - Na estratégia de saúde da família;
- II - No aprimoramento da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI);
- III - Nos locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade;
- IV - Na valorização da presença dos profissionais de saúde e determinantes ambientais na atenção primária à saúde no SUS e no SasiSUS;
- V - Na promoção da formação profissional, especialmente na área de saúde da família ou saúde indígena e de saneamento; e
- VI - Na incorporação de tecnologias assistenciais e de gestão relacionadas com a atenção primária à saúde.

PARÁGRAFO SEGUNDO. O presente contrato de gestão deverá contribuir para o alcance dos objetivos estratégicos do Ministério da Saúde e do Plano Nacional de Saúde relacionados à atenção primária, entre eles:

- I - Ampliar o acesso a serviços de saúde de qualidade e em tempo adequado;
- II - Reduzir e controlar doenças e agravos;
- III - Intensificar o acesso a vacinas, medicamentos e demais insumos estratégicos;
- IV - Fortalecer a imagem do Sistema Único de Saúde - SUS;

- V - Ampliar a atenção primária de forma integrada;
- VI - Aprimorar o subsistema de atenção integral à saúde dos povos indígenas;
- VII - Aprimorar a gestão integrada da rede de saúde;
- VIII - Fortalecer o monitoramento e avaliação de políticas públicas em saúde; e
- IX - Promover a ampliação e a resolutividade das ações e serviços da atenção primária de forma integrada e planejada.
- X - Contribuir com o fortalecimento da atenção primária à saúde (APS) de modo que possa coordenar a rede de atenção à saúde (RAS), de acordo com a Portaria Consolidada nº 3/2017.

## CLÁUSULA TERCEIRA - DO PROGRAMA DE TRABALHO

A execução do presente Contrato de Gestão pela ADAPS observará o Programa de Trabalho, o qual foi pactuado para o período de 2021 a 2024, constante do Anexo I, que será parte integrante e indissociável deste ajuste, independentemente de transcrição, para todos os efeitos legais e de direito.

PARÁGRAFO PRIMEIRO. O Programa de Trabalho deve contemplar, no mínimo:

- I- Os objetivos, as metas de desempenho a serem alcançadas pela ADAPS, com os respectivos indicadores, incluindo-se os de qualidade e produtividade, e prazos de execução.
- II- As obrigações e responsabilidades assumidas pelos signatários.
- III- Os critérios de avaliação de desempenho da ADAPS no cumprimento do presente Contrato de Gestão.
- IV - Os valores necessários a serem transferidos à ADAPS, pelo Ministério da Saúde,

condicionados à aprovação da Lei Orçamentária Anual - LOA respectiva e à existência de limite financeiro orçamentário.

PARÁGRAFO SEGUNDO. O conteúdo do Programa de Trabalho apresentado é definido em consonância com as políticas, programas e projetos do Sistema Único de Saúde e do SasiSUS, considerando o período nele constante.

PARÁGRAFO TERCEIRO. O Programa de Trabalho poderá ser reavaliado sempre que necessário, a pedido de qualquer um dos signatários do contrato de gestão, desde que esse pedido seja apresentado de forma justificada e com antecedência mínima de 120 (cento e vinte) dias do prazo final da execução das respectivas metas estabelecidas no Contrato de Gestão.

PARÁGRAFO QUARTO. Na execução do Programa de Trabalho, a ADAPS poderá celebrar contratos, convênios, acordos de cooperação e outros ajustes com pessoas físicas ou jurídicas com, ou sem fins lucrativos, nacionais, estrangeiras ou internacionais, de direito público ou privado.

#### CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DA ADAPS

São obrigações da ADAPS, para o fiel cumprimento deste contrato de gestão:

I- Executar e prestar os serviços no âmbito da atenção primária à saúde e determinantes ambientais no Sistema Único de Saúde – SUS e do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), em caráter complementar à atuação dos entes federativos, especialmente nos locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade e nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI);

II- Desenvolver e submeter à aprovação do Conselho Deliberativo sua estrutura organizacional e regimento interno em até 90 (noventa) dias da publicação;

III- Desenvolver, submeter à aprovação do Conselho Deliberativo e dar publicidade ao seu manual de licitações e contratos no prazo de 120 (cento e vinte) dias corridos da publicação;

IV- Elaborar e submeter à aprovação do Conselho Deliberativo o Código de Ética e de Conduta para os dirigentes e empregados, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias corridos da publicação;

V- Desenvolver e obter a aprovação do Conselho Deliberativo para o Regulamento de Integridade, Auditoria e Denúncia de Irregularidades, observando o prazo estabelecido de 120 (cento e vinte) dias corridos;

VI- Submeter anualmente ao Ministério da Saúde o orçamento da ADAPS para execução das atividades previstas;

VII- Promover a seleção e contratação de profissionais que componham o seu quadro administrativo;

VIII- Executar o Programa Médicos pelo Brasil e o Programa Saúde Indígena, em articulação com o Ministério da Saúde e em consonância com o Plano Nacional de Saúde;

IX- Promover a seleção e contratação de profissionais e tutores em saúde e saneamento, no caso dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, nos termos estabelecidos pela Lei 13.958, de 18 de dezembro de 2019 e atos normativos pertinentes expedidos pelo Ministério da Saúde, para viabilizar a implementação do Programa Médicos Pelo Brasil e do Programa Saúde Indígena, observando os princípios que regem à Administração Pública;

X- Alcançar as metas de desempenho institucional e cumprir os objetivos estabelecidos no Programa de Trabalho constante do Anexo I;

XI- Atuar nos municípios que aderirem ao Programa Médicos pelo Brasil, conforme regramentos definidos, no âmbito de sua cooperação e colaboração com o Programa;

XII- Atuar nos Distritos que aderirem ao Programa Saúde Indígena, conforme regramentos definidos, no âmbito de sua cooperação e colaboração com o Programa;

XIII- Desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão, que poderão ser objeto de contratação externa, considerando o componente assistencial por meio da integração entre ensino e serviço;

XIV- Promover o desenvolvimento e a incorporação de tecnologias assistenciais e de gestão visando à ampliação do acesso como estratégia da Atenção Primária;

XV- Na execução dos Programas Médicos pelo Brasil e Programa Saúde Indígena:

a) avaliar anualmente o nível de satisfação do gestor do município ou DSEI que tenha recebido profissionais de saúde e determinantes ambientais dos programas;

b) avaliar semestralmente o grau de satisfação do médico bolsista e dos demais profissionais e tutores contratados em relação à sua atividade, considerando o sistema de tutoria e a Unidade Básica de Saúde ou o Polo base em que esteja alocado;

c) acompanhar de forma sistematizada a experiência dos usuários do Programa Médicos pelo Brasil e do Programa Saúde Indígena em relação à avaliação dos serviços prestados; e

d) estabelecer painel de monitoramento quanto às metas pactuadas e demais pontos de atenção pela aplicação dos indicadores estabelecidos para o Programa Médicos pelo Brasil e Programa Saúde Indígena.

I- Monitorar e avaliar os resultados das atividades desempenhadas no âmbito de suas competências pela aplicação de indicadores e marcações de cumprimento das metas pactuadas;

II- Avaliar periodicamente, em conjunto com o Ministério da Saúde, a pertinência e a consistência dos indicadores e metas de desempenho constantes do Programa de Trabalho (Anexo I), propondo, com as devidas justificativas, alterações, inclusões e exclusões necessárias;

III- Disponibilizar, nos de canais de comunicação oficiais da Agência, as informações referentes a este CONTRATO e instrumentos relacionados, bem como ao desempenho Institucional e aos resultados alcançados na sua execução;

IV- Disponibilizar, tempestivamente, as informações que lhe forem solicitadas pelo Ministério da Saúde e órgãos de controle interno e externo relativas à sua execução.

V- Promover a qualificação aos seus trabalhadores para melhoria do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde;

VI- Observar e cumprir o disposto na Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, especialmente o previsto em seu art. 2º, e regulamentos, com o fim de garantir o acesso a informações de interesse público sobre os recursos públicos recebidos diretamente do orçamento ou mediante subvenções sociais, contrato de gestão, termo de parceria, convênios, acordo, ajustes ou outros instrumentos congêneres.

VII- Dar publicidade ao contrato de gestão e instrumentos relacionados e seus resultados alcançados no sítio eletrônico da ADAPS, tão logo seja implementado.

#### CLÁUSULA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

São obrigações do Ministério da Saúde:

I- Analisar, adequar e aprovar, anualmente, o orçamento para a execução das atividades previstas no contrato de gestão, apresentado pela ADAPS;

II- Propor, na lei orçamentária anual, os créditos a serem transferidos para a ADAPS para a execução das atividades previstas no contrato de gestão;

III- Supervisionar, no que lhe couber, a gestão da ADAPS, nos termos da Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019, e no Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020;

IV- Instituir, em até 30 (trinta) dias após a celebração do Contrato de Gestão, comissão de acompanhamento e avaliação, responsável pelo acompanhamento e avaliação periódica dos resultados alcançados com a execução deste contrato.

V- Avaliar periodicamente a pertinência e a consistência dos indicadores e metas de desempenho constantes do programa de trabalho (Anexo I), propondo, com as devidas justificativas, alterações, inclusões e exclusões necessárias.

VI- Acompanhar e avaliar o cumprimento dos resultados e metas ora pactuados, considerando os indicadores estabelecidos, bem como as marcações de cumprimento das metas de alcance único;

VII- Transferir à ADAPS os créditos previstos no contrato de gestão, segundo o cronograma de desembolso estabelecido no ajuste, observados os valores aprovados na Lei Orçamentária Anual e a existência de limite financeiro-orçamentário;

VIII- Apreciar o relatório circunstanciado sobre a execução do contrato de gestão e emitir parecer sobre o seu cumprimento pela ADAPS, no prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de apresentação do relatório ao Ministério da Saúde, consideradas, na avaliação do cumprimento do contrato;

XIX- Apoiar a ADAPS, nos limites de sua competência, para o provimento dos meios necessários à consecução dos objetivos e metas definidos;

X- Proporcionar as condições para a execução das metas deste Contrato para o cumprimento dos Termos de Ajustes e Metas pactuados entre a ADAPS e as unidades federadas, nos termos das deliberações conjuntas do Ministério da Saúde e da ADAPS;

XI- Analisar e deliberar sobre o Programa de Trabalho Anual da ADAPS; XII

No âmbito do Programa Médicos pelo Brasil:

a) definir os procedimentos e os requisitos para a adesão dos Municípios ao Programa Médicos pelo Brasil;

b) definir a relação dos Municípios aptos a serem incluídos no Programa Médicos pelo Brasil, de acordo com a definição de locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade;

c) definir o quantitativo de médicos do Programa Médicos pelo Brasil contratados pela ADAPS que atuarão em cada Município; e

d) definir e divulgar as formas de participação dos usuários do Programa Médicos pelo Brasil na avaliação dos serviços prestados e do cumprimento de metas.

#### XIII - No âmbito do Programa Saúde Indígena:

a) definir os procedimentos e os requisitos para a adesão dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas ao Programa;

b) definir a relação dos Distritos aptos a serem incluídos no Programa, considerando os indicadores de saúde e saneamento locais;

c) definir o quantitativo de profissionais de saúde e determinantes ambientais do Programa Saúde Indígena contratados pela ADAPS que atuarão em cada Distrito; e

d) definir e divulgar as formas de participação do Controle Social na avaliação dos serviços prestados e do cumprimento de metas.

XIV- Garantir acesso à base de dados de serviços de saúde e outros sistemas do SUS, que possuam relação com os locais de atuação dos profissionais contratados da ADAPS, e com o registro de informações quanto às atividades assistenciais na APS, tais como o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o e-SUS AB, o SISAB, e o SIASI e eventuais sistemas que abarquem o registro das atividades assistenciais dos profissionais da ADAPS, observado o disposto na Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.

XX- Fornecer as orientações necessárias para a correta execução dos serviços e ações, sempre que necessário.



## CLÁUSULA SEXTA - DIRETRIZES PARA O REGULAMENTO DE INTEGRIDADE, AUDITORIA E DENÚNCIA DE IRREGULARIDADES DA ADAPS

A ADAPS deverá observar as seguintes diretrizes em seus mecanismos e procedimentos de integridade, auditoria e denúncia de irregularidades:

I- Comprometimento e apoio da alta direção com a promoção de uma cultura de integridade, com a autonomia da unidade de auditoria e com a segurança dos mecanismos de denúncia de irregularidade.

II- Instituição de Instância interna responsável por desenvolver, aplicar e monitorar o Programa de Integridade, Auditoria e Denúncia de Irregularidades;

III- Estabelecimento de análise do perfil e riscos da ADAPS; IV - Adoção de padrões de ética e conduta;

V- Implantação de uma unidade de correição; e

VI- Adoção de estratégias de monitoramento contínuo.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: Deverá ser criada a ouvidoria, tendo a sua atuação garantida por independência de atuação e respeito aos princípios da não divulgação dos dados dos denunciantes, bem como a criação de um canal de comunicação específico para a apresentação de denúncias, com previsão de compartilhamento com o órgão supervisor.

## CLÁUSULA SÉTIMA - DIRETRIZES PARA O CÓDIGO DE ÉTICA E DE CONDUTA DA ADAPS

O Código de Ética e de Conduta da ADAPS deverá observar as seguintes diretrizes:

I- Pautar pela predominância da probidade administrativa, do interesse público, do sigilo profissional, e dos princípios consagrados na Administração Pública Federal.

II- Explicitar os princípios e os valores adotados pela ADAPS fornecendo parâmetros para que a sociedade possa aferir a integridade e a lisura das ações e processo decisório adotados pela Agência no cumprimento de seus objetivos institucionais.

III- Mencionar as políticas da ADAPS para prevenir fraudes e ilícitos, em especial as que regulam o relacionamento da agência com o setor público.

IV - Estabelecer vedações expressas:

- a) aos atos de prometer, oferecer ou dar, direta ou indiretamente, vantagem indevida a agente público, nacional ou estrangeiro, ou a pessoa a ele relacionada;
- b) à prática de fraudes em licitações e contratos com os governos, nacional ou estrangeiro;
- c) ao oferecimento de vantagem indevida a licitante concorrente;
- d) ao embaraço à ação de autoridades fiscalizatórias;
- e) aos crimes contra a sociedade e seus integrantes;
- f) aos crimes contra o sistema financeiro ou contra a Administração Pública brasileira, ou estrangeira;
- g) à sonegação de impostos, evasão de divisas e demais crimes fiscais.

V- Estabelecer a proibição de retaliação a denunciante e os mecanismos para protegê-los, garantindo o anonimato, definindo os canais para receber e processar dúvidas, denúncias, reclamações e sugestões.

VI- Conter previsão de medidas disciplinares para casos de transgressões às normas e às políticas da Agência.

VII- Contribuir para a consolidação da identidade da ADAPS como uma instituição que preza pela preservação da ética em todos os seus atos e instâncias.

VIII- Coibir qualquer conduta lesiva à gestão dos recursos públicos aplicados na ADAPS ou que venha a conspurcar a imagem da Agência, orientando os empregados segundo elevado padrão de conduta ético-profissional, para que a instituição realize melhor e em toda sua amplitude a condição de serviço social autônomo sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública.

#### CLÁUSULA OITAVA - DIRETRIZES PARA A POLÍTICA DE PESSOAL DA ADAPS

É conferida autonomia à DIREÇÃO EXECUTIVA para a contratação e administração de pessoal da entidade, sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

PARÁGRAFO PRIMEIRO: A contratação de profissionais de saúde e determinantes ambientais para atuar nas atividades de incremento à atenção primária à saúde em locais de difícil provimento, de alta vulnerabilidade e Distritos Sanitários Especiais Indígenas, no âmbito do apoio à execução do Programa Médicos pelo Brasil e do Programa Saúde Indígena, deve atender ao disposto nos arts. 24 a 27 da Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019.

PARÁGRAFO SEGUNDO: O limite remuneratório dos membros da sua Diretoria-Executiva e dos seus empregados não deverá ser superior ao teto remuneratório da administração pública federal.

PARÁGRAFO TERCEIRO: O limite prudencial das despesas com remuneração e pagamento de vantagens de qualquer natureza aos seus empregados, bolsistas e membros da Diretoria Executiva, não deve ultrapassar a 80% (oitenta por cento) dos recursos públicos transferidos, a título de fomento ao cumprimento do contrato de gestão.

PARÁGRAFO QUARTO: A remuneração, critérios, vantagens e benefícios a serem percebidos pelos empregados da ADAPS observarão o Plano de Carreira, Cargos e Salários, aprovado pelo Conselho Deliberativo, bem como as negociações coletivas de trabalho.

PARÁGRAFO QUINTO: São vedadas as práticas de nepotismo e de conflito de interesse.

PARÁGRAFO SEXTO: O provimento, as remunerações e as demais normas de regulação não dispostas neste CONTRATO serão regulados por ato do ADAPS, respeitadas as competências previstas no seu Estatuto.

#### CLAÚSULA NONA - DIRETRIZES PARA OCUPAÇÃO DE CARGOS DE DIREÇÃO E ASSESSORAMENTO

Os membros da Diretoria Executiva e cargos de assessoramento especial serão escolhidos entre profissionais de reputação ilibada e notório conhecimento nas áreas de atuação da ADAPS, observando os seguintes critérios:

I- Possuir reputação ilibada;

II- Ter notório conhecimento e experiência compatível com o cargo para o qual foi indicado;

III- Ter formação acadêmica de nível superior ou especialização, compatível com o cargo para o qual foi indicado;

IV- Não enquadramento nas hipóteses de inelegibilidade previstas no inciso I do caput do art. 1º da Lei Complementar nº 64, de 18 de maio de 1990.

#### CLÁUSULA DÉCIMA - DA CESSÃO DE SERVIDORES OU EMPREGADOS PÚBLICOS PARA A ADAPS

O presidente da ADAPS pode requerer ao Ministério da Saúde a cessão de servidores públicos de seu quadro de pessoal, independentemente de exercício de cargo de direção ou gerência, nos termos previstos no art. 31 da Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019.

PARÁGRAFO PRIMEIRO. A cessão de que trata o caput pode ser solicitada sob as seguintes condições:

I- Com ônus ao cedente, pelo período de até 2 (dois) anos, contado da data de instituição da ADAPS;

II- Com ônus ao cessionário, observado o disposto no art. 61 da Lei nº 13.844, de 18 de junho de 2019.

PARÁGRAFO SEGUNDO. É vedado o pagamento de vantagem pecuniária permanente ao servidor cedido com recursos provenientes do contrato de gestão, ressalvada a hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção, gerência ou assessoria.

PARÁGRAFO TERCEIRO. O servidor ou empregado público cedido fica sujeito aos processos de avaliação de desempenho e de metas de desempenho, institucionais e individuais, aplicados aos empregados da ADAPS.

PARÁGRAFO QUARTO. A ADAPS deve comunicar ao órgão ou à entidade de origem do servidor ou empregado público a ela cedido, as informações relativas ao seu desempenho institucional, para fins da adoção das providências cabíveis, inclusive para a percepção da gratificação de desempenho do cargo efetivo estabelecidas pelo órgão ou pela entidade de origem.

PARÁGRAFO QUINTO. Os servidores cedidos nos termos do caput deste artigo podem ser devolvidos a qualquer tempo ao Ministério da Saúde por decisão da ADAPS.

#### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

Para o cumprimento das obrigações, objetivos e metas pactuadas no presente contrato, pelo Ministério da Saúde serão transferidos os valores anuais constantes no Cronograma de Desembolso, que consta do Anexo III, conforme os valores propostos e definidos na Lei Orçamentária Anual.

PARÁGRAFO PRIMEIRO. O valor deste contrato será estabelecido em cada exercício financeiro, considerando as dotações consignadas no Orçamento Geral da União, nos créditos adicionais, em transferências ou repasses.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Os recursos serão transferidos à ADAPS de acordo com os créditos aprovados e as liberações efetuadas, observado o cronograma de desembolso acordado entre as partes para cada exercício constante do Anexo III.

PARÁGRAFO TERCEIRO. Será assegurada à ADAPS a plena autonomia, própria da sua natureza jurídica de entidade civil de direito privado, para celebrar contratos, convênios ou outros instrumentos congêneres com qualquer pessoa física, ou jurídica para a execução do presente contrato, sempre que considere essa solução mais econômica e que esteja de acordo com o Regulamento de licitações, convênios e instrumentos congêneres, inclusive para cobertura de despesas de pessoal e custeio em geral.

PARÁGRAFO QUARTO - Os saldos não utilizados serão, obrigatoriamente, aplicados em instituições bancárias, na forma da legislação vigente, e os rendimentos auferidos serão computados em favor da ADAPS e aplicados, exclusivamente, na consecução de suas atividades institucionais.

#### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

O Tribunal de Contas da União - TCU fiscalizará a execução do contrato de gestão e determinará a adoção das medidas que julgar necessárias para corrigir fragilidades, falhas ou irregularidades identificadas.

PARÁGRAFO PRIMEIRO. A ADAPS encaminhará ao Tribunal de Contas da União, até 31 de março do ano subsequente ao término do exercício financeiro, a prestação de contas anual da aplicação dos recursos públicos aplicados, após manifestação do seu Conselho Fiscal e aprovação pelo seu Conselho Deliberativo.

PARÁGRAFO SEGUNDO. A ADAPS deverá enviar o relatório anual circunstanciado das atividades da ADAPS ao Senado Federal, à Câmara dos Deputados e ao Conselho Nacional de Saúde, assim como disponibilizá-lo no respectivo sítio na internet, conforme disposto no inciso IV da Lei nº 13.958, 19 de dezembro de 2019.

PARÁGRAFO TERCEIRO. A prestação de contas que é tratada no "caput" será disponibilizada em sítio eletrônico, ressalvadas as hipóteses legais de sigilo e restrição de acesso às informações pessoais sensíveis dos usuários do SUS.

#### CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E SUPERVISÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

O Ministério da Saúde acompanhará, avaliará e supervisionará a execução do Contrato de Gestão, com foco no cumprimento das obrigações e no alcance das metas pactuadas.

PARÁGRAFO PRIMEIRO. A ADAPS elaborará e apresentará ao Ministério da Saúde, por meio da Comissão de Acompanhamento e Avaliação, instituída nos termos do art.10 do Decreto 10.283/2020, relatórios semestrais de seu desempenho na execução do Contrato de Gestão, assim como os seguintes relatórios anuais, até a data de 31 de março do ano subseqüente:

I- Relatório circunstanciado sobre a execução do contrato de gestão, com a prestação de contas dos recursos públicos aplicados, a avaliação geral do contrato e as análises gerenciais pertinentes; e

II- Relatório anual circunstanciado de suas atividades, o qual deverá conter: sumário executivo, programa de trabalho, cronograma de execução, avaliação de desempenho dos profissionais, e plano de gestão integrante da prestação de contas da ADAPS.

PARÁGRAFO SEGUNDO - O acompanhamento das metas pactuadas no Anexo I do presente contrato se fará mediante a Sistemática de Pontuação estabelecida inclusive na Tabela I no Anexo II com observância à TABELA DE AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO, constante deste mesmo Anexo II (TABELA II).

PARÁGRAFO TERCEIRO - O MS poderá solicitar informações complementares sempre que considerar necessárias, de forma Institucional.

#### CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA VIGÊNCIA E ALTERAÇÕES CONTRATUAIS

O prazo de vigência do presente contrato de gestão será de 03 (três) anos, a contar da data de sua assinatura, podendo ser renovado ou alterado, em comum acordo entre os partícipes, inclusive para incorporar recomendações formuladas pelas instâncias de supervisão ou de fiscalização.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A revisão, parcial ou total deste CONTRATO, será formalizada mediante termo aditivo e necessariamente precedida de justificativa do Ministério da Saúde e da ADAPS, e poderá ocorrer:

I- por recomendação constante de relatório da Comissão de Acompanhamento e Avaliação, e em comum acordo entre as partes;

II- para adequação a novas políticas governamentais que promovam alterações nas condições ora pactuadas, se houver impacto na execução do CONTRATO DE GESTÃO; e

III- para adequação às metas e obrigações da Lei Orçamentária Anual.

PARÁGRAFO SEGUNDO. A alteração das metas e prazos de desempenho estabelecidos no Programa de Trabalho poderão ocorrer por termo aditivo.

#### CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA RESCISÃO



O presente Contrato de Gestão poderá ser rescindido, a qualquer tempo, respeitadas as disposições legais e normativas às quais estão sujeitas as partes signatárias, em caso de comprovada e injustificada insuficiência de desempenho da ADAPS no cumprimento de suas obrigações, objetivos e metas pactuados. Atestado o descumprimento deste CONTRATO pela ADAPS, o Ministério da Saúde encaminhará solicitação de justificativa fundamentada, que deverá ser respondida em até 60 (sessenta) dias pela ADAPS.

PARÁGRAFO PRIMEIRO. O CONTRATO poderá ser rescindido, por acordo entre as partes ou administrativamente pelo Ministério da Saúde, nas seguintes situações:

I- por desrespeito, comprovado administrativamente, aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência por parte do administrador;

II- se houver descumprimento das Cláusulas, dos objetivos e das responsabilidades dos dirigentes, estabelecidos no CONTRATO, decorrentes de má gestão, culpa ou dolo;

III- por insuficiência injustificada de desempenho institucional da ADAPS; e

IV- na hipótese de não atendimento às recomendações do Ministério da Saúde, decorrentes da supervisão da execução do CONTRATO.

PARÁGRAFO SEGUNDO. A rescisão contratual será formalmente motivada nos autos do processo administrativo, assegurado o contraditório e a ampla defesa. O prazo de defesa será de 30 (trinta) dias, contado da data da intimação, respeitado o devido processo legal.

PARÁGRAFO TERCEIRO. Em caso de rescisão ou supressão dos serviços contratados no presente Contrato de Gestão, o Ministério da Saúde garantirá recursos financeiros necessários à ADAPS a fim de cobrir as despesas, de qualquer natureza, relativas à desmobilização dos serviços e ações, desde que tenham sido previstos nos cálculos dos custos fixados originalmente.

PARÁGRAFO CUARTO. Em caso de rescisão, a ADAPS deverá prestar contas de gestão dos recursos recebidos, procedendo à apuração e devolução do saldo existente.

#### CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

No caso de não atingimento das metas pactuadas, em conformidade com os Critérios de Avaliação de Desempenho fixados neste CONTRATO, a ADAPS deverá apresentar justificativa detalhada acerca dos motivos que levaram ao seu não cumprimento.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A justificativa deverá ser encaminhada formalmente ao Ministério da Saúde para decisão de manutenção dos repasses de recursos voluntários do órgão à ADAPS, no ano subsequente.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Os administradores e agentes que derem causa ao descumprimento dos objetivos e metas avençados, bem como a eventuais faltas cometidas, havendo comprovado dolo, serão responsabilizados, na forma da legislação vigente e aplicável ao caso concreto, assegurado o direito ao contraditório e à ampla defesa.

PARÁGRAFO TERCEIRO - O descumprimento injustificado das disposições do Contrato de Gestão implicará a dispensa do Diretor-Presidente da ADAPS pelo Conselho Deliberativo, conforme parágrafo único, do artigo 18 da Lei nº 13.958/2019.

#### CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DA PUBLICIDADE

O presente CONTRATO será disponibilizado integralmente na internet pelo Ministério da Saúde e pela ADAPS, no prazo de quinze dias, contado da data de sua celebração, revisão ou renovação.

PARÁGRAFO ÚNICO: O extrato deste CONTRATO e seus eventuais aditivos serão publicados no Diário Oficial da União pelo Ministério da Saúde até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura.

#### CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DO FORO

O foro competente para dirimir dúvidas e controvérsias decorrentes deste contrato de gestão é o da Justiça Federal, Seção Judiciária do Distrito Federal.

E, por estarem justas e contratadas, firmam as partes o presente CONTRATO, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo qualificadas.

No que se refere os anexos da Resolução:

- a. Anexo I - PROGRAMA DE TRABALHO (03 ANOS INICIAIS) OBJETIVOS FINALÍSTICOS E RESPECTIVOS INDICADORES E METAS DA ADAPS;
- b. Anexo II - SISTEMÁTICA DE PONTUAÇÃO, AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA ADAPS NO CUMPRIMENTO DOS OBJETIVOS FINALÍSTICOS; e
- c. Anexo III - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DOS VALORES A SEREM TRANSFERIDOS À ADAPS, A TÍTULO DE FOMENTO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO - EXERCÍCIO DE 2021.

Entende-se que estes devem ser discutidos e pactuados junto entre as partes, ADAPS, Ministério da Saúde e mais precisamente a SESAI, considerando as premissas dispostas na nova proposta de Programa a ser instituído pela agência, e as sugestões de alterações das legislações vigentes.

### 3.0 Análise das propostas de alterações das legislações e instituição de novo Programa por atores da saúde indígena:

Conforme solicitado na temática do presente produto, as propostas supracitadas foram encaminhadas a 02 (dois) atores que atuarão por um período considerável na Saúde Indígena, tendo estes plenas condições de compreender e avaliar as propostas.

Foram consultados os seguintes atores:

Plínio [REDACTED] Graciano - Ex-Coordenador Geral da Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento da Secretaria Especial de Saúde Indígena (CGPO/SESAI);

Iglê [REDACTED] Silva - Ex-Coordenadora Distrital do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Juruá; e

Cleidiane [REDACTED] Ribeiro - Ex-Coordenadora do Distrito Sanitário Especial Indígena Rio Tapajós.

A consulta destes encontra-se devidamente registrada por intermédio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelos participantes.

Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido se encontram em anexo a este produto técnico.

Foi solicitado aos participantes que avaliassem a proposta de criação de um Programa a ser executado pela ADAPS, para provimento de profissionais de saúde e determinantes ambientais, para atuação no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS (SasiSUS), considerando todas as particularidades que compõem à saúde indígena.

Após análise dos participantes, foram feitas algumas considerações por parte destes, as quais foram avaliadas por essa consultoria quanto a pertinência dentro do escopo do Projeto de provimento de profissionais de saúde e determinantes ambientais para a Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), sendo todas aquelas plausíveis, incluídas no escopo do Projeto.

Ressalta-se que os participantes compreendem a necessidade da reestruturação da sistemática atual de provimento de profissionais para atuação nos Distritos, tendo em vista as diversas dificuldades de reposição de profissionais, o não aproveitamento de 100% da totalidade de vagas disponibilizadas nos Planos de Trabalho Distritais, entre outras problemáticas já apontadas também pelo presente estudo.

Os participantes também apontaram para a necessidade de articulação junto à Secretaria de Saúde indígena (SESAI), tendo em vista que a proposta apresentada no presente estudo técnico, não contempla a totalidade das ações desempenhadas atualmente pelos convênios, justamente por estas estarem fora do escopo de atuação da Agência. Neste caso, para a viabilidade da proposta apresentada, a SESAI deverá avaliar a necessidade de continuidade dos serviços não contemplados no Programa proposto.

Por fim, os participantes apontaram, de forma positiva, a viabilidade da execução do Programa proposto e consideraram como uma mudança importante no provimento de profissionais para o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS).

#### 4.0 Conclusão

O presente estudo traz sugestões de alterações ou a criação de nova legislação que contemple as necessidades do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), considerando a proposta de criação de um novo programa de provimento de profissionais de saúde e determinantes ambientais.

Foram consultados 02 (dois) atores. Ambos atuaram por um período considerável na saúde indígena e sinalizaram positivamente sobre a viabilidade da proposta de Programa apresentada. Neste sentido, reforça-se a necessidade de articulação junto à Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) para a viabilização da proposta apresentada, e aprofundamento da temática.

## 5.0 Referências Bibliográficas

Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020

Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999 – “Lei Arouca

Lei 13.958, de 18 de dezembro de 2019

Resolução nº 5, de 15 de outubro de 2021

Brasília, 23 de fevereiro de 2023.

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** MONIQUE [REDACTED] COIMBRA  
Data: 22/02/2023 18:46:34-0300  
Verifique em <https://verificador.iti.br>

---

**Monique [REDACTED] Coimbra**  
**Consultora Especialista**

## Anexo I

### Médico

Realizar atención à saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade; Realizar consultas clínicas, pequenos procedimientos cirúrgicos, actividades em grupo nas unidades do DSEI e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários; Realizar actividades programadas e de atención à demanda espontânea; Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atención, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico deles; Indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atención, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário; Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento das unidades de saúde indígenas; Compartilhar conhecimentos da área médica; Identificar os processos sociais (determinantes sociais em saúde) nos processos de adoecimento e propor intervenções em relação a estes com respeito às especificidades culturais; Contribuir e participar das actividades de Educação Permanente dos Enfermeiros, AIS, Técnicos de Enfermagem, ACD, THD. Realizar actividades de educação em saúde, utilizando estratégias participativas e metodologias preconizadas no âmbito da Política Nacional de Educação Popular em Saúde e buscando promover espaços coletivos de troca de saberes entre as práticas de saúde ocidentais e as práticas tradicionais indígenas, vínculo, corresponsabilização e ampliação de clínica.

### Enfermeiro



Prestar assistência ao paciente e à família e, quando necessário, no domicílio, CASAI e/ou nos demais espaços comunitários, em todas as fases do desenvolvimento humano; coordenar, planejar e executar ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, em consonância com o SUS. Coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos AIS e técnicos de enfermagem. Supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e dos AIS, realizar atividades de educação em saúde, utilizando estratégias participativas e metodologias preconizadas no âmbito da Política Nacional de Educação Popular em Saúde e buscando promover espaços coletivos de troca de saberes entre as práticas de saúde ocidentais e as práticas tradicionais indígenas, vínculo, corresponsabilização e ampliação de clínica; proceder em conformidade com os protocolos ou outras normativas técnicas, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, nos termos dos Protocolos da Assistência Primária do SUS. Acompanhar pacientes na rede de referência quando se fizer necessário. Trabalhar em conformidade às boas práticas, normas e procedimentos de biossegurança; realizar registros e elaborar relatórios técnicos.

### **Cirurgião Dentista**

Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em Saúde Bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais; Realizar a atenção integral em saúde bucal, individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e grupos específicos, de acordo com o planejamento local, com resolubilidade; Referenciar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento; Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção

da saúde e à prevenção de doenças bucais; Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da EMSI, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; Contribuir e participar das atividades de educação permanente do TSB e ASB; realizar supervisão do TSB e ASB; realizar visita domiciliar; realizar exame clínico; realizar procedimentos individuais, orientar, supervisionar e avaliar as ações coletivas; prescrever medicamentos e outras orientações conforme diagnóstico; emitir laudos, pareceres e atestados sobre os assuntos de sua competência; programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas; responsabilizar-se pelo controle e conservação dos equipamentos e materiais odontológicos utilizados nos atendimentos; responsabilizar-se pela produção, inserção de dados e avaliação das informações geradas pela Equipe de Saúde Bucal; participar da formação dos AIS, no módulo de saúde bucal. Trabalhar em conformidade às boas práticas, normas e procedimentos de biossegurança; realizar registros e elaborar relatórios técnicos.

### **Assistente Social**

Realizar atendimentos a indígenas e suas famílias nas CASAI e nos territórios indígenas; Promover ações para qualificação do acesso da população atendida aos níveis de média e alta complexidade do SUS; Acompanhar o atendimento dos pacientes no serviço de saúde da rede SUS, quando pertinente; acompanhar e orientar os pacientes em tratamento fora de domicílio -TFD; receber e dar retorno aos profissionais responsáveis pelo serviço de saúde nas aldeias quanto às datas das consultas dos pacientes a fim de que os mesmos sejam preparados e orientados pela equipe de saúde em área; otimizar as consultas programadas para a área de DSEI. Elaborar relatório das atividades realizadas; articular o acesso dos indígenas à rede de assistência social e políticas públicas e instituições

que necessitem de apoio. Participar de estudo de caso com as equipes multidisciplinares do território e das CASAI.

### **Nutricionista**

Prestar assistência nutricional a indivíduos e coletividades (sadios e enfermos); planejar, organizar, administrar e avaliar unidades de alimentação e nutrição; efetuar controle higiênico- sanitário; participar de programas de educação nutricional. Planejar e supervisionar os serviços de alimentação coletiva ofertados pelo DSEI, e realizar atendimento clínico individual quando necessário. Trabalhar em conformidade às boas práticas, normas e procedimentos de biossegurança; realizar registros e elaborar relatórios técnicos; exercerem atividades pertinentes no âmbito das CASAI.

### **Farmacêutico**

Realizar tarefas específicas de desenvolvimento, produção, dispensação, controle, armazenamento, distribuição e transporte de produtos da área farmacêutica tais como medicamentos, alimentos especiais, imunobiológicos e insumos correlatos; realizar análises clínicas, toxicológicas, fisicoquímicas, biológicas, microbiológicas e bromatológicas; participar da elaboração, coordenação e implementação de políticas de medicamentos; orientar sobre uso de produtos e prestar serviços farmacêuticos. Trabalhar em conformidade às boas práticas, normas e procedimentos de biossegurança; realizar

registros e elaborar relatórios técnicos. Promover o Uso Racional de Medicamento no âmbito das CASAI e do território.

### **Psicólogo**

Desenvolver ações de atenção psicossocial na saúde indígena, incluindo atenção direta às famílias e comunidades, trabalhando com estratégias participativas que levem em consideração as perspectivas indígenas sobre as experiências de saúde mental; Desenvolvimento de ações de apoio matricial junto às EMSI do território e da CASAI no que se refere a: visitas domiciliares compartilhadas, discussões de casos complexos e formulação de projetos terapêuticos singulares; Apoio às ações comunitárias de promoção da saúde e bem viver; Organização e análise das informações epidemiológicas relativas à atenção psicossocial.

### **Fisioterapeuta**

Aplicar técnicas fisioterapêuticas para prevenção, readaptação e recuperação de pacientes; atender e avaliar as condições funcionais de pacientes utilizando protocolos e procedimentos específicos da fisioterapia e suas especialidades; atuar na área de educação em saúde através de palestras, distribuição de materiais educativos e orientações para melhor qualidade de vida; desenvolver e implementar programas de prevenção em saúde geral e do trabalho. Trabalhar em conformidade às boas práticas, normas e procedimentos de biossegurança; realizar registros e elaborar relatórios técnicos.

## **Fonoaudiólogo**

Aplicar técnicas fonoterápicas para prevenção, readaptação e recuperação de pacientes; tratar de pacientes; efetuar avaliação e diagnóstico fonoaudiológico; orientar pacientes e familiares; desenvolver programas de prevenção, promoção da saúde e qualidade de vida.; atuar na área de educação em saúde através de palestras, distribuição de materiais educativos e orientações para melhor qualidade de vida; desenvolver e implementar programas de prevenção em saúde geral e do trabalho. Trabalhar em conformidade às boas práticas, normas e procedimentos de biossegurança; realizar registros e elaborar relatórios técnicos.

## **Médico Veterinário**

Promover a integração entre a saúde humana, animal e ambiental, como um dos pilares da Saúde Única; garantir a prevenção e o controle de zoonoses, doenças que acometem os animais e podem contaminar os humanos; desenvolver e implementar programas de prevenção em saúde geral e do trabalho. Trabalhar em conformidade às boas práticas, normas e procedimentos de biossegurança; realizar registros e elaborar relatórios técnicos.

## **Sanitarista**

Realizar levantamentos de dados de saúde, diagnósticos e vistorias, planejamento de políticas públicas, informes e boletins, entre outras atividades, como ouvidoria, educação popular e comunicação, promoção e informação em saúde.

### **Técnico de Enfermagem**

Desempenhar atividades técnicas de enfermagem em Unidades Básicas de Saúde Indígena, CASAI, domicílios e /ou demais espaços comunitários; assistir o enfermeiro, e o médico quando necessário; prestar assistência ao paciente zelando pelo seu conforto e bem estar; trabalhar em conformidade às boas práticas, normas e procedimentos de biossegurança; realizar registros e elaborar relatórios técnicos; desempenhar atividades e realizar ações para promoção da saúde da família, a grupos específicos e as famílias em situações de risco, conforme planejamento da equipe; promover o

vínculo com o paciente de forma a estimular a autonomia e o autocuidado. Trabalhar em conformidade às boas práticas, normas e procedimentos de biossegurança; realizar registros e elaborar relatórios técnicos.

Acompanhar pacientes indígenas sempre que necessário em consultas médicas/exame; realizar visitas domiciliares diariamente e sempre que necessário. Cumprir as escalas de serviços estabelecidas; zelar e responsabilizar-se pelos materiais e equipamentos do posto de enfermagem, conferindo-os, para serem repassados ao próximo plantão;

Tomar conhecimento da evolução do serviço de saúde e quadro clínico de cada paciente; verificar as anotações no livro de ordem e ocorrência. Enviar a 2ª via de Referência e Contra Referência no retorno dos indígenas para seu lugar de origem, devidamente

preenchida, constando: diagnóstico médico, CID e a prescrição medicamentosa com uma cópia da folha de evolução; o técnico de enfermagem de área deverá manter diariamente o censo atualizado.

### **Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)**

Executar trabalhos de apoio ao cirurgião dentista, no campo da odontologia social; realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde; proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados; preparar e organizar instrumental e materiais necessários; instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou TSB nos procedimentos clínicos; cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; agendar e orientar o paciente quanto ao retorno para manutenção do tratamento; realizar visita domiciliar e registrar nos formulários próprios todos os procedimentos realizados.

### **Técnico de Saúde Bucal (TSB):**

Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais; coordenar e

realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal

com os demais membros da EMSI, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; apoiar as atividades dos ASB e dos AIS nas ações de prevenção e promoção de saúde bucal; realizar visita domiciliar; registrar nos formulários próprios todos os procedimentos realizados. Trabalhar em conformidade às boas práticas, normas e procedimentos de biossegurança; realizar registros e elaborar relatórios técnicos.

### **Técnico de Laboratório**

Executar atividades de laboratório relacionadas a análises clínicas; analisar materiais de pacientes, realizar coleta de material biológico conforme normas e procedimentos técnicos de boas práticas de qualidade, manipulação e biossegurança. Realizar registros e elaborar relatórios técnicos.

Manusear microscópio, controlar o estoque de material de consumo, coletar material biológico (lâmina), receber material biológico (lâmina), realizar exames conforme os protocolos, realizar análise microscópica e quantificação da parasitemia; realizar testes rápidos, encaminhar as lâminas para revisão.

### **Agente Combate e Endemias**



Desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade relativas ao controle das doenças /agravos, dispensando-lhes cuidados simples de saúde, sob orientação e supervisão de profissionais da saúde; promover educação sanitária e ambiental; participar de campanhas preventivas; incentivar atividades comunitárias; promover comunicação entre unidade de saúde, autoridades e comunidade; informar dados para relatórios. Realizar atividades de controle vetorial (borrifação domiciliar, focal, perifocal e espacial de acordo com indicação de dados entomopidemiológicos, e obedecendo aos ciclos estabelecidos, bem como a técnica empregada; fazer revisão semanal nos equipamentos através de calibração e aferição de bombas; acompanhar dados entomo epidemiológicos das áreas trabalhadas; realizar vistoria (intra e peridomiciliar) e pesquisa larvária em imóveis para levantamento de índice e descoberta de focos; realizar eliminação de criadouros; executar o tratamento focal e perifocal como medida complementar ao controle mecânico. Controlar o estoque de material de consumo, coletar material biológico (lâmina), receber material biológico (lâmina), realizar exames conforme os protocolos; realizar testes rápidos, encaminhar as lâminas para revisão; fazer notificação epidemiológica; fazer acompanhamento de LVC.

### **Engenheiro Civil**

Elaborar projetos de engenharia na área de edificações e de saneamento básico. Levantamento de dados técnicos de engenharia, elaboração de peças técnicas, relatórios de vistoria técnica, emissão de laudos e pareceres técnicos de engenharia civil. Atuar no planejamento e gerenciamento de projetos de obras de edificações de saúde e saneamento básico em área indígena. Supervisão e monitoramento de obras. Supervisionar, coordenar e prestar orientações técnicas. Realizar estudos de viabilidade técnico-econômica. Elaborar

e analisar orçamento de obras. Fiscalizar as obras e serviços técnicos das equipes na instalação, montagem, operação e reparo ou manutenção das obras realizadas em territórios indígenas. Desenvolver as atividades com as equipes multidisciplinares em campo, a céu aberto, sujeito a intempéries ou em escritórios. Orientar e monitorar o desenvolvimento das ações implementadas visando o cumprimento da legislação ambiental e sanitária. Ter disponibilidade para viagens, que podem ocorrer por meio de transporte aéreo, terrestre ou fluvial.

### **Engenheiro Sanitário e/ou Ambiental**

Elaborar projetos de engenharia para obras de saneamento, nas aldeias, que contemplem: captação, adução, reserva, distribuição e tratamento de água para sistemas e soluções alternativas de abastecimento de água; coleta para sistema de distribuição de excretas e de águas residuárias (esgoto) em soluções individuais, coletivas ou sistemas de esgotos, incluindo tratamento. Propor, acompanhar e desenvolver ações na execução do monitoramento da qualidade da água para consumo humano. Instalações prediais hidrossanitárias em edificações de saúde. Acompanhar, gerenciar e controlar a qualidade das obras executadas e das atividades realizadas nas aldeias. Atender às normas de higiene e de segurança do trabalho. Analisar e dar parecer sobre projetos e propostas de ações em áreas indígenas e que incidam limitações ambientais. Prestar assistência e acompanhar as obras de prevenção/preservação ambiental e da saúde a serem executadas em áreas indígenas. Orientar e monitorar o desenvolvimento das ações a serem implementadas visando o cumprimento da Legislação ambiental e sanitária. Elaborar pesquisas tecnológicas. Propor e desenvolver ações de educação ambiental e saúde. Desenvolver as atividades com a equipe multidisciplinar em campo, a céu aberto, sujeito a intempéries ou em escritórios. Realizar atividades relacionadas ao gerenciamento dos resíduos sólidos em

aldeias indígenas. Ter disponibilidade para viagens, que podem ocorrer por meio de transporte aéreo, terrestre ou fluvial.

### **Engenheiro Eletricista**

Elaborar projetos elétricos, SPDA, subestação e cabeamento estruturado, além de estudos de viabilidade no desenvolvimento de melhorias nos sistemas implantados pela SESAÍ nos 34 DSEI, como fontes de energia alternativas, otimizando os processos. Realizar suporte técnico e supervisão nos Distritos, assim como medições in loco referentes à parte elétrica das edificações de saúde e estruturas voltadas ao saneamento ambiental em áreas indígenas. Ter disponibilidade para viagens, que podem ocorrer por meio de transporte aéreo, terrestre ou fluvia

### **Químico, Engenheiro Químico, Farmacêutico-Bioquímico, Engenheiro Ambiental ou Ciências Biológicas**

Realizar análises química, físico-química, microbiológica de qualidade da água e emitir laudos analíticos. Elaborar pareceres sobre as condições sanitárias da água consumida pela população indígena. Realizar o tratamento da água para consumo humano. Atuar no controle da qualidade da água dos sistemas e soluções alternativas de abastecimento de água das aldeias indígenas. Desenvolver atividades de minimização e controle dos riscos à saúde relacionados ao abastecimento de água. Apoiar a definição de tecnologias adequadas à realidade indígena para a realização de obras de saneamento. Realizar inspeção sanitária das formas de abastecimento de água e identificação de

potenciais focos de poluição ambiental que possam oferecer riscos à saúde pública. Realizar ações de educação em saúde relacionadas ao saneamento. Desenvolver atividades com a equipe multidisciplinar em campo. Distribuir hipoclorito de sódio a 2,5% para a desinfecção intradomiciliar da água. Orientar e monitorar o desenvolvimento das ações a serem implementadas visando o cumprimento das legislações ambiental e sanitária. Atender às normas de higiene e de segurança do trabalho. Orientar o Agente Indígena de Saneamento na operação dos sistemas de abastecimento de água e o respectivo controle da qualidade da água. Planejar, elaborar, atualizar, implantar e monitorar o Gerenciamento de Resíduos Sólidos nas áreas de abrangência do DSEI. Prevenir ações que possam causar risco à saúde. Proteção da saúde das comunidades e do meio ambiente. Realizar articulação entre as diferentes esferas do poder público e setores empresariais, com vistas à cooperação técnica e financeira para a gestão integrada de resíduos sólidos em aldeias indígenas. Ter disponibilidade para viagens, que podem ocorrer por meio de transporte aéreo, terrestre ou fluvial.

### **Técnico em Saneamento**

Atuar no acompanhamento de obras de saneamento, elaboração de relatórios gerenciais, leitura de projetos, controle de cronograma, emissão e acompanhamento dos pedidos de compra. Desenvolver as atividades de acompanhamento e fiscalização das obras de saneamento. Auxiliar nos trabalhos de tratamento de saneamento nas diversas áreas da saúde. Trabalhar conforme normas e procedimentos técnicos de boas práticas, qualidade e biossegurança. Desenvolver projetos na construção de obras de

saneamento em áreas indígenas e reciclagem de resíduos. Implementar as estratégias para captação, tratamento e distribuição de água. Ter disponibilidade para viagens, que podem ocorrer por meio de transporte aéreo, terrestre ou fluvial.

### **Técnico de Edificações**

Atuar no acompanhamento de obras, elaboração de relatórios gerenciais, leitura de projetos, controle de cronograma, emissão e acompanhamento dos pedidos de compra. Fazer visitas periódicas em obras e no escritório para elaboração dos documentos e processos. Analisar e desenvolver desenhos de construção de obras civis e de saneamento. Desenvolver as atividades de acompanhamento e fiscalização das obras civis e de saneamento. Prestar informações técnicas. Realizar o levantamento de dados técnicos de obras. Elaborar orçamento de obras. Fiscalizar as obras e serviços técnicos das equipes na instalação, montagem, operação e reparo ou manutenção das obras realizadas em territórios indígenas. Ter disponibilidade para viagens, que podem ocorrer por meio de transporte aéreo, terrestre ou fluvial.

### **Técnico Eletrotécnico**

Fazer leitura, interpretação e auxiliar o engenheiro na elaboração de estudos e projetos sobre sistemas e instalações elétricas. Operar sistemas elétricos e executar manutenção, avaliação e tratamento de falhas em sistemas e realizar estudos de melhoria. Colaborar na assistência técnica de equipamentos elétricos especialmente bombas submersas e motogeradores. Ter disponibilidade para viagens, que podem ocorrer por meio de transporte aéreo, terrestre ou fluvial.

### **Técnico Químico**

Realizar análises química, físico-química e microbiológica de qualidade da água. Apoiar a operação e manutenção de infraestruturas de saneamento. Apoiar a realização das ações de educação em saúde em conjunto com os demais profissionais de saneamento e saúde. Trabalhar conforme normas e procedimentos técnicos de boas práticas, qualidade e biossegurança. Ter disponibilidade para viagens, que podem ocorrer por meio de transporte aéreo, terrestre ou fluvial.

### **Biólogo**

Coordenar tecnicamente as ações de controle de vetores, zoonoses e pragas. Atividades de vigilância, prevenção e controle da leishmaniose, malária, doença de Chagas, oncocercose, esquistossomose, geo-helmintíases, hantavirose, dengue, zika, leptospirose, febre amarela, agressões por mamíferos/raiva e acidentes por animais peçonhentos. Desenvolver ações de vigilância ambiental, epidemiológica e sanitária e de educação ambiental; treinamento e ensino na área de meio ambiente, biodiversidade e saúde; atuação no curso de formação dos agentes.

### **Gestor de Saneamento**

Conscientizar a população indígena sobre os impactos ambientais e o mau uso dos recursos naturais; recuperação de áreas degradadas ou em degradação, na educação

ambiental, na certificação ambiental, geoprocessamento, extração de recursos naturais, licenciamento ambiental e gestão de resíduos; apoio ao SESANI quanto a elaboração e execução de projetos de saneamento básico.

### **Técnico em reciclagem**

Produzir estudos e o gerenciamento de projetos ligados ao setor ambiental, social, econômico, tecnológico, de saúde e educação da população indígena pertencente ao Distrito; Prestar serviços de assistência técnica em projetos compatíveis com a formação, emissão de laudos e a elaboração de manuais de boas práticas.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar de estudo técnico , sob a responsabilidade do/apesquisador/a Monique [REDACTED] Coimbra, a qual pretende avaliar e propor alterações na estrutura regimental e estatuto da ADAPS, para a execução das ações de desenvolvimento da Atenção Primária em Saúde (APS) em Terras Indígenas. Sua participação é voluntária e se dará por meio de análise da proposta de um novo Programa para provimento de profissionais de saúde e determinates ambientais, e análise da proposta de alteração da estrutura regimental da ADAPS.

Se o/a Sr (a) aceitar participar, as respostas obtidas por esta pesquisa poderão contribuir para a criação de um novo Programa de provimento de profissionais de Saúde e Determinates Ambientais no âmbito do SasiSUS.

Se depois de consentir a sua participação o/a Sr. (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O/a Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração referente a esta pesquisa. Entretanto, caso o/a Sr. (a) tenha alguma despesa decorrente desta pesquisa será totalmente ressarcido/a pelo pesquisador/a responsável. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas a sua identidade não será divulgada, uma vez que será guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o/a pesquisador/a no seguinte endereço: [REDACTED]

### CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, Syli [REDACTED] Silva, fui informado sobre o que o/a consultora/a quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar da pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias originais, as quais serão assinadas por mim e pelo/a pesquisador/a, ficando uma via com cada um de nós.

Syli [REDACTED] Silva

Assinatura do/da participante do estudo técnico

Assinatura do Consultor responsável

Data: 14 / 02 / 2023



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar de estudo técnico , sob a responsabilidade do/apesquisador/a Monique [REDACTED] Coimbra, a qual pretende avaliar e propor alterações na estrutura regimental e estatuto da ADAPS, para a execução das ações de desenvolvimento da Atenção Primária em Saúde (APS) em Terras Indígenas. Sua participação é voluntária e se dará por meio de análise da proposta de um novo Programa para provimento de profissionais de saúde e determinantes ambientais, e análise da proposta de alteração da estrutura regimental da ADAPS.

Se o/a Sr (a) aceitar participar, as respostas obtidas por esta pesquisa poderão contribuir para a criação de um novo Programa de provimento de profissionais de Saúde e Determinantes Ambientais no âmbito do SasiSUS.

Se depois de consentir a sua participação o/a Sr. (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O/a Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração referente a esta pesquisa. Entretanto, caso o/a Sr. (a) tenha alguma despesa decorrente desta pesquisa será totalmente ressarcido/a pelo pesquisador/a responsável. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas a sua identidade não será divulgada, uma vez que será guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o/a pesquisador/a no seguinte endereço: [REDACTED]

### CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, Olidiane [REDACTED] Ribeiro, fui informado sobre o que o/a consultora/a quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar da pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias originais, as quais serão assinadas por mim e pelo/a pesquisador/a, ficando uma via com cada um de nós.

Olidiane [REDACTED] Ribeiro  
Assinatura do/da participante do estudo técnico

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Consultor responsável

Data: 17 / 02 / 2003

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar de estudo técnico , sob a responsabilidade do/apesquisador/a Monique [REDACTED] Coimbra, a qual pretende avaliar e propor alterações na estrutura regimental e estatuto da ADAPS, para a execução das ações de desenvolvimento da Atenção Primária em Saúde (APS) em Terras Indígenas. Sua participação é voluntária e se dará por meio de análise da proposta de um novo Programa para provimento de profissionais de saúde e determinates ambientais, e análise da proposta de alteração da estrutura regimental da ADAPS.


Se o/a Sr (a) aceitar participar, as respostas obtidas por esta pesquisa poderão contribuir para a criação de um novo Programa de provimento de profissionais de Saúde e Determinates Ambientais no âmbito do SasiSUS.

Se depois de consentir a sua participação o/a Sr. (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O/a Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração referente a esta pesquisa. Entretanto, caso o/a Sr. (a) tenha alguma despesa decorrente desta pesquisa será totalmente ressarcido/a pelo pesquisador/a responsável. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas a sua identidade não será divulgada, uma vez que será guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o/a pesquisador/a no seguinte endereço:

[REDACTED]  
[REDACTED]

## CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, Plínio [REDACTED] Graciano, fui informado sobre o que o/a consultora/a quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar da pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias originais, as quais serão assinadas por mim e pelo/a pesquisador/a, ficando uma via com cada um de nós.

Documento assinado digitalmente  
 PLÍNIO [REDACTED] GRACIANO  
Data: 15/02/2023 13:56:14-0300  
Verifique em <https://verificador.iti.br>

\_\_\_\_\_  
Assinatura do/da participante do estudo técnico

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Consultor responsável

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_