

Panorama dos recursos humanos da saúde em terras indígenas da Amazônia Legal

Cecilia Malvezzi¹  Mariana Maleronka Ferron²  Gabriel Côrtes³ 

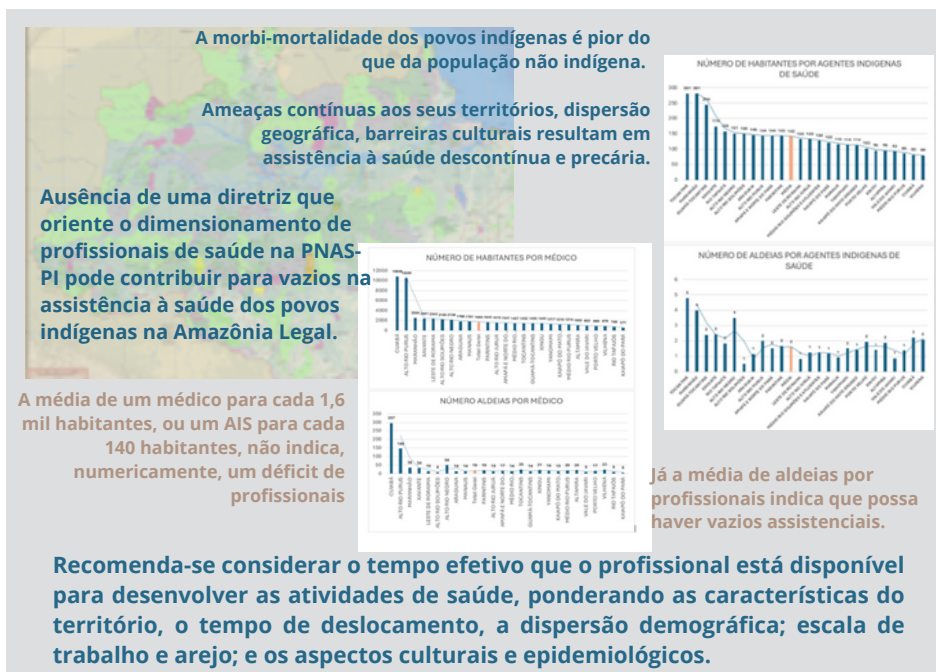
¹Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. São Carlos/SP, Brasil.

²Faculdade Israelita de Ciências da Saúde – FICSAE. São Paulo/SP, Brasil.

³Faculdade de Ciências da Saúde – FS. Universidade de Brasília – UnB. Brasília/DF, Brasil.

E-mail: ceciliamalvezzi@gmail.com

Resumo Gráfico



Resumo

As especificidades do subsistema de saúde indígena, em particular na Amazônia Legal, trazem desafios para o planejamento do provimento de profissionais de saúde para atuar nos territórios indígenas, pois ainda não existem normas e parâmetros que indiquem qual a proporção é adequada para áreas indígenas. O presente artigo traz um inédito panorama da situação atual dos recursos humanos que atuam junto aos Distritos Sanitários Especiais Indígena (DSEIs) da Amazônia Legal. Os dados foram obtidos por meio do banco de dados registrados no Sistema de Gerenciamento de Recursos Humanos da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Foi realizada uma análise descritiva dos recursos humanos e infraestrutura dos serviços de atenção primária à saúde indígena. Verificou-se que não há uma padronização no dimensionamento da força de trabalho que atua na saúde indígena. Não foi possível identificar se tais variações estão relacionadas à falta de um padrão no dimensionamento de profissionais, ou se refletem a dificuldade de fixação de profissionais na saúde indígena, ou até mesmo se são adequações locais ao perfil do território. A dificuldade de fixação de profissionais na saúde indígena é multifatorial, se associada à falta de dimensionamento da força de trabalho pode gerar vazios assistenciais.

Palavras-chave: Saúde de Populações Indígenas. Pessoal de Saúde. Povos Indígenas. Recursos Humanos.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), metade da população mundial que reside nas áreas rurais tem dificuldade em acessar serviços de saúde apropriados, o que não difere do contexto brasileiro^{1,2}. O cenário é ainda mais complexo quanto ao atendimento dos povos indígenas, que enfrentam barreiras de acesso à saúde, relacionadas tanto à dispersão geográfica das comunidades, como a barreiras culturais e de ameaças contínuas aos seus territórios, contribuindo para uma assistência à saúde descontinua e precária e a indicadores de morbimortalidade piores do que o da população não indígena no país³⁻⁵.

Diversas estratégias multissetoriais para ampliar a cobertura de saúde em populações vulneráveis têm sido adotadas no mundo, buscando a atração e permanência de profissionais de saúde, incluindo a melhoria nas condições de trabalho, desenvolvimento profissional e condições de vida^{1,6,7}. As Leis Orgânicas de Saúde (8.080/1990 e 8142/1990)⁸, marcos na política de saúde brasileira, reconhecem as especificidades étnicas, territoriais e culturais dos povos originários. A criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no Brasil (SASI-SUS), instituído em 1999⁹, e a publicação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), constituem avanços na política de saúde voltada para estes povos na tentativa de mitigar as imensas desigualdades e garantir o direito à saúde¹⁰.

O Subsistema foi organizado por meio da criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) distribuídos em todo território nacional^{3,10}. Outro avanço foi a criação, em 2010, de uma Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), criada a partir dos movimentos de luta dos povos indígenas, e ligada diretamente ao Ministério da Saúde (MS)¹¹.

Apesar destes avanços consideráveis nos serviços prestados aos povos indígenas por meio da criação do SASI-SUS, existem diversos desafios de implementação da PNASPI. Um dos pontos críticos é o planejamento da força de trabalho: como dimensioná-la considerando as categorias profissionais, especificidades dos territórios e os aspectos socioculturais desses povos? Esta situ-

ação é enfrentada por alguns países do mundo, que dispõem de sistemas de atenção à saúde para povos originários, muitos dos quais habitam também em áreas remotas¹. Frente a esse desafio, a OMS na publicação intitulada "Indicadores de força de trabalho para necessidade de pessoal (WISN)", propõe uma metodologia para levantamento da necessidade da força de trabalho de profissionais de saúde, baseada na carga de trabalho de cada profissional, na qual o tempo despendido em diferentes atividades assistenciais é referência para o cálculo de quantos profissionais são necessários para o atendimento das demandas do serviço¹².

Na Austrália, por exemplo, foi lançado um plano de estruturação da força de trabalho da saúde dos povos aborígenes, incluindo os próprios aborígenes na elaboração do plano e estipulando metas de porcentagem de profissionais de saúde aborígenes atuando no serviço, com o objetivo de melhorar os desfechos de saúde, assegurar segurança cultural. As estratégias utilizadas são a produção e compartilhamento de informações de saúde para auxiliar no planejamento da força de trabalho, desenvolvimento de políticas, monitoramento e avaliação, e contínua melhoria da qualidade o aumento da formação e contratação de aborígenes, para atuarem no serviço de saúde¹³.

Em relação ao Brasil, alguns aspectos devem ser analisados nas estratégias e parâmetros utilizados para o planejamento de força de trabalho. A Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), de acordo com a SESAI, é composta por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, cirurgiões dentistas, técnicos e/ou auxiliares de saúde bucal, nutricionistas, psicólogos, agentes indígenas de saúde (AIS), agente indígena de saneamento (AISAN) entre outros¹⁴.

Segundo os dados disponíveis no portal online da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) (SESAI), a rede de serviços de atenção primária à saúde indígena está organizada por meio de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que desenvolvem suas atividades pelos 380 Polos-Base, 1.209 Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) 66 Casas de Saúde Indígena

(CASAI), que, por sua vez, servem de apoio às Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI)¹. São cerca de 813 EMSI, com um total de 20,3 mil profissionais em 2020. Essas prestam assistência à saúde a 313 etnias distintas¹⁷, compondo uma população de 776 mil indígenas, distribuídas em 6.216 aldeias, em 2020².

Além das equipes de saúde, a PNASPI também prevê a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitários e outros especialistas e técnicos considerados necessários. Desta forma, compõem os trabalhadores do SASISUS tanto os profissionais de saúde das EMSI como também os demais trabalhadores lotados em sedes administrativas, responsáveis pela organização e gestão das ações de atenção à saúde e saneamento¹⁴.

Apesar da inclusão dos povos indígenas nos sistemas de cotas universitárias, a incorporação de profissionais de saúde, que sejam indígenas, não conta com nenhum processo estruturado¹⁸. Em 2020, 65% dos profissionais de saúde que atuavam nos DSEI eram indígenas², a maior parte composta pelos AIS e AISAN, por técnicos ou auxiliares de saúde bucal (56%), técnicos de enfermagem (30%), sendo apenas 8,5% de enfermeiros indígenas³.

Em relação aos profissionais da área médica, a maior parte dos profissionais médicos que atuam nos DSEI são oriundos do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Dos 543 médicos que atuavam em saúde indígena entre 2017 e 2018, 372 eram provenientes do PMMB^{14,19}.

Também atuam no subsistema de saúde indígena profissionais terceirizados que desenvolvem principalmente, atividades na área de segurança, serviços gerais, limpeza, secretariado, manutenção, transporte, dentre outras.

Em relação aos sistemas de informação onde os profissionais são registrados, existem três bases de dados. O Sistema de Gerenciamento de Recursos Humanos (SESAI-RH) da Secretaria Especial de Saúde Indígena é onde se realiza o registro dos trabalhadores nos vínculos de contrato terceirizado com finalidade de realizar o monitoramento da força de trabalho atuante nas equipes de atenção à saúde indígena pela SESA, e dos médicos contratados por meio de con-

vênio e do Programa Mais Médico pelo Brasil, gerido em 2020 pela Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) que utiliza o Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP)²⁰.

Além dos dois sistemas de gestão de recursos humanos citados anteriormente (SESAI-RH e SGP) os trabalhadores do SASISUS também são registrados em outros sistemas de informação de atenção e cadastro, como o SIARH-MS onde são registrados os trabalhadores com vínculo de servidor de carreira do Ministério da Saúde; o Cadastro Nacional de Saúde (CNES), o Sistema de Atenção da Atenção à Saúde indígena (SIASI), e é facultado o registro no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Sistema e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), por não serem sistemas exclusivos do subsistema de saúde indígena.

O processo de implantação dos DSEI foi terceirizado desde 1999, diante das dificuldades que a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) teria em administrar a contratação de recursos humanos e também por uma estratégia de descentralização do serviço. Dessa forma, a atenção à saúde era executada por instituições conveniadas à FUNASA, como Organizações não Governamentais, secretarias municipais de saúde entre outras^{21,22}. Estratégia essa que se manteve com a criação da SESA em 2010, na qual a grande maioria dos profissionais da saúde indígena (90%) é contratada por Organizações Sociais (OS), que participam de licitações periódicas para gerir a força de trabalho. Por este motivo, os profissionais nem sempre têm seus contratos renovados, o que traz uma série de impactos, como a demissão de todos os trabalhadores de um DSEI em determinado período, para posterior recontração por outra OS, contribuindo para a alta rotatividade dos profissionais de saúde¹⁵.

Não há uma diretriz que oriente o dimensionamento de profissionais de saúde na PNASPI^{3,10}. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revista em 2017, apresentou o critério de que o número mínimo de habitantes para uma equipe de saúde da família em área rural remota é de 2000 pessoas, e o máximo de 750 pessoas para um para um Agente Comunitário de Saúde (ACS) em áreas de grande dispersão populacio-

nal, o que equivale a média de 1,33 ACS para cada 1000 habitantes (Política Nacional de Atenção Básica. Portaria no 2.436, de 21 de Setembro de 2017). Ainda não existem estudos que indiquem se essa proporção é adequada para áreas indígenas³.

Este estudo traz um inédito panorama da situação atual dos recursos humanos que atuam junto aos DSEIs da Amazônia Legal. Os dados foram obtidos a partir do banco de dados secundários registrados no Sistema

de Gerenciamento de Recursos Humanos da SESAI (SESAI-RH). Os dados demográficos são do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI).

Neste sentido, pretende-se apresentar uma análise descritiva de indicadores dos recursos humanos nos DSEI da Amazônia legal no ano de 2020, com o intuito de contribuir para o desenvolvimento de estratégias de planejamento dos recursos humanos para a saúde indígena na Amazônia Legal.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo quantitativo exploratório da distribuição da força de trabalho de profissionais da saúde indígena nos DSEI da Amazônia Legal. Indicadores de recursos humanos foram analisados utilizando-se dados secundários do SIASI e SESAI-RH do Ministério da Saúde.

A proposta realizada por Donabedian para avaliação de serviços de saúde separa os componentes básicos para uma avaliação de qualidade em três categorias: estrutura, processo e resultado, sendo útil na apuração de dados sobre a presença ou ausência de atributos que constituem ou definem a qualidade²⁴.

O componente "estrutura" abrange os recursos humanos, físicos e financeiros utilizados na provisão de cuidados de saúde, bem como os arranjos organizacionais e os mecanismos de financiamento destes recursos. O componente "processo" refere-se às atividades que constituem a atenção à saúde, e envolvem a interação de profissionais de saúde e população assistida. O componente "resultados", diz respeito às mudanças no estado de saúde da população, promovidas pelos cuidados recebidos²⁴.

Para o presente estudo foi analisado o eixo "estrutura", sendo selecionada sub-dimensão de recursos humanos (RH). Para isso foi elaborada uma matriz de avaliação com indicadores selecionados. Os dados da força de trabalho dos DSEI usados neste trabalho considerou apenas os trabalhadores registrados no SESAI-RH.

Os dados foram tabulados e analisados utilizando-se o software Excel versão Microsoft 365. Os resultados foram apresentados individualmente por DSEI e consolidado dos DSEI

que integram a região da Amazônia Legal.

Considerou-se como região da Amazônia Legal, o território que abrange os estados do Amazonas, Pará, Amapá, Roraima, Acre, Rondônia, Maranhão, Tocantins e Mato Grosso. São 25 DSEI à saber: Altamira, Alto Rio Juruá, Alto Rio Negro, Alto Rio Purus, Alto Rio Solimões, Amapá e Norte do Pará, Araguaia, Cuiabá, Guamá-Tocantins, Kaiapó do Mato Grosso, Kaiapó do Pará, Leste de Roraima, Manaus, Maranhão, Médio Rio Purus, Médio Rio Solimões e Afluentes, Parintins, Porto Velho, Rio Tapajós, Tocantins, Vale do Javari, Vilhena, Xavante, Xingu.

Considerando que maior parte da população indígena (cerca de 94%) assistida pelo DSEI Araguaia está distribuída entre Mato Grosso e Tocantins, estados que compreendem a Amazônia Legal, e que apenas 6% está localizada no estado de Goiás, os dados do DSEI Araguaia foram considerados integralmente (incluindo Goiás) para facilitar a análise²⁵.

O banco de dados analisado passou por um processo de limpeza e qualificação para a redução de inconsistências identificadas nos campos de a) Período de contratação: selecionou-se apenas os trabalhadores ativos no período de análise, ou seja, em 2020; b) Vínculo trabalhista: foram incluídos os registros de profissionais com vínculo, conveniados, PMM e servidores, e excluídos os terceirizados por tratar-se de profissionais de limpeza, segurança, etc.; oriundos do PROVAB, uma vez que o programa foi extinto em 2017; e autônomos por não se tratar de modalidade

de contratação de profissionais de saúde.

A partir da variável “nome da categoria profissional”, que apresenta os códigos da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), foi realizado o agrupamento em categorias de interesse: médicos, enfermeiros, cirurgião dentista e técnico/ auxiliar de saúde bucal, agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento. A definição no número de profissionais em cada categoria por DSEI foi calculada pela fórmula: número de dias trabalhados no ano por cada profissional dividido pelo número de dias em um ano, ou seja 365. Desta forma, um profissional que se encontrava contratado durante o ano todo foi contabilizado como um profissional. Já aqueles que estavam ativos apenas por alguns meses do ano foram contabilizados proporcionalmente. Essa metodologia permite quantificar o a efetiva capacidade de trabalho disponível no ano em cada DSEI, minimizando eventuais distorções que podem ocorrer com metodologias transversais, em que utiliza o número total de profissional em apenas uma data no ano, ou que utilizam o número de vagas disponíveis por DSEI, independentemente se estão ou não preenchidas.

Cabe destacar que o banco de dados envia-

do não apresentou a carga horária de cada contratado. Desta forma, o número de profissionais não levou em consideração se são contratados em regime parcial (menos de 40 horas semanais) ou regime integral (40 horas semanais).

Por fim, é possível que o cadastro no Sistema SESAI-RH possa estar desatualizado, uma vez que os pontos focais responsáveis pelo cadastramento encontram dificuldades na captação das informações para o cadastro.

Os dados demográficos são do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), acessados por meio do Serviço de Informação ao Cidadão (SIC), em solicitação ao Ministério da Saúde realizada em dezembro de 2021, processo nº 25072.007625/2022-0125. Refere-se à população ativa em 31 de dezembro de 2020 registrada no SIASI em aldeias e acampamentos, com extração do banco de dados realizada em 24/08/2021.

O presente estudo é dispensado de submissão ao CEP/CONEP conforme previsto na resolução nº 510 do Conselho Nacional de Saúde, de 07 de abril de 2016, por se tratar de estudo que utiliza banco de dados cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual (Brasil, 2016).

RESULTADOS

A SESAI/MS por meio do SIC25, repassou o banco de dados do Sistema de Gerenciamento de Recursos Humanos - (SESAI-RH). Segundo o próprio Ministério da Saúde, o SESAI-RH não é utilizado para monitoramento dos servidores de carreira que atuam no SASISUS. O Ministério da Saúde não disponibilizou as informações dos servidores do Sistema de Administração de Recursos Humanos do MS - SIARH-MS. No entanto, a base de dados do SESAI-RH enviada continha apenas 8 profissionais classificados como "servidores/cedidos" dos 27.191 registros (Brasil, 2017).

No total são 10.458,6 trabalhadores de todas as categorias em toda a Amazônia Legal, durante o ano de 2020. São 3.203,6 Agentes Indígenas de Saúde (AIS), 264,4 cirurgiões den-

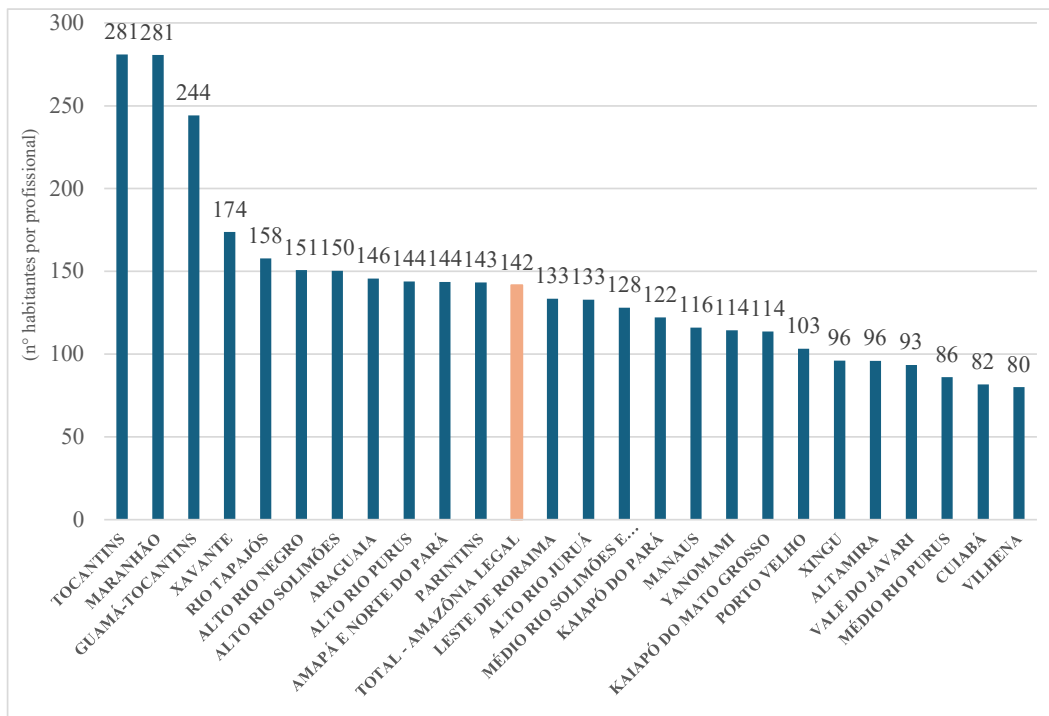
tistas, 1077,4 enfermeiros e 268,8 médicos.

A categoria profissional com maior peso proporcional são os AIS, representando 30,6% do total de trabalhadores registrados no SESAI RH em 2020, seguidos pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, representando 25,1%, Agente indígena de Saneamento (AISAN) representando 13,3 e enfermeiros representando 10,3% dos trabalhadores.

O número de habitantes por profissional é um indicador que estima a média do número de pessoas que um profissional é responsável, e permite inferir a carga de trabalho em termos de população atendida. O número de aldeias por profissional reflete a dispersão geográfica que cada profissional precisa atender. Os resultados são apresentados por cada categoria profissional.

Agentes Indígenas de Saúde

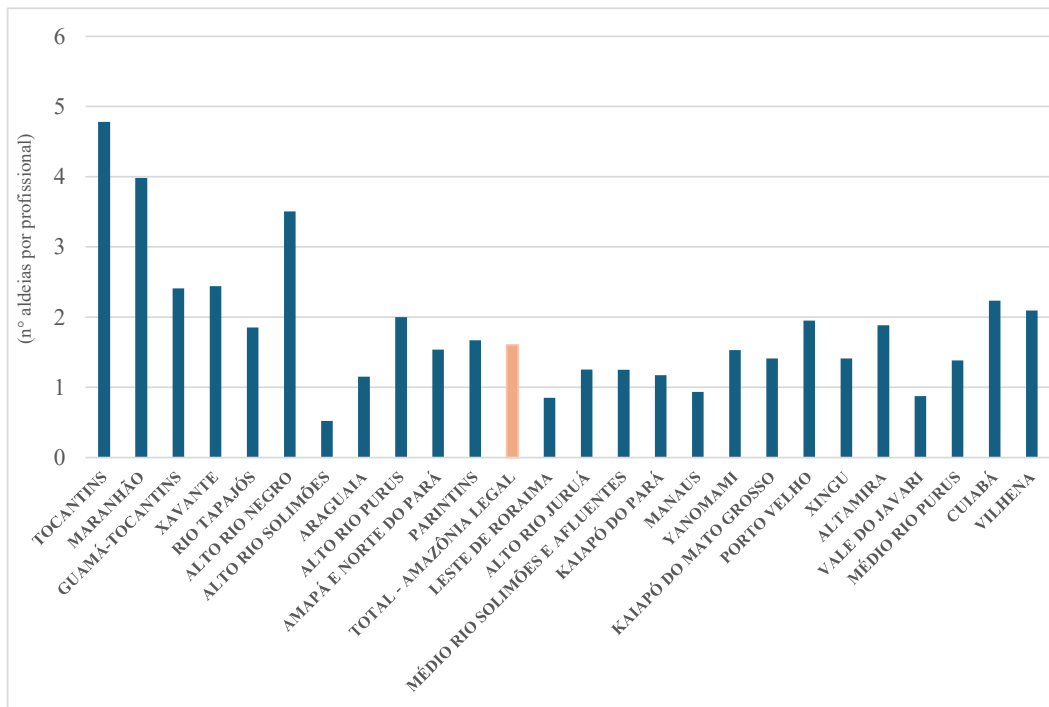
Gráfico 1 - Número de habitantes por Agente Indígena de Saúde nos DSEI da Amazônia Legal, 2020.



Fonte: SESAI-RH e SIASI, 2021.

Agentes Indígenas de Saúde

Gráfico 2 - Número de aldeias por Agente Indígena de Saúde nos DSEI da Amazônia Legal, 2020.



Fonte: SESAI-RH e SIASI, 2021.

Gráfico 3

O número de habitantes por Agente Indígena de Saúde nos DSEI analisados na Amazônia Legal foi de 142 e o número de aldeias 2. Nos gráficos 1 e 2, os DSEI Tocantins (281 habitantes, 5 aldeias) e Maranhão (281 habitantes, 4 aldeias) apresentam número de habitantes e número de aldeias acima do conjunto da média apresentada. O DSEI Guamá-Tocantins também apresenta uma população por agente de saúde maior do que a média (244), mas apresenta média igual a geral na distribuição por aldeias (2). Os DSEI médio Rio Purus (86), Cuiabá (82) e Vilhena (80) apresentam a menor proporção de habitantes por agente de saúde. Em relação à distribuição de aldeias por Agentes de Saúde, a maioria dos DSEI está próximo ou abaixo da média geral.

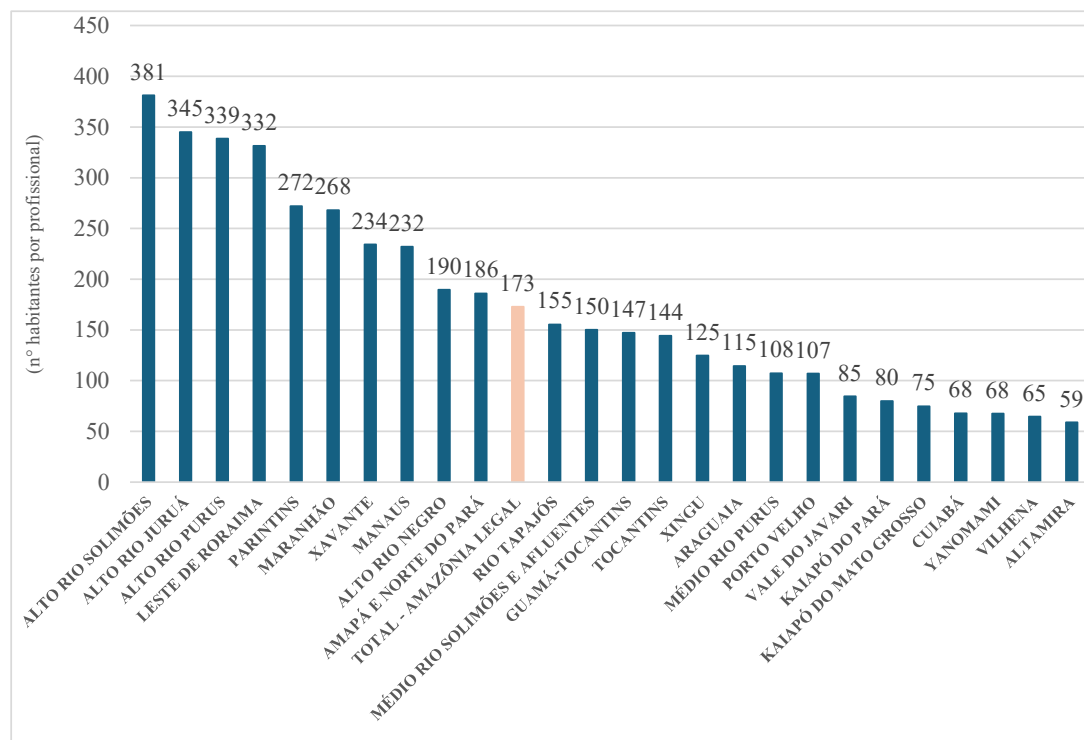
Gráfico 4

O número de habitantes por auxiliares/técnicos de enfermagem na Amazônia Legal foi de 173 habitantes por profissional e de 2 aldeias por profissional nos DSEI analisados. Os DSEI Alto Rio Solimões (381), Alto Rio Juruá (345) e Alto Rio Purus (339) são os que apresentam a maior proporção de habitantes em relação a auxiliares/técnicos de enfermagem, enquanto os DSEI Yanomami (68), Vilhena (65) e Altamira (59) apresentam a menor proporção.

Em relação a distribuição de aldeias por profissionais, os DSEI Alto Rio Purus (5), Alto Rio Negro (4) e Maranhão (4), apresentam o maior número de aldeias por profissional, enquanto diversos DSEI apresentam uma proporção menor que a média dos dados analisados.

Auxiliares e Técnicos de Enfermagem

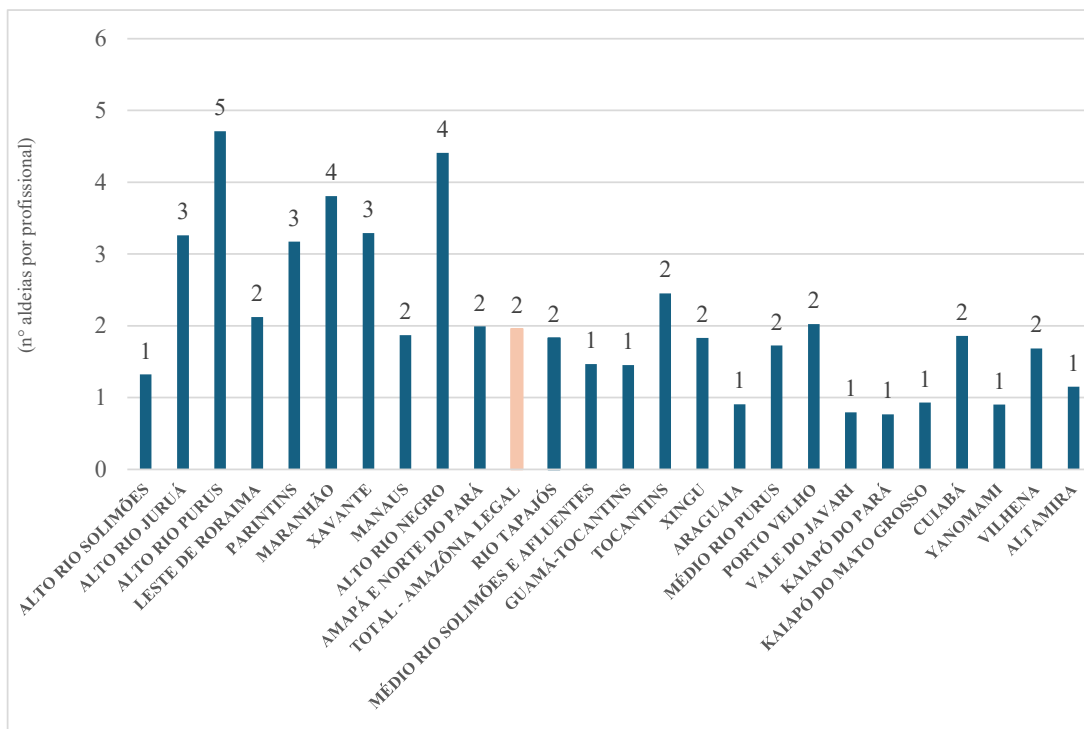
Gráfico 3 - Número de habitantes por auxiliares e técnicos de enfermagem nos DSEI da Amazônia Legal, 2020.



Fonte: SESAI-RH e SIASI, 2021.

Auxiliares e Técnicos de Enfermagem

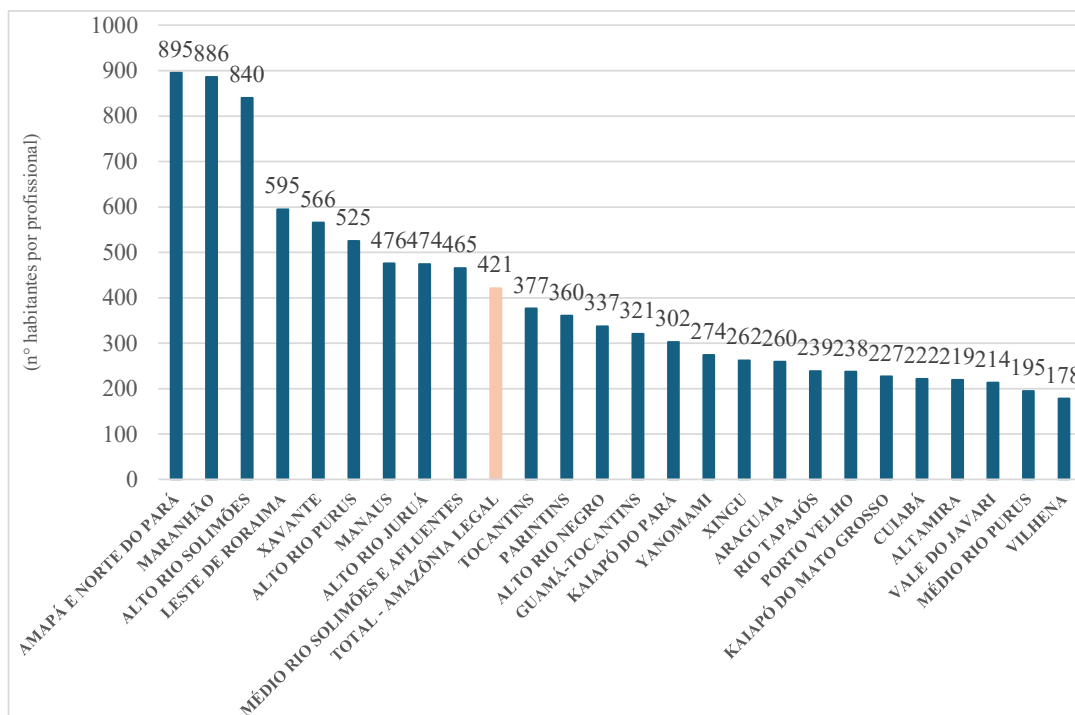
Gráfico 4 - Número de aldeias por auxiliares e técnicos de enfermagem nos DSEI da Amazônia Legal, 2020.



Fonte: SESAI-RH e SIASI, 2021.

Enfermeiros

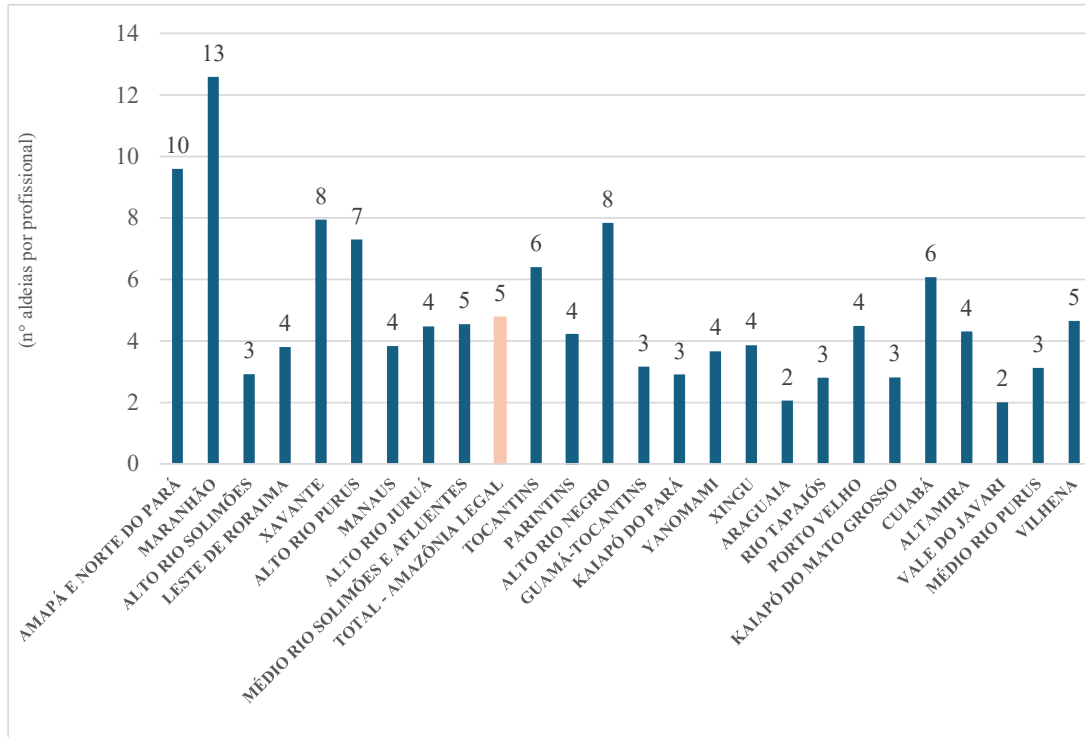
Gráfico 5 - Número de habitantes por enfermeiro nos DSEI da Amazônia Legal, 2020.



Fonte: SESAI-RH e SIASI, 2021.

Enfermeiros

Gráfico 6 - Número de aldeias por enfermeiro nos DSEI da Amazônia Legal, 2020.



Fonte: SESAI-RH e SIASI, 2021.

Gráfico 6

O número de habitantes por enfermeiro nos DSEI analisados foi de 421. Os DSEI Amapá e Norte do Pará (895), Maranhã (896) e Alto Rio Solimões (840) apresentam a maior proporção, enquanto os DSEI Vale do Javari (214), Médio Rio Purus (195) e Vilhena (178) apresentam a menor.

Na média, cada enfermeiro é responsável por 5 aldeias, porém este número é mais elevado nos DSEI Maranhão (13), Amapá e Norte do Pará (10), Xavante (8) e Alto Rio Purus (8). Já os DSEI Vale do Javari (2) e Araguaia (2), apresentam a menor proporção de aldeias por enfermeiros.

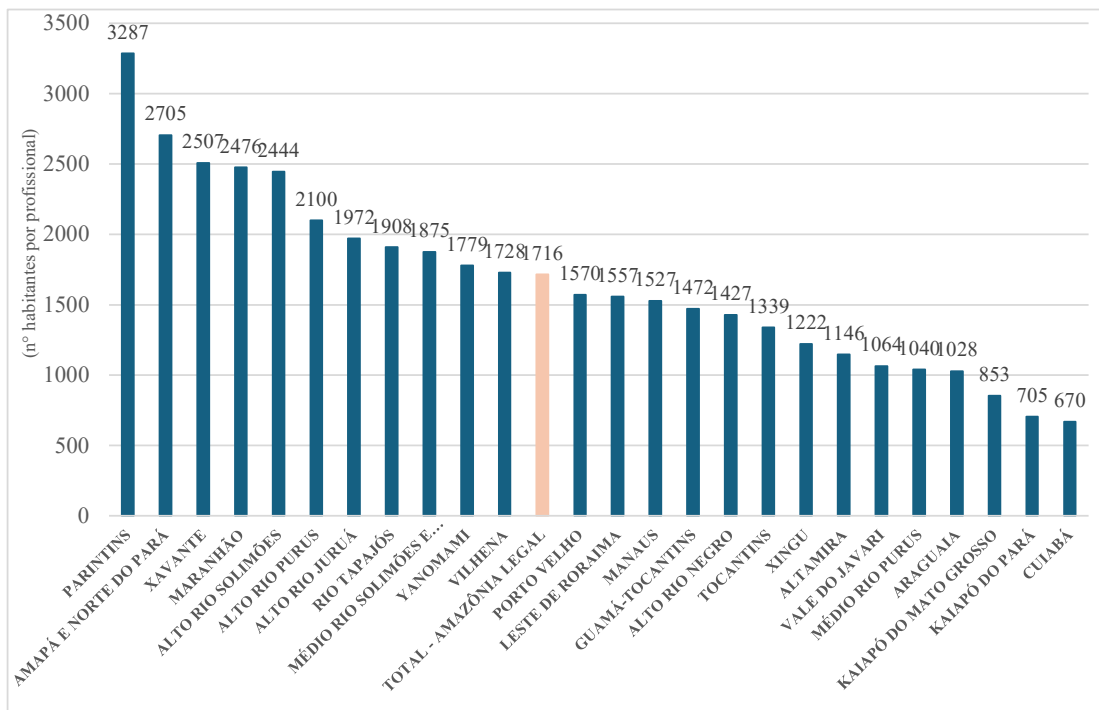
Gráfico 8

A distribuição de habitantes por cirurgiões dentistas também apresenta grande variabilidade, sendo a média de 1716 pessoas por profissional nos DSEI da Amazônia Legal. Os DSEI Parintins (3287), Amapá e Norte do Pará (2705) e Xavante (2507), apresentam a maior proporção, enquanto os DSEI Kaiapó do Mato Grosso (853), Kaiapó do Pará (705) e Cuiabá (670), apresentam a menor proporção.

Em relação ao número de aldeias por profissional, a média é de 19. Os DSEI Vilhena (45), Parintins (38), Xavante (35) e Maranhão (35), apresentam as maiores proporções. Já os DSEI Alto Rio Solimões (8), Araguaia (8) e Kaiapó do Pará (7), apresentam as menores proporções.

Cirurgiões Dentistas

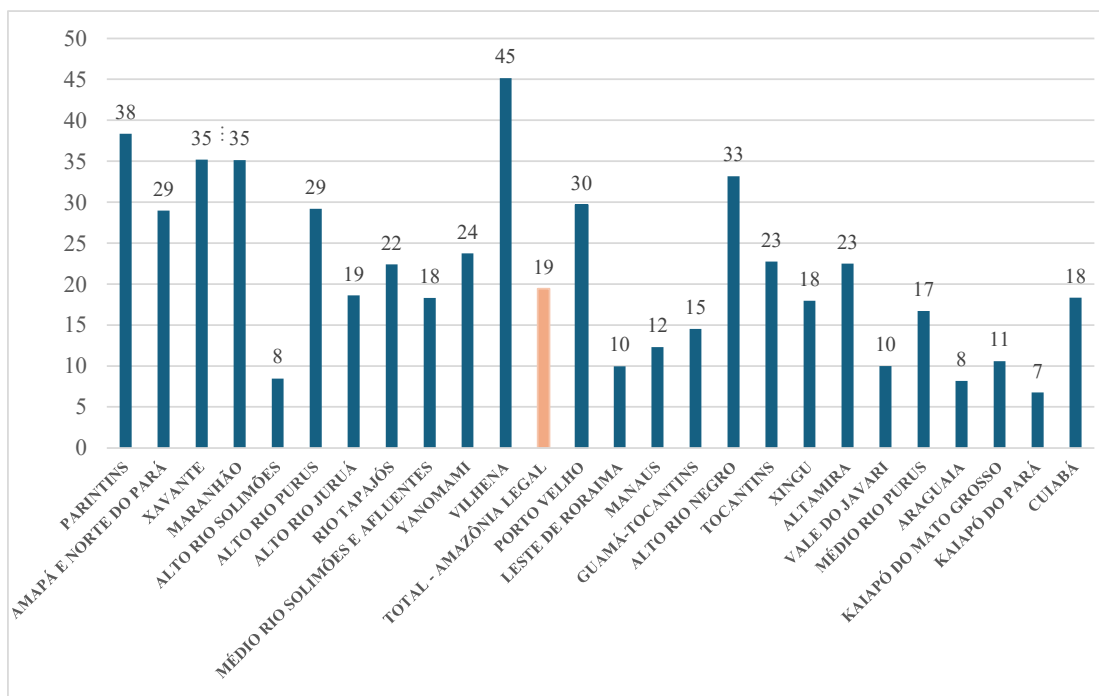
Gráfico 7 - Número de habitantes por cirurgião dentista nos DSEI da Amazônia Legal, 2020.



Fonte: SESAI-RH e SIASI, 2021.

Cirurgiões Dentistas

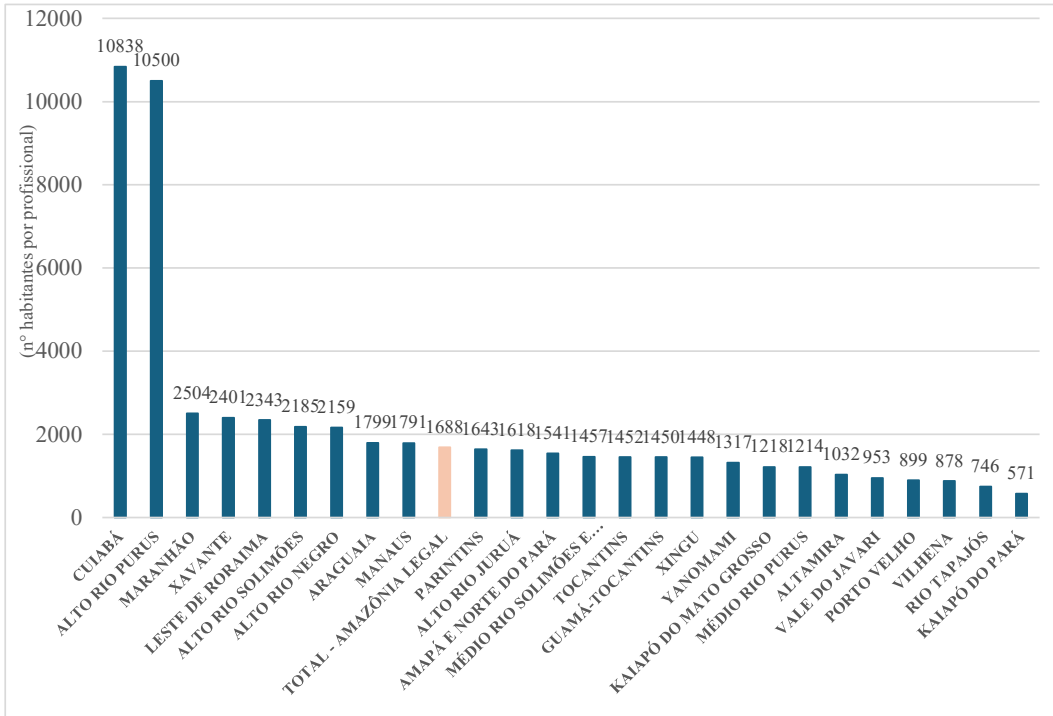
Gráfico 8 - Número de aldeias por cirurgião dentista nos DSEI da Amazônia Legal, 2020.



Fonte: SESAI-RH e SIASI, 2021.

Médicos

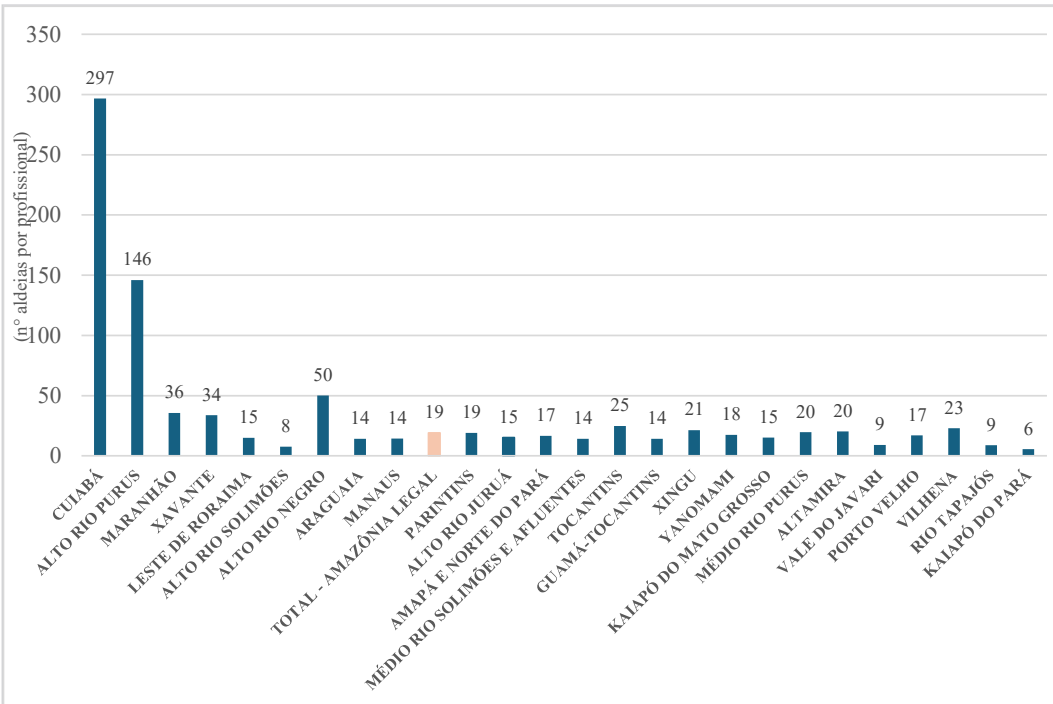
Gráfico 9 - Número de habitantes por médico nos DSEI da Amazônia Legal, 2020.



Fonte: SESAI-RH e SIASI, 2021.

Médicos

Gráfico 10 - Número de aldeias por médico nos DSEI da Amazônia Legal, 2020.



Fonte: SESAI-RH e SIASI, 2021.

Gráfico 10

Seguindo as análises descritivas, o número de habitantes por médicos nos DSEI da Amazônia Legal foi de 1688. Nesta análise é importante destacar que, segundo os dados encaminhados, o DSEI Cuiabá apresentava 0,6 médico/ano e o DSEI Alto Rio Purus 1. Além destes DSEI, destacam-se com uma proporção de médicos acima da média geral os DSEI Maranhão (2504), Xavante (2401) e Leste Roraima (2343). Os DSEI com menor proporção de habitantes por médicos foram Vilhena (878), Rio Tapajós (746) e

Kaiapó do Pará (571).

Em relação a proporção de número de aldeias atendidas por médico, destacam-se os DSEI Cuiabá (297) e Alto Rio Purus (148), com valores muito acima da média dos DSEI da Amazônia legal, que ficou em 19. Também apresentaram número de aldeias muito altas para cada médico os DSEI Alto Rio Negro (50), Maranhão (36) e Xavante (34). As menores proporções são encontradas nos DSEI Kaiapó do Pará (6), Alto Rio Solimões (8), Rio Tapajós (9) e Vale do Javari (9).

DISCUSSÃO

O déficit de profissionais em áreas remotas é reconhecido como um problema mundial, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, e resulta em uma oferta de saúde com baixa equidade^{7,28}. A precarização dos vínculos trabalhistas, uma realidade em todos os setores da sociedade, assume aspectos relativamente maiores para os profissionais que atuam na saúde indígena.

O Ministério do Planejamento, em documento publicado em 2017, evidencia fragilidades da SESAI na gestão de pessoas na saúde indígena, como a alta rotatividade de profissionais, entre outros motivos, pela dificuldade de fixação em áreas de difícil acesso e instabilidade do vínculo trabalhista dos profissionais das EMSI, contratados por entidades privadas conveniadas em regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); dificuldades na aprovação de novos concurso pelo Ministério do Planejamento e Orçamento; ausência de legislação específica, como cotas para profissionais indígenas, regulamentação da profissão do Agente Indígena de Saúde e Saneamento; e regras para a realização de concursos²⁹.

Nos últimos anos vem diminuindo o déficit quantitativo de profissionais atuando na saúde indígena, porém o despreparo para atuar em contextos de diversidade cultural ainda é frequente. A alta rotatividade dos profissionais que atuam na saúde indígena também é um problema documentado. Dificuldades

na adaptação ao cotidiano do trabalho, fragilidade na transparência e critérios adotados em processos seletivos e influências políticas no dimensionamento de número de vagas de profissionais e indicações de pessoas para vagas são alguns fatores relacionados a tal fenômeno. Grande parte dos profissionais é recém-formado e busca novos desafios e inserção profissional, com pouco perfil para lidar com complexidades nas relações interculturais^{18,30}.

Seguindo a tendência de aumento quantitativo de profissionais, o número de profissionais por habitante encontrado no presente estudo não indica, numericamente, um déficit de profissionais. A média de um médico para cada 1,6 mil habitantes, ou um AIS para cada 140 habitantes, por exemplo, é superior ao proposto pela PNAB para áreas rurais remotas²³. Já a média de aldeias por profissionais indica que possa haver vazios assistenciais, principalmente em relação aos profissionais de nível superior, com uma proporção de aldeias elevada, nas quais não seria possível a visita regular de profissionais de nível superior em uma frequência que permitisse a continuidade do cuidado, ou de que eventualmente a comunidade tenha que se deslocar para encontrar o profissional de saúde para receber assistência.

Outro importante achado no levantamento realizado foi a dificuldade em identificar uma padronização no número de profissio-

nais que atuam nos diferentes DSEI na Amazônia Legal, considerando as especificidades dos territórios e da distribuição geográfica, como apontado nas distribuições de profissionais por aldeias. Enquanto em um DSEI como o Alto Rio Negro, com áreas remotas, um médico é responsável por cinquenta aldeias, no DSEI Kaiapó do Pará um médico é responsável por seis aldeias.

Diversos fatores podem estar relacionados a não identificação de um padrão no número e na proporção de profissionais encontrada no presente estudo. Entre eles, a ausência de parâmetros no dimensionamento de profissionais pelo Ministério da Saúde, associada à dificuldade de atração e fixação de profissionais na saúde indígena, e à influência do processo histórico de constituição dos distritos e disputas políticas (dos grupos indígenas e dos atores municipais/ estaduais e federais) nos processos de pactuação de recursos humanos. Igualmente, poderiam ser resultado de adequações locais ao perfil do território (dispersão demográfica, número de aldeias e dificuldades de acesso geográfico). A subnotificação ou falta de atualização de cadastro no SESAI RH também deve ser considerada como fator para a variação entre os DSEI.

O dimensionamento de profissionais para os territórios é de fundamental relevância. Até o presente momento, não existe uma norma instituída que regulamente o dimensionamento de profissionais para esta atuação. Como citado anteriormente a proporção de pessoas por uma equipe de saúde da família determinada na PNAB não deve ser utilizada como parâmetro a ser aplicado nos distritos sanitários especiais indígenas, pois com tamanha variação de extensão territorial, acidentes geográficos e dispersão populacional, tempo de deslocamento, encontrada na Amazônia Legal, um profissional de uma EMSI tem sua carga horária de trabalho efetiva, sujeitada a todos esses aspectos.

Quando o dimensionamento de profissionais é baseado na razão profissional por número de habitantes, a demanda de cada

território e as diferentes atividades executadas por cada profissional não é levada em consideração. Ainda pouco utilizado, o método WISN, validado pela OMS, propõe um cálculo da quantidade de profissionais de categorias diferentes necessários para lidar com a carga de trabalho de um território. Para isso deve-se levar em conta o tempo disponível de cada profissional, as atividades padrão realizadas e os componentes da carga de trabalho¹².

Nos territórios indígenas o dimensionamento de profissionais deve-se, ainda, levar em consideração a carga horária efetiva de cada profissional. Ou seja, o tempo que o profissional está de fato disponível para exercer suas atividades de saúde, considerando o tempo de deslocamento do profissional no território, as dificuldades logísticas em colocar as EMSI nos territórios, a dispersão demográfica, e os aspectos culturais e epidemiológicos que interferem no perfil de atendimentos realizados.

Outro aspecto a ser considerado é o regime de trabalho de cada profissional. Enquanto em centros urbanos, os profissionais geralmente atuam com regime de trabalho de 40 horas semanais, em áreas remotas o modelo de escalas de trabalho intensivo, ou ininterrupto, é predominante. Apesar deste modelo ser implementado em muitos DSEI, não existe uma regulamentação trabalhista específica, sendo que a única referência legal é um acordo firmado entre o Ministério Público de Roraima e a SESAI, que prevê uma escala de trabalho de 30 dias em área e 15 dias de descanso³¹. Desta maneira, um profissional da saúde indígena, no ano, permaneceria em área 240 dias no ano, com 120 de descanso. Se somarmos as férias obrigatórias de 30 dias, o profissional da saúde indígena permanece em campo 215 dias no ano, por 140 dias de descanso. Ou seja, para cada 3 profissionais contabilizados num DSEI, efetivamente dispõe-se de força de trabalho equivalente a 2 profissionais, sem considerar o tempo de deslocamento.

CONCLUSÃO

A falta de uma padronização no dimensionamento da força de trabalho na saúde indígena pode significar grandes discrepâncias na proporção efetiva de profissionais atuando nas comunidades indígenas.

Não foi possível observar a distância ou as dificuldades de acesso entre cada aldeia, o que pode contribuir ainda mais para que algumas comunidades não recebam a visita dos profissionais de saúde. Apesar de numericamente não ter sido identificado um déficit de profissionais na média dos DSEIs na Amazônia Legal, a hipótese é de que diante da dispersão geográfica (média de aldeias por profissionais) possa haver vazios assistenciais.

Visando contribuir no debate acerca do dimensionamento da força de trabalho que atua na saúde indígena, este trabalho identificou que um aspecto fundamental a ser considerado é o tempo efetivo que o profissional está disponível para desenvolver as atividades de saúde, levando em consideração características do território, como o tempo de deslocamento do profissional, dispersão demográfica; a escala de trabalho e arejo; os aspectos culturais e epidemiológicos de cada território.

No presente estudo não foi possível analisar o impacto da rotatividade de profissionais na assistência, uma vez que o indicador número de profissionais por DSEI por ano considerou a efetiva capacidade de trabalho, sem considerar o número de vagas ofertadas e se estão ou não preenchidas em todo o período do ano.

A dificuldade de fixação de profissionais na saúde indígena é multifatorial, envolvendo a precariedade dos vínculos, a ausência de um plano de carreira, as condições desafiadoras do trabalho, barreiras geográficas e culturais, o desconhecimento e despreparo dos profissionais de saúde para lidar em contextos interculturais, entre outras. É possível que a alta rotatividade de profissionais associada à falta de dimensionamento da força de trabalho gere vazios assistenciais e descontinuidade do cuidado à saúde nas regiões mais remotas.

Futuros estudos, realizados em conjunto com a SESAI e os conselhos distritais de saúde, podem aprofundar a análise e oferecer suporte para uma qualificação da política de gestão dos recursos humanos empregados na saúde indígena visando a qualificação do cuidado ofertado e melhora nos indicadores de saúde dessa população.

Declaração do autor CRediT

Metodologia: Malvezzi, C; Côrtes, G; Ferron, MM. Validação: Malvezzi, C; Côrtes, G; Ferron, MM. Análise estatística: Malvezzi, C; Côrtes, G; Ferron, MM. Análise formal: Malvezzi, C; Côrtes, G; Ferron, MM. Investigação: Malvezzi, C; Côrtes, G. Recursos: Malvezzi, C; Côrtes, G; Ferron, MM. Elaboração de rascunho original: Malvezzi, C; Côrtes, G; Ferron, MM. Redação-revisão e edição: Malvezzi, C; Côrtes, G; Ferron, MM. Visualização: Malvezzi, C; Côrtes, G; Ferron, MM. Supervisão: Malvezzi, C; Côrtes, G; Ferron, MM. Administração do projeto: Malvezzi, C.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Rourke J. WHO Recommendations to improve retention of rural and remote health workers - important for all countries. *Rural Remote Health*. 2010;10(4):1654.
2. Oliveira LS de S. Quem Somos Nós, os que ensinam e aprendem saúde indígena. Projeto Xingu / Unifesp [Internet]. 2021 [citado 20 de maio de 2024]; Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/145bPOgqC7ypD6F3Pd65ld8tB0yvK7end/view?usp=sharing>.
3. Garnelo L, Pontes AL. Saúde indígena: uma introdução ao tema. Em: *Saúde indígena: uma introdução ao tema*. 2012. p. 296.
4. Azevedo M, Antunes M, Souza Damasco F, Rebouças M, Martins M. Vulnerabilidade Demográfica e Infraestrutural das Terras Indígenas à Covid-19 - Caderno de Insumos e Caderno de Mapas. 2020.
5. Orellana JDY, Gonçalves MJF, Basta PC. Características sociodemográficas e indicadores operacionais de controle da tuberculose entre indígenas e não indígenas de Rondônia, Amazônia Ocidental, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2012;15(4).
6. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: A literature review of attraction and retention. *BMC Health Serv Res*. 2008;8.
7. Wilson NW, Couper ID, De Vries E, Reid S, Fish T, Marais BJ. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. Vol. 9, *Rural and remote health*. 2009.
8. Brasil. Lei 8080/90. Lei No 8080/90, de 19 de setembro de 1990 Brasília: DF 1990 Disponível em <https://www.planalto.gov.br/>

ccivil_03/LEIS/L8080.htm Acesso em: 05 set 2006. 1990;

9. Brasil. Lei n 9.836 de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei no 8080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” [Internet]. 1999; Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm

10. Brasil. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Fundação Nacional de Saúde, organizador. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

11. Garnelo L, Sampaio S de S, Pontes AL. Atenção diferenciada: a formação técnica de agentes indígenas de saúde do Alto Rio Negro. Atenção diferenciada: a formação técnica de agentes indígenas de saúde do Alto Rio Negro. 2019.

12. World Health Organization. Workload Indicators of Staffing Need (WISN). Who [Internet]. 2016 [citado 20 de maio de 2024];(15). Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373473/9789240070066-eng.pdf?sequence=1>

13. Australian Government. National Aboriginal and Torres Strait Islander Health Workforce Strategic Framework and Implementation Plan 2021–2031. Australian Government [Internet]. 2022 [citado 20 de maio de 2024]; Disponível em: <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2022/03/national-aboriginal-and-torres-strait-islander-health-workforce-strategic-framework-and-implementation-plan-2021-2031.pdf>

14. Brasil. Saúde indígena: análise da situação de saúde no SASISUS [Internet]. de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena SE, organizador. Ministério da Saúde; 2019. 83 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_analise_situacao_sasisus.pdf

15. SESAI. Portal da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) [Internet]. 2022 [citado 20 de maio de 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai>

16. Brasil. Relatório Anual de Gestão do Exercício de 2020 (RAG 2020) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde ; 2021. p. 94. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_gestao_rag_2020.pdf

17. IBGE. Os indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Censo Demográfico 2010. 2010;

18. Luna WF, Malvezzi C, Teixeira KC, Almeida DT, Bezerra VP. Identidade, Cuidado e Direitos: a Experiência das Rodas de Conversa sobre a Saúde dos Povos Indígenas. Rev Bras Educ Med. 2020;44(2).

19. Duncan MS, Targa LV. Médicos para atenção primária em regiões rurais e remotas no Brasil: situação atual e perspectivas. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2014;9(32).

20. Oliveira FP de, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR dos, Figueiredo AM de, Araújo SQ de, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2015;19(54).

21. Schattan V, Rosalen J, Paes P, Athias R. Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena [Internet]. Consórcio IDS-SSL-Cebrap; 2009 [citado 20 de maio de 2024]. Disponível em: <https://repositorio.bvspovosindigenas.fiocruz.br/bitstreams/83fe3bd3-3986-4d5c-93e0-42a1238fb007/download>

22. Garnelo L, Macedo G, Brandão LC. Povos Indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil [Internet]. Organização Pan-Americana de Saúde. 2003 [citado 20 de maio de 2024]. Disponível em: <https://repositorio.bvspovosindigenas.fiocruz.br/bitstreams/d2cb7bb3-2d9d-4ebc-8210-6f532c2b4653/download>

23. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria no 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

24. Donabedian A. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Vol 1. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor, MI, Health Administration Press; 1980;

25. SESAI. SIC processo nº 25072.007625/2022-01. 2022. Resposta Serviço de Informação ao Cidadão (SIC).

26. Brasil. Resolução no 510, de 07 de abril de 2016 - Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União. 2016;(98).

27. Brasil. Relatório Anual de Gestão do Exercício de 2016 (RAG 2016) [Internet]. Ministério da Saúde; 2017. 142 p. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/26/RG-SESAI-2016-Versao-Final.pdf>

28. Crisp N, Chen L. Global Supply of Health Professionals. New England Journal of Medicine. 2014;370(10).

29. Brasil. Manual de Gestão de Integridade, Riscos e Controles Internos da Gestão [Internet]. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão; 2017. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/etica/integridade/ManualdeGIRC31012017.pdf>

30. Oliveira L. Um Panorama sobre Recursos Humanos em Saúde Indígena. Saúde Coletiva [Internet]. 2005;2:103–8. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84220792002>

31. TRT. 1a VT de Boa Vista promove acordo que beneficia trabalhadores de saúde em áreas indígenas do AM e RR. Tribunal Regional do Trabalho AM e RR [Internet]. 2015 [citado 20 de maio de 2024]; Disponível em: <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>

Recebido: 26 fevereiro 2024.

Aceito: 29 maio 2024.

Publicado: 28 junho 2024.