

Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena: desafios

Special Secretariat for the Attention of Indigenous Health: challenges

István van Deursen Varga¹

Resumo

A implantação dos chamados Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) não foi acompanhada de “reengenharia” dos mecanismos de tomada de decisão, estruturas e quadros profissionais da instituição, como indica a literatura de referência sobre implantação de distritos sanitários e os “Sistemas Locais de Saúde”. Longe de conferir à gestão a necessária supremacia face às pressões das oligarquias regionais (frequentemente anti-indígenas), este processo reforçou a cultura autoritária e corporativista da FUNASA bem como o poder das oligarquias. Os DSEIs de todo o País enfrentaram crises permanentes desde sua implantação. A afirmação pública do Ministro da Saúde de que a Fundação se tornara “um antro de corrupção”, anunciava sua intenção de transferir estas competências à Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde e, posteriormente, à Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena, vinculada ao Gabinete do Ministro – conforme deliberações das II e III Conferências Nacionais de Saúde Indígena. Discuto aqui os principais desafios colocados a esta nova Secretaria.

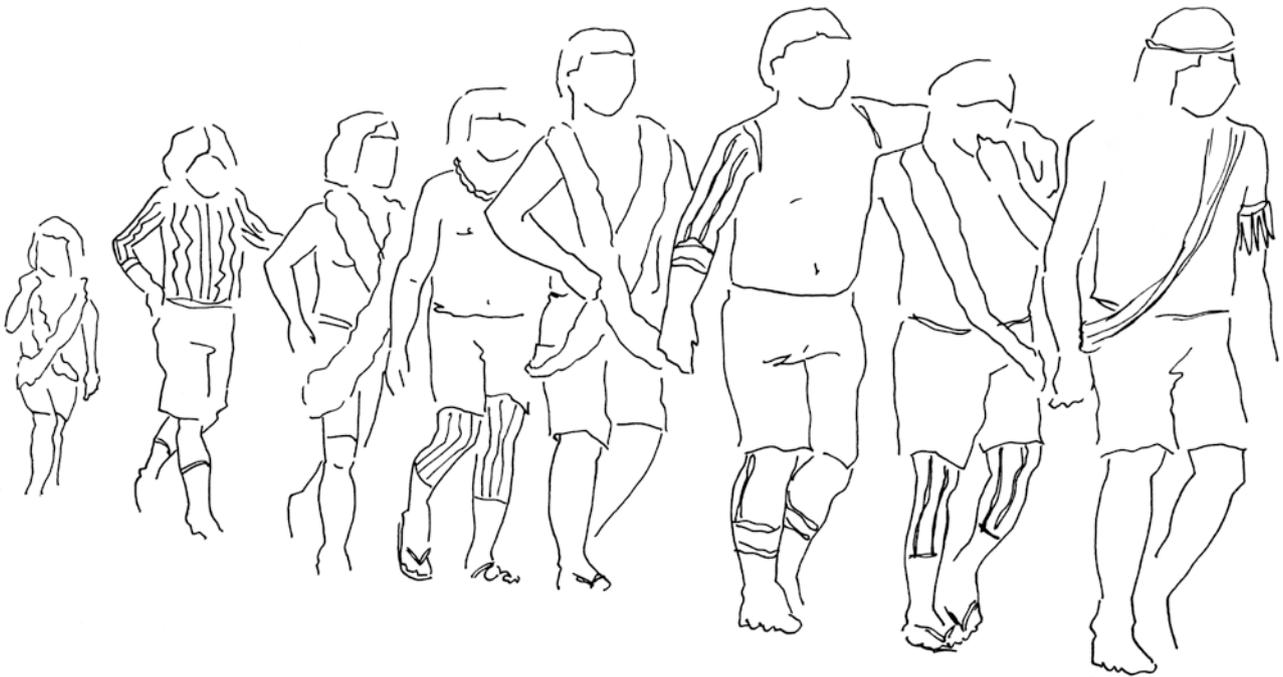
Palavras-chave: Política nacional de saúde indígena; Secretaria de Saúde Indígena; culturas institucionais em saúde

Abstract

The implementation of the so-called Special Indigenous Sanitary Districts (DSEIs) of the National Health Foundation (Fundação Nacional de Saúde - FUNASA) is not accompanied by reengineering of the mechanisms of decision making, structures and professional teams of the institution, as is shown in the literature of reference regarding the introduction of sanitary districts and the “Local Health Systems”. Far from conferring to administration the necessary supremacy faced with the regional oligarchs (frequently anti-indigenous), this process reinforces the authoritarian and corporative culture of FUNASA as well as the power of the oligarchs. The DSEIs of the whole country are facing permanent crises since implementation. The public statement by the Minister of Health that the Foundation has become a “den of corruption” announces his intention of transferring these responsibilities to the Secretary for Primary Health Attention and Promotion and, later on, to the Special Secretary for the Attention of Indigenous Health, tied to the Cabinet of the Minister – according to deliberations of the II and III National Conferences of Indigenous Health. I hereby discuss the main challenges for this Secretariat.

Key-words: National policy for indigenous health; Secretariat of Indigenous Health; institutional cultures in health care

¹István van Deursen Varga (ivarga@uol.com.br) é médico homeopata, mestre em Antropologia Social, doutor em Saúde Pública e pós-doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Docente Adjunto do Departamento de Sociologia e Antropologia e do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).



O modelo e o processo de implantação dos DSEI, da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), vem sendo objeto de uma sequência de artigos de nossa autoria^{4,5,6,7,8} desde 1992. Numa rápida apreciação da trajetória da gestão da política nacional de saúde indígena pela FUNASA, salta aos olhos o flagrante descumprimento da Lei 8.142/90, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS”, em vários aspectos.

Primeiro porque o intervalo de quatro anos para a realização das Conferências Nacionais de Saúde Indígena (CNSI), determinado pela Lei 8.142/90ⁱⁱ, nunca foi cumprido. A I Conferência foi realizada em 1986 (antes da criação da FUNASA, em 1991), a II em 1993, a III em 2001, a IV em 2006 (as três últimas sob a gestão da FUNASA).

A despeito de um dos objetivos das Conferências de Saúde (no caso, as CNSI), segundo a mesma Lei, ser o de “propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes”ⁱⁱⁱ, as diretrizes propostas nas I, II e III Conferências, quanto ao modelo de gestão e de organização dos serviços

de saúde voltados aos povos e comunidades indígenas nunca foram seguidas pela FUNASA. O casuísmo da implantação dos DSEIs, sua delimitação, e seu número final de 34, comprovam-no inequivocamente^{6,7,8}.

O modelo de DSEI preconizado na II Conferência é supra-institucional e remete aos dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), proposto pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), em 1988, a serem definidos, articulados e administrados no bojo de um “processo social”^{2,3} permanente e amplamente participativo, ao contrário do adotado pela FUNASA (os gerentes dos DSEIs são necessariamente do quadro da instituição, nomeados por seu Presidente).

No que tange o processo de territorialização/delimitação dos DSEI, a II CNSI estabeleceu que deveriam ser considerados os determinantes geográficos (localização, formas e vias de acesso); técnicos (serviços e profissionais disponíveis, capacidade operacional, perfil e dinâmica epidemiológica); populacionais e étnicos, com limites móveis, para adaptarem-se constantemente à dinâmica desses fatores. Nesse aspecto, a prática da FUNASA, a partir de 1999, com DSEI de dimensões gigantescas, estaduais (no Maranhão) ou macrorregionais (o “DSEI Litoral Sul” abrange Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, sendo o Paraná ora extraído, ora reinserido ao sabor das negociações do PMDB, partido que controla os cargos

ⁱⁱ“A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada 4 anos” Lei 8.142/90, Art. 1º, § 1º.
ⁱⁱⁱidem.

de direção da FUNASA, desde sua criação), também contradiz a II Conferência.

Na verdade, a opção dos dirigentes da FUNASA, pela implantação gradual dos 20 DSEI (ampliado para 34, face às pressões das ONGs, universidades e organizações indígenas), não se respalda em critérios técnicos, mas, sobretudo, a interesses e limitações internas da FUNASA: número de cargos de administração superior disponíveis a gerentes distritais.

Apesar dos recursos humanos contratados e equipamentos adquiridos, e do grande crescimento do setor de saúde indígena da FUNASA, no biênio 1999-2000, a implantação dos DSEI não se acompanhou de uma “re-engenharia”, em profundidade, da instituição, de seus mecanismos decisórios, estruturas e quadros profissionais (conforme indicações das referências documentais sobre a implantação dos SILOS e Distritos Sanitários)^{2,3}.

Os critérios de escolha e nomeação, pela FUNASA, dos gerentes e membros dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena dos DSEIs, sobretudo dos que abrangem povos e comunidades indígenas menos articulados (caso do DSEI-MA), estão entre as distorções mais graves do modelo proposto pela II Conferência, conferindo à FUNASA plenos poderes para o controle político dos DSEI (além do gerencial e orçamentário) – que deveria estar nas mãos dos povos e comunidades indígenas envolvidos.

Longe de conferir à gestão da política a necessária supremacia frente às pressões das oligarquias regionais (frequentemente anti-indígenas) sobre o aparelho de Estado, este processo reforçou a cultura autoritária e corporativista da FUNASA e o poder que as oligarquias sobre ela sempre exerceram.

A III CNSI (Luziânia/GO, 14-18 de maio de 2001) reafirmou princípios e diretrizes das duas anteriores, bem como os diagnósticos em curso sobre a execução da política de saúde para os povos indígenas, propondo, entre outras, as seguintes recomendações:

- Incluir os povos indígenas ainda não reconhecidos oficialmente e os índios que residem fora das terras indígenas no planejamento dos distritos, conforme especificidades locais e com a participação dos conselhos distritais;
- Iniciar o cadastramento das famílias indígenas desaldeadas e garantir seu acesso às ações e serviços de saúde;

- Rever os limites geográficos dos distritos (DSEI) com dificuldades operacionais na organização dos serviços, criando novos distritos se necessário, segundo critérios demográficos, culturais e epidemiológicos, a partir da deliberação dos conselhos distritais.

Nenhuma das deliberações acima foi cumprida pela FUNASA. Segundo informações de lideranças indígenas da Amazônia e do Nordeste, o Diretor do Departamento de Saúde Indígena (DESAI), entre 1998 e 2003, desencorajou-as de reivindicar o direito de atenção diferenciada à saúde das comunidades “urbanizadas”, argumentando que isso reduziria os recursos disponíveis ao atendimento dos “aldeados”.

Entre as CNSI realizadas, a IV será lembrada pela dissonância entre a gravidade da crise em boa parte dos DSEI e o desproporcional volume de recursos gastos com hotéis de luxo do evento, sem necessidade objetiva para tanto.

Foram vários os problemas das etapas locais e distritais da IV CNSI, entre os povos e comunidades abrangidos por vários DSEI. O Regimento e o Regulamento da etapa nacional estabeleceram regras que engessaram a extensa programação de atividades pré-definidas, restringiram o acesso de delegados às Plenárias Temáticas e complicaram a condução das mesas e votações.

Na etapa nacional (de 28 a 31 de março de 2006 no *Resort* de alto luxo Pousada Águas Quentes, em Caldas Novas, GO), a cada delegado só foi permitida participação efetiva (com direito a voto) em apenas uma das Plenárias Temáticas, por meio de inscrição prévia, registrada no “sistema” (bancos de dados da Comissão Organizadora) e impressa no crachá.

Muitos delegados tiveram inscrição remanejada “pelo sistema”, contra a vontade, para outras Plenárias Temáticas, por ter “estourado” a cota pré-definida para sua categoria de representação (“usuário”, “trabalhador indígena de saúde”, “trabalhador não-indígena de saúde”, “governo”, “prestador de serviço”) na Plenária Temática de sua escolha.

Além dos problemas descritos na instalação e andamento das Plenárias Temáticas, o encaminhamento das propostas para votação na Plenária Final também foi problemático. À metodologia engessada somaram-se conduções de mesa ora excessivamente burocráticas e ininteligíveis, ora autoritárias e truculentas, que inviabilizaram acompanhamento atento e participativo

da maior parte dos presentes, especialmente dos delegados indígenas.

A votação mais conturbada da Plenária Final foi a do modelo de gestão da Política Nacional de Saúde Indígena, não só por sua importância estratégica, mas pela falta de clareza na condução da mesa: vários delegados indígenas, que votaram na manutenção da FUNASA como gestora, protestaram publicamente no dia seguinte contra a confusa coordenação da mesa de votação, que os teria induzido a votar contra a proposta que defendiam. Nessa mesma tarde, a delegação do DSEI-Xingu, em protesto, anunciou sua retirada da Plenária Final, que começou a dispersar-se.

Diante da insatisfação geral do andamento dos trabalhos, à noite começou a circular a proposta de impugnação da IV CNSI. No meio da madrugada de primeiro de abril, com a Plenária Final em andamento, grande parte dos delegados indígenas retiraram-se e, em reunião paralela, convocaram o coordenador da mesa, repreendendo-o, junto com a Comissão Organizadora, pela manipulação dos trabalhos, redigindo documento, subscrito por 27 dos 34 Presidentes de Conselhos Distritais presentes, além da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira e outras organizações, denunciando o processo e solicitando a impugnação da Conferência.

Os problemas na condução da IV CNSI comprometeram sua representatividade e legitimidade, enquanto instância máxima propositiva da Política Nacional de Saúde Indígena e motivaram a Associação Nacional de Ação Indigenista (ANAÍ), o Conselho Indigenista Missionário (CIMI) e o Mestrado em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão (MSA/UFMA) a divulgarem nota pública endossando o protesto e os termos do documento elaborado e subscrito pela maioria dos Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena e demais delegados indígenas presentes^{IV}.

As crises nos DSEI aprofundaram-se ao longo de 2006 e 2007. Em meados de 2008, o Ministro da Saúde, numa atitude ousada e corajosa, reconheceu e afirmou publicamente que a FUNASA se tornara “um antro de corrupção” [sic], anunciando sua intenção de

transferir as competências e atribuições de gestão da política nacional de saúde para os povos indígenas à Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde. Posteriormente, acatando críticas do movimento indígena e de instituições e entidades com atuação indígenista, decidiu criar a Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena, vinculada diretamente ao Gabinete do Ministro – conforme deliberações da II e III CNSPI, por meio da Portaria Nº 1.922, de 11 de setembro de 2008, do Ministro de Estado da Saúde, criando Grupo de Trabalho para propor as medidas administrativas necessárias à transferência organizada e eficaz destas atribuições da FUNASA à futura Secretaria. O Ministro pagou alto custo político por sua atitude, enfrentando pressões, inclusive de setores de seu partido, para que fosse destituído do cargo.

Em 24 de março de 2010, por meio da Medida Provisória nº 483, o Presidente da República formalizou a criação da Secretaria, determinando prazo de três meses para o detalhamento de sua estrutura e demais providências para torná-la operacional.

Desafios^V

Dentre suas primeiras e mais urgentes tarefas, a nova Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena deverá convocar imediatamente a V CNSI, pois o prazo legal para sua realização expirou em fins de março de 2010.

Espera-se que a nova Secretaria não reproduza nem consolide as práticas centralizadoras, corporativas, clientelistas, patrimonialistas e autoritárias que caracterizam a gestão da FUNASA sobre esta política, nem que repita as escandalosas e perdulárias manobras da IV CNSI, na convocação e realização da V CNSI. Para tanto, será crucial a criteriosa e cuidadosa seleção dos quadros profissionais, para que não incorpore técnicos comprometidos e/ou viciados pela cultura institucional da FUNASA. (Há um risco considerável de isso ocorrer).

Dentre os maiores desafios da Secretaria estão, a nosso ver, a reterritorialização dos DSEI e colocação em prática das resoluções da III CNSI, acima citadas.

Os receios do Diretor do DESAI/FUNASA sobre a “governabilidade” orçamentária da política nacional de saúde dos povos indígenas, diante das deliberações da III CNSI e dos dados do Censo de 2000 (que atestaram a acelerada expansão do contingente indígena da população brasileira), decorrem de concepção excessivamente centralizadora da gestão dessa política que não

^{IV}Associação Nacional de Ação Indigenista (Anaí), Conselho Indigenista Missionário (Cimi), Mestrado em Saúde e Ambiente/Universidade Federal Do Maranhão (Msa/Ufma), 2006.

^VParcialmente extraído de Varga⁷.

investe na sua capilarização a todas as instâncias, níveis de atenção e serviços do SUS.

Mais do que “ameaçar” o tamanho da fatia do orçamento federal, os dados apontam para a necessidade de mudar a política, adotando paradigma mais abrangente e inclusivo da condição indígena e mais compatível com discussões no campo das Ciências Sociais sobre identidades culturais e étnicas. Indicam também a necessidade da adoção de estratégias de disseminação da política a todos os níveis de gestão do SUS e de metodologias de trabalho mais efetivamente participantes, que resultem na transformação profunda das práticas “sanitárias” e “indigenistas” usadas “na ponta”, inclusive nos serviços que atendem índios “urbanizados”.

Propor a difusão dessa responsabilidade e da política de saúde para os povos indígenas a todos os níveis do SUS, segundo seus princípios e diretrizes, não significa “municipalizar” a saúde indígena (que foi, na prática, a política adotada pela FUNASA no Nordeste, por exemplo), nem abdicar da responsabilidade prioritária da esfera federal sobre a gestão da política nacional de saúde, sobretudo na saúde dos povos indígenas (lesados que foram pelo Estado nacional em formação e cuja saúde é, prioritariamente, de sua responsabilidade).

No caso da política de saúde para os povos indígenas cabe à esfera federal, sobretudo – para além e acima da execução direta (ou terceirizada) das ações de saúde sob sua responsabilidade – reconhecer, fazer respeitar, cumprir e fazer cumprir essa política, definida pelos princípios e diretrizes estabelecidos nas Conferências Nacionais, em todos os níveis de gestão e execução do SUS.

Referências

1. Associação Nacional de Ação Indigenista (Anaí), Conselho Indigenista Missionário (CIMI), Mestrado em Saúde e Ambiente/Universidade Federal do Maranhão (Msa/Ufma). Nota pública sobre a IV Conferência Nacional de Saúde Indígena. São Luís (MA), 7 de abril de 2006.
2. Mendes EV, organizador. A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec; 1998.
3. Mendes EV, organizador. Distrito Sanitário – o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4ª edição. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: ABRASCO; 1999.
4. Varga ID. Indigenismo sanitário? Instituições, discursos e políticas indígenas no Brasil contemporâneo. Rev Cadernos de Campo 1992, ano II (2): 132-42.
5. Varga ID. Política pública de saúde para os índios é uma indigesta sopa de letrinhas In Povos Indígenas do Brasil 1991-95. São Paulo: Instituto Sócio-Ambiental; 1996. p. 53-6.
6. Varga ID. Dos medicamentos aos índios ‘genéricos’: problemas e desafios legados, pelo governo Fernando Henrique Cardoso, aos campos das políticas indigenista e de saúde para os povos indígenas no Brasil. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2003, Brasília. Ciência & Saúde Coletiva 2003; 8 (2): 98.
7. Varga ID. Dos medicamentos aos índios ‘genéricos’: os campos da política indigenista e de saúde para os povos indígenas, no Brasil, frente ao Censo Demográfico de 2000. Revista de Direito Sanitário 2003; 4 (2): 32-45.
8. Varga ID, Adorno RCF. Terceirizando a indianidade? Sobre a política nacional de saúde para os povos indígenas, aos ‘500 anos’. Revista de Direito Sanitário 2001:2 (1):9-26.