

Universidade Federal de Rondônia
Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia

Escola Nacional de Saúde Pública
Departamento de Endemias S. Pessoa

**Política de Saúde dos Povos Indígenas no Brasil:
Análise Situacional do Período de 1990 a 2004**

Documento de Trabalho no. 9

Luiza Garnelo
Universidade do Amazonas &
Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus.

Porto Velho, novembro de 2004

As atividades de pesquisa, ensino e extensão do Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia (CESIR) são financiadas pela Fundação Ford e pelo CNPq.

Endereço para contato:

Profa. Ana Lucia Escobar

Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia (CESIR)

Universidade Federal de Rondônia - Centro

Av. Presidente Dutra 2965, sala PS2

78900-500 - Porto Velho – RO

fax: (69) 216-8516

endereço eletrônico: ana@unir.br ou cesir@unir.br

<http://www.cesir.org>

Introdução

Com um recorte dirigido ao período de 1990 a 2004, esse texto visa discutir a política de atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil, analisando as contradições do Estado brasileiro na provisão da atenção à saúde dessas minorias étnicas, expressas nas interações entre os agentes políticos que intervêm na gestão do subsistema de saúde indígena. Reflete-se ainda sobre as implicações deste novo cenário na política indigenista brasileira.

Os dados aqui analisados foram coletados em documentos oficiais de órgãos públicos, como a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, responsável por prover a atenção à saúde indígena, em pronunciamentos públicos de lideranças indígenas e gestores do subsistema de atenção à saúde indígena e manifestações de indígenas, profissionais de saúde e outros agentes políticos que registraram suas opiniões no grupo de discussão da “web”, denominado *rede saúde indígena*, no qual circulam diariamente informações sobre os eventos políticos do campo da saúde indígena.

A Construção da Política Setorial de Saúde Indígena no Contexto do Sistema Único de Saúde - SUS¹

A política de saúde indígena deve ser entendida como uma política setorial produzida numa interface entre a política de saúde, conduzida pelos órgãos de governo para a população brasileira como um todo, e a política indigenista, dirigida aos grupos étnicos que vivem no território nacional brasileiro. Nessa conjuntura, a dinâmica de implantação da atual política de saúde indígena deve ser referida à relação entre Estado e sociedade, expressa pela movimentação de agentes políticos de governo em interação com representantes da sociedade civil. Aqui incluímos as chamadas organizações indígenas que encabeçam lutas etnopolíticas em busca de concretizar seus direitos constitucionais, entre os quais o direito à provisão de ações e serviços destinados à preservação e recuperação da saúde.

Para fins dessa análise delimitamos a realização da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio², no ano de 1986, como o marco inicial da política de saúde

¹ Informações mais detalhadas sobre esse tema podem ser obtidas em Confalonieri (1989), Langdon (2000), Garnelo & Encarnação (2000), Magalhães (2000) e Garnelo, Macedo & Brandão (2003).

² No Brasil contemporâneo as conferências de saúde são eventos periódicos de relevante importância política, que congregam um grande número de representantes do poder público e de

indígena atualmente em curso. O objetivo explícito da conferência era formular uma política de atenção à saúde indígena, então a cargo da Fundação Nacional do Índio - FUNAI.

O final da década de 80 foi um período de grande efervescência no campo da saúde no Brasil, com intensa movimentação de lideranças comunais e membros de instituições de ensino e pesquisa em saúde, numa conjugação de esforços para reordenar a estrutura de atenção à saúde dirigida à população como um todo. Tais iniciativas faziam parte de um esforço de redemocratização e revitalização do sistema público de saúde do país, no final da ditadura militar. A movimentação no campo da saúde produziu importantes repercussões na saúde indígena, criando as bases para a implantação da política atualmente vigente.

Em 1990 foi promulgada a Lei 8080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que aprofunda e pormenoriza a regulação do direito universal à saúde, prevista na Constituição de 1988. A mesma lei define a estrutura do Sistema Único de Saúde, estabelecendo o comando único de gestão no campo da saúde no Brasil, a ser exercido pelo Ministério da Saúde; prioriza a criação de Distritos Sanitários³ como formas de organizar a atenção a ser oferecida na rede de serviços de saúde; e reforça o papel do Conselho Nacional de Saúde como o fórum máximo de decisões no setor, comportando

entidades da sociedade civil, com a finalidade de avaliar e deliberar sobre as políticas de saúde. Tais plenárias comportam delegações paritárias – isto é, com um número igual de delegados representantes do poder público e de entidades de defesa dos direitos civis – oriundas de todas as unidades federadas do país, que deliberam sobre os rumos da política de saúde no Brasil. Na história contemporânea, as conferências de saúde têm operado como importantes espaços de formulação participativa de diretrizes e estratégias de estruturação do Sistema Único de Saúde. Habitualmente as conferências nacionais se desdobram em conferências setoriais voltadas para temas específicos, dentre os quais a saúde indígena. Até o momento foram realizadas três conferências de saúde indígena, com ampla representação de indígenas que deliberam em pé de igualdade com os membros do poder público, sobre a formulação dessa política setorial. Não existem fóruns similares no campo da política indigenista. Sobre esse tema, ver Langdon (1988; 2000), Garnelo & Sampaio (2002) e Garnelo et al. (2003).

³ Para Mendes (1994, apud Garnelo et al., 2003) os distritos sanitários são estratégias técnico-políticas de organização da atenção à saúde, com responsabilidade sanitária sobre espaços territoriais e populações específicas, comportando um conjunto de atividades que visam prover atenção qualificada à saúde, organizada em consonância com as necessidades sanitárias da população ali atendida. A proposta de distritalização propõe que a atenção curativo-individual-emergencial seja superada em favor de medidas permanentes de interesse coletivo, capazes de gerar impacto não apenas no diagnóstico e tratamento de doenças já estabelecidas, mas também nos planos de prevenção de agravos e promoção à saúde. Embora concebidas para a população brasileira e geral, essas premissas foram adaptadas para orientar a proposta de organização da rede de serviços de saúde indígena.

a participação paritária de representantes do poder público e da sociedade civil. Um dos desdobramentos do direito de participação foi a criação de comissões técnicas, de caráter consultivo, com a finalidade de assessorar e subsidiar o Conselho Nacional de Saúde na tomada de decisão sobre temas sanitários específicos. Dentre as comissões assessoras criadas no início da década de 90, destacamos a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI, que assumiu esse papel no campo das políticas de saúde direcionadas aos povos indígenas. A CISI permanece operante e conta com a participação de representantes indígenas, de representantes de instituições acadêmicas e de membros de serviços de saúde indígena e do órgão indigenista.

A organização do SUS, uma das principais bandeiras do movimento político denominado Reforma Sanitária, comporta a confluência de esforços federais, estaduais e municipais para a provisão da atenção à saúde, pressupondo-se a existência de três níveis de decisão e de manifestação da autoridade sanitária no país, o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Prevê também diversos modos de organizar a atenção à saúde, cuja estrutura deve variar de acordo com o perfil epidemiológico e capacidade instalada de serviços de saúde nas diversas municipalidades.

Embora reserve para o gestor federal o papel de indutor de políticas de ação e de normatizador de procedimentos técnicos a serem adotados nos escalões hierárquicos menores, a normatização do SUS propõe uma progressiva descentralização de poder do plano federal para os planos estaduais e, particularmente, municipais, visando obter a municipalização plena da oferta de serviços de saúde, cuja oferta deve guardar proximidade com os locais de moradia da população usuária do sistema de saúde. No âmbito do SUS, persegue-se a idéia de descentralização, na qual o principal produtor de serviços de saúde deve ser o município, cabendo aos órgãos federais a responsabilidade pela normatização, monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas pelos sistemas municipais de saúde. O princípio descentralizador do SUS entra em conflito direto com a história das práticas indigenistas no Brasil, que atribuem às instituições do governo federal o protagonismo na condução e execução de políticas públicas dirigidas às minorias étnicas.

A Lei 8080 geraria importante repercussão na saúde indígena, colocando em xeque a liderança exercida pela FUNAI, que era então o gestor da política de saúde indígena e cujas atribuições entrariam em conflito com as disposições da Lei 8080 que atribuíam o comando único das políticas sanitárias ao Ministério da Saúde. Ela também

instituiu novas estratégias de gestão participativa ao incorporar a presença de variados agentes de política pública na tomada de decisão, e de preconizar a implantação de conselhos e conferências de saúde com atribuição de deliberar, inclusive, sobre o orçamento da saúde. As influências sobre a saúde indígena só seriam plenamente percebidas quase dez anos depois, quando o Ministério da Saúde passou a operacionalizar o subsistema de saúde indígena nessas bases, optando também pelo estabelecimento de redes territorializadas de serviços de saúde, configuradas na forma dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Diversos autores estudaram as políticas públicas brasileiras na década de 90, seja no plano geral (Faleiros, 2004; Nunes, 2004) ou setorial, como a política indigenista (Barroso-Hoffman et al., 2004; Lima & Barroso-Hoffman, 2002; Oliveira Filho, 1998), de saúde e da seguridade social (Fleury, 2004; Minayo, 2000; Levcovitz et al., 2001; Noronha & Soares, 2001). As análises são consensuais em descrevê-la como uma década marcada pela mundialização do capital e pela modificação da estrutura produtiva do país, visando adequá-la às exigências de competitividade do mercado globalizado, guindado a eixo principal do processo de desenvolvimento. Para Faleiros, nesse período o Estado passa a operar como suporte para otimização do mercado, abandonando o papel de motor do desenvolvimento interno que anteriormente assumira (2004:36). É um contexto neoliberal que se mostra desfavorável à viabilização de políticas sociais redistributivas, preocupadas com a redução de desigualdades, e que exigiam grande aporte de investimentos, como a proposta do Sistema Único de Saúde – SUS, concebido na década de 80, mas sendo implementado somente no início dos anos 90 (Levcovitz et al., 2001).

A política do Estado mínimo se concretiza em 1995 no Plano Diretor da Reforma do Estado – PDRE, no qual o poder público sofre pesada redução em sua abrangência e capacidade de intervenção na cena social, passando a ser representado como uma instância complementar voltada para regulação do mercado. Subordinado às prioridades do ajuste fiscal, o patrimônio público, e em particular aquele voltado para a execução de políticas sociais, sofre repetidos cortes expressos, por exemplo, na redução do quadro de servidores, gerando fortes e negativas repercussões no setor saúde, caracterizado pela utilização intensiva de mão-de-obra (Levcovitz et al., 2001).

A insuficiência global de investimentos associada à carência de pessoal impossibilitou a plena viabilização do SUS, mantendo direitos constitucionais, como a universalização e a equidade no atendimento às necessidades de saúde de toda a

população brasileira no plano abstrato, sem que houvesse a concretização desses princípios em ações sanitárias capazes de contribuir para a melhoria das condições de vida e saúde da população. Como política setorial, a saúde indígena também sofre reflexos dessa conjuntura, persistindo ao longo de toda década de 90, e até o momento atual, uma impossibilidade de dotar o atendimento às minorias étnicas de uma qualidade compatível com as necessidades sanitárias.

No sanitarismo brasileiro a provisão de serviços pelo Estado é valorizada, sendo considerada um direito universal de cidadania. Tendo se tornado reféns das áreas econômicas dos sucessivos governos, os dirigentes do sistema de saúde buscaram outras alternativas que possibilitassem a continuidade da provisão universal da atenção à saúde, ainda que em moldes diferentes daqueles originalmente propostos pela Reforma Sanitária. Sucederam-se iniciativas como a ampliação da compra de serviços de saúde, particularmente através de terceirização da execução de serviços⁴, uma consequência inevitável da redução do número de servidores públicos de saúde. Promoveu-se o incremento dos investimentos em saúde nos orçamentos municipais, não apenas em substituição à prestação de serviços pelos órgãos federais, mas também como via de democratização e descentralização de poder no Sistema Único de Saúde. Em termos políticos, tais impasses na implantação do SUS desencadearam um pesado embate com os representantes de movimentos sociais e de entidades de classe que pleiteavam a efetivação dos ganhos políticos garantidos pela carta magna; tais embates se perpetuaram ao longo de toda a década de 90, sem um encaminhamento satisfatório.

No final da década, a exigência de redução de gastos no setor saúde gerou novas restrições à universalização da assistência. Buscando resposta para as crescentes denúncias internacionais de desrespeito aos direitos humanos, o sistema de saúde enveredou pela oferta de pacotes restritos de ações e programas emergenciais de custo reduzido, dirigidos a grupos particularmente vulneráveis como o segmento materno-infantil, as famílias cuja renda as situa abaixo da linha de pobreza, grupos atingidos por agravos endêmico-epidêmicos, povos indígenas, etc.

Tal modelo foi descrito por Fleury (2004) como uma revitalização de estratégias caritativas de assistência social, gerando programas e iniciativas pouco compromissados com os direitos de cidadania. Ele tem sido desenvolvido através de uma conservadora

⁴ O conceito de terceirização aqui adotado se refere ao processo político-administrativo de transferência total ou parcial, das atribuições essenciais do Estado para a esfera privada (Fernandes, 1994).

parceria entre público-privado, promovendo a realização de ações pontuais de organização de serviços, como o programa de saúde da família, e outras medidas compensatórias de proteção social, as chamadas *bolsas* (bolsa-escola, bolsa-família, etc.) que, além do caráter estigmatizante, são desarticuladas dos esforços para estruturação eficiente e regular da atenção à saúde. Embora venham sendo largamente utilizadas pelas autoridades, eles não têm se mostrando capazes de gerar impactos positivos na melhoria das condições de vida dos grupos populacionais assistidos.

No âmbito da saúde indígena, a movimentação mais perceptível da autoridade sanitária do SUS na década de 90 foi o Decreto 23/90, um dos diversos dispositivos legais que retiraram do órgão indigenista boa parte de suas atribuições, repassando-as para outras instâncias de governo. O decreto 23 é coerente com as premissas constitucionais e da Lei 8080/90, ao repassar a responsabilidade de gestão e execução da política de saúde indígena para o Ministério da Saúde. Na vigência do Decreto 23, realizou-se a 2^a. Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena, em 1993, cujas conclusões reafirmam a importância da gestão da saúde indígena pelo Ministério da Saúde, mas exigiram das autoridades, condições de estrutura e financiamento para a concretização da disposição legal, cuja efetivação nas aldeias vinha ocorrendo. Ao designar o gestor federal como executor das ações de saúde nas aldeias indígenas, o Decreto 23 gerou uma contradição insolúvel no Sistema Único de Saúde que se descentralizava, redistribuindo pessoal e estrutura física para as secretarias municipais de saúde. Assim, o Ministério da Saúde recebeu uma incumbência para cuja realização não dispunha de condições operacionais mínimas.

Entre 1991 e 1994 o órgão indigenista desencadeou uma série de iniciativas que visavam reagrupar suas atribuições legais, distribuídas pelo presidente Collor para outros órgãos federais. Boa parte desses esforços se concentrou na retomada das ações de saúde, o que finalmente ocorreu em 1994, com a revogação do Decreto 23 e a edição do Decreto 1141, que devolveu para a FUNAI a responsabilidade pela provisão de atenção à saúde aos povos indígenas. Na prática, a iniciativa da FUNAI gerou uma paralisação dos investimentos, ainda incipientes, do Ministério da Saúde e não se traduziu numa resposta efetiva às necessidades sanitárias dos povos indígenas, face ao acentuado sucateamento a que o órgão indigenista também foi submetido.

Neste período tramitava no congresso nacional o projeto de Lei, que depois de aprovado ficou conhecido como Lei Arouca (Lei No 9836/99) que inseria definitivamente a temática da saúde indígena no âmbito do SUS, legislando sobre a estruturação de um subsistema do SUS, destinado a suprir necessidades sanitárias dos grupos étnicos no Brasil, sob a égide do Ministério da Saúde. Em 1998 veio a público um parecer do Ministério Público demonstrando a inconstitucionalidade do Decreto 1141, inaugurando uma nova etapa de deslegitimação da FUNAI na condução da política de saúde indígena e gerando um vácuo institucional que durou até 1999, quando a lei Arouca foi aprovada no Congresso.

A sucessão de medidas legais mutuamente contraditórias pode ser interpretada como parte da tradição política brasileira de criar fatos jurídicos objetivando sua concretização posterior na vida social (Goulart, 2001), mas representa também uma consequência do conservadorismo reformista do Estado brasileiro, que prosseguiu sem interrupções significativas em toda década de 1990, chegando inconcluso ao final do segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso. A política do estado mínimo influenciou decisivamente na produção das atuais dificuldades enfrentadas pelo subsistema de saúde indígena, limitando a capacidade de resposta por parte do Ministério da Saúde, à cuja carência de condições estruturais somou-se o amargo embate com o órgão indigenista, que tampouco dispunha das condições necessárias para prover a atenção à saúde indígena. Além disso, o Ministério da Saúde permanecia como alvo de pressões oriundas de diversos agentes políticos, como do Ministério Público, organizações indígenas e organizações indigenistas não-governamentais, movimento ambientalista e mesmo entidades supranacionais como o banco mundial, para que tomasse as medidas concretas para melhorar as condições de saúde da população indígena, cuja precária condição era largamente veiculada na imprensa.

Esse conjunto de vetores conflui, no ano de 1999, para a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. A organização desses espaços sanitários exigia um grande aporte de recursos humanos e financeiros para exercer a gestão e execução de serviços. O investimento financeiro fez-se presente, pois entre 1999 e 2004 o orçamento federal para saúde indígena variou entre cento e oitenta a duzentos e cinquenta milhões de reais, com uma aplicação per capita de aproximadamente R\$500,00 por ano. Proporcionalmente, esses valores representavam um investimento três vezes maior que o gasto em saúde para a população brasileira como um todo. Porém, a política de redução dos quadros de servidores federais não pôde ser contornada

e, apesar da disponibilidade de recursos, a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, não tinha disponibilidade qualitativa e quantitativa de pessoal para viabilizar a implantação do subsistema de saúde indígena. Este órgão, cuja extinção havia sido recomendada na X Conferência Nacional de Saúde poucos anos antes, vinha sendo sistematicamente desmontado, tendo enfrentado um importante repasse de sua estrutura física e de pessoal para os sistemas municipais de saúde, no período compreendido entre 1994 e 1999, quando retomou a responsabilidade pela saúde indígena.

Em síntese, a implantação do subsistema de saúde indígena se deu sob o ápice da descentralização no SUS, cujos dirigentes vinham trabalhando ativamente para acelerar a delegação de competências dos órgãos federais para as secretarias municipais de saúde. A opção da política de saúde indígena pela manutenção de órgãos do governo federal na função de gestores e executores do subsistema de saúde indígena gerou uma contradição com a tendência organizativa mais geral do Sistema Único de Saúde, que até o momento não produziu uma solução para o problema. A opção encontrada pelos dirigentes da FUNASA para viabilizar a produção de serviços e atividades sanitárias nas aldeias foi a terceirização, viabilizada através da celebração de convênios com prefeituras municipais, organizações indígenas e outras entidades não governamentais, que assumiram a responsabilidade pela totalidade da execução dos serviços de saúde em áreas indígenas.

Para Garnelo (2002), a terceirização não era uma estratégia desconhecida no SUS, onde havia uma prática corrente de compra de serviços de empresas privadas e entidades filantrópicas, mas sem renúncia a execução direta de ações através de serviços próprios, como fez a FUNASA. A celebração de convênios entre governo federal e secretarias municipais de saúde também existira no passado, tendo sido abandonada devido aos entraves burocráticos implícitos a esse tipo de pactuação, que redundavam em morosidade, interrupção no desenvolvimento das ações de saúde e prejuízos para a saúde da população atendida, uma vez que a atividade sanitária demanda execução contínua, algo inviável, quando o repasse de recursos ocorre através de convênios⁵.

⁵ Os principais entraves que inviabilizam o uso dos convênios como forma de prover a assistência à saúde são de natureza jurídica, pois as disposições legais vigentes estabelecem que o repasse de recursos ocorra em parcelas, e que a cada duas parcelas repassadas à conveniente, essa efetue a prestação de contas do recurso já disponibilizado. No intervalo entre o envio e a análise da prestação de contas pelo governo, há uma interrupção no repasse de novos recursos; como essa lacuna de tempo sem ordenação de despesas pode chegar a alguns meses, inviabiliza-se a possibilidade de prestar atenção contínua nas aldeias. Além disso, os convênios costumam ser firmados por um período de doze meses; a renovação anual implica em nova interrupção das

Apoiada na terceirização, em poucos meses, entre 1999 e 2000, a FUNASA implantou 34 Distritos Sanitários, em todas as regiões do país. A geopolítica da terceirização mostra uma concentração de convênios firmados com entidades indígenas na Amazônia, onde o movimento indígena estava mais bem aparelhado em termos administrativos, tendo alguma condição de lidar com a burocracia estatal. No nordeste do país foi firmado um grande número de convênios com as prefeituras. As entidades indigenistas não-governamentais surgem como curinga, assumindo os convênios onde os dois agentes políticos anteriormente citados não se faziam presentes. Assim, temos convênios firmados com organizações não-governamentais não indígenas distribuídos no eixo sul-sudeste e centro-oeste do país, e uma presença minoritária na Amazônia.

Embora reservasse para si as funções de coordenação, monitoramento e supervisão do processo de distritalização, e de se propor a executar as atividades de capacitação de recursos humanos contratados pelas convenentes, a FUNASA não conseguiu equacionar sua carência de pessoal. A limitação quali-quantitativa de recursos humanos disponíveis para apoiar a gestão do subsistema de saúde indígena surge como um dos maiores entraves à viabilização do subsistema de saúde indígena. .

O tema da distritalização vem sendo explorado por autores como Magalhães (2000), Athias & Machado (2001), Pedrosa (2002), Garnelo (2002), Garnelo et al. (2003) e Langdon (2004), cujas análises demonstram avanços na extensão de cobertura e no financiamento do setor, mas enfatizam também a baixa sensibilidade cultural da atenção dispensada, a irregularidade e baixa qualidade dos serviços dispensados. São problemas ligados às insuficiências na gestão feita pela FUNASA e à rotatividade da mão-de-obra nos distritos sanitários, cujas precárias condições de trabalho permanecem comprometendo a qualidade e efetividade dos serviços ali prestados. A inadequação da relação de convênio para viabilizar uma provisão regular e organizada de serviços de saúde, que já havia sido identificada em momentos anteriores da organização do SUS, se reproduziu no subsistema de saúde indígena, redundando em morosidade no fluxo de custeio, descontinuidade das ações, gasto excessivo em atividades-meio de administração das convenentes e tendência a um uso inadequado dos recursos disponibilizados. Em face dessas dificuldades, até o momento não se tem clareza sobre os resultados do esforço de implantação do subsistema de saúde indígena e se a

atividades sanitárias até que se complete a tramitação da copiosa documentação exigida da convenente, o que pode, igualmente, demandar vários meses até que o recurso financeiro seja disponibilizado para o custeio das atividades.

distritalização sanitária logrou obter um impacto positivo na melhoria dos indicadores de saúde da população assistida.

No campo da gestão, o hibridismo do subsistema de saúde indígena gerou uma superposição das linhas de comando, redundando em conflitos de atribuições nos diversos planos de decisão no interior da própria FUNASA⁶, e com as gerências das entidades conveniadas e conselhos deliberativos de saúde. As limitações da capacidade gestora da FUNASA parecem ter inviabilizado o desenvolvimento de instrumentos objetivos de monitoramento das atividades distritais. As estratégias de gestão têm oscilado entre um acentuado grau de informalidade e de improvisação de meios de acompanhamento do trabalho distrital e uma exacerbada centralização de poder na gerência do Departamento de Saúde Indígena, em Brasília, obrigando as conveniadas a efetuar romarias periódicas aos gabinetes, desprendendo muita energia para tentar resolver medidas burocráticas rotineiras como a aprovação dos planos anuais de trabalho, revisão de tetos de financiamento, liberação de parcelas dos convênios, etc.

Por outro lado, não se construiu uma clara definição das inter-relações a serem estabelecidas entre o subsistema de saúde indígena e as gerências municipais e estaduais do SUS, encarregadas de coordenar a política de saúde nos municípios e unidades federadas de moradia dos indígenas cobertos pelos DSEI, e para onde devem ser encaminhados os problemas sanitários cuja resolutividade ultrapasse a capacidade instalada nos distritos sanitários. Igualmente não há um fluxo adequado de informação epidemiológica capaz de subsidiar a tomada de decisão pelos gestores de saúde indígena e nem de tornar visível, nos bancos nacionais de dados em saúde, os indicadores de saúde dos povos indígenas, que permanecem ausentes dos grandes debates sanitários no Brasil.

Nessas condições, a saúde indígena permaneceu como um espaço político frouxamente articulado com o fluxo principal de decisões na política de saúde do país, enfrentando a difícil condição de ser uma política acessória, voltada para minorias, com escasso poder de intervenção sobre os rumos do SUS. As autoridades sanitárias

⁶ Para a gestão da saúde indígena, a estrutura própria da FUNASA se expressa através de um Departamento de Saúde Indígena – DESAI, com sede em Brasília e um conjunto de Coordenações Regionais – CORE, distribuídas nos estados, a quem caberia, em princípio, a gestão estadual das atividades dos DSEI a ela adscritos. O que se observou no processo de distritalização foi a centralização de recursos e de poder de decisão no DESAI, que se instituiu como interlocutor exclusivo das convenientes, reeditando, à revelia das coordenações regionais, uma verticalização que havia sido deliberadamente abolida do SUS durante a reforma sanitária.

demonstraram interesse pela saúde indígena, expresso principalmente pela significativa alocação de recursos, mas persistiu a baixa sensibilidade dos governos às peculiaridades desse campo de intervenção sanitária. O vetor principal de estruturação do SUS está direcionado aos municípios e os argumentos dos indígenas e indigenistas de que a municipalização é um caminho inadequado para a saúde indígena não tem sido suficientes para provocar uma ampla discussão sobre o tema nos espaços de decisão política do SUS e encontrar formas de equacionar os problemas estruturais que comprometem o resultado dos esforços até aqui empreendidos.

São evidentes os avanços gerados pela distritalização, particularmente por ter promovido uma extensão de cobertura sanitária onde anteriormente só havia o vazio. Em termos de qualidade serviços prestados, os DSEI vêm se mostrando pouco resolutivos, com o predomínio de intervenções pautadas pela demanda espontânea de medicina curativa, remoções de urgência de doentes para as cidades próximas, uso abusivo de medicamentos e um acentuado etnocentrismo nas práticas sanitárias, pouco sensíveis às formas próprias de cosmovisão e de organização política das etnias atendidas⁷.

Há um abandono tácito da noção de integralidade, na medida em que as práticas sanitárias se caracterizam pela fragmentação dos procedimentos e pela ausência de ações estruturais (intersectoriais), capazes de ampliar o acesso aos alimentos e melhorar as condições de vida. Os documentos normativos do subsistema de saúde indígena são pródigos na repetição de princípios genéricos de ação (como preconizar, por exemplo, a articulação e fortalecimento dos sistemas de medicina tradicional) que não se traduzem em atividades concretas nem nas programações anuais de atividades dos DSEI, nem nas práticas sanitárias das equipes. Há uma indefinição do perfil de qualificação a ser obtido dos profissionais que atuam nos DSEI, determinada, por um lado, pelos precários vínculos trabalhistas dos contratados pelas conveniadas, cuja alta rotatividade tem tornados vãos os investimentos em capacitação. Por outro lado, as lacunas nos desenhos da programação das ações distritais, decorrentes da falta de informações consistentes sobre o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde das populações atendidas, impedem uma caracterização precisa das habilidades e competências requeridas dos profissionais empregados nos distritos sanitários.

⁷ A esse respeito ver, por exemplo, o artigo de Cardoso (2004) sobre a oferta de atenção à saúde dos Kalapalo no Dsei Xingu.

Nos locais em que a terceirização vem se dando através de parceira com as prefeituras, autores como Athias (2004) apontam problemas ainda mais graves, constatando-se uma marcada insatisfação indígena com a pouca penetração dos cuidados de saúde em seus locais de moradia, autoritarismo, critérios inadequados para a contratação de pessoal, pouca transparência na aplicação de recursos e escassa apropriação, pelos indígenas, do conjunto de informações necessárias ao controle social.

Cabe aqui um comentário sobre as manifestações do órgão indigenista nesse período. As limitações enfrentadas pelos órgãos federais para manutenção de suas atribuições se produziam também na FUNAI, e foram potencializadas pela persistente crise de legitimidade da política indigenista, a qual, centrada na tutela se viu sem uma clara definição de objeto de trabalho após a Constituição de 1988. Ao sucateamento estrutural do órgão somaram-se a indefinição jurídica pela não aprovação do Estatuto do Índio e uma aparentemente incapacidade da FUNAI em rever suas finalidades e atribuições num cenário político marcado pelo crescente protagonismo dos próprios indígenas e pela progressiva redistribuição das funções do órgão para outras instituições.

No campo da saúde, a atuação da FUNAI se pautou por um apego desmesurado ao prestígio anteriormente gozado por sua condição de tutor, insistindo na manutenção de responsabilidades como gestor e prestador de serviços de saúde, mesmo sem capacidade instalada para desempenhar a tarefa a contento. Tal atitude atrasou a incorporação da saúde indígena por seu responsável legal, o Ministério da Saúde, em pelo menos cinco anos e ainda hoje vêm estimulando as reações negativas dos grupos indígenas à distritalização nas regiões em que a FUNAI teve, historicamente, uma presença mais sistemática. Exceto por iniciativas pontuais de alguns dos inúmeros presidentes da FUNAI no período, não se observaram tentativas consistentes de repensar o papel do órgão num contexto pós-tutelar e nem de otimizar sua capacidade instalada para exercer funções de monitoramento independente, das ações descentralizadas para outros Ministérios. No caso da saúde, as relações permaneceram tensas, marcadas pelas denúncias, em geral pouco qualificadas tecnicamente, e crônicas queixas pela falta de recursos, às quais os descaminhos do órgão têm sido atribuídos.

É digna de nota a contribuição involuntária, e certamente indesejada, das práticas sanitárias herdadas do SPI, que se traduzem, no momento atual, na persistência do modelo campanhista de assistência à saúde, fundado no deslocamento periódico de equipes volantes de saúde para as aldeias. Esse tipo de estratégia de alto custo e baixa

resolutividade é capaz de viabilizar apenas uma cobertura descontinuada no tempo, e se mostra inabilitada para prevenir doenças e promover a conservação da saúde. O campanhismo das EVS permanece como uma voz implícita no trabalho hoje desenvolvido nos DSEI, pautando as reivindicações indígenas nos conselhos de saúde e sendo replicado de forma acrítica pelas equipes profissionais, que não tem logrado o redimensionamento desse superado modelo de atenção à saúde.

O governo Lula e a crise com as conveniadas

A troca de governo em 2003 gerou novas contradições no campo da saúde indígena. A opção pela terceirização, produto típico das propostas neoliberais do governo FHC, viabilizara a rápida implantação do sistema e produziu uma mudança qualitativa nas relações políticas entre o Estado brasileiro e os povos indígenas aqui residentes. A chamada de entidades indígenas para estabelecer parcerias e captar recursos do orçamento público para o desenvolvimento de políticas sociais de seu interesse gerou um fato político novo na conturbada história das relações interétnicas. A novidade despertou nas organizações indígenas da Amazônia uma resposta entusiasmada, ante a possibilidade de assumir esse protagonismo e oferecer respostas concretas às demandas de suas bases políticas, sempre insatisfeitas com a insuficiente interiorização das políticas públicas nas terras indígenas⁸.

Entretanto, os cinco anos de terceirização vêm gerando nas conveniadas, particularmente as indígenas, uma progressiva corrosão de sua credibilidade, na medida em que as fragilidades e limitações da política de saúde indígena oneram diretamente seus executores, transformando-os na face mais visível da inadequação das políticas públicas dirigidas aos povos indígenas. Somam-se a isso a pesada carga burocrática, o acúmulo de dívidas trabalhistas geradas pelo atraso no repasse de parcelas dos convênios e a limitações técnicas e administrativas de entidades de defesa de direitos civis que, chamadas a executar atribuições do poder público devem a ele se amoldar para responder às complexas demandas sanitárias, comprometendo sua capacidade de autogestão (Garnelo, 2002; Magalhães, 2000)

No caso das entidades indígenas essa conjunção de problemas vêm canalizando o esforço de seus dirigentes para equacionar os infindáveis problemas burocráticos e

⁸ A esse respeito ver Garnelo & Sampaio (2002) e os documentos produzidos pelas organizações indígenas da Amazônia, citados na bibliografia.

fragiliza sua atuação política na defesa dos direitos indígenas. Se por um lado a parceria com a FUNASA contribui para superar o caráter tutelar das relações dos poderes públicos com as sociedades indígenas, por outro lado, a assimetria de poder que a caracteriza, tende a provocar um atrelamento das organizações indígenas às necessidades e ritmos e processos de trabalho estabelecidos pelo poder público, que muitas vezes são incongruentes com as prioridades das lutas etnopolíticas (Garnelo, 2002). O pesado ônus político representado pela terceirização se agravaria no início de 2004, com as denúncias na imprensa nacional, de mal versação de recursos pelas convenientes da saúde indígena.

A mudança de governo coincide com o crescimento das críticas ao desempenho do subsistema de saúde indígena e das pressões do DESAI (Departamento de Saúde Indígena) sobre as conveniadas, gerando uma crise política que culminou, em maio de 2003, na substituição do gerente nacional do subsistema de saúde indígena, que até aquele momento conduzira o processo de terceirização. A análise do dirigente da ANAI, entidade de apoio à causa indígena no nordeste, que circulou por via eletrônica, no grupo de discussão sobre a saúde indígena, remete a saída do dirigente do DESAI a uma fratura em sua aliança com as organizações indígenas da Amazônia, que sustentaram politicamente o processo da terceirização na saúde indígena, a partir de 1999.

O teor das mensagens trocadas na ocasião nos informa sobre uma insatisfação generalizada contra a política do DESAI entre os índios no Nordeste, (mal) atendidos pelos convênios firmados com as prefeituras e no centro do Brasil, particularmente os Xavantes, incomodados com a saída da FUNAI do cenário da saúde indígena. A conjuntura desfavorável vinha sendo contrabalançada pela aliança firmada com as organizações indígenas amazônicas, a qual teria sucumbido ao desgaste das relações cotidianas de gerência dos convênios. Tal crise teria promovido uma retração no apoio político oferecido pelas grandes entidades da região norte aos rumos tomados pela política de saúde indígena, possibilitando a substituição na chefia do DESAI, reivindicada pelos Xavante.

Concordamos parcialmente com essa análise dos embates que culminaram com a mudança na direção do DESAI, porque a opção pelo acordo político preferencial com as organizações indígenas amazônicas era perceptível, não apenas pela privilegiada alocação de recursos para as populações dessa região, mas também pela aliança conjuntural reafirmada, entre o DESAI e as organizações indígenas do norte, em momentos decisivos na condução da política do setor, como na III Conferência de

Saúde Indígena⁹, que se configurou como um grande referendo à política do DESAI, na busca conjunta de ampliação do orçamento da saúde indígena no congresso nacional e no Ministério da Saúde e na eficiente neutralização das persistentes tentativas da FUNAI em retomar a gestão da saúde indígena.

Consideramos, porém, que outros fatores devem ser tomados em conta, particularmente a mudança de governo. Nesse sentido a mensagem do diretor do DESAI, veiculando no grupo de discussão rede de saúde indígena uma carta de despedida, deixa claro que ele está sendo exonerado e atribui tal decisão dos novos ocupantes do poder, ao desejo de substituir os dirigentes remanescentes da administração anterior. Se considerarmos que o mesmo ocorreu em todos os cargos de direção da máquina pública após a subida do grupo petista ao poder, essa variável não pode ser descartada. Além disso, as características organizativo-estruturais da FUNASA a tornam menos permeável do que a FUNAI às pressões e reivindicações ao estilo Xavante, que têm exercido um papel nada desprezível no embate entre os grupos de poder do indigenismo nacional. Na FUNASA, mais perpassada pela influência da política partidária do que pela política indígena, não se observa nada similar.

Embora exonerado, o ex-diretor do DESAI conseguiu fazer seu sucessor. Na mesma carta de despedida fez um balanço otimista do cenário futuro e elencou um conjunto de problemas estruturais, para os quais antevia um encaminhamento satisfatório no novo governo. Nesse documento as principais tendências apontadas foram: incorporação permanente da saúde indígena na agenda de prioridades do Ministério da Saúde; recuperação da capacidade de gestão da FUNASA; permanência da terceirização, mas com estímulo ao credenciamento das convenientes como OSCIP¹⁰, superando a pactuação por convênio; redução das parcerias com os municípios; aprimoramento na capacitação dos recursos humanos dos DSEI e fortalecimento do

⁹ A esse respeito ver a análise de Garnelo & Sampaio (2002) sobre as divergências no movimento indígena na III Conferência Nacional de Saúde Indígena, cindido entre as posições dos grupos do nordeste e as organizações indígenas do norte do país que viabilizaram um decisivo apoio à política de saúde indígena então vigente, e neutralizaram os protestos dos delegados indígenas do nordeste que se posicionavam contra a terceirização.

¹⁰ A proposta das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP vem da inconclusa reforma Bresser, que em busca de redução do Estado, idealizou a criação dessas entidades de direito privado com a finalidade de executar políticas públicas. Embora regidas pelo direito privado as OSCIP foram concebidas como um braço executivo do poder público. É uma condição bem distinta da que pautou a criação de organizações não-governamentais nas décadas anteriores, muitas das quais se estruturaram em confronto direto com o poder de Estado.

controle social. Como problemas sem uma solução à vista foram apontados a instabilidade orçamentária da saúde indígena e as dificuldades em prover em atenção de qualidade para as populações indígenas do nordeste, as quais insatisfeitas com a atuação das secretarias municipais reivindicavam uma execução direta de serviços pela FUNASA.

Esse cenário otimista não se concretizou e nos meses seguintes as turbulências políticas apenas se intensificaram. Aparentemente o diagnóstico situacional deixado pelo ex-diretor não foi incorporado por seus sucessores, porque alguns meses após a posse a da nova direção o DESAI formulou um plano denominado “Novo Modelo de Atenção à Saúde Indígena”. Gestado nos gabinetes da FUNASA, concretizado nas Portarias 69/2004 e 70/2004, o plano foi apresentado às parcerias, entre Janeiro e Fevereiro de 2004, desencadeando uma onda de protesto das conveniadas, e a solidariedade de outras entidades de apoio à causa indígena, não envolvidas diretamente com os convênios, como o Conselho Indigenista Missionário - CIMI e o Instituto Socioambiental – ISA. Ambos fizeram circular documentos de protesto na imprensa e na *web*, de onde retiramos trechos da matéria do ISA, datada de 11 de fevereiro de 2004, transcrita abaixo:

“Na avaliação de instituições hoje conveniadas à Funasa, a nova proposta apresentada na oficina contém vários senões, a começar pelo modo atropelado e pouco participativo como foi gestada. Apesar de o atual responsável pelo Desai/ Funasa, Ricardo Chagas, esforçar-se em afirmar que tal política nada mais é que a incorporação de antigos consensos coletivos - os resultados da II e III Conferências Nacionais de Saúde Indígena (1993 e 2001) - e de processos de diálogo que, segundo ele, ocorreram ao longo do ano de 2003, fato é que representantes de organizações indígenas e ONGs manifestaram ao microfone e em conversas paralelas sua surpresa, perplexidade e indignação por não terem sido consultados antes de definidas as mudanças.

Já do ponto de vista de organizações indígenas como a Foirn (Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro) ou o CIR (Conselho Indígena de Roraima), a política recém-anunciada pela Funasa pode ser igualmente pensada como um andar para trás. No espírito do atual modelo, elas foram instadas a assinar convênios e a assumir integral ou parcialmente a execução das ações em seus respectivos DSEIs. A fim de dar conta de ações não previstas por seus projetos próprios de organização, tiveram de rever suas estruturas de funcionamento e de readequar suas políticas de recursos humanos. Nesse processo, passaram a operar com volumes orçamentários nunca antes conhecidos. E se é certo que lidar com finanças de grande porte coloca essas organizações diante de largos desafios de remodelagem institucional, também é verdade que funciona como contrapeso importante na correlação de forças

com os poderes locais, freqüentemente nas mãos de setores antiindígenas. Desse modo, retirá-las do jogo pode soar um pouco como arbitrar em favor do adversário, mandando-as novamente ao banco de reservas em nome de uma deslocada ideologia estatista ““.

A nota da Urihi, conveniada responsável pela atenção à saúde dos Yanomami, que circulou na imprensa de Boa Vista e na *web* um mês depois, é bem mais incisiva, a começar pelo título:

“Incoerência e truculência são a marca da condução da FUNASA nas negociações de parceria com as ONGs para a continuidade das ações de saúde para os povos indígenas

Durante a reunião ocorrida no dia 25 de março em Brasília, não houve acordo entre a organização não governamental Urihi e a FUNASA para a assinatura de um novo convênio para dar continuidade às ações de saúde para cerca de 50% da população Yanomami... Durante o encontro ficou evidente o intransigente interesse da direção da FUNASA de assumir o controle de recursos essenciais para a assistência no Distrito Sanitário Yanomami (DSY), como o transporte aéreo e terrestre e a compra de medicamentos e combustíveis, sem que o órgão tenha realizado qualquer ação concreta no sentido de adquirir capacidades técnica e operacional para tanto. Boa vista, 27 de março de 2004“.

A análise dos componentes do “novo modelo” mostra que as mordazes observações indígenas sobre a antiguidade de sua condição eram bem pertinentes. Tomando-se como base a apresentação feita pelo então diretor do DESAI, na Comissão Intersetorial Saúde Indígena, no início de 2004, os itens através dos quais exemplificava as propostas do “novo modelo” demonstram uma preocupação exclusiva com temas biomédicos da atenção à saúde nos DSEI e uma precária avaliação da conjuntura política enfrentada pela saúde indígena. Na ocasião o gestor apresentou o seguinte plano de metas e respectivas prioridades:

Plano de Metas DESAI – 2004 – 2007

Tuberculose

Indicador 2001: 112,7 por cem mil

Meta: Reduzir em 30% a incidência de Tuberculose na população Indígena

Controle da Desnutrição

Indicador Atual: 30% da pop. Indígena < de 5 anos

Meta: Combater a desnutrição na população indígena

Aprimorar o Controle Social

Meta: inclusão de um representante indígena no Conselho Nacional de Saúde

PRIORIDADES

Tuberculose: *Treinar 590 profissionais de saúde em diagnóstico e tratamento*

Implantar 54 centros de diagnóstico

Controle da Desnutrição: *Implementar o Programa de Alimentação Saudável em Comunidades Indígenas previsto na Portaria nº 2405 de 27/12/02; Implantar o Programa Fome Zero em 100% das aldeias com carência nutricional;*

Mortalidade Infantil: *Treinar 458 profissionais de saúde em Ações Integradas de Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI*

Redefinição do Plano Distrital de Saúde em conjunto com o Conselho, considerando:

Priorização da vacinação;

Controle de doenças transmissíveis;

Articulação com a rede hospitalar;

Aumento da capacidade resolutiva dos pólos-base;

Qualificação de RH, priorizando os AIS; e

Implantação de monitoramento e processo de supervisão.

Fonte: apresentação do Diretor do DESAI à Comissão Intersetorial de Saúde Indígena, em março de 2004.

Além de restrito aos temas de medicina curativa, com diversas inadequações técnicas nas metas descritas e sem menção às estratégias de como operacionalizar tais atividades já programadas à exaustão nos anos anteriores, mas nunca efetivamente implantadas, o plano não faz referência às dificuldades estruturais do subsistema de saúde indígena e nem propõe estratégias de encaminhamento ou resolução das mesmas. Em sua fala o dirigente se referiu às novas medidas administrativas da FUNASA, ressaltando o papel complementar das entidades não-governamentais nos rumos do subsistema de saúde indígena.

O texto da portaria de No. 70/2004 mostra a preocupação do novo governo em formalizar as diretrizes informalmente descritas em documentos anteriores da FUNASA, definindo papéis, atribuições e fluxo de tomada de decisão¹¹, nas diversas instâncias de gestão no interior do próprio órgão, além de descrever as atribuições dos

¹¹ O fluxo de tomada de decisão expresso na portaria 70 pode ser sintetizado através da seguinte disposição gráfica: Ministério da Saúde → Presidência da Funasa → DESAI → Coordenação Regional da FUNASA → DSEI.

conselhos distritais. A definição de responsabilidades dos diversos planos de tomada de decisão do subsistema de saúde indígena representa um avanço em relação à condição anterior, e resgatam a participação das coordenações regionais do órgão, até então obliteradas pela flagrante centralização de poder no DESAI. Contudo, permanece a incerteza sobre as vias de pactuação com as unidades de referência especializada do SUS, e não há uma clara definição das formas de interação e obrigações mútuas dos DSEI frente aos sistemas municipais e estaduais de saúde, e vice-versa. Todas as atribuições descritas na portaria 70 se referem ao âmbito intradistrital, sendo omissa em regular as interações entre o DSEI e o conjunto do Sistema Único de Saúde.

Tais elementos evidenciam que o chamado “novo modelo” não trazia de fato novas estratégias capazes de viabilizar o encaminhamento de problemas que se acumulavam desde o início da distritalização. Tendemos a concordar com as posições das entidades indígenas de que as medidas expressam mais uma determinação de governo em conduzir uma autoritária reestatização do subsistema de saúde indígena, do que uma forma de sanar problemas estruturais que incidem não apenas na saúde indígena, mas sobre todo o setor saúde. O episódio demonstra pouca sensibilidade dos dirigentes da FUNASA para apreender as especificidades do processo e evitar os prejuízos políticos e sanitários decorrentes do fracasso das pactuações entre autoridades e sociedade civil.

A crise que se exterioriza no início de 2004 já vinha sendo gestada ao longo do segundo semestre de 2003, com vários indícios de que o sistema enfrentava importante revés. Um deles poderia ser observado no Vale do Javari, local em que a intervenção do Ministério Público determinou, no início de 2003, o afastamento da entidade indígena que gerenciava o DSEI, notificando a FUNASA de que a mesma deveria assumir diretamente a execução das atividades. Insatisfeita com a pouca resposta da FUNASA ao trabalho no DSEI, alguns meses depois a conveniada afastada, o Conselho Indígena do Vale do Javari (Civaja), denunciou a FUNASA ao Ministério Público, que por sua vez, elaborou um termo de ajustamento de conduta (TAC), visando compelir a FUNASA ao cumprimento de suas atribuições legais. Apesar da assinatura do termo, ou devido a ele, a direção da FUNASA optou por celebrar convênio com a Prefeitura de Atalaia do Norte buscando viabilizar a contratação de pessoal.

Entre as convenientes que permaneciam, o órgão empreendeu diversas tentativas de convencê-las a firmar nova modalidade de pactuação, assumindo para este fim, o perfil jurídico de OSCIPs. As graves implicações políticas da transformação de

entidades etnopolíticas de defesa de direitos de minorias étnicas, em órgãos acessórios de políticas de governo parecem ter sido ignoradas pela direção do DESAI, que buscando soluções para agilizar a prestação de serviços de saúde estipulou um prazo, até outubro de 2003, para que as conveniadas se convertessem em OSCIP.

Após uma acirrada discussão interna a posição do movimento indígena veio a público, através de um documento da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira - COIAB que circulou em Julho de 2003. No documento a COIAB protesta moderadamente contra a imposição da proposta das OSCIP pelo governo, reafirma a importância da manutenção da parceria com a FUNASA e pede mais tempo para discutir as proposições do novo modelo, mas rejeita a idéia de se transformar em Organização Social para executar políticas de governo.

A pouca habilidade dos agentes de governo instaura um clima de hostilidade mútua, redundando numa troca de acusações na imprensa. Numa dessas ocasiões o então diretor do DESAI fez um pronunciamento, veiculado no jornal Folha de São Paulo, em 20/10/2003, no qual acusava as organizações não governamentais de constituírem "um poder paralelo que transgride a lei". Em resposta, as conveniadas divulgaram um parecer da procuradoria jurídica da FUNASA, no qual os procuradores reconhecem a insuficiência de capacidade instalada órgão, seja para executar diretamente as ações ou para acompanhar e supervisionar adequadamente os convênios firmados.

As conveniadas mobilizaram suas forças e alianças políticas, recorrendo a instâncias hierarquicamente superiores ao DESAI, no Ministério da Saúde. Do saldo dessas mobilizações elaboraram um documento síntese, igualmente divulgado na *web*, no qual demandam a retomada das negociações, reivindicam a regularização dos repasses de recursos em atraso, a instauração de uma avaliação objetiva da situação atual dos DSEI e dos sistemas municipais de saúde que prestam assistência aos povos indígenas; além disso, insistiram na formalização de um colegiado nacional de apoio à gestão em saúde indígena, visando ampliar as instâncias de interlocução, até então centralizadas no DESAI.

O conflito persistiu sem solução, com diversos convênios paralisados e importantes prejuízos ao atendimento dos usuários indígenas. No final de novembro o diretor do DESAI cancelou um seminário marcado para o início de dezembro de 2003. O evento que deveria contar com a participação de dirigentes do Ministério da Saúde e as parcerias conveniadas e visava reabrir uma nova rodada de negociações. Sem

maiores explicações sobre as razões do cancelamento a medida provocou nova onda de protesto das entidades. A situação permaneceu tensa até a exoneração do dirigente em meados de 2004.

Em termos políticos, um dos saldos mais negativos do episódio foi ter desencadeado uma violenta campanha na imprensa, contra a atuação de organizações não-governamentais. O conflito setorial entre FUNASA e conveniadas ofereceu munição para uma ampliada campanha anti-indígena veiculada na mídia, cujo pano de fundo era a oposição de parlamentares e militares contrários à demarcação de terras indígenas em áreas de fronteira, como a Terra Indígena Raposa Serra do Sol, posições surpreendentemente apoiadas pelo governo Lula. Outro fator que estimulou o racismo latente da imprensa nacional foi a morte de garimpeiros ilegalmente envolvidos na exploração de diamantes no território Cinta-Larga, que criou um clima de indignação nacional contra os indígenas. Nesse contexto a imprensa explorou os desarranjos do subsistema de saúde indígena, como ainda pode ser observado em notícia bem recente:

Folha de São Paulo - 12/07/04

BRASIL PROFUNDO - Coiab, organização indígena acusada de desviar recurso da saúde, firma convênio de R\$ 4,7 milhões com a Funasa.

ONG suspeita continua a ter verba federal - JULIANNA SOFIA ANDRÉ SÓLIANI, DA SUCURSAL DE BRASÍLIA

Mesmo sob suspeita de ter desviado recursos públicos do Ministério da Saúde, a Coiab (Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira), uma das maiores Ongs indígenas do país, continua a receber dinheiro do governo federal.

No dia 1º de junho, a Coiab celebrou um convênio com a Funasa (Fundação Nacional da Saúde) no valor de R\$ 4,726 milhões. Destina-se à prestação de assistência de saúde a índios da Amazônia. A entidade está sob investigação do Ministério Público Federal. É acusada de descumprir um outro convênio com Funasa de saneamento em aldeias indígenas. A Funasa reconhece que sabe dos indícios de irregularidades.

Desde 1999, ano do primeiro convênio entre a Funasa e a Coiab, foram repassados R\$ 16,8 milhões para a entidade. A conta não inclui o convênio deste ano de R\$ 4,726 milhões. O primeiro desembolso no valor de R\$ 300 mil, relativo a esse contrato, ocorreu há duas semanas.

O convênio de saneamento sob suspeição foi fechado em dezembro de 2001. Destinava R\$ 569.448,09 à construção de sistema de abastecimento de água, o

que incluía a perfuração de 13 poços artesianos em aldeias. A ONG deveria apresentar contrapartida financeira no mesmo valor.

Para construir os poços, porém, a Coiab teria contratado empresa de fachada. A operação foi comanda por um ex-engenheiro da Funasa, em combinação com a coordenação da ONG à época.

As obras estão inacabadas. Apenas 54% do sistema de abastecimento previsto foi implantado. Mas o dinheiro foi integralmente repassado pelo governo à entidade. O convênio foi encerrado em agosto do ano passado. As contas foram aprovadas pela Funasa.

Considerações Finais

Ao fim dessa verdadeira crônica do cotidiano é possível verificar que o subsistema de saúde indígena representa um importante avanço na formulação de novas políticas sociais dirigidas aos povos indígenas. Contudo, ele também comporta uma profunda ambigüidade, ao contrapor a democracia universalizante do Sistema Único de Saúde aos direitos à diferença étnica. Dessa forma, os grupos indígenas, cujas prioridades pouco se fazem ouvir nos grandes fóruns de deliberação sanitária, assumem involuntariamente o ônus de uma descentralização que não pediram e que não lhes convém, mas lhes é imposta à revelia. Igualmente foi possível observar que os problemas estruturais gerados nos macro-cenários da divisão internacional do trabalho têm agudas repercussões na vida cotidiana, produzindo problemas cujas soluções não estão ao alcance da limitada governabilidade dos que militam na rotina dos serviços de saúde. Frente a essas grandes contradições, o cidadão comum se esforça criativamente, muitas vezes sem sucesso, para gerar alternativas capazes de contornar os formidáveis obstáculos que ameaçam o bem-estar da coletividade.

É uma condição é magistralmente sintetizada na frase de uma liderança indígena: "... eles criam os problemas lá e botam a gente pra brigar aqui, tentando resolver a confusão". Tal fala remete às desajeitadas tentativas de dirigentes bem intencionados, que na ânsia de imprimir sua boa vontade aos processos políticos que conduzem, optam por fazê-lo a ferro e a fogo, vitimizando os eventuais companheiros de jornada, acirrando conflitos e gerando prejuízos políticos de imprevisível alcance na capacidade organizativa dos movimentos sociais. Os episódios descritos nos mostram que o avanço político representado pela partilha do protagonismo na gestão da política de saúde pelas organizações indígenas foi seriamente ameaçado por disputas comezinhas para definir se caberia ao governo ou às ONGs, o controle dos recursos para

a compra de combustível ou de medicamentos nos distritos sanitários. Trata-se aqui de relativizar o princípio da obrigação do Estado em prover a atenção à saúde, ou melhor, das formas de fazê-lo; primeiro porque as organizações indígenas foram convidadas a exercer uma atribuição de governo e tem se esforçado para cumpri-la a contento; segundo porque se a responsabilidade pública pela atenção à saúde é um benefício social, este não pode ser imposto aos beneficiários, muito menos à custa da credibilidade das organizações que representam seus direitos, deixando-os à mercê dos muitos grupos anti-indígenas em busca de pretextos para manifestação de seu etnocentrismo.

As constantes mudanças de regras e de interlocutores na condução das políticas públicas nos levam a uma inquieta reflexão sobre o perverso desejo humano de diariamente reinventar a roda, negando as iniciativas que não sejam as suas próprias. A descontinuidade na política de saúde indígena parece corroer o esforço de construção de seu subsistema, alimentada pela potência das minúcias burocráticas, que se perpetuam sem que se encontre uma saída para os verdadeiros problemas que obstaculizam o avanço da distritalização sanitária e inviabilizam a melhoria dos níveis de saúde dos povos indígenas.

A correção de rumos em políticas sociais exige sensibilidade e paciência, pois se há intenção do atual governo em abolir a política do Estado mínimo e investir numa estruturação efetiva do poder público, há que se reconhecer que mudanças tão súbitas não combinam com a delicada tarefa de preservar a vida humana. Além disso, todos sabemos que a distância entre a intenção de prestar uma atenção de qualidade e o gesto de concretizá-la é ainda bem maior do desejaríamos.

Certamente existem indícios de distorção no gerenciamento do recurso público por parte de algumas conveniadas, mas isso não justifica as intempestivas mudanças empreendidas pelos dirigentes da saúde indígena, reduzindo a uma vala comum todas as conveniadas não-governamentais, sem que se tenha uma avaliação qualificada e transparente dos avanços obtidos e dos entraves que persistem, dentre os quais não devemos deixar de assinalar as insuficiências do órgão gestor. Não se trata de uma defesa “a priori” do mérito das entidades conveniadas com a FUNASA, e sim de demonstrar que criativas estratégias de viabilização do subsistema de saúde indígena - que podem ser mais adequadas às necessidades indígenas do que a fria impessoalidade de um serviço público e etnocêntrico desumanizado - podem estar ameaçadas por uma aplicação mecânica do princípio da universalidade, incapaz de perceber que a garantia

da equidade passa pela possibilidade de tratar diferentemente o que é diverso, a fim de garantir seu direito à uma atenção igualitária à saúde. Se existem distorções, que sejam apuradas e é isto o que as entidades indígenas pedem ao governo Lula, que desde a subida ao poder parece cada vez mais surdo aos reclames das minorias que o apoiaram.

Bibliografia

- ATHIAS, Renato & MACHADO, Marina 2001 Saúde indígena no processo de implantação dos distritos sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cadernos de Saúde Pública* 17(2): 425-431.
- ATHIAS, Renato 2004. Índios, antropólogos e gestores de saúde no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Langdon, J. & Garnelo, L. (orgs.) *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa* p. 217-232, RJ: Ed. Contracapa.
- BARROSO-HOFFMAN, Maria; IGLESIAS, Marcelo; GARNELO, Luiza; OLIVEIRA, João P. & LIMA, Antônio. A administração pública e os povos indígenas. Faleiros, V. Nunes, S. & Fleury, S. *A era FHC e o governo Lula: transição?* p. 295-329, Brasília: Ed. INESC
- CARDOSO, Marina 2004. Políticas de Saúde Indígena e relações organizacionais de poder: reflexões decorrentes do caso do Alto Xingu. Langdon, J. & Garnelo, L. (orgs.) *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa* p. 195-215, RJ: Ed. Contracapa.
- CONFALONIERI, Ulisses 1989. O Sistema Único de Saúde e as Populações Indígenas: Por uma Integração Diferenciada. *Cadernos de Saúde Pública* 5(4): 441-450.
- COSTA, Dina C. 1987. Política Indigenista e Assistência à Saúde. Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. *Cadernos de Saúde Pública*, 3:388-401.
- FALEIROS, Vicente 2004. A reforma do Estado no período FHC e as propostas do Governo Lula. Faleiros; Nunes & Fleury. *A era FHC e o governo Lula: transição?* p. 33-66, Brasília: Ed. INESC.
- FERNANDES, R., 1994. *Privado porém público: o terceiro setor na América Latina*. Rio de Janeiro: Ed. Relume Dumará.
- FLEURY, Sônia 2004. A seguridade social inconclusa. Faleiros; Nunes & Fleury. *A era FHC e o governo Lula: transição?* p. 109-122, Brasília: Ed. INESC.
- GARNELO, Luiza; MACEDO, Guilherme & BRANDÃO, Luiz C. 2003. *Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil*. Brasília: Ed. OPAS.

- GARNELO, L. 2003. ***Poder, Hierarquia e Reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro***. Coleção Saúde dos Povos Indígenas. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ.
- GARNELO, L & SAMPAIO, S., 2003. As Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena. Problemas e questões da Região Norte. ***Cadernos de Saúde Pública***. v.19, n.1, p.311 - 317.
- GARNELO, L., 2002. ***Organizações Indígenas e Distritalização Sanitária: Os riscos de fazer ver e fazer crer nas Políticas de Saúde***. 23º Reunião da ABA, Fórum de Pesquisa Política de Saúde e a Intervenção Antropológica, Gramado.
- GARNELO, Luiza & SAMPAIO, Sully 2002. ***Controle Social em Saúde Indígena: Reflexões sobre a III Conferência Nacional de Saúde Indígena***. 23º Reunião da ABA, Fórum de Pesquisa Política de Saúde e a Intervenção Antropológica, Gramado.
- GARNELO, Luiza, ENCARNAÇÃO, 2000. Adriana. ***Controle Social em Saúde Indígena: Aspectos de Diferenciação Jurídica e Política da Participação***, 20 pp. (texto inédito).
- LANGDON, J. 2004. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. Langdon, J. & GarneLO, L. (orgs.) ***Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*** p. 33-52, RJ: Ed. Contracapa.
- _____. 2000. Salud y Pueblos Indígenas: Los Desafios en el Cambio de Siglo. Briceño-León, R.; Minayo, Ma. Cecília, Coimbra Jr., Carlos. ***Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales***. pg. 107-119. RJ: Ed. FIOCRUZ.
- _____. 1988. Saúde Indígena: a lógica do processo de tratamento. ***Revista de Saúde em Debate***, número especial: 12-15.
- GOULART, Flávio 2001. Esculpindo o SUS a golpes de portaria.... considerações sobre o processo de formulação das NOBs. ***Ciência & Saúde Coletiva*** 6(2): 292-298.
- LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana & MACHADO, Cristiani. 2001. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. ***Ciência & Saúde Coletiva*** 6(2): 269-291.
- LIMA, Antônio Carlos S.; BARROSO-HOFFMANN, Maria (orgs.) 2002. ***Etnodesenvolvimento e Políticas Públicas. Bases para uma Nova Política Indigenista***. RJ: Ed. Contra Capa/LACED.
- _____. 2002. ***Estado e Povos Indígenas. Bases para uma Nova Política Indigenista II***. RJ: Ed. Contra Capa/LACED.
- _____. 2002. ***Além da Tutela. Bases para uma Nova Política Indigenista III***. RJ: Ed. Contra Capa/LACED.

- MAGALHÃES, E.2000.*O Estado e a Saúde Indígena. A experiência do Distrito Sanitário Yanomami*. Dissertação (Mestrado em Política Social) Universidade de Brasília, Brasília.
- MINAYO, Ma. Cecília 2000. Condiciones de vida, desigualdad y salud a partir del caso brasileño. Briceño-León,R., Minayo, Ma. Cecília, Coimbra Jr., Carlos. *Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. pg. 55-72. RJ: Ed. Fiocruz.
- NORONHA, José & SOARES, Laura 2001. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva* 6(2): 445-450.
- NUNES, Selene 2004. Em cima do muro: entre o ajuste fiscal e o avanço social. Faleiros; Nunes & Fleury. A era FHC e o governo Lula: transição? p. 67-108, Brasília: Ed. INESC.
- OLIVEIRA Filho, João P. 1998. *Indigenismo e Territorialização. Poderes, rotinas e saberes coloniais no Brasil contemporâneo*. RJ: Ed. Contracapa.
- PEDROSA, Ubiratan 2002. A Funasa e a Implementação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.Lima, Antônio Carlos S.; Barroso-Hoffmann, Maria (orgs.) *Estado e Povos Indígenas. Bases para uma Nova Política Indigenista II*. p.101-106, RJ: Ed. Contra Capa/LACED.

Documentos Consultados

- As Faces Escuras do Indigenismo Missionário com as Modernas Formas de Dominação Colonial*. Documento produzido pelas Organizações Indígenas em Abril de 2000. In: **Povos indígenas no Brasil, 1996/2000** SP: Instituto Sócio Ambiental; 2000.
- As Muitas Faces de uma Guerra*. CIMI interpreta comemorações dos 500 anos e critica movimento indígena. In: **Povos indígenas no Brasil, 1996/2000** SP: Instituto Sócio Ambiental; 2000.
- COORDENAÇÃO das ORGANIZAÇÕES INDÍGENAS da AMAZÔNIA BRASILEIRA/COIAB. Relatório Final do Encontro Macro Regional preparatório para a III Conferência Nacional de Saúde Indígena. Manaus, 2001.
- Ubiratan Moreira. Carta do Diretor do DESAI. Mensagem disponibilizada em saudeindigena@yahoogrupos.com.br em 7/05/2003
- Reflexões Sobre a Mudança na Direção do Departamento de Saúde Indígena da FUNASA. Mensagem disponibilizada em saudeindigena@yahoogrupos.com.br em 10/05/2003.
- COIAB. Documento Final do Seminário sobre Organizações Indígenas e OSCIPs. Mensagem disponibilizada em saudeindigena@yahoogrupos.com.br, em 10/07/2003.

URIHI. Carta das organizações conveniadas com a FUNASA ao Secretário Executivo do Ministério da Saúde. Mensagem disponibilizada em saudeindigena@yahoo grupos.com.br em 2/12/2003.

CIR. Carta Aberta da 33ª Assembléia Geral dos Povos Indígenas do Estado de Roraima. Mensagem disponibilizada em saudeindigena@yahoo grupos.com.br, em 10/2/2004;

CIMI. Crise no atendimento à saúde indígena é de responsabilidade do governo federal. Mensagem disponibilizada em saudeindigena@yahoo grupos.com.br, em 03/06/2004.