

MODELO GERENCIAL PARA OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO A SAÚDE DE
COMUNIDADES INDÍGENAS (II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE PARA
OS POVOS INDÍGENAS): FUNDAMENTOS E ESTRUTURA BÁSICA

A IX Conferência Nacional de Saúde (Brasília, 9-14/08/1992) determinou a realização da II Conferência Nacional de Saúde Indígena, em 1993 - assim como se dera com a "I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio" (Brasília, 26-29/11/1986), tema específico da VIII Conferência Nacional de Saúde.

A II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (II CNSPI - Luziânia/GO, 25-27/10/1993) contou com mais de 400 participantes, dentre os quais 100 delegados indígenas e 100 não-indígenas, representantes das instituições prestadoras de serviços. Entre os demais observadores (mais de 200) havia discreta maioria indígena.

Durante a II Conferência consagrou-se um modelo de gerência (já anteriormente esboçado, em grandes linhas, pelo I Fórum Nacional de Saúde Indígena, 22-26/04/1994), que abarca todos os atores interessados, e um plano comum de diretrizes e metas a cumprir.

As instâncias estratégicas para a implementação desse modelo gerencial são os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e os Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (NISIs).

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), conforme definido pelo I Fórum Nacional de Saúde Indígena e pela II CNSPI, se constituem na base operacional propriamente dita, a nível do SUS, desse modelo gerencial.

Os chamados Distritos Sanitários configuram a já tradicional base operacional do SUS, e são delimitados com base nas dinâmicas e determinantes demográficos e epidemiológicos da população regional, e em suas vias e modos de acesso aos serviços de referência disponíveis (modelo preconizado pela Organização Panamericana de Saúde, os chamados "Sistemas Locais de Saúde"- "SILOS").

No caso das ações e serviços voltados a grupos indígenas, a delimitação dos Distritos, assim como o planejamento das ações a serem desenvolvidas em seu âmbito, deve obedecer a critérios ainda mais específicos, que tomem por base, além dos critérios acima, as características e dinâmicas sociais, culturais e históricas dos grupos indígenas abrangidos, e de suas relações com a sociedade envolvente; essa delimitação deve, portanto, também ser dinâmica e flexível, de modo a permitir sucessivas readaptações.

A nosso ver, a implantação dos DSEIs não necessariamente deverá implicar na configuração de um "subsistema" local específico de saúde para atender a populações indígenas, na medida em que, na maioria das vezes, deverá abranger instituições e serviços de saúde também voltados à população regional em geral.

Os DSEIs caracterizam-se, isso sim, como instâncias específicas de planejamento (-conjunto, interinstitucional-) de ações e gerenciamento de recursos (-específicos do SUS-) voltados à saúde das comunidades indígenas; suas necessidades em implementar novos serviços e/ou em compor quadro profissional

específico para o desenvolvimento de ações voltados a essas comunidades é determinado, basicamente, pela disponibilidade, pela capacidade operacional e pela qualidade de atendimento oferecido pelos serviços já disponíveis da rede SUS local/regional e de outras instituições entidades ali atuantes.

Para que tenham a capacidade de implementar, assim, onde e quando se fizer necessário, esses serviços e/ou programas de ação especificamente voltados a comunidades indígenas, os DSEI devem ser dotados de autonomia administrativa e financeira.

As prioridades e programas de ação a serem executadas no âmbito dos DSEIs, assim como o controle sobre a aplicação dos recursos a ele destinados, é objeto dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CDSI), colegiados de composição paritária entre os representantes das comunidades indígenas e das instituições/entidades prestadoras de serviços (quer sejam ou não integrantes da rede SUS).

Conforme determinado pela própria II CNSPI, os NISIs são instâncias colegiadas estaduais de planejamento e supervisão da ações de saúde voltadas aos grupos indígenas e de controle da aplicação dos recursos destinados para esse fim.

Os NISIs, entretanto, não se constituem em instâncias de gerenciamento de recursos ou de execução de ações de saúde. Uma vez definidas, a nível de um determinado NISI, as prioridades regionais e as atribuições de cada instituição/entidade prestadora de serviços ali representada, caberá a cada uma delas dispor de seus próprios recursos e seguir seu próprio protocolo interno de ordenação de despesas na execução dessas ações.

Aos NISIs compete, em outras palavras, a coordenação propriamente dita, a nível dos estados, da articulação interinstitucional entre o conjunto de prestadores de serviços de saúde voltados a essas comunidades.

Tantos os DSEIs quanto os NISIs, finalmente, só poderão ser considerados oficialmente constituídos uma vez que esteja assegurada a paridade de composição, em suas instâncias internas de decisão, entre representantes das comunidades indígenas (na condição de "usuários") e representantes do conjunto das instituições governamentais e entidades não-governamentais que lhes prestam serviços de saúde (na condição, portanto, de "prestadores de serviços").



MODELO GERENCIAL PARA OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO A SAÚDE DE
 COMUNIDADES INDÍGENAS (II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE PARA
 OS POVOS INDÍGENAS): PERSPECTIVAS POLÍTICAS DE IMPLEMENTAÇÃO

Instâncias fundamentais para a implementação do modelo gerencial definido durante o I Fórum Nacional de Saúde Indígena e durante a II CNSPI, a implantação dos NISIs e dos DSEIs, no entanto, depende da vontade política dos grupos indígenas e das instituições/entidades prestadoras de serviços a eles voltados, em efetivamente assumir o desafio de implantar a prática do gerenciamento conjunto de todos os recursos disponíveis para saúde indígena, e em reconhecer e fortalecer os mecanismos previstos de controle social de sua aplicação.

A II CNSPI não deu espaço, tanto em sua programação de atividades (definida pela comissão organizadora) quanto nas propostas apresentadas para votação em plenária final (definidas espontaneamente pelos participantes), à discussão do papel de "coordenação" institucional, em nível central, das ações de saúde voltadas aos povos indígenas (que faz objeto tanto do revogado Decreto 23 quanto do Decreto 1.141).

Esse fato refletiu o entendimento geral, entre os participantes da Conferência, de que esta é uma questão menor, que diz respeito apenas às disputas entre os interesses políticos das cúpulas da FUNAI e da FNS: - na interpretação que as cúpulas de ambas as Fundações e outros setores do governo vinham dando à questão, entendia-se que à instituição "coordenadora" caberia o controle sobre a maior parte dos recursos destinados ao setor.

A efetiva implantação do modelo gerencial definido pela II CNSPI acarretaria a superação de toda essa disputa, desvencilhando o papel de "coordenação" dos programas de saúde voltados aos povos indígenas da conotação eminentemente político-financeira que até então lhe vem sendo dada (presente tanto no Decreto 23 quanto no posterior Decreto 1.141): a coordenação dessas ações seria, em primeiro lugar, **descentralizada**, deslocada do nível central das instituições estatais envolvidas (FUNAI e FNS de Brasília) para os coletivos multi-institucionais - **com representação indígena paritária** - de nível estadual (NISIs) e regional/local (os Conselhos Distritais dos DSEIs) de planejamento e controle dessas ações, adquirindo, assim, um sentido eminentemente técnico e operacional.

Persistem, portanto, profundas divergências no que concerne ao papel dos NISIs: sobretudo quanto ao reconhecimento de seu poder de ingerência nas programações e na rotina de trabalho das instituições participantes.

Batendo-se pela hegemonia em seus campos comuns de trabalho, ou por fatias do mercado das fontes de financiamento de projetos, o coletivo das instituições e entidades prestadoras de serviços de saúde às comunidades indígenas nem sempre tem dado mostras de maturidade suficiente para engajar-se numa administração efetivamente conjunta e transparente de recursos.



No âmbito da **FNS**, alguns grupos, cujo maior interesse, até a revogação dos Decretos 23, 24 e 25 (de 4/2/1991) - substituídos pelo Decreto 1.141 (de 19/5/1994) -, era de capitalizar politicamente com o fortalecimento da instituição, e portanto com a manutenção de sua então hegemonia entre os prestadores de serviços de saúde às comunidades indígenas, são as forças que, de modo geral, têm demonstrado as maiores resistências em reconhecer a especificidade técnica desse campo de trabalho, e em aceitar o fato de que a instituição não possui quadro suficiente de pessoal com experiência específica em saúde indígena.

São elas, basicamente, que impediam que a FNS adotasse uma política de arregimentação de recursos humanos que permitisse agilidade e transparência, por exemplo, na gratificação de colaboradores independentes e/ou de outras instituições.

São também elas que preconizavam que os NISI deviam estar diretamente vinculados e subordinados às Coordenações Regionais (CRs) da FNS, norteando suas propostas em função dos protocolos e das prioridades de ação da FNS.

Como especificamente definido no I Fórum Nacional de Saúde Indígena, à FNS caberia a competência no campo técnico da saúde pública, do sanitarismo - restava-lhe abrir-se à experiência do indigenismo e, sobretudo, à própria participação indígena no planejamento e gestão de seus recursos.

Da parte da **FUNAI**, a efetiva implantação dos NISI ameaçava as pretensões daqueles que lutavam pela revogação do Decreto 23, e pelo retorno das atribuições de atenção à saúde das comunidades indígenas para o âmbito exclusivo da FUNAI.

De tradição extremamente centralizadora no que tange à definição de diretrizes e prioridades de trabalho, paternalista nas relações que estabelece com as comunidades indígenas - a FUNAI, após uma sucessão de administrações desastrosas, vem atravessando um período de profunda desestruturação, beirando a completa inadimplência.

Entre os quadros mais reacionários e corporativistas da FUNAI, ainda é forte o sentimento de que a implantação dos NISI, além de consolidar as posições "conquistadas" (até a revogação do Decreto 23) pela FNS, enfraqueceria ainda mais a instituição.

- A influência dessas posições, no interior da FUNAI, pode ser medida pelo fato de que até o momento essa instituição não reconheceu oficialmente os NISI (ao contrário da FNS, que ao menos já os reconhece formalmente, segundo disposto na Portaria 540).

O principal papel da FUNAI neste modelo, conforme definido pelo I Fórum Nacional de Saúde Indígena, seria o de contribuir com sua competência institucional no campo técnico do indigenismo - resta-lhe abrir-se à experiência do sanitarismo, à experiência do indigenismo não-governamental e, sobretudo, à própria participação indígena no planejamento e gestão de seus recursos de saúde.



Tendo acumulado historicamente a experiência de confrontar a política indigenista oficial, sobretudo durante o período da ditadura militar, as **ONGs (ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS** de apoio) coube liderar a grande maioria dos movimentos da sociedade civil organizada em defesa dos interesses indígenas.

As ONGs sedimentaram, ao longo desses 20 anos, uma cultura de trabalho que frequentemente se mostra (não sem razões, portanto...) avessa à cooperação com as instituições oficiais, avessa ao seu descompromisso político, aos burocratismos, morosidades e ineficácia administrativa.

A posição das ONGs, nesse cenário mais recente da prestação de serviços de saúde às comunidades indígenas (com o advento dos NISI e dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas) ainda tem sido, frequentemente, a de meros expectadores, a assistir, criticar e algumas vezes instigar os embates e disputas pela hegemonia entre seus parceiros governamentais.

Em nossa opinião, é saudável que as ONGs mantenham as reticências em suas expectativas com relação às ações das instituições oficiais - afinal, estamos ainda distantes de uma conjuntura de efetiva moralização do serviço público brasileiro. - Suas experiências de trabalho são ainda uma referência fundamental, em termos de agilidade administrativa e eficácia operacional, para a moralização do próprio serviço público.

As ONGs, no entanto, também devem ser consideradas instituições de domínio público, uma vez que, inclusive, gozam de uma série de isenções fiscais enquanto entidades de "utilidade pública". Quando esquivam-se em socializar as informações sobre seus próprios planos e números, suas críticas às instituições governamentais perdem toda legitimidade.

A efetiva participação das ONGs nesse processo de planejamento e fiscalização conjunta das ações, também exige, de sua parte, a clara exposição, aos coletivos dos NISI, de seus próprios objetivos de trabalho e dos recursos disponíveis para cumpri-los.

Para as **UNIVERSIDADES E CENTROS DE PESQUISA** a questão da prestação de serviços está colocada, via de regra, em segundo plano: sua anunciada função é a de exercer o papel de produtoras e detentoras do conhecimento produzido por nossa sociedade.

Como entre as ONGs, algumas universidades e centros de pesquisa também relutam, mesmo que veladamente, em engajar-se efetivamente nos trabalhos dos NISI; preferirão manter seus estratagemas autônomos na disputa pela hegemonia da excelência em suas áreas específicas de atuação.

É preciso reconhecer que a diferença das instituições públicas responsabilizadas pela assistência propriamente dita, as ONGs e instituições de ensino e pesquisa (sobre as quais não pesa a responsabilidade direta pelo estado de saúde da população) têm o privilégio de poder eleger seus próprios campos de pesquisa, a cujas comunidades eventualmente prestam serviços (em contrapartida por essas lhes servirem de objeto de estudos...).

Trata-se geralmente de áreas bem circunscritas, e nelas podem mais facilmente concentrar todos os esforços e recursos: ali seus resultados de trabalho, naturalmente, serão mais



visíveis que aqueles alcançados pelos serviços públicos de indigenismo e saúde. Uma universidade ou centro de pesquisa certamente não receberia tantas pressões para que sua atenção e esforços se voltassem, por exemplo, aos grupos indígenas vizinhos, que muitas vezes se encontram em condições ainda muito piores de vida.

A excelência de uma universidade ou de um centro de pesquisa, via de regra, mede-se menos pelas contribuições que os conhecimentos e os profissionais que produza possam trazer às comunidades a que sirvam, do pelo volume de sua produção científica e pela projeção atingida através de empreendimentos bem sucedidos (como entre as ONGs).

Suas metas e prioridades de trabalho, assim, frequentemente terminam por privilegiar a qualidade "técnica" da produção, mesmo que por demais circunscrita - o espetáculo da excelência - e bem menos o compromisso definido pelo seu papel estatutário, e também de domínio público, de produtores de conhecimentos e de formadores de profissionais úteis, a serviço da solução dos problemas reais e da melhoria das condições de vida da humanidade "universal" - a quem devem servir.

Nos debates em curso no campo da atenção à saúde das comunidades indígenas, essas instituições assumem, muitas vezes, posições bastante próximas às das ONGs: sua contribuição também foi fundamental no confronto à política indigenista oficial, no período da ditadura militar, e também marcam presença na maioria dos movimentos da sociedade civil organizada em defesa dos interesses indígenas.

No processo de gestão conjunta de planos e recursos de saúde voltados a essas comunidades, instaurado pelos NISI, além de indicar padrões de eficácia e qualidade na prestação de serviços, as universidades e centros de pesquisa detêm naturalmente o papel de buscar a adequação do perfil dos profissionais já em exercício e daqueles que venha a formar, assim como dos conhecimentos e técnicas que produza, com base na realidade dos problemas e condições de vida dessas comunidades.

As INSTITUIÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) DE NÍVEL ESTADUAL E MUNICIPAL resta a tarefa de, enquanto responsáveis pela saúde da população em geral, participar dos NISI e dos DSEI, prestando todo o apoio por eles solicitado, e trazendo a essas instâncias a contribuição de inserir os problemas vividos pelas comunidades indígenas no contexto de uma reflexão e de uma proposta mais geral para a saúde pública em suas respectivas regiões de abrangência.

Ao contrário do que ocorre, por exemplo, na Amazônia brasileira, onde é mínima a participação de estados e municípios na prestação de serviços às comunidades indígenas, em vista da grande dispersão e precariedade de seus recursos (e, não raro, de conflitos entre os interesses indígenas e os dos políticos locais...) - entre os estados do Sul-Sudeste e Leste, o relativo desenvolvimento da rede de serviços e o avanço do processo de municipalização tendem a fazer com que as instituições componentes do SUS em nível estadual e municipal sejam convocadas a desempenhar o papel predominante na prestação de serviços de



saúde às comunidades indígenas: à condição que suas ações sejam planejadas, supervisionadas e avaliadas a nível das instâncias colegiadas competentes (NISI e DSEI), contando com ampla participação de instituições de nível federal, de organizações da sociedade civil e das próprias comunidades indígenas, de modo a assegurar a autonomia do modelo em relação a eventuais interesses políticos locais antagônicos aos princípios e diretrizes estabelecidos pela Constituição Federal e pelas Conferências Nacionais de Saúde, para este setor.

Quanto às **COMUNIDADES E ORGANIZAÇÕES INDÍGENAS**, a nosso ver, resta a perspectiva de, à medida de suas necessidades, aumentar a compreensão e o controle sobre os meios que o homem branco utiliza para lidar com as doenças, e sobre a organização de seus serviços de saúde, aumentando seu espaço e suas experiências de representação junto às instâncias de poder da sociedade envolvente.

Parece-nos que sempre lhes interessará a possibilidade de ter acesso a várias fontes de recursos, a vários aliados institucionais: isso, obviamente, aumenta seu poder de negociação com a sociedade do branco. Por outro lado, à medida em que aprofundam-se suas experiências de diálogo com várias culturas institucionais, com várias éticas e métodos de trabalho, parece-nos inevitável que aumentem suas exigências na escolha das futuras alianças que virão a estabelecer.

DECRETO 1.141: CONSEQUÊNCIAS, IMPLICAÇÕES, INCOMPATIBILIDADES E PROPOSTAS DE READEQUAÇÃO EM VISTA DO MODELO GERENCIAL DEFINIDO PELA II CNSPI

Com a revogação dos Decretos 23, 24 e 25, e a publicação do Decreto 1.141, em 19/05/1994, a coordenação de todas as ações governamentais voltadas a grupos indígenas (inclusive as de saúde) passa a ser de responsabilidade de uma "Comissão Intersetorial" presidida pela FUNAI. O Decreto 23, de 4/02/1991, estabelecia que, no que concernia às instituições da esfera governamental, caberia à FNS a coordenação das ações voltadas à saúde das populações indígenas, tanto nas fases de planejamento quanto nas de execução.

As interpretações que tanto a FUNAI quanto a FNS vêm dando ao Decreto 1.141 vêm sendo coincidentes no que concerne à responsabilidade pela implementação de ações assistenciais em campo:

- "O Decreto é claro em repassar à FUNAI a responsabilidade de execução das ações assistenciais." (sic - v. ofício FUNAI/PRESI/94 n.º 380, de 29/06/1994, pg. 2, item 7 - ANEXO).

- "Tanto a FNS quanto o Ministério da Saúde passaram a ser apenas órgãos de apoio à execução de atividades relativas à saúde do índio". A FNS passaria a priorizar "...o controle de endemias, capacitação de recursos humanos, saneamento básico e os projetos que já tenham financiamento externo garantido." (sic - v. Min. Saúde/FNS/DEOPE/COSAI, OFICIO/5.204/COSAI, de 22/06/1994, itens 5 e 3, respectivamente - ANEXO).

Com a revogação do Decreto 23 e a publicação do Decreto 1.141, a FNS desincumbiu-se, até novas ordens (superiores), da responsabilidade de prestar apoio às ações de assistência médico-odontológica em áreas indígenas. Conforme definido no item 1 do OFICIO 5.204/COSAI, mantiveram-se, no entanto, as atividades de apoio que já haviam sido previamente previstas no orçamento da Fundação para 1994.

A FUNAI, que deveria passar a assumir a execução das ações assistenciais, não dispõe, nesse momento, dos recursos necessários para arcar, por exemplo, com as despesas referentes às diárias de campo para profissionais de saúde, nem para a aquisição de equipamentos e medicamentos, e certamente ainda levará certo tempo para que se definam os instrumentos burocráticos necessários à sua integração efetiva ao SUS, de modo a que também possa captar recursos desse orçamento (conforme determinado no decreto 1.141).

Caso não se definam, portanto, a curtíssimo prazo, alternativas administrativas que permitam suportar as ações de saúde já implantadas junto a essas comunidades, todos os programas de ações de saúde a elas voltados, implementados desde 1991, correm sérios riscos de solução de continuidade, até meados de maio/1995 (quando se espera já estejam definidas as novas equipes responsáveis pelas pastas ministeriais, pela FUNAI e pela FNS).

Como já foi acima mencionado, a II CNSPI não deu espaço,



tanto em sua programação de atividades (definida pela comissão organizadora) quanto nas propostas apresentadas para votação em plenária final (definidas espontaneamente pelos participantes), à discussão do papel de "coordenação" institucional, em nível central, das ações de saúde voltadas aos povos indígenas (que faz objeto tanto do revogado Decreto 23 quanto do Decreto 1.141).

Esse fato refletiu o entendimento geral, entre os participantes da Conferência, de que esta é uma questão menor, que diz respeito apenas às disputas entre os interesses políticos das cúpulas da FUNAI e da FNS: - na interpretação que as cúpulas de ambas as Fundações e outros setores do governo vinham dando à questão, entendia-se que à instituição "coordenadora" caberia o controle sobre a maior parte dos recursos destinados ao setor.

Anexamos cópia do Decreto 1.141; do ofício FUNAI/PRESI/94 n.º 380, de 29/06/1994; do ofício Min. Saúde/ FNS /DEOPE/ COSAI/5.204, de 22/06/1994; e da recomendação n.º 28 (de 1/7/1994) da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI) do Conselho Nacional de Saúde, acerca do texto referente a saúde do Decreto 1.141.

São Paulo, 18 de julho de 1994



István Van Deursen Varga