

A Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena

The Creation of the Special Secretariat for Indigenous Health

La Creación de la Secretaría Especial de la Salud Indígena

Luciana Benevides Ferreira¹

Jorge Alberto Cordón Portillo²

Wanderson Flor do Nascimento³

RESUMO

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena foi criado em 1999 proporcionando aumento da cobertura das ações de saúde para os povos aldeados, mas a dificuldade de gestão e a insatisfação dos usuários levaram o governo brasileiro a transferir a responsabilidade sobre as ações de saúde indígena da Fundação Nacional de Saúde para o Ministério da Saúde. Esse processo foi marcado por uma ampla participação de representantes da população indígena, pelo diálogo intercultural e por várias rodadas de negociação no governo, culminando na criação, em 2010, da Secretaria Especial de Saúde Indígena. O objetivo deste artigo

1 Doutora em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Professora Substituta do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

2 Doutor em Ciências da Saúde. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências da Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

3 Doutor em Bioética. Professor Adjunto do Departamento de Filosofia e do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

é descrever esse processo. O conhecimento do contexto e o acompanhamento de mudanças ocorridas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foram proporcionados pela participação em eventos relacionados ao tema e pela realização de entrevistas com presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.

Palavras-chave: Saúde Indígena; Políticas de Controle Social; Indígenas Brasileiros.

ABSTRACT

The Subsystem for Indigenous Health Care was established in 1999, increasing the coverage of health for people villagers, but the difficulty of management and users' dissatisfaction led the Brazilian government to transfer responsibility for the actions of indigenous health from National Foundation of Health to the Ministry of Health. This process was marked by a broad participation of delegates of indigenous peoples, intercultural dialogue and several rounds of negotiation with the government, culminating in the creation, in 2010, the Special Secretariat for Indigenous Health. The aim of this paper is to describe this process. The knowledge of the context

and the accompanying changes in the National Health Care for Indigenous Peoples have been provided by participation in events related to the subject and research to documental sources.

Keywords: Indigenous Health; Social Control Policies; Brazilian Indigenous.

RESUMEN

El subsistema de Salud Indígena se estableció en 1999, sobre la mejora de la cobertura de salud para las personas que viven en las comunidades indígenas, pero la dificultad de la gestión y la insatisfacción de los usuarios llevó al gobierno brasileño a transferir la responsabilidad de las acciones de salud de los indígenas de la Fundación Nacional de Salud para el Ministerio de Salud. Este proceso se caracterizó por una amplia participación de representantes de los pueblos indígenas, el diálogo intercultural y varias rondas de negociaciones con el gobierno, que culminó con la creación en 2010 de la Secretaría Especial de la Salud Indígena. El propósito de este artículo es describir este proceso. El conocimiento del contexto y el seguimiento de los cambios en el Política Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas han sido cedidas para la participación en eventos relacionados con el tema y la realización de entrevistas con los presidentes de los Consejos Distritales de Salud Indígena.

Palabras clave: Salud Indígena, Políticas de Control Social, Indígenas brasileños.

INTRODUÇÃO

A criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de

Saúde (SUS), representou um avanço no que se refere à equidade e justiça para os povos indígenas, com a concretização de direitos conquistados na Constituição de 1988.

A implantação do subsistema, com o modelo assistencial baseado nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), iniciou-se em 1999 e significou o aumento da extensão da cobertura das ações de saúde aos povos aldeados.

Em seus mais de 10 anos de existência, a trajetória do Subsistema foi marcada por dificuldades operacionais para cumprir as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Nesse período, os problemas para a consolidação do subsistema levaram a recorrentes manifestações de insatisfação por parte dos usuários indígenas e à demanda por mudanças. A situação precária da gestão das ações de saúde indígena também foi severamente criticada por órgãos de controle e de justiça, que estabeleceram recomendações para reestruturação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Essa situação, aliada aos protestos da população indígena quanto aos serviços de saúde, levaram o governo brasileiro a tomar a decisão de transferir a responsabilidade sobre as ações de saúde indígena da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) para o Ministério da Saúde (MS), por meio da criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Esse processo foi marcado por uma ampla participação de representantes da população indígena e por várias rodadas de negociação, tornando-se um marco histórico para a assistência à saúde indígena.

Descrever o processo de criação da SESAI e analisá-lo, partindo da perspectiva das lideranças indígenas, é o objetivo desse artigo, que, por sua vez, é parte de uma pesquisa maior para o doutoramento em Bioética na Universidade de Brasília. Tal pesquisa, além de uma investigação bibliográfica, buscou ouvir lideranças indígenas com relação à constituição e implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e da SESAI.

O registro desse fato histórico pretende auxiliar a análise dos avanços referentes ao desafio de se estabelecer formas de participação das minorias culturalmente distintas nas sociedades multiétnicas, que sejam eficazes e definidoras de políticas públicas.

MÉTODO

A abordagem qualitativa foi utilizada por permitir analisar criticamente a realidade. A pesquisa teve como eixo principal o controle social exercido pelas populações indígenas no campo da saúde e iniciou-se com uma busca de informações sobre os Conselhos Distritais de Saúde Indígena. Para isso, foi utilizado um questionário semiestruturado, respondido em 2010 por informantes dos 34 Condisis. A obtenção das informações se deu, também, por meio de entrevistas, realizadas com os presidentes de 32 Conselhos Distritais de Saúde Indígena, em reuniões ocorridas em 2011 e em 2012. A participação em eventos relacionados ao tema, entre eles os seminários realizados pelo consórcio *Institute of Development Studies* (IDS)/Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap)/Associação Saúde Sem Limites (SSL), em consultoria para o Projeto

Vigisus/Funasa, no período de setembro a dezembro de 2008, e em reuniões e seminários do Grupo de Trabalho (GT) do Ministério da Saúde, proporcionou o conhecimento do contexto, assim como o acompanhamento de mudanças ocorridas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas que levaram à criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB e pela CONEP.

O Controle Social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

O processo de implantação do subsistema iniciou-se no segundo semestre de 1999, com a criação dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, de responsabilidade federal, nos quais foi estruturada uma rede de serviços de atenção primária à saúde. Nesse subsistema foram instituídos mecanismos de controle social, que se tornaram espaços privilegiados de interlocução entre os índios e o governo e fizeram-se palco de diversas manifestações em defesa da saúde indígena.

No âmbito dos DSEIs, o controle social se configurou por meio da criação de Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena. Os Conselhos Locais de Saúde Indígena são instâncias consultivas constituídas exclusivamente por indígenas. Já os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISIs) constituem-se de forma similar aos Conselhos Municipais de Saúde. Sua composição é paritária, sendo 50% dos conselheiros representantes dos usuários indígenas e a outra metade constituída por trabalhadores de saúde, gestores e prestadores de serviço que atuam no

DSEI. Os CONDISIs têm caráter deliberativo e cabe a eles a aprovação do plano de saúde do DSEI (Plano Distrital), a avaliação da execução das ações de saúde planejadas e a apreciação da prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e serviços de atenção à saúde indígena. Ao DSEI cabe garantir recursos para o funcionamento desses conselhos.⁽¹⁾

Na esfera nacional, a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) surge como um espaço para a participação de diversos atores governamentais e, particularmente, não governamentais, na condução das políticas e ações de saúde indígena. Os estudos e debates da CISI se transformam em propostas e recomendações ao plenário do CNS⁽²⁾ onde a população indígena possui duas das 24 vagas destinadas aos representantes das entidades e movimentos sociais de usuários do SUS. As Conferências Nacionais de Saúde Indígena, convocadas pelo CNS, tornaram-se um importante espaço de consolidação de propostas para o aprimoramento do Subsistema, ocorreram em 1986, 1993, 2001 e 2006 e foram fundamentais para a definição da política de saúde para os povos indígenas.

O controle social do subsistema conta também com o Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, composto pelos presidentes dos 34 CONDISIs. A proposta de criação desse Fórum, de caráter consultivo, propositivo e analítico, nasceu em uma reunião dos presidentes de CONDISI, ocorrida em abril de 2003, na cidade de Curitiba. O Fórum tornou-se um espaço estratégico na definição da política de saúde indígena, promoveu a aproximação entre os

povos indígenas de diversas regiões do país e do controle social do subsistema com o movimento indígena. Seu reconhecimento oficial se deu na 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (4ª CNSI), com a homologação da Portaria nº. 644, de 27 de março de 2006. Em abril de 2012, o Fórum é incluído definitivamente na qualidade de órgão colegiado do controle social, por meio da Portaria nº 755 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a organização do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

A Gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

Os anos subsequentes à criação do Subsistema foram marcados pelo esforço para a consolidação do modelo assistencial, mas também por dificuldades operacionais para cumprir as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

A falta de estrutura para executar de forma direta as ações de saúde indígena levou a Funasa a optar pela terceirização dessas ações, realizando parcerias com Organizações Não Governamentais e associações indígenas para a contratação e capacitação de recursos humanos, aquisição de equipamentos, construção de unidades de saúde e conformação das instâncias de controle social.⁽³⁾ O tipo de relação convencional adotado não se demonstrou adequado, apresentando inúmeras dificuldades para sua adaptação quanto a entes privados. Gradativamente as parcerias foram sendo substituídas por repasses diretos de recursos para as prefeituras municipais, mas essa relação também se mostrou insatisfatória.^(4,5) E apesar do aumento da extensão da cobertura das ações

de saúde aos povos aldeados, com a superação do modelo campanhista adotado pela Funai, o alto grau de centralização do poder de decisão e de controle de recursos contribuiu para um insuficiente acompanhamento técnico das ações terceirizadas.⁽³⁾ A precariedade na saúde indígena culminou na condenação da União e da Funasa, na Ação Civil Pública n.º 0751-2007-018-10-00-4, a por fim à terceirização de serviços e a não eximir-se de criar a estrutura necessária ao cumprimento de sua missão institucional de promover a sobrevivência física e a saúde dos povos indígenas.⁽⁶⁾

A tensão com relação à gestão da saúde indígena levou a um intenso debate sobre a permanência das ações de saúde indígena na Funasa. Porém, a proposta de se retirar a gestão da saúde da Funasa não foi aprovada na 4ª CNSI, ocorrida em 2006. Naquela ocasião, a visível divisão do movimento indígena com relação a essa questão e a forte articulação de gestores e técnicos para manter a saúde indígena na Funasa, colaborou para adiar a criação de uma secretaria de saúde indígena no Ministério da Saúde. Desse modo, manteve-se a Funasa na condição de órgão gestor da saúde indígena.⁽⁷⁾

No período que se seguiu, não houve progresso na gestão do subsistema, sem avanços na descentralização administrativa e na autonomia dos Dseis, antiga reivindicação do movimento indígena.⁽⁸⁾ As divergências entre o Ministério da Saúde e a Funasa sobre a gestão da saúde indígena tornaram-se evidentes e foram estampadas frequentemente na mídia. Esses problemas levaram o governo a tomar a decisão de transferir a saúde indígena da Funasa para o Ministério da Saúde. Essa decisão

do governo acarretou imediata reação da população indígena, que questionou a proposta e reivindicou participar da definição do novo modelo de gestão para a saúde indígena.

A Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena

A proposta inicial do governo de transferência da gestão da saúde indígena da Funasa para o Ministério da Saúde foi inserida no texto do Projeto de Lei 3.958, que propunha a criação da Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde no Ministério da Saúde, submetida no dia 29 de agosto de 2008 à apreciação do Congresso Nacional. Nessa proposta, as competências e atribuições relacionadas aos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas, exercidos até então pela Funasa, seriam transferidas para um departamento na nova secretaria.

Essa proposta foi anunciada pelo Ministério da Saúde na 6ª Reunião Ordinária da Comissão Nacional de Política Indigenista (CNPI), que ocorreu em Brasília nos dias 18 e 19 de setembro de 2008, e levou a uma imediata reação dos participantes. As perguntas sobre a proposta demonstravam preocupações relacionadas ao processo de transição, à capacidade dos técnicos do Ministério da Saúde para lidar com o subsistema e à possibilidade de municipalização, sempre repudiada pela população indígena.

Além disso, os participantes da reunião colocaram que apenas um departamento dentro de uma secretaria do Ministério da Saúde não poderia atender às demandas e às especificidades da atenção à saúde indígena.

Porém, uma das maiores causas de apreensão foi a composição do Grupo de Trabalho (GT), criado com o objetivo de discutir e apresentar propostas de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde no que se refere à gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas (Portaria nº. 1.922, de 11 de setembro de 2008). O grupo seria composto apenas por representantes do Ministério da Saúde, da Funasa e da Fiocruz. Ou seja, não apresentava em sua composição representantes da CNPI, da Funai, dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, de organizações indígenas ou de usuários do subsistema. Assim, ao final da reunião foi aprovada uma recomendação ao Ministro da Saúde para revisão do GT, na qual deveriam ser incluídos representantes indígenas, tendo em vista que se pretendia tratar de assuntos relacionados aos povos indígenas, e indicava a necessidade de respeito ao controle social, com a inclusão, no GT, de membros do Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.⁽⁹⁾

Na reunião seguinte do Fórum Permanente de Presidentes dos CONDISES, ocorrida em outubro de 2008, foi organizada uma articulação junto a parlamentares e autoridades do governo para discutir o Projeto de Lei nº 3.958/2008. A posição do Fórum era claramente contrária à forma de condução do processo, caracterizada pela ausência de conhecimento sobre o subsistema e pela falta de participação das instâncias de controle social da saúde indígena. Por outro lado, o Fórum se manifestou a favor de mudanças e sugeriu a realização de audiências públicas e reuniões para que o Projeto de Lei pudesse ser discutido com as comunidades indígenas. O

Fórum encaminhou também uma solicitação ao Conselho Nacional de Saúde para a realização de uma reunião com a CISI e de um seminário nacional com a presença de lideranças indígenas, de presidentes dos CONDISES, da CNPI, de gestores e de trabalhadores de saúde indígena, para a discussão do referido Projeto de Lei.⁽¹⁰⁾

Como resposta a essa solicitação, a CISI realizou nos dias 27 e 28 de novembro de 2008 o Seminário Nacional sobre Gestão e Controle Social □ Desafios da Saúde Indígena. Esse evento foi marcado por um grande embate entre lideranças indígenas, culminando, porém, no consenso sobre a retirada da gestão da saúde indígena da Funasa e criação de uma Secretaria Especial de Saúde Indígena no Ministério da Saúde. Nessa mesma reunião foi formado um novo Grupo de Trabalho.

O novo GT, composto agora por 26 membros, sendo 16 deles representantes indígenas, foi instituído pela Portaria nº. 3034 e nomeado pela Portaria nº. 3035, ambas de 17 de dezembro de 2008. Esse GT, coordenado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, realizou sua primeira reunião nos dias 8 e 9 de janeiro de 2009, na qual foram definidos sete subgrupos que trabalhariam temas específicos: (1) Transferência das ações do Departamento de Saúde Indígena (DESAI) da Funasa para o MS – infraestrutura, redistribuição de recursos humanos, elaboração de uma exposição de motivos e de uma minuta de Decreto, orçamento, convênios e contratos; (2) Organização da Secretaria Especial de Saúde Indígena; (3) Estratégia de integração do sistema de informação e monitoramento em saúde indígena aos demais sistemas

de informação do SUS; (4) Organização de Câmara Técnica de Saúde Indígena no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite e das Comissões Intergestores Bipartite; (5) Autonomia dos DSEIs; (6) Seminários regionais; (7) Diagnóstico da situação atual do saneamento básico nos DSEIs.

Nas cinco reuniões subsequentes, ocorridas entre fevereiro e agosto de 2009, a proposta de criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena foi se consolidando. Os resultados dos trabalhos dos subgrupos eram apresentados nas reuniões do GT e também discutidos em seminários regionais organizados conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pela Funasa.

O financiamento e organização dos seminários se deu por meio do Ministério da Saúde e do Projeto Vigisus II/Funasa, que finalizava naquele período uma consultoria para a definição dos modelos de atenção, organização, gestão, financiamento e monitoramento e avaliação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, realizada pelo consórcio IDS/Cebrap/SSL. Durante essa consultoria foi realizado um aprofundamento do diagnóstico e uma ampliação do debate sobre os modelos e as prioridades para o fortalecimento do Subsistema. Os resultados da consultoria acabaram por preparar os diversos atores envolvidos para as futuras discussões sobre as propostas de mudança no Subsistema, além de subsidiar o trabalho do GT.

Os seminários do GT contaram com a participação de mais de 400 pessoas, entre representantes dos povos indígenas, profissionais de saúde, gestores e prestadores

de serviços, e foram realizados nos seguintes locais e datas: região Centro-Oeste – Campo Grande, 31 de maio a 2 de junho de 2009; região Norte – Amazônia Legal I – Manaus, 24 e 25 de junho de 2009; região Norte – Amazônia Legal II – Belém, 23 e 24 de julho de 2009; região Nordeste – Recife, 24 e 25 de agosto de 2009. O seminário da região Sul-Sudeste foi cancelado devido à epidemia de gripe H1N1.

A programação dos seminários incluía a apresentação dos resultados da consultoria realizada pelo consórcio IDS/Cebrap/SSL e a apresentação das conclusões preliminares do GT. As propostas eram debatidas pelos participantes que apresentavam sugestões. As sugestões eram analisadas posteriormente por um grupo formado por técnicos do Ministério da Saúde, Funasa e Funai (intitulado Mini-GT) que incorporava modificações nas propostas e as encaminhava para apreciação do GT.

Os seminários expressaram as divergências entre o posicionamento de grupos indígenas e as diferenças regionais. No primeiro seminário, ocorrido em Campo Grande, alguns participantes contestaram a criação da SESAI, o que levou ao aumento da tensão em torno do assunto. Após um extenso debate, chegou-se ao consenso de que não havia rejeição à criação da Secretaria e que as outras regiões do país deveriam ser ouvidas antes da definição de um novo modelo. Os participantes dos seminários da região Norte (Manaus e Belém) deram total apoio à proposta de criação da SESAI. No seminário da região Nordeste, discursos acalorados colocaram em xeque o compromisso do governo com os povos indígenas e a capacidade do Ministério para gerir a saúde indígena, mas também foi finalizado com apoio

dos participantes à criação da SESAI.

A pressão de alguns grupos específicos (entre lideranças indígenas e servidores e gestores da Funasa) para a permanência da saúde indígena na Funasa era clara, porém, ao contrário do que ocorreu na 4ª CNSI, dessa vez, essa mobilização não apresentou força suficiente para convencer a maior parte dos representantes indígenas. Por outro lado, durante as discussões, a Funasa não apresentou nenhuma ação para melhoria de sua atuação na gestão do Subsistema, confirmando sua baixa capacidade de superação dos problemas existentes.

Ao final de 2009, os membros do GT e a imensa maioria dos representantes indígenas e das organizações indígenas e indigenistas estavam de pleno acordo com a criação da SESAI e aguardavam os encaminhamentos burocráticos e políticos para sua concretização. As preocupações voltaram-se então para o processo de transição, com ênfase na importância de se garantir a continuidade dos serviços de saúde durante a mudança.

O início de 2010 foi marcado por grande expectativa e intensas negociações entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Planejamento para realizar os ajustes finais na proposta, que sofreu diversas alterações. No dia 24 de março é divulgada a notícia de que o presidente Luiz Inácio Lula da Silva havia assinado a Medida Provisória (MP) 483/10 que permitia a criação da SESAI. A MP teria 120 dias para ser votada pelo Congresso Nacional. Nesse período, o MS optou por iniciar as ações relacionadas à transição, formando comissões de técnicos para tratar das questões

relacionadas a recursos humanos, orçamento e finanças, assistência à saúde indígena, estrutura, logística, patrimônio e sistemas de informação.

Nos dias 18 a 21 de maio de 2010 ocorreu uma reunião ampliada do GT de Saúde Indígena, com a participação dos presidentes dos CONDISIs, de representantes do movimento indígena e da CNPI, na qual foram traçadas estratégias de acompanhamento da votação da Medida Provisória. Os representantes indígenas do CNS e do Fórum participavam ativamente da cobrança por celeridade nas definições por parte do governo e iniciaram articulações com parlamentares para sensibilizá-los quanto à importância das mudanças na gestão da saúde indígena. Apesar do apoio do movimento indígena e de setores do governo, principalmente do Ministério da Saúde, da Funai e da Casa Civil, a pressão política contra o remanejamento de cargos da Funasa para a SESAI criou impasses que levaram a mais uma rodada de negociações entre órgãos do governo.

A MP foi aprovada no Plenário da Câmara dos Deputados no dia 6 de julho de 2010 e no Senado no dia 3 de agosto, transformando-se na Lei Ordinária 12314/2010, sancionada pelo Presidente Lula em 19 de agosto de 2010.

O Decreto de criação da SESAI (Decreto Nº. 7.336) foi assinado pela Presidência da República em 19 de outubro de 2010, passando definitivamente a gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para o Ministério da Saúde. Essa mudança iniciou uma nova etapa na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e na relação entre o Estado e

os povos indígenas.

Possibilidades e Limites do Controle Social da Saúde Indígena

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena expressa a possibilidade do SUS de adequar-se para atender à diversidade da população brasileira, de modo a criar uma configuração diferenciada da rede de serviços de saúde, para contemplar o princípio da equidade.⁽¹¹⁾

Observa-se que, também no controle social do subsistema, houve espaço para novas configurações demandadas pela população indígena. Um exemplo são os conselhos locais, compostos apenas por indígenas, cujas reuniões ocorrem nas aldeias e refletem a forma de organização local, seguindo as regras estabelecidas na comunidade. Os conselhos locais têm importância fundamental na estruturação do controle social na saúde indígena, por permitirem a ampliação da participação comunitária e o contato direto dos usuários com os conselheiros, que levam as demandas das comunidades para o conselho distrital. Além disso, tornaram-se espaços estratégicos para ajustar as questões relacionadas à representação e à definição de papéis, que surgiram entre conselheiros e lideranças tradicionais em decorrência da criação dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.

Os conselhos distritais, pelo caráter deliberativo, seguem as recomendações das resoluções do CNS que orientam a composição e o funcionamento dos conselhos de saúde, de maneira a espelhar sua estrutura nos demais conselhos do SUS. Ainda assim, apresentam

as peculiaridades da relação intercultural que se estabelece nesses espaços e que interferem diretamente na sua forma de atuação, marcada pelo protagonismo indígena. Nesse sentido, destaca-se o fato de os presidentes de todos os Condisis serem indígenas. Ressalta-se a dificuldade na relação com os municípios, que frequentemente não têm se comprometido com a solução de questões relacionadas à rede de referência e com a prestação de contas nos conselhos de saúde indígena. Essa situação é agravada pela diferença entre a área de abrangência dos distritos e a divisão administrativa dos municípios.

No âmbito nacional, o Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, que surge de uma demanda dos representantes indígenas, torna-se o maior exemplo da capacidade de reconfiguração dos espaços de controle social para o atendimento às diferentes formas de relação entre o governo e a sociedade. Embora seja distinto das instâncias de controle social previstas no SUS, o fórum é reconhecido formalmente e, apesar de ter caráter consultivo, influencia de forma importante as decisões governamentais.

A criação das instâncias de controle social na saúde indígena demonstrou o reconhecimento do Estado ao direito dos povos indígenas de participarem na definição das políticas e dos serviços saúde direcionado a eles. Além de ampliar os espaços para participação dessa população, antes representada principalmente por organizações indígenas e indigenistas, o governo coloca-se frente a frente com os índios no espaço de discussão, como membro do conselho, se comprometendo com as decisões ali tomadas.

Uma análise mais profunda, porém, evidencia que, apesar de sua constituição formal, os espaços de controle social do subsistema apresentam dificuldades para sua efetivação. As informações colhidas em entrevistas com os presidentes dos conselhos distritais de saúde indígena permitiram identificar problemas para a atuação dos conselheiros indígenas até o ano 2010, quando a saúde indígena ainda estava sob a gestão da Funasa.⁽¹²⁾

As entrevistas com os presidentes dos Condisis revelaram que, apesar da crescente participação indígena nas discussões sobre a saúde, as dificuldades encontradas para o funcionamento dos conselhos tendem a limitar essa participação. Há falta de infraestrutura e dificuldade para a realização das reuniões, associadas geralmente à falta de uma designação clara de recursos financeiros para as ações do controle social e a problemas de gestão da Funasa. A dependência dos conselhos em relação ao Dsei e a falta de qualquer dispositivo legal que obrigue a manutenção das atividades dos conselhos de saúde indígena aumenta o desequilíbrio de forças, submetendo o controle social à “boa vontade” institucional. A falta de capacitações também é um fator que dificulta a participação indígena nos conselhos.

Outro problema evidente é o privilégio dado pelo governo à relação com os presidentes dos Condisis, por meio do fórum, no nível central, em detrimento da relação do Condisi com o chefe do Dsei. Apesar de essa situação ter contribuído para fortalecimento do fórum, ela tende a homogeneizar a população indígena, pela falta de se reconhecer as diferentes organizações sociais e culturais de cada região do país e, principalmente, por não se

considerar as especificidades de cada etnia. Os compromissos assumidos pelo gestor do nível central são abrangentes, a maioria deles inseridos em um nível político, distanciados do nível de execução, no qual se encontram os responsáveis pela realização das ações (gestores locais e técnicos) e os usuários que receberão os serviços. Assim, observa-se a fragilização dos espaços de controle social que estão mais próximos da população, os conselhos locais e distritais. São esses conselhos que apresentam mais capacidade de inclusão dos usuários nas decisões e no acompanhamento dos serviços realizados.

O fórum fortalecido, por sua vez, tornou-se um espaço estratégico na definição da política de saúde indígena. A atuação do fórum, além de promover a aproximação entre os povos indígenas de diversas regiões do país, possibilitou a discussão de temas divergentes entre eles. A atuação do fórum, de modo a se aproximar e sintonizar-se com o movimento indígena, influenciou determinantemente o Conselho Nacional de Saúde a apoiar o movimento que levou à criação da Sesai.

A participação indígena no processo de criação da Sesai gerou mudanças significativas na proposta inicialmente apresentada pelo governo. A característica mais marcante desse episódio foi o fato de os representantes manifestarem que as mudanças ocorreram com base em suas reivindicações e que eles foram ouvidos e tiveram influência direta no desfecho.⁽¹²⁾ A seguir destaca-se trechos das entrevistas que demonstram a percepção dos indígenas sobre a sua influência do controle social no processo de criação da SESAI.

A criação da secretaria foi uma das demandas que a gente conseguiu através do fórum, que conseguiu articular com as demais organizações indígenas. (E17/3)

Como já havia uma discussão sobre a autonomia dos Dseis, que não passou na última conferência a criação da secretaria, mas diante dos fatos que vinham acontecendo na Funasa, o Abril Indígena e outros movimentos acionaram, e também a CNPI, para a criação da Sesai, agora temos que fortalecer os conselhos para que possamos acompanhar de perto. (E1/22)

Tudo começou na reunião do fórum, não me lembro a data, para se criar uma Secretaria Especial para os povos indígenas, mas isso já vinha dos índios de todo o Brasil, as organizações já estavam pedindo isso, aí o fórum alavancou tudo isso, criou seminários, começou a discutir e hoje estamos aí com essa secretaria. (E13/12)

Teve essa aproximação com o movimento indígena, Coiab, Apoimne, Apib, buscaram junto para criar a Sesai. Isso é muito bom, essa nossa luta, a luta dos presidentes dos Condisis entenderam que a luta do movimento indígena favorece o nosso povo, então buscamos, eu estava presente nessa luta para criar a Sesai e os presidentes dos Condisis ficaram junto no Abril Indígena. (E32/10)

Acho que foi uma experiência boa, uma experiência nova, de realidade mesmo da coisa, conseguiu muita coisa aqui em Brasília. Acho que muitos levaram para sua base essa experiência, porque brigamos mesmo por essa secretaria, foi luta, então isso foi um aprendizado, isso é importante. (E10/1)

Perspectivas e Desafios

A criação da SESAI é marcada por um processo de ampla participação de representantes da população indígena, pela interação entre os diversos atores envolvidos e por várias rodadas de negociação no governo.

A forte determinação do governo em promover mudanças na gestão da saúde indígena foi fundamental na criação da nova secretaria, mas o processo de sua criação destaca-se principalmente pela intensa participação das instâncias de controle social do subsistema. A criação do GT e a realização dos seminários regionais proporcionaram a ampliação do debate sobre as mudanças e o encontro de todos os atores envolvidos na questão em pauta, fazendo emergir divergências existentes entre os diferentes grupos indígenas, entre os povos indígenas e o governo e, inclusive, entre setores do próprio governo.

Nesse processo destacou-se o protagonismo indígena, que acabou por pautar as discussões com o governo, gerando lições importantes para o SUS sobre a participação dos usuários na construção de políticas públicas. Após os questionamentos sobre a transferência da gestão da saúde indígena da Funasa para um departamento no MS, a atuação do Fórum de Presidentes de CONDISEs foi fundamental na ampliação da discussão, garantindo-se, com o apoio da CISI/CNS, a participação de representantes indígenas no GT e a realização de seminários regionais, o que levou à reconfiguração da proposta inicial e culminou na criação de uma nova secretaria.

Apesar das intensas rodadas de negociação,

com cortes e alterações constantes nas propostas do grupo de trabalho, o resultado final, ainda que não fosse exatamente o esperado, foi entendido como o possível de ser alcançado naquele momento, tendo o apoio do movimento indígena. O envolvimento e o apoio do movimento indígena imprimiram ao processo de criação da SESAI um caráter amplamente participativo e transparente, que se distingue de mudanças anteriores ocorridas na história da saúde indígena, trazendo para a nova estrutura o desafio de manter canais permanentes de comunicação com todos os atores envolvidos na atenção à saúde indígena e criar novas bases na relação entre os povos indígenas e o governo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação entre os povos indígenas e o Estado brasileiro é historicamente conflituosa, sendo caracterizada por lados opostos, com interesses e objetivos divergentes. Porém, perspectivas de avanço nessa relação surgem a partir do exercício do controle social na saúde.

Ainda que a presença de conflitos seja constante, o exercício do diálogo intercultural proporcionado nos espaços de controle social do Subsistema, apesar de constituir-se em uma tarefa complexa, parece apresentar grandes possibilidades de identificação e solução de problemas que se estabelecem nesse contexto, ao proporcionar a aproximação dos atores envolvidos, a identificação das necessidades, das expectativas e o conhecimento sobre esses povos, favorecendo assim o estabelecimento de práticas de saúde ética e culturalmente adequadas e promovendo o entendimento sobre as políticas de saúde e o compartilhamento de

decisões.

Portanto, a despeito das fragilidades dos conselhos distritais, deve-se reconhecer que o movimento impulsionado pela criação dos mecanismos de controle social do subsistema conseguiu influenciar a tomada de decisão do governo, conforme observou-se no processo de criação da Sesai. Esses mecanismos, associados à capacidade do SUS de formação de novos espaços de discussão, com legitimidade reconhecida pelos usuários, apresentam-se potencialmente como um caminho para aumentar a participação, o reconhecimento de diferenças e o estabelecimento de um efetivo diálogo para busca de soluções que diminuam as desigualdades sociais.

REFERÊNCIAS

1. Fundação Nacional de Saúde (Brasil). Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena. Brasília: Funasa, 2009.
2. Neumann ZA, coordenadora. Memória da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – Cisi/CNS 2000–2006. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2006.
3. Garnelo L, Macedo M, Brandão LC. Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
4. Fundação Nacional de Saúde (Brasil). Atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo; 2002.
5. Fundação Nacional de Saúde (Brasil).

Nota Técnica no 067/2008/Assessoria/GAB/Desai [Internet]. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 19 de agosto de 2008 [acesso em 2010 fev 25]. Disponível em:

<http://www.funasa.gov.br/internet/desai/legislacaoNotasTecnicas.asp>

6. Tribunal de Contas da União (Brasil). Acórdão 402/2009 – Plenário. Relatório de

Auditoria Operacional. Brasília: Tribunal de Contas da União. 2009. Processo n.º TC013.233/2008-5.

7. Shankland AJL. Speaking for the people: representation and health policy in the brazilian amazon [tese]. Sussex, England: University of Sussex, Institute of Development Studies; 2010.

8. Consórcio IDS-SSL-Cebrap. Diagnóstico situacional do Subsistema de Saúde Indígena - relatório inicial (revisado). Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2009.

9. Ministério da Justiça, Comissão Nacional de Política Indigenista. Ata da 6ª Reunião

Ordinária da Comissão Nacional de Política Indigenista [Internet]. Brasília: Funai; 2008

[acesso em 2010 fev 25]. Disponível em: http://www.funai.gov.br/ultimas/CNPI/atas/Ata_da_6a_Reuniao_Ordinaria_da_CNPI.pdf

10. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Relatório da 2ª Reunião Extraordinária do Fórum dos Presidentes dos Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena. Brasília: Funasa; 2008.

11. Castellani MR. Subsistema de Saúde Indígena: alternativa bioética de respeito às diferenças [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde; 2012.

12. Ferreira LB. O Controle Social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: uma reflexão bioética [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2012.

Artigo apresentado em: 21/09/2013

Artigo aprovado em: 18/11/2013

Artigo publicado no sistema em: 03/12/2013