

A FUNASA e a implementação de distritos sanitários especiais indígenas

Ubiratan Pedrosa Moreira

Sou médico sanitário e diretor do Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), e não antropólogo ou indígenista: toda a minha experiência é no âmbito da organização e administração de programas de saúde. Em 1998, envolvi-me com a questão da saúde indígena, sobre a qual gostaria de fazer algumas observações.

Embora tenham sido tratadas superficialmente durante muito tempo, a partir de determinado momento as questões relacionadas à saúde indígena se tornaram mais organizadas, com a criação de equipes volantes e unidades de saúde por áreas. A partir de 1986, a discussão se tornou mais qualificada, principalmente após a 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, na qual começou a ser desenhada uma alternativa para a assistência das populações indígenas e a ser incorporado um conceito que não é específico da população indígena, mas da organização de saúde: o *distrito sanitário*.

Em 1991, de forma no mínimo precipitada, o Decreto n. 23 transferiu a responsabilidade da saúde das populações indígenas para o Ministério da Saúde, mais especificamente à FUNASA. A FUNASA é o resultado da fusão de diversos órgãos, com histórias antigas na área de saúde pública e culturas bastante diferentes. A Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), por exemplo, iniciada com as campanhas de educação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), tinha uma estrutura criada há sessenta anos, abrangendo toda a história do controle de vetores no Brasil, e a Fundação Serviços Especiais de Saúde, criada em 1942, atuava principalmente na organização e segurança de saúde, vigilância biológica e controle de epidemias.

Quando a saúde indígena foi incorporada pela FUNASA, o departamento que dirijo tinha sob sua responsabilidade o saneamento, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde/Programa de Saúde da Família (PACS-PSF) – um importante programa que então começava a ser montado –, o controle da epidemiologia e uma série de outras funções.

Apesar de todos os esforços e das próprias características das instituições que a formaram, todas disciplinadas, hierarquizadas, com pessoal técnico qualificado e bastante normatizadas, esse processo enfrentou graves problemas, principalmente a brutal resistência da FUNAI à transferência. Associada a uma série de outras circunstâncias, essa resistência fez com que, em 1994, a situação fosse revertida por meio do Decreto n. 1.141, que tornou a atribuir à FUNAI a responsabilidade pela saúde indígena, em uma divisão de atribuições que piorou sensivelmente os problemas.

O decreto veio na contramão da 2ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 1993, e o esforço para construir um sistema de saúde específico para os índios foi abortado em 1994, criando-se uma situação de dubiedade, um “jogo de empurra” no qual a Fundação Nacional de Saúde ficou com a responsabilidade sobre algumas ações de prevenção, controle de vetores, vacinas e saneamento; e a FUNAI, sobre a assistência, a mais complicada, pesada e onerosa. Em 1997, o Ministério Público começou a interferir, dando um parecer bastante claro sobre o fato de, do ponto de vista constitucional, a responsabilidade ser do Ministério da Saúde. Por fim, a Lei n. 9.649 de 1998 declara textualmente que a responsabilidade sobre a saúde dos povos indígenas é do Ministério da Saúde, permitindo a reestruturação da administração pública federal.

A partir desse momento, começamos a rediscutir a questão no âmbito do Ministério da Saúde, principalmente porque, por uma série de razões, a situação tinha se agravado muito. Não é preciso detalhar, uma vez que todos conhecem o grau de desassistência vivido pelos povos indígenas hoje. Elaboramos uma proposta que busca resgatar o conteúdo das duas Conferências Nacionais de Saúde Indígena, incorporando quase que completamente suas deliberações. A proposta, portanto, não é do Ministério da Saúde, mas do movimento indígena, dos índios, das ONGs e dos indigenistas que participaram das conferências, absorvida pelo Ministério, embora certas limitações institucionais não tenham permitido a incorporação de alguns pontos.

Apresentamos a proposta a todos que discutem a questão da saúde indígena no Brasil. Em 1988, realizamos 15 encontros regionais, com a presença marcante de lideranças indígenas. Esses eventos reuniram quase três mil pessoas e discutiram a proposta integralmente, na perspectiva de construir uma política decente de atenção à saúde dos povos indígenas. Não vou entrar na discussão, absolutamente surrealista, sobre se a responsabilidade por ela cabe ao Ministério ou à FUNAI: se a transferência da assistência à saúde significa o fim da FUNAI, se ela não se sustenta sem uma ação que executa com extrema deficiência, então ela já deveria ter acabado.

A proposta vem sendo amplamente discutida. Não tão amplamente quanto nós, lideranças indígenas e ONGs gostaríamos, mas conseguimos mobilizar muita gente e envolvemos as comunidades indígenas. Nas reuniões de que participo, deixo claro que pretendo conversar o mais diretamente possível com os índios, sem intermediários. Estou convencido de que, ou criamos uma proposta consistente para tratar a questão, ou ficaremos na mesma “tapeação” de sempre. Do ponto de vista da organização do serviço de saúde, a equipe volante é muito próxima de nada: ela visita uma comunidade hoje e volta dali a quinze dias, um ou dois meses. De que maneira se resolve o que acontece nesse intermédio?

Precisamos de um sistema de saúde decente para o atendimento da população, e a proposta do distrito sanitário visa a atender exatamente essa necessidade. Se digo que o distrito não é um conceito para os índios, mas para a organização do serviço de saúde de modo geral, é porque ele define a base territorial, identifica claramente a clientela e assume a responsabilidade sanitária e a rede de serviços permanentes, com pessoal qualificado para isso. Algumas questões têm de ser vistas com clareza e definitivamente compreendidas: não há como pensar em uma política de saúde indígena sem pensar em sua relação com a política nacional de saúde. Seria perder tempo, cometer erros e continuar sem assistir às populações indígenas. As diretrizes gerais da proposta do distrito sanitário passam pela própria reorganização do modelo de atenção a essas populações. Para isso, é preciso ter uma rede básica de saúde dentro da terra indígena e um agente indígena em cada aldeia, que possa ser treinado ao longo de dois ou três anos dentro de um sistema formal, permitindo-lhe obter formação regular e transformar-se, mais à frente, em auxiliar de enfermagem.

Também são necessárias equipes com outros profissionais de saúde, na linha do programa de saúde da família, que apresenta resultados bastante expressivos. Há ainda a proposta dos pólos-base, agregando um conjunto de aldeias e, nucleando esse conjunto, uma equipe de médicos, enfermeiros e, eventualmente, dentistas. Ou conseguimos avançar nesse sentido e ter uma discussão clara sobre a clientela, ou então não se conseguirá estabelecer um mínimo de condições para promover a saúde dessa população. Existem mecanismos de articulação com a rede existente do SUS, por segmentos de média e alta complexidade, e também mecanismos de referência e contra-referência dentro dela. Isso se chama “organização dos sistemas locais de saúde”, é feito em todo o mundo e não há motivo para ser diferente para as populações indígenas. Contudo é preciso determinação e firmeza com relação à montagem de um sistema estável e constantemente presente na terra

indígena, com o necessário suporte de insumos. Uma questão fundamental é que esse sistema precisa de um bom nível de monitoramento, incorporando conceitos de vigilância e saúde, indispensáveis para que se possa avaliar a população. Se não conseguirmos implantar um sistema de informação claramente definido ou adequar os sistemas nacionais de informação sobre mortalidade, nascidos vivos e agravos às notificações da população indígena, não avançaremos na avaliação nem conseguiremos reorientar nossas ações.

Outra questão fundamental é o fortalecimento das práticas tradicionais dos povos indígenas. A presença do sistema ocidental de prestação de serviço de saúde dentro dessas áreas tem sido dramática em alguns casos. Eu vejo relatos de pessoas que trabalham em áreas indígenas, principalmente médicos, absolutamente inaceitáveis. Há casos de índios que voltam no dia seguinte à consulta: “Não, agora eu quero daquela vermelhinha”, porque tinham tomado uma pílula branca no dia anterior e algum conhecido tomara a vermelha. O nível de absorção da medicalização, mesmo sem a influência da indústria farmacêutica, é muito alto entre a população indígena, e o respeito às práticas tradicionais é fundamental para que isso não se transforme em problema. Outro ponto central é o controle social, que deve ser feito pelas organizações indígenas: é preciso ter conselhos locais e distritais de saúde nos quais se possa discutir, aprovar e acompanhar a execução dos planos de trabalho.

Conduzimos esse processo com um nível de cuidado extremamente exagerado, a fim de não repetir os erros históricos cometidos principalmente na relação entre a FUNAI e os índios. Queremos uma relação de absoluto respeito, sem concessão, cooptação ou compra, com a dignidade que essa população merece. Por isso, somos muito duros na discussão. Esse processo é interessante porque não permite a aparente divisão “índios a favor, índios contra”. Em uma discussão recente, por exemplo, passamos quatro dias em Barra do Garças, conversando com 110 caciques Xavante, e alguns deles disseram: “Queremos o distrito sanitário em Sangradouro”. Eu respondi: “Não, não estamos aqui para dividir os Xavante, não vamos fazer uma parte do distrito em Sangradouro, como uma cunha dentro do povo Xavante, para conseguir colocar em prática a nossa proposta. Vamos ter de discutir: o distrito é Xavante, é um povo só e será um distrito só, não há razão para que sejam dois ou três”. Alguns índios têm a visão distorcida de que a transferência das ações de saúde para o Ministério significará o fim da FUNAI. Nossa posição é a seguinte: “Está bem, vocês não querem, continuam brigando para que seja a FUNAI, mas nos deixem selecionar e treinar os agentes, apresentar a questão da família, entrar na casa dos índios que estão sem alimento,

sem medicamento; deixem-nos começar a atuar nisso”. Discutimos com os Xavante até que eles começaram a entender: “Tudo bem, vocês vêm para cá e começam a montar o programa. Se funcionar, discutiremos a possibilidade de implantar o distrito”.

Ótimo, porque minha preocupação tem sido saber se não há arrogância nessa postura. Não creio que seja arrogância, mas angústia. Tenho feito provocações: em certas questões, precisamos de um sanitarista porque antropólogos não entendem nada de saúde. Não exagero, mas acho que temos de começar a *fazer* coisas, temos uma proposta de saúde que não é do Ministério, mas do movimento indígena, que incorporamos e sistematizamos e nas quais fizemos alguns aperfeiçoamentos. Os índios estão morrendo de coisas triviais: diarreia, infecção respiratória. Temos uma estrutura que permite resolver essa situação, e vamos continuar discutindo até quando? Ultrapassamos a discussão mais geral e temos de começar a definir, em cada um dos 33 distritos, a montagem da assistência.

Os índios querem discutir a organização da assistência porque precisam dela. Estamos convencidos disso, não por arrogância, mas porque a prática nos mostra. Acreditamos que, se conseguirmos montar equipes de saúde nas áreas indígenas, conseguiremos resolver os problemas. Nos lugares onde foram montadas equipes permanentes, com boa capacitação e gerência, a mortalidade é de trinta por mil; onde não foram, bate nos duzentos por mil. Há uma pequena área Yanomami, onde trabalhamos em parceria com uma ONG, na qual a mortalidade infantil está em 32 por mil. Por quê? Porque conseguimos levar gente qualificada para a área. São apenas dois médicos, duas enfermeiras e agentes de saúde bem qualificados. Basta isso, e nós aqui discutindo se fazemos ou não distritos, se ele ficará aqui ou acolá, se acabará ou não com a FUNAI.

Estamos passando ao largo da discussão sobre os Kayapó não quererem o projeto e Megaron não aprová-lo. Se os Kayapó não querem, tudo bem, não haverá distrito sanitário na área Kayapó. Mas o Amapá quer, Cuiabá, Rondônia e Xingu querem, então vamos implementar o projeto onde o querem, e a prática determinará não quem tinha razão, mas onde e por que a proposta deu certo. Prosseguimos com a maior abertura de discussão possível. As pessoas perguntam: “Quando será organizado o distrito sanitário lá não sei onde?”, e eu respondo: “Não sei”. Se há interesse, vamos até lá e conversamos com todo mundo. É o que temos feito, tenho fotos mostrando os desenhos dos distritos feitos pelos índios, indicando onde os agentes têm de ir, quantos precisam ser, onde fica o pólo básico, quantos barcos são necessários etc. Insisto em que essa organização do distrito é feita pelos índios, e não por nós, já que eles conhecem melhor que ninguém sua própria realidade. Nossa

parte é fornecer o instrumental técnico de organização. Como, então, organizaremos cada distrito? A partir da discussão com índios, ONGs, municípios, estados, universidades e quem mais tiver interesse em participar. Os que tiverem alguma experiência ajudarão no desenho geral do modelo. Discutiremos a forma operacional de organização e começaremos a pô-la em prática, porque é o que precisa ser feito. Mesmo que discutamos durante mais dez anos, não surgirá uma proposta melhor que a estabelecida, fruto de um processo de discussão que começou em 1986, dentro do chamado Movimento de Saúde Indígena, e com a qual o governo está firmemente comprometido. Propomos gastar na implantação do projeto de saúde indígena muito mais do que se gasta com a população em geral: algo em torno de trezentos, 350 reais *per capita*, o que significa cerca de cem milhões de reais por ano.

Estou convencido de que a proposta está clara, e reafirmo que permanecemos abertos à discussão. Não somos donos da verdade, queremos discutir onde se queira discutir, da forma que se queira discutir, o mais amplamente possível, fazendo correções e defendendo nossa visão do problema, mas com flexibilidade suficiente para que os resultados sejam consistentes e, fundamentalmente, para que o distrito sanitário seja um sistema de saúde sobre o qual os índios possuam controle social, sob pena de, em caso contrário, correremos o risco de ter uma decisão hoje e a desistência dela amanhã. Eu brinco dizendo que, enquanto não discutirmos com os 350 mil índios, o Conselho Indigenista Missionário (CIMI) – que tem sido um bom parceiro – achará que houve pouca discussão. Jamais chegaremos a discutir com todos, é claro, mas tentamos ampliar a discussão ao máximo.

E tentamos fazê-lo com franqueza, sem prevenção, mas as intervenções têm de acabar. Discutimos com os Kayapó em Cuiabá, por exemplo. Posteriormente eles estiveram em Brasília, desenharam seu distrito, participaram de uma reunião de seis horas e saíram dela já com o cronograma de implantação do projeto. No dia seguinte, Megaron ligou pedindo desculpas, dizendo que não poderiam ajudar porque isso acabaria com a FUNAI. Eu disse: “Megaron, que conversa é essa? Depois de tanta discussão, você diz de um dia para o outro que mudou completamente de idéia?”. Problemas como esse têm prejudicado muito o programa de saúde indígena. Nós não cooptamos ninguém, não trouxemos nenhum índio para cá, embora tenhamos capacidade e poder de Estado para isso. Queremos uma discussão aberta e franca e prosseguiremos assim, sem abrir mão de nossos princípios em nome da implantação da proposta.