

Política de saúde indígena: um breve balanço

Carla Costa Teixeira¹

A atual política brasileira de saúde indígena, embora recente, tem marcos legais que já completaram 15 anos. A lei que estabeleceu o Subsistema de Saúde Indígena foi aprovada pelo Congresso Nacional em 1999 e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi emitida pelo Ministério da Saúde em 2002. São parte do longo do processo de redefinição de diferentes políticas voltadas para os povos indígenas no Brasil (educação, direitos humanos, cidadania diferenciada etc.), políticas estas que se inserem na redemocratização que o país vivenciou desde o final dos anos 1980. Neste momento houve uma articulação profícua entre o movimento indígena e o movimento pela universalização do sistema de saúde. Tal articulação buscou traduzir a bandeira abrangente, que afirmava a saúde como dever do Estado, para uma agenda voltada para a população indígena, respeitando suas singularidades. Assim, tratou-se de assegurar condições políticas para a construção de um sistema de saúde vinculado ao Ministério da Saúde (MS), e não mais ao órgão indigenista (Fundação Nacional do Índio – FUNAI), e no qual estivesse assegurada a participação indígena efetiva.

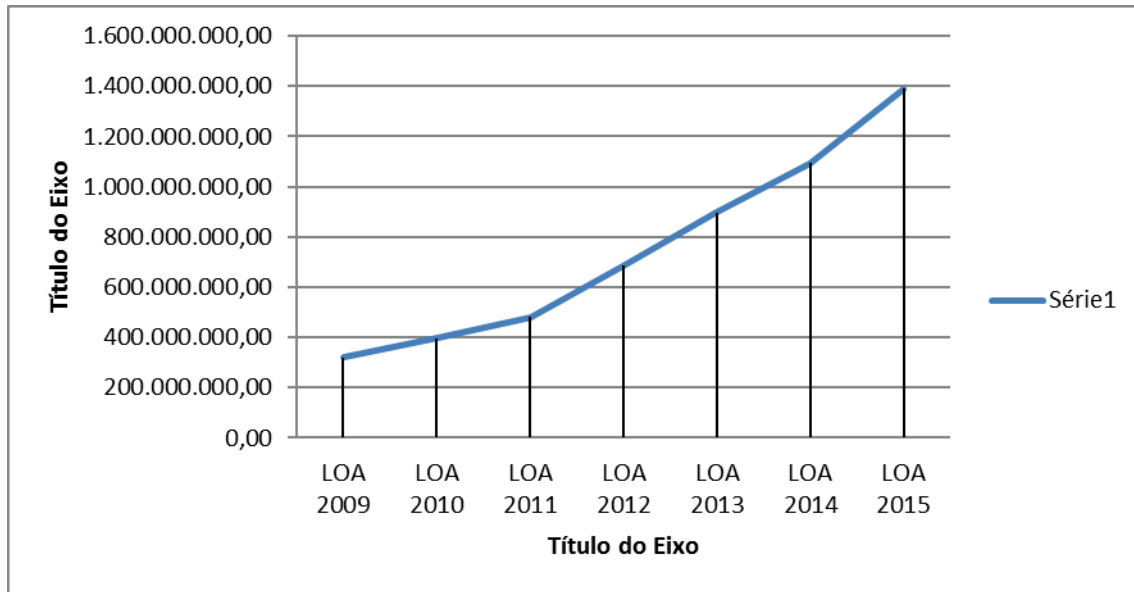
A partir de então, a saúde indígena se consolidou como agenda política relevante no âmbito da saúde pública brasileira e vem passando por sucessivas discussões e redefinições relativas a processos de gestão e localização na estrutura organizacional do Estado. Em 2010 foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena/SESAI, deixando a Funasa de ser responsável pela gestão da saúde indígena, e em 2014 houve uma discussão que dividiu o movimento indígena sobre a proposta apresentada pela SESAI para criação do Instituto Nacional de Saúde Indígena/INSI. Embora a SESAI não tenha tornado público o documento para a criação do INSI, o debate deu-se a partir de informações apresentadas pela SESAI em reuniões e outras que vazavam, gerando pronunciamentos acalorados, principalmente,

¹ Antropóloga, Professora do Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília. Diretora Regional da ABA.

contrários à proposta. Lideranças indígenas, Ministério Público Federal e organizações não indígenas aliadas históricas dos povos indígenas se dividiram a favor e contra a proposta. Aqueles que falavam em sua defesa, alegavam que o instituto permitiria maior agilidade para contratação de pessoal sem necessidade de concurso público; os contrários chamaram o instituto de “paraestatal” e o acusaram de ser uma tentativa de privatizar a saúde indígena e fugir à deliberação da ação civil pública de autoria do Ministério Público do Trabalho e do Ministério Público Federal que determina a realização do concurso público (<http://www.cimi.org.br/site/pt-br/?system=news&action=read&id=7738>). A informação que se tem é que o projeto de lei se encontra na Secretaria da Presidência da República aguardando para ser enviado ao Congresso¹, mas o aprofundamento da crise do país após a reeleição da presidente Dilma Rousseff parece ter selado sua retirada da pauta de prioridades. Ainda no âmbito da discussão sobre gestão e política pública, foi criado um Grupo de Trabalho Ministerial para revisão e discussão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/PNASPI (Portaria nº 20, 17 de abril de 2015), cuja composição suscitou protesto das lideranças indígenas devido ao fato dos indígenas não deterem maioria dos assentos no GT, o que poderia gerar um documento final que não representasse suas posições. O GT tem tido dificuldade de se reunir também em função do agravamento da crise e a consequente redução de recursos financeiros no Ministério da Saúde.

Contudo, há que destacar a evolução orçamentária positiva da saúde indígena. Em reunião da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena/CISI em abril de 2015, a SESAI apresentou os dados abaixo que mostram o incremento vertiginoso dos recursos, que passaram de cerca de 350 milhões em 2009 para 1 bilhão e 400 milhões em 2015, ou seja, um crescimento de 250%.

¹ Após a escrita deste balanço o projeto de lei foi enviado para a Câmara dos Deputados e pode ser acessado no link <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2028634>



Tal incremento financeiro, no entanto, como se expressou na melhoria da saúde indígena? Esta é uma resposta difícil de se encontrar porque os dados da saúde indígena não são públicos. É necessário acionar a lei de acesso à informação, como têm feito vários pesquisadores, para obter dados epidemiológicos mais recentes. O que em si já merece reflexão e ação política no intuito de reverter essa impensável situação em contextos democráticos. Mas se considerarmos as frequentes denúncias na imprensa e nas redes sociais sobre a crise na saúde indígena, principalmente com relação à morbidade e mortalidade infantil e às condições de saneamento nas aldeias indígenas (<http://racismoambiental.net.br/2014/09/18/sem-assistencia-criancas-indigenas-seguem-morrendo-por-diarreia-no-acre/>), não há muito o que comemorar.

Já no que concerne à participação indígena permanente na discussão e acompanhamento da política de saúde indígena, além da realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena em dezembro de 2013 (após 7 anos da 4ª Conferência), vale destacar que desde 2006 as lideranças indígenas assumiram a coordenação da CISI (comissão que assessora o Conselho Nacional de Saúde/CNS), ocupam dois assentos titulares no CNS, conseguiram ampliar sua participação em outras comissões assessoras (há pelo menos um representante indígena em cerca de metade dessas comissões) e têm conseguido pautar a saúde indígena como o segundo tema sobre o qual o CNS mais votou recomendações (<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1420>).

Embora haja várias avaliações negativas sobre a efetivação das deliberações desses espaços de participação social com relação a diferentes políticas de governo, gostaria de argumentar que a compreensão da relevância da participação indígena nas instâncias dentro das estruturas estatais da gestão da saúde deve considerar sua eficácia num duplo registro, intrinsecamente articulado: na atuação bem-sucedida na definição das políticas de saúde indígena (observadas nas recomendações acima referidas) e no que concerne ao desenvolvimento da competência discursiva indígena nas negociações políticas com representantes de governo. Consiste, portanto, numa pedagogia política relevante e que parece estar se desdobrando em demandas crescentes dos indígenas para assumirem cargos de gestão na saúde indígena seja como assessor ou como profissionais de saúde.

Considerando, porém, a disjunção entre reconhecimento político expresso na crescente participação social indígena na saúde e a desconsideração na efetivação dos direitos à saúde nas aldeias, surge a indagação sobre se a eficácia política das lideranças indígenas nas instâncias estatais irá manter-se sem impactar positivamente na vida cotidiana daqueles a quem representam. Cientes desse desafio, as articulações políticas indígenas têm intensificado outros tipos de ação além das previstas na governança democrática (tais como, ocupação do plenário da Câmara dos Deputados e de outros espaços públicos, organização anual do Abril Indígena, etc.) a fim de garantir que o sucesso do protagonismo indígena na construção de políticas públicas de saúde, e em outras, torne-se uma realidade imediata e duradoura na jovem democracia brasileira - em que pese a crescente vocalização de forças políticas contrárias aos direitos indígenas que temos observado nos últimos anos. Essa estratégia implica em escolhas difíceis que parecem articular o aprofundamento de táticas de confronto com a ampliação da presença indígena em espaços de participação social e de administração do subsistema de saúde indígena.

Como citar esse artigo:

TEIXEIRA, Carla Costa. Política de saúde indígena: um breve balanço. *Informativo especial da Associação Brasileira de Antropologia - Balanços parciais a partir de perspectivas antropológicas*. Fev, 2016. pp. 1-4.