

# CONTRADIÇÕES DO MODELO DE GESTÃO EM SAÚDE INDÍGENA

MARIA CLARA VIEIRA WEISS\*

MARCIA LEOPOLDINA MONTANARI CORRÊA†

APARECIDA FÁTIMA CAMILA REIS‡

## Resumo

A partir da atividade como representante gestor da Universidade Federal de Mato Grosso, no Conselho Distrital de Saúde Indígena de Cuiabá (MT), nós observamos que o processo decisório se dá em meio a árdua disputa entre os direitos constitucionais, a autonomia e a autodeterminação preconizada na Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas (Unesco, 2007) no contexto neoliberal da gestão do subsistema de saúde indígena no SUS (Brasil, 1999; 2002; 2003; 2012). As medidas contraditórias entre os interesses privados e o Estado de Direito adotadas na gestão da saúde indígena limitam o acesso dos povos indígenas aos serviços de saúde nas aldeias e municípios, a adequação das ações de saúde às diferenças culturais e a participação indígena nas decisões que os afetam. Esses limitantes são agravados pela falta de comprometimento das administrações públicas estaduais e municipais com os princípios organizacionais do sistema universalista de saúde vigente dificultando a sobrevivência nos territórios indígenas (Weiss & Brdin, 2013). As contradições no campo político e institucional da gestão do subsistema de atenção à saúde indígena geram descontentamento e desconfiança entre os usuários e profissionais de saúde, a adequação da organização dos distritos sanitários implica o seu serviço à cidadania e emancipação dos povos indígenas.

Palavras-chave: Saúde indígena, Gestão democrática, Participação cidadã.

## Abstract

Considering the role of the Federal University of Mato Grosso as managing representative in the District Council of Indigenous Health in Cuiabá (MT), we observed that its decision-making process occurs through a hard dispute between the constitutional rights, the autonomy and self-determination recommended in the United Nations Declaration on the Rights of the Indigenous Peoples (Unesco, 2007) in the neoliberal context of the subsystem for indigenous people's healthcare management in SUS (Brasil, 1999; 2002; 2003; 2012). The contradictory measures between private interests and the Rule of Law adopted in the indigenous healthcare management limit the access of indigenous peoples to the health services in the villages and municipalities, the adequacy of health actions according to cultural differences and the indigenous participation in the decisions that affect them. These limiting factors are worsened due to the lack of commitment by the state and municipal public administrations to the current organizational

\* Docente titular aposentada do Instituto de Saúde Coletiva da UFMT, é pós-doutorada em Administração pela PPGA/UFRGS e pela Ebape/FGV, doutora em Ciências pela Ensp/Fiocruz, mestre em Sociologia PPGS/UFRGS e graduada em Nutrição. E-mail: <mariaclara.weiss@gmail.com>.

† Docente assistente do Instituto de Saúde Coletiva da UFMT, é doutoranda em Saúde Coletiva pela UFMT, mestre em Saúde Coletiva, especialista em Vigilância Alimentar e Nutricional para Povos Indígenas pela Ensp/Fiocruz e graduada em nutrição. E-mail: <marcialmontanari@gmail.com>.

‡ Docente assistente da Faculdade de Enfermagem da UFMT, mestre em Saúde Coletiva pela UFMT e graduada em Enfermagem. E-mail: myllareis1305@gmail.com>.

principles of the universalistic system of health, hampering the survival in the indigenous territories (Weiss & Bordin, 2013). The contradictions in the political and institutional field of the management of the indigenous healthcare subsystem generate insatisfaction and distrust between users and health professionals. The adequacy of the organization of the health districts implies its service in forwarding the citizenship and emancipation of the indigenous peoples.

Key words: Indigenous health, Democratic management, Citizen participation.

## 1. Introdução

PERÍODO DE REVISÃO da Constituição Brasileira foi um marco na mudança radical na configuração da identidade étnica no País; desde 1985 vários setores da sociedade civil já debatiam a sua forma e conteúdo. A revisão da Convenção 107 sobre populações indígenas e tribais, cujos conceitos inspiraram políticas integracionistas (OIT, 1957), representou um avanço no reconhecimento desses povos como sujeitos coletivos ao adotar o termo *povos* em vez de *populações*, além do reconhecimento de sua identidade étnica específica e direitos históricos imprescritíveis nos direitos a autonomia e a autodeterminação. A Convenção 169 “Sobre Povos Indígenas e Tribais” da Organização Internacional do Trabalho, realizada em 1989, ressalta que: “A consciência de sua identidade indígena deverá ser considerada como critério fundamental para determinar os grupos aos que se aplicam as disposições da presente Convenção” (OIT, 1989).

A Constituição de 1988, como o mais alto documento legal de garantia de direitos das populações indígenas, dentre eles o amparo autônomo do Ministério Público (Ribeiro, 1995), no artigo 231 refere que: “são reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens”.

O artigo 196 da Constituição Brasileira preconiza que “a Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Para Oliveira (2009), os princípios constitucionais e do direito indígena à saúde estão arraigados na concretização da dignidade da pessoa humana, da justiça social e do princípio da não discriminação.

Essas medidas fortaleceram os movimentos indígenas<sup>1</sup> na eclosão dos movimentos sociais, num contexto em que se consolidam as políticas

<sup>1</sup> Para Boaventura Santos (1997), as lutas mais importantes nos países centrais, ou mesmo periféricos e semiperiféricos, foram protagonizadas por grupos sociais congregados por identidades não diretamente classistas (estudantes, mulheres, etnias, pacifistas, ecologistas, etc.) colocando em questionamento a primazia explicativa das classes (pp. 39-42).

neoliberais de ajuste macroeconômico e de reforma estrutural na América Latina. Novos temas foram incorporados à agenda política, abrindo o campo de possibilidades sociais e a dialética da emancipação entre as lógicas da identidade e redistribuição (Barré, 1988; Dávalos, 2005), que vêm avançando nas discussões sobre a concepção do Bem Viver a partir das constituições pluriétnicas da Bolívia e do Equador.

No Brasil, apesar da conjuntura política ainda desfavorável, as organizações indígenas buscam a legitimidade dos direitos constitucionais da diversidade nacional lutando contra a opressão cultural e política. Para Dávalos (2012), a questão indígena na América Latina permanece no centro da questão nacional, como povos originários da civilização pré-colombiana. O debate da interculturalidade<sup>2</sup> deveria chamar a atenção de todos os setores progressistas para elaboração de novas estratégias utilizando os instrumentos tanto do marxismo como do indigenismo, dada a necessidade que o liberalismo tem de integrá-los ao projeto capitalista, liberal e moderno. Para Ribeiro (1998), no que tenha de apreensível na vida e na história, deve ser lida mediante a observação direta ou a reconstituição histórica criteriosa de contextos sociais concretos.

Por outro lado, as novas inspirações ideológicas da Reforma Administrativa na década de 90 delinearão a ideia de que os governos não conduziram ao progresso sozinho, conseqüentemente à descrença na administração pública. A redução do Estado e a modernização da administração pública tornaram-se uma nova agenda política, com transferência de funções estatais para a área privada e as demais, administradas com formas próximas das praticadas nestas empresas, porém com a representação democrática como premissa. Além da ênfase na eliminação, privatização e terceirização de serviços, a ideologia liberal centrada no indivíduo propõe com maior vigor métodos de avaliação de desempenho individual e organizacional (Motta, 2007), caracterizando o modelo gerencial na administração pública. Este modelo, adotado na atenção à saúde indígena no País, considera a lógica de parceria público-privado do Governo Federal nas últimas décadas e aponta contrações na garantia dos direitos constitucionais destes povos no Brasil.

2 Para Boaventura Santos (2009), nas condições para uma interculturalidade progressista compete à hermenêutica diatópica transformar os Direitos Humanos numa política cosmopolita que ligue, em rede, línguas diferentes de emancipação pessoal e social e as torne mutuamente inteligíveis e traduzíveis.

## 2. O modelo de atenção à saúde indígena no contexto neoliberal brasileiro

A situação dos povos indígenas tem sido discutida em Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e de Saúde Indígena (CNSI) na perspectiva de garantir seus direitos constitucionais à saúde e qualidade de vida (Figura 1).

Figura 1. Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e Conferências Nacionais de Saúde Indígena, realizadas depois da Nova República. Fonte: Brasil, 2009; 2012

CNS	Ano	Temas	CNSI	Ano	Temas principais
8. <sup>a</sup>	1986	Saúde como direito. Reformulação do sistema de saúde. Financiamento	1. <sup>a</sup>	1986	Criação da Secretaria Executiva no Ministério da Saúde
9. <sup>a</sup>	1992	Municipalização é o caminho	2. <sup>a</sup>	1993	Diretrizes da PNSI
10. <sup>a</sup>	1996	Cidadania. Gestão e Organização. Controle social. Financiamento. Recursos Humanos. Atenção Integral	3. <sup>a</sup>	2001	Obstáculos e avanços na implantação dos Dseis no SUS
11. <sup>a</sup>	2000	Efetivando o SUS			
12. <sup>a</sup>	2003	Saúde direito de todos e dever do Estado	4. <sup>a</sup>	2006	Dsei – Território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições
13. <sup>a</sup>	2007	Saúde e qualidade de vida, políticas de Estado e desenvolvimento	5. <sup>a</sup>	2013	Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada no Sistema Único de Saúde
14. <sup>a</sup>	2011	SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro			

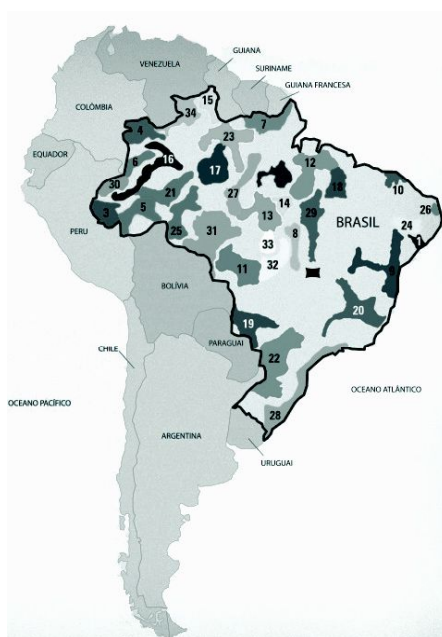
Essas discussões têm defendido a proposta da implantação de modelos diferenciados, com base nas diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e nas peculiaridades das diferentes etnias como: situação de contato, dinâmica do perfil epidemiológico, mudanças das práticas do sistema médico tradicional e o moderno; situação geográfica e sua implicação na continuidade das ações de saúde. Entretanto, a garantia dos direitos sociais tem-se mostrado antagônica aos interesses da privatização interna do Estado e dos interesses econômicos nos contextos regionais.

As conferências de saúde indígena têm sido marcadas por tensões e confrontos na busca de garantia dos direitos constitucionais e adequação do modelo de saúde às necessidades nos contextos regionais, com intervalos longos entre uma e outra, não seguindo a realização das conferências nacionais de saúde recomendada para quatro em quatro anos (Figura 1), dificultando as necessárias mudanças estruturais para organização e ade-

qualificação dos Dseis às particularidades étnicas. A realização da 5.<sup>a</sup> CNSI em 2013 foi fundamental diante das mudanças da gestão da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) para a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), proposta da primeira conferência realizada em 1986, e das discussões sobre as responsabilidades políticas do Estado e formação de políticas públicas no setor saúde nos últimos anos.

O Decreto n.º 3.156, 27 de agosto de 1999, que dispôs sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do SUS, preconiza que a organização das atividades de atenção à saúde deve efetivar-se, progressivamente, por intermédio de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), ficando assegurados os serviços de atendimento básico no âmbito das terras indígenas e a participação de representantes dos usuários, das organizações prestadoras de serviços e dos trabalhadores de saúde no Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi) de cada um dos trinta e quatro Dseis, distribuídos em todo o País.

Figura 2. Localização dos Dseis no Brasil e no estado de Mato Grosso



Fonte: Secretaria de Saúde Indígena, Ministério da Saúde (Brasil, 2012).

Por outro lado, no estado de Mato Grosso e, em grande maioria nos demais estados da Federação, em âmbito local, se travam conflitos históricos na disputa de territórios entre índios e proprietários de terra, frequentemente agravados pela criação dos municípios e instalação de grandes empreendimentos, como o agronegócio, mineração e construção de hidrelétricas decorrentes da política de desenvolvimento econômico regional que dificultam a execução de políticas públicas direcionadas à garantia de cidadania desses povos.

As terras indígenas e seu contingente populacional estão localizados majoritariamente na fronteira com países da América do Sul: Uruguai, Argentina, Paraguai, Bolívia, Peru, Colômbia, Venezuela e a Guiana, Suriname e Guiana Francesa. Algumas etnias circulam entre os países fronteiriços, devendo ser considerado o processo de ocupação das fronteiras e o contato interétnico destes povos na determinação do perfil saúde-doença e no acesso aos serviços de saúde, que frequentemente envolve relações interinstitucionais internacionais, como o caso da etnia Chiquitano no Mato Grosso, fronteira com a Bolívia (Figura 2).

### **3. Contradições da gestão do subsistema de saúde indígena no Mato Grosso**

A gestão do subsistema de saúde indígena, de responsabilidade do Ministério da Saúde, mostra-se orientada para o modelo gerencial, por meio da interveniência terceirizada de Organizações Não Governamentais (Ongs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips) e Fundações desde sua implantação. As perspectivas apresentadas por esse modelo orientaram a Reforma Administrativa do Estado Brasileiro, na década de 90, baseadas nas reformas da Inglaterra e dos Estados Unidos. No ano de 1995, no decorrer do Governo Fernando Henrique Cardoso, foi apresentado o Plano Diretor de Reforma do Estado, proposto pelo então ministro Bresser-Pereira e viabilizado pela Emenda Constitucional 19 de 4 de junho de 1998.

O modelo Gerencial compreende três dimensões: *a)* institucional-legal, voltada à descentralização da estrutura organizacional do aparelho do Estado, mediante a criação de novos formatos organizacionais, como as agências executivas, regulatórias, e as organizações sociais; *b)* gestão, definida pela maior autonomia e a introdução de três novas formas de responsabilização

dos gestores — a administração por resultados, a competição administrada por excelência, e o controle social — em substituição parcial dos regulamentos rígidos, da supervisão e da auditoria, que caracterizam a administração burocrática; *c*) cultural, de mudança de mentalidade, visando passar da desconfiança generalizada que caracteriza a administração burocrática para uma confiança maior, ainda que limitada, própria da administração gerencial (Matias-Pereira, 2012). Para o autor, esse novo modelo de gestão diferenciava-se do modelo burocrático por seguir os princípios do gerencialismo, enfatizando a profissionalização e uso de práticas de gestão do setor privado, e classificando as atividades do Estado em exclusivas e não exclusivas.

As atividades não exclusivas do Estado compreendem as atividades auxiliares ou de apoio e os serviços de caráter competitivo. Como atividade auxiliar ou de apoio caracterizam-se limpeza, vigilância, transporte, entre outros, sendo submetidas à licitação pública e contratadas com terceiros.

Os serviços de caráter competitivo, cuja gestão é considerada possível para os setores não públicos, são representados pelas atividades científicas e pelos serviços sociais, nos quais se integram a educação, a assistência social, o ambiente, a cultura e a saúde. Segundo as características do modelo gerencial, essas podem ser prestadas tanto pela iniciativa privada, quanto pelas organizações sociais que caracterizam o setor público não estatal.

Desde a criação do Subsistema de Saúde Indígena, observa-se forte tendência à terceirização, tanto das atividades-meio, quanto das atividades-fim, ou seja, contratualização de empresas para a execução de serviços de apoio (limpeza, vigilância, transporte), como a contratação de profissionais de saúde pelas “parceiras” (Fundações de Apoio, Ongs, Oscips e municípios) na assistência à saúde nas aldeias. Apesar da criação da Sesai, em 2010, compondo a estrutura organizacional do Ministério da Saúde, vislumbrando aos Dseis a perspectiva de se tornar autônomo na gestão orçamentária e financeira dos recursos da saúde indígena, os antigos modelos de gestão executados à época da Funai e Funasa permaneceram não proporcionando avanços na gestão direta dessas unidades e a tão almejada autonomia não veio. Essa dicotomia é percebida por Paula (2005, p. 45) na crítica ao modelo gerencial, que “mesmo tendo um projeto bem definido, a reforma causou uma fragmentação do aparelho do Estado, pois os novos formatos organizacionais não substituíram os antigos, havendo uma convivência de ambos”.

As mudanças interinstitucionais na gestão da saúde indígena, na esfera federal, vêm se dando no contexto da reforma do Estado, desde 1991,

quando atribuída ao Ministério da Saúde com sérias dificuldades na execução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde n.º 254, de 31 de janeiro de 2002, que determina: “os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com a temática indígena promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas”. Integrada à Política Nacional de Saúde, compatibiliza as determinações das Leis Orgânicas da Saúde e da Constituição Federal, reconhecendo aos povos indígenas<sup>3</sup> suas especificidades étnicas e culturais, e seus direitos sobre a terra (Brasil, 2002).

De 1991 a 2010, a falta de quadro funcional da Funasa (1991-2010), então órgão gestor federal, implicou a contratação de profissionais para formação da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (Emsi) para atenção à saúde nas aldeias e na estruturação do modelo de atenção à saúde, mediante a terceirização e nas orientações do gerencialismo. Dessa forma, o cumprimento dos deveres do Estado se deu por convênios com Ongs ou parcerias como os municípios para contratação de profissionais de saúde. Em Mato Grosso, foram realizados convênios com a ONG “Trópicos”, a Fundação de apoio Uniselva da UFMT, a ONG Operação Amazônia Nativa (Opan), a Associação Indígena Halitinã, municípios, dentre outros. Atualmente, a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), sediada em São Paulo, gerencia as ações de saúde, na abrangência do Dsei Cuiabá (MT), no que se refere à contratação dos profissionais de saúde (Figura 3).

Figura 3. Parcerias na Gestão do Dsei Cuiabá (2002-2015)

Conveniada	Natureza da vinculação
Trópicos	ONG – Organização não governamental
Fundação Uniselva	Fundação de Apoio da UFMT
Operação Amazônia Nativa (Opan)	ONG – Organização não governamental. Indigenista
Associação Halitinã	Associação Indígena Pareci
Instituto Creatio	Oscip (recursos da SAS/MS)
Rondonópolis, Sapezal	Municípios de Mato Grosso
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)	Fundação de Apoio Unifesp

Fonte: Dsei Cuiabá/MT, 2015.

3 Conforme resolução n.º 304, de 9 de agosto de 2000 o Conselho Nacional de Saúde adota o termo *povos* com organizações e identidades próprias, em virtude da consciência de sua continuidade histórica como sociedades pré-colombianas, e conforme recomendação da Convenção 107 (OIT, 1989).



Diante desse cenário, que se reproduz no País, recentemente a Sesai-MS apresentou a proposta de criação do Instituto Nacional de Saúde Indígena (Insi), na modalidade de serviço social autônomo de direito privado, com funcionamento semelhante às fundações ligadas ao sistema S (Sesc e Senai, por exemplo). Em outras palavras, o Insi seria uma instituição sem fins lucrativos, mantida com recursos da Secretaria de Saúde Indígena (Sesai), ligada ao Ministério da Saúde, que prestaria assistência à saúde dos povos indígenas. Sob essa configuração, o instituto não seria obrigado a cumprir as exigências dos processos públicos de licitação, contratação de profissionais por concurso público e não estaria sob a jurisdição da Justiça Federal. Formalmente, o Insi seria contratado pela Sesai para executar as políticas estabelecidas pela própria secretaria; ou seja, para a execução orçamentária e financeira dos recursos destinados à saúde e saneamento indígena e a contratação de trabalhadores em regime celetista, sem concurso público, além da aquisição de equipamentos e serviços com dispensa de licitação, desconsiderando que uma gestão pública democrática envolve o compasso entre as dimensões econômico-financeiras, Institucional-administrativa e sociopolítica. No caso das populações indígenas, a dimensão sociopolítica é fundamental no atendimento ao princípio da equidade do SUS e na garantia do direito à saúde, considerando o contexto em que vivem nos seus territórios no País.

A estratégia do Ministério da Saúde foi apresentar a proposta para implantação imediata do Insi. No caso do Dsei Cuiabá, a proposta foi amplamente discutida e, ao final, rejeitada pela maioria dos conselheiros. No entanto, no cenário nacional, a proposta foi aprovada pela maioria dos Conselhos Distritais (Condisi). Ainda não foi implantada devido à intervenção do Ministério Público Federal, que solicitou maiores esclarecimentos sobre o modelo de gestão proposto. As contradições entre o modelo de gestão gerencial praticado nas instituições foram evidenciadas no decorrer do processo de apresentação da proposta do Insi, diretamente aos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi), em reuniões no ano de 2014, considerando-os como instância deliberativa de decisões que afetam diretamente a vida nas aldeias, não adotando as recomendações da Convenção 168 sobre a consulta aos Povos Indígenas e Tribais (OIT, 1989).

No setor saúde, a garantia dos direitos constitucionais é um grande desafio diante do abismo existente entre o pensar biomédico e o pensar das populações indígenas, que articulam o processo saúde-doença à cosmologia

(Barros, 2012). A falta desse reconhecimento influencia negativamente toda a articulação e acesso aos serviços de saúde. Os estudos sobre a avaliação da atenção à saúde de povos indígenas no estado de Mato Grosso<sup>4</sup> têm demonstrado enorme distância entre o que é declarado e formalizado nos planos elaborados de acordo com as normatizações e o que efetivamente ocorre no cotidiano dos serviços e no fluxo dos usuários indígenas (Vargas e col., 2010; Fagundes & Weiss, 2011; Cintra e col., 2012; Weiss & Bordin, 2013).

As dificuldades de acesso aos serviços de saúde, vinculado ao imperativo geográfico das terras indígenas e o deslocamento da aldeia ao sistema local de saúde referenciado, conflitam com os conceitos de integralidade e equidade do SUS. Na discussão dos resultados nos Polos Base e conselho distrital (Condisi), numa perspectiva de avaliação participativa, foi recomendado aos gestores: estruturação de organização da atenção à saúde indígena; adequação dos programas de saúde às condições epidemiológicas e de risco, e ao sistema tradicional de saúde; pactuação com os municípios de referência, ressaltando a valorização étnica e direitos constitucionais dos povos indígenas; elaboração do Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) com maior participação dos profissionais envolvidos com a saúde indígena; e maior articulação entre a gestão da saúde indígena com os gestores municipais e estaduais de saúde.

Esses são apenas alguns fatores que dificultam o reconhecimento dos direitos dos povos indígenas, a diferenciação étnico-cultural e sua participação nos planos e programas que dizem respeito à sua sobrevivência (Opan; 2010; Weiss & Bordin, 2013). A discussão desses resultados, visando o fortalecimento da participação social e mudanças no processo de tomada de decisões, não se tem dado sem dilemas e contradições devido aos contextos regionais nos quais se dão o confronto entre os interesses econômicos do Estado e a garantia dos direitos sociais — condições que dificultam a emancipação desses povos no estado do Mato Grosso.

Neste sentido, a Administração Pública societal enfatiza a participação social e procura estruturar um projeto político que repense o modelo

4 Projeto de Pesquisa Avaliação das estratégias loco-regionais de articulação entre os níveis de cuidado à saúde: estudo de múltiplos casos nos estados do Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Pernambuco, financiado pelo CNPq, sob a coordenação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Ceci Araujo Misoczky. No Mato Grosso, o estudo de casos foi realizado no Polo-Base Rondonópolis (Vargas e col., 2010; Fagundes & Weiss, 2011) e no Polo-Base Tangará da Serra (Cintra e col., 2012). No período de 2008-2011, foi desenvolvido o mesmo modelo de estudo, financiado pelo CNPq, nos Polos-Base Cuiabá, Brasnorte, Sapezal e Chiquitano (Weiss e col., 2011).

de desenvolvimento brasileiro, a estrutura do aparelho de Estado e o paradigma de gestão. Sua concepção enfatiza a elaboração de experiências de gestão focalizadas nas demandas do público-alvo, incluindo questões culturais e participativas. Esse modelo de gestão resvala na linha tênue que separa gestão e política e, considerando a tradição de delegar à burocracia estatal a decisão e a implantação das políticas públicas, faz-se necessário discutir a participação social no caráter decisório da gestão (Paula, 2005).

Assim, é necessário questionar: o que pertence ao domínio da gestão e ao domínio da política? As decisões são políticas e precisam levar em consideração as variáveis técnicas e a implantação é gerencial, mas envolve a administração de conflitos de interesses que pertencem à esfera política. Cabe à gestão pública democrática identificar as ações políticas que pertencem à esfera de direitos de cidadania e as ações políticas necessárias à implantação das medidas pela burocracia estatal, estabelecendo em cada situação qual vai ser o papel dos cidadãos e dos burocratas (Paula, 2005).

Numa reflexão para uma reforma democrática do Estado, Nogueira (1998) refere que o Brasil como um país nitidamente marcado pela falta de sintonia entre os tempos de economia, de política, da sociedade e da cultura, reitera a capitulação diante do passado que se prolonga através de múltiplas sedimentações e cristalizações como citado por Marx:

“Atormentados pelos vivos e também pelos mortos”, oprimidos pelos “males modernos” e pelos “males herdados, originários de modos de produção arcaicos, caducos com seu séquito de relações políticas e sociais contrárias ao espírito do tempo” (apud Nogueira, 1998).

Nas últimas décadas, os direitos territoriais indígenas se esboçam num cenário marcado por transformações de uma geopolítica neoliberal, que vão além dos assuntos jurisdicionais e administrativos, incorporando o debate das autonomias como forma de realização da autodeterminação (Llancaqueo, 2005). As várias medidas provisórias e portarias deliberadas por interesses econômicos do Estado “neoliberal” vêm ameaçando a integridade física e cultural dos povos indígenas no Brasil pela não adequação do modelo de atenção à saúde às suas necessidades; e determinada, também, pela concepção de que “a essência das organizações perpassa o espectro das relações sociais internas e se estabelece nos limites das relações sociais mais amplas; portanto, no âmbito da sociedade” (Santos et al., 2009, p. 930).

#### 4 Considerações finais

Para Santos et al. (2009), as organizações como objeto de pesquisa, além da administração, também são objetos da antropologia, da sociologia, da economia, da medicina. Nesse sentido, a Associação Brasileira de Antropologia (ABA) traz uma reflexão essencial sobre a participação das organizações indígenas na formulação de políticas públicas e da contribuição do antropólogo numa nova construção de nação e de cidadania no Brasil contemporâneo (Langdon & Garnelo, 2004). Nesse movimento, os povos indígenas fazem uso do discurso etnográfico para sustentar seus projetos de territorialização e autonomia (Turner, 1991, apud Araújo, 2012). No campo científico, as pesquisas antropológicas, numa perspectiva crítica, não buscam apenas interpretar a realidade, mas colocar em discussão questões como as de poder, provocando discussões/práticas para mudanças estruturais (Madison, 2005).

Nessa perspectiva, o “indigenismo alternativo” no Brasil (Opan, 2010; Cimi, 2015) e o debate da interculturalidade apontam a ética indígena do Bem Viver como alternativa ao modo capitalista de produção, distribuição e consumo, como parte do discurso das resistências e das mobilizações na Bolívia e no Equador. A ideia de desenvolvimento e acumulação capitalista não existe na cosmologia indígena; ao contrário, numa visão holística, o esforço humano deve buscar e criar condições materiais e espirituais para a vida em plenitude.<sup>5</sup> Para Clastres (2007), as sociedades indígenas são naturalmente contra o Estado, pois dependem de uma forma de organização que passa por um desejo coletivo, assegurados na constituição brasileira. Nessa organização social, o chefe está a serviço da sociedade e o seu reconhecimento é pela competência e superioridade técnica, jamais transformada em autoridade política; nela [sociedade indígena] quem exerce o poder é a sociedade. Nesse sentido, os Conselhos Locais de Saúde configuram importantes espaços de participação e opinião dos povos indígenas, tanto nas aldeias quanto nos contextos em que vivem — no caso, os municípios com terras indígenas e também os que são referência no sistema de saúde.

O avanço das discussões sobre a implantação do Insi, mesmo com ampla mobilização de organizações indígenas e indigenistas, como clara-

<sup>5</sup> Sumak Kawsay (Quéchuá, no Equador) — “Bom Viver” ou Suma Qamaña (Aimara, na Bolívia) — “Viver Bem” (Dávalos, 2005 e 2012; Misoczky, 2010).

mente evidenciado no documento do Conselho Indigenista Missionário (Cimi) (2014), intitulado *Dossiê Saúde Indígena*, reforça a perversa lógica de um modelo mais preocupado em atender aos interesses da máquina pública do que com as reais necessidades desses povos e com as contradições no campo político e institucional da gestão do subsistema de atenção à saúde indígena, que geram descontentamento e desconfiança entre os usuários e profissionais de saúde.

Para a garantia da gestão democrática conforme preconizado na Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (Brasil, 2002), se faz necessário avançar nas análises sobre a organização dos Dsei, a partir das contribuições teórico-metodológicas como da Administração Política, considerando a gestão como um objeto da Administração para servir à cidadania e à emancipação dos sujeitos (Santos et al., 2009).

### Referências

- ARAÚJO, R. S. *Política Nacional de Atenção à saúde indígena no Brasil: dilemas, conflitos e contradições a partir da experiência do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu*. Doutorado. São Carlos: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de São Carlos, 2012.
- BARRÉ, M. *Ideologias indigenistas y movimientos indios*. 3.<sup>a</sup> ed. México: Siglo Veintiuno Editores, pp. 201-31, 1988.
- BARROS, E. P. Saúde indígena, cosmologia e políticas públicas. 1er Congreso Virtual de Antropología y Arqueología. Disponível em <<http://www.naya.org.ar/congreso/ponencia2-7.htm>>. Acessado em 26-3-2012.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Promulgada em 5 de outubro de 1988. 32.<sup>a</sup> ed. São Paulo: Saraiva, 2003.
- BRASIL. Fundação Nacional do Índio. Disponível em <[WWW.funai.br](http://WWW.funai.br)>. Acessado em 20-6-2011.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas*. 2.<sup>a</sup> ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.
- BRASIL. Centro Cultural do Ministério da Saúde. *Conferências Nacionais de Saúde Indígena*. Disponível em <<http://www.ccms.saude.gov.br/conferenciasnacionaisdesaude/conferenciasindigenas.php>>. Acessado em 29-3-2012.

- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas*. Documenta 18. Brasília: Conass, 2009. Disponível em <<http://www.conass.org.br/arquivos/file/conassdocumenta18.pdf>>. Acessado em 29-3-2012.
- BRASIL. Lei n.º 9.836, de 23 de setembro de 1999. Disponível em 1.º-5-2011 no site <<http://www.funasa.gov.br>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=1708](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1708)>. Acessado em 3-2012.
- CIMI. Conselho Indigenista Missionário. *Bem Viver frente ao modelo de desenvolvimento*. Disponível em <<http://www.cimi.org.br/site/pt-br/?system=news&action=read&id=5628>>. Acessado em 30-3-2015.
- CIMI. Conselho Indigenista Missionário. *Dossiê Saúde Indígena: O que você precisa saber sobre a privatização da Saúde Indígena no Brasil*. Disponível em <<https://dossiesaude.wordpress.com/>>. Acessado em 25-5-2015.
- CINTRA, E. V. S. C.; WEISS, M. C. V.; BORDIN, R. & MISOCZKY, M. C. A. Fluxo de articulação entre os diferentes níveis de cuidado à Saúde dos Paresi no Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá (DSEI Cuiabá), Mato Grosso. *Saúde em Debate*. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Rio de Janeiro, vol. 36 n.º 92, jan.-mar. 2012.
- CLASTRES, P. *A sociedade contra o Estado: pesquisas de antropologia política*. São Paulo: CosacNaif, 2007
- DÁVALOS, P. *Pueblos indígenas, Estado y democracia*. Buenos Aires: Clacso Libros, 2005.
- DÁVALOS, P. Sumak Kawsay: uma forma de resistência e mobilizações. *Revista do Instituto Humanístico Unisinos*. IHU on-line, ano X, p. 340. Disponível em <[www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com](http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com)>. Acessado em 23-3-2012.
- DENZIN, Norman K. & LINCOLN, Yvonna S. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. Métodos de pesquisa*. 2.ª ed. Porto Alegre: Artmed/Bookman, 2006.
- FAGUNDES, V. & WEISS, M.C.V. Estratégias locais de articulação entre os níveis de atenção à saúde do povo Bororo na Terra Indígena Merure. In: R. Barsaglini & E. Duarte. A formação dos gestores municipais de saúde: uma experiência político pedagógica. Cuiabá: EdUFMT, 2011.

- ISA. Instituto Socioambiental. Povos indígenas no Brasil. Disponível em <WWW.institutosocioambiental.org.br>. Acessado em 5-1-2011.
- LLANCAQUEO, V. T. Políticas indígenas y derechos territoriales en América Latina:1990-2004. Las fronteras indígenas de la globalización?. In: P. Dávalos. *Pueblos indígenas, Estado y democracia*. Buenos Aires: Clacso Libros, 2005.
- LANGDON, J. L. & GARNELO, L. (orgs.). *Saúde dos povos indígenas. Reflexões sobre a antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.
- LIMA, A. C. de S. Sobre indigenismo, autoritarismo e nacionalidade: considerações sobre a constituição do discurso e da prática da Proteção Fraternal no Brasil. In: J. P. Oliveira (org.) *Sociedades indígenas e indigenismo no Brasil*. Rio de Janeiro: UFRJ/Marco Zero, pp. 149-204, 1987.
- LIMA, A. C. de S. & BARROSO-HOFMANN, M. (orgs.). *Etnodesenvolvimento e políticas públicas: bases para uma nova política indigenista*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria–Laced, 2002.
- MADISON, D. S. *Critical ethnography: method, ethics, and performance*. Thousand Oaks; Londres; Nova Délhi: Sage Publications, 2005.
- MATHIAS-PEREIRA, J. *Manual de gestão pública contemporânea*. 4.<sup>a</sup> ed. revista e atualizada. São Paulo: Atlas, 2012.
- MISOCZKY, M. C. A. Desenvolvimento: conflitos socioambientais e perspectiva em disputa. In: M. C. Misoczky; R. K. Flores & J. Moraes (orgs.). *Organização e práxis libertadora*. Porto Alegre: Dacasa, 2010.
- MOTTA, P.vR. A modernização da administração pública brasileira nos últimos 40 anos. *Revista de Administração Pública*. Edição Especial Comemorativa 1967-2007, pp. 87-96. Rio de Janeiro: FGV, 2007.
- NOGUEIRA, M. A. *As possibilidades da política: ideias para a reforma democrática do Estado*. São Paulo–Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.
- OIT, Convenção (169) sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes e Resolução sobre a Ação da Organização Internacional do Trabalho Concernente aos Povos Indígenas e Tribais. Brasília–Genebra: Organização Internacional do Trabalho, 1989.
- OLIVEIRA, P. H. *Direito indígena à saúde: Proteção Constitucional e Internacional*. Mestrado em Direito do Estado. São Paulo: PUC, 2009.
- OLIVEIRA, R. C. *Caminhos da identidade: ensaios sobre etnicidade e multiculturalismo*. São Paulo: Editora Unesp; Brasília: Paralelo 15, 2006.

- OPAN. *Seminário de Saúde e Bem Viver: propostas e indicativos*. Cuiabá: Operação Amazônia Nativa, 5-8 out. 2010, (mimeo).
- PAULA, A. P. Administração Pública Brasileira entre o gerencialismo e a questão social. *RAE – Revista de Administração*, jan.-mar. 2005.
- RIBEIRO, D. *O Brasil como problema*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1995.
- SANTOS, S. C. *Povos indígenas na Constituinte*. Florianópolis: UFSC, 1989.
- SCHROEDER, I. *Indigenismo e política indígena entre os Parintintin*. Mestrado. Cuiabá: Instituto de Educação da Universidade Federal de Mato Grosso, UFMT, 1995.
- SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice: O social e o político na pós-modernidade*. 3.<sup>a</sup> ed. São Paulo: Cortez, 1997.
- SANTOS, B. S. *Direitos humanos: o desafio da interculturalidade*. Disponível em <[http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Direitos%20Humanos\\_Revista%20Direitos%20Humanos2009.pdf](http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Direitos%20Humanos_Revista%20Direitos%20Humanos2009.pdf)>. Acessado em 10-8-2015.
- TURNER, T. Representing, resisting, rethinking. Historical transformations of Kayapo culture and anthropological consciousness. In: G. Stocking (org.). *Post-colonial situations: essays in the contextualization of ethnographic knowledge*. The History of Anthrpology, vol. 7. Madison: University of Wisconsin Press, pp. 285-313, 1991.
- UNESCO. *Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas*, 2007. Disponível em <<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001850/185079por.pdf>>. Acessado em 3-2015.
- VARGAS, K. D. A.; MISOCZKY, M.C. A., WEISS, M. C. V. & Costa, W. G. A. A (des) articulação entre os níveis de atenção à saúde dos Bororo no Polo-Base Rondonópolis do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá-MT. *Physis*, vol. 20, n.º 4, set.-dez. 2010.
- WEISS, M. C. V. & BORDIN, R. *Estratégias de atenção à saúde no Dsei Cuiabá*. Porto Alegre: Dacasa; 2013.

AGRADECIMENTOS: Ao Prof. Dr. Paulo Emílio Matos Martins pela supervisão no pós-doutoramento na Abras/Ebape/FGV-RJ e reflexões que originou este artigo.