

Entrevista com o Dr. Alex Shankland

Pesquisador do Institute of Development Studies (IDS) da Universidade de Sussex, Inglaterra, Alex Shankland é cientista social e já trabalhou como pesquisador, gestor de organizações não governamentais e consultor em desenvolvimento social em diversos países, entre os quais o Brasil, o Peru, o México, a Índia, Angola, Moçambique e o próprio Reino Unido. Suas áreas de pesquisa incluem as práticas de cooperação internacional (com enfoque na relação Brasil-África), a governança democrática, a participação social nos sistemas de saúde e o desenho de políticas públicas para minorias étnicas e outras populações marginalizadas. O tema de seu doutorado foi representação indígena e política de saúde na Amazônia brasileira. Tem mais de 20 anos de experiência como coordenador de programas e projetos, entre os quais a consultoria realizada para o Projeto Vigisus II/Funasa para definição dos modelos de atenção, de organização, de gestão, de financiamento e de monitoramento e de avaliação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

1. O consórcio IDS-Cebrap-SSL realizou, nos anos 2008 e 2009, uma consultoria para a Fundação Nacional de Saúde sobre os modelos de atenção, gestão, organização, financiamento e monitoramento e avaliação da atenção à saúde indígena. O resultado desse trabalho subsidiou o Grupo de Trabalho responsável pela apresentação de propostas para a criação da SESAI. Que resultados desse trabalho você destacaria como fundamentais para auxiliar no aprimoramento do subsistema?

Eu acho que o processo da consultoria foi uma grande aprendizagem para todos nós, afinal, era a primeira vez na história do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena que se tinha olhado o conjunto de seus desafios de forma tão sistemática. Como o próprio Subsistema era uma proposta inovadora, mesmo se quiséssemos propor a aplicação de um conjunto de modelos prontos, elaborados a partir da experiência internacional, este conjunto de modelos prontos não existia. Portanto, tivemos que começar buscando uma aproximação às realidades locais e identificando os problemas priorizados pelos atores locais.

Assim, antes de apresentarmos as propostas de modelos, realizamos o Diagnóstico Situacional do Subsistema, a partir da análise de dados existentes e de um processo muito extenso de consulta aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Este processo passou pela realização de cinco oficinas regionais, das quais participaram mais de 400 técnicos, gestores e representantes indígenas, além do envio de um questionário para todos os DSEIs e a realização de estudos de caso em cinco deles (Potiguara, Amapá e Norte do Pará, Mato Grosso do Sul, Alto Rio Negro e Cuiabá). Para mim, o próprio Diagnóstico representa um resultado fundamental da consultoria. Ele fornece muitos subsídios para qualquer gestor que queira pensar no aprimoramento do Subsistema, pois ele conseguiu captar a experiência e os desafios de cada DSEI, mapear as muitas realidades diferentes que caracterizam o Subsistema e identificar temas prioritários

comuns que apareciam em todas as regiões, tais como as deficiências de infraestrutura, a alta rotatividade de profissionais, a falta de autonomia de gestão e as dificuldades para se efetivar o controle social.

Além disso, o próprio processo das oficinas do Diagnóstico criou muitas oportunidades para as pessoas que vinham dos diferentes DSEIs trocarem experiências e aprenderem uns com os outros. Isto é muito importante num Subsistema que lida com realidades muito complexas, onde não existe uma receita única pronta e onde as soluções têm que dar conta das especificidades locais e, portanto, onde é de se esperar que as respostas mais interessantes e inovadoras saiam da base do sistema, do nível local. Aliás, foi por este motivo que dissemos muito claramente que os nossos “modelos” tinham princípios e diretrizes claros, mas que estes teriam que ser aplicados de forma flexível, conforme as realidades locais – não deveriam ser entendidos como pacotes fechados.

Um dos desafios do Subsistema é que os DSEIs muitas vezes conseguem desenvolver práticas inovadoras que dão bons resultados, seja na atenção, na gestão ou no controle social, mas estas práticas não são sistematizadas para servirem de orientação para os profissionais novos que vão chegando naquele DSEI, nem são socializadas com outros DSEIs. As equipes técnicas dos DSEIs e as lideranças que participam das instâncias de controle social ficam espalhadas por vastas áreas, muitas vezes com problemas de comunicação e até de acesso; isto dificulta o processo de aprendizagem horizontal, através do qual a inovação que começa num DSEI passa a ser apropriada e adaptada por outros.

Na época da consultoria, os gestores do nível central do Subsistema não pareciam estar muito interessados em aprender com as experiências locais, e as reuniões promovidas pela FUNASA serviam mais para passar orientações de cima para baixo que para captar prioridades e propostas de baixo para cima. Espero que isso tenha mudado com a gestão da SESAI; como estou fora do Brasil há algum tempo não tenho acompanhado muito de perto, então não sei o quanto mudou. Ouvi dizer que foram feitos muitos investimentos para melhorar a infraestrutura de comunicação dos DSEIs, o que é muito importante; espero que esta infraestrutura esteja sendo usada para facilitar a comunicação horizontal e a troca de experiências entre DSEIs, e para encaminhar propostas de novas abordagens do nível local até Brasília.

Inclusive, acho que seria muito interessante se aproveitar esta infraestrutura para atualizar o Diagnóstico, com cada DSEI participando eletronicamente para colocar dados novos e para revisar a auto-avaliação que foi feita por aquele DSEI na época da consultoria através do questionário e do processo das oficinas. Assim, daria para se ter uma ideia muito boa sobre o que melhorou e o que ainda falta melhorar com relação aos problemas prioritários identificados no Diagnóstico, agora que já se passaram quase cinco anos desde sua realização.

Para além do Diagnóstico, eu acho que cada componente da consultoria traz elementos para auxiliar no aprimoramento do Subsistema. O Modelo de Atenção, por exemplo, propõe a readequação dos territórios de atenção das EMSI, desde as áreas de cobertura dos AIS até os Pólos Base de diferentes tipos, as CASAI, etc., permitindo assim harmonizar-

se a localização dos serviços de saúde com a distribuição territorial das populações atendidas, elemento fundamental para se efetivar uma abordagem de vigilância da saúde. O Modelo Organizacional propõe o fortalecimento do Controle Social e o reforço de suas ligações com a supervisão técnica (p. ex. através de processos participativos de monitoramento e avaliação), para compensar o fato que no Subsistema – diferentemente do SUS, onde a atenção básica cabe a governos municipais que são eleitos – os usuários não podem exercer controle político do desempenho dos gestores através do voto. O Modelo de Monitoramento e Avaliação propõe a transformação do SIASI em ferramenta de gestão, com as informações sendo sistematizadas e analisadas pelas equipes locais e distritais e não somente mandados para Brasília para consolidação. O Modelo de Gestão propõe a efetivação da autonomia dos DSEIs – uma reivindicação antiga já apoiada por várias Conferências Nacionais – através de uma série de etapas de reforço progressivo de capacidades e repasse de responsabilidades, incluindo não só a transferência de recursos humanos e financeiros mas também a formalização do status da chefia do DSEI como Autoridade Sanitária. O Modelo de Financiamento propõe a consolidação dos recursos financeiros do Subsistema num único órgão (pois na época o orçamento da saúde indígena estava dividida entre a FUNASA e a SAS/MS, que por sua vez repassava aos municípios), a definição de um programa de investimentos com claros critérios de prioridade, e a introdução de uma fórmula mais consistente para a alocação dos recursos entre os DSEIs. Eu tenho bastante curiosidade para saber até que ponto estas propostas têm sido encampadas pela SESAI, e espero que alguma forma venham a ser debatidas na 5ª

Conferência Nacional de Saúde Indígena – 5ª CNSI.

2. Você acompanhou a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, o que espera da 5ª CNSI?

As Conferências são espaços importantíssimos para reflexão sobre a situação atual, e para deliberação sobre eventuais necessidades de reorientação estratégica. No entanto, também são espaços de luta política – o que faz sentido, quando apesar de todos os esforços do governo brasileiro ainda persistem graves iniquidades na situação de saúde dos povos indígenas quando comparada à da população não-indígena. Na 4ª CNSI, esta luta política teve como foco a disputa sobre a permanência ou não da FUNASA à frente da gestão do Subsistema. Ao meu ver, isto levou a um empobrecimento das deliberações da Conferência, pois tudo passou a girar em torno da questão da FUNASA, e um grupo importante de representantes indígenas até chegou a se retirar da plenária final com a alegação de que as deliberações estavam sendo manipuladas politicamente. Como esta questão da FUNASA já foi resolvida, espero que nesta Conferência as energias políticas se voltem para a luta por melhorias no conteúdo das políticas e na qualidade de sua implementação.

Outra coisa que observei na 4ª CNSI foi uma certa burocratização do processo deliberativo. Isto talvez tenha sido fruto da preocupação com a necessidade de cumprimento rigoroso das normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, o que é compreensível. Várias lideranças também comentaram que participar de um processo organizado desta forma foi importante para que eles pudessem

aprender como é que se discute política de saúde “no sistema do branco”. No entanto, espero que na 5ª CNSI os organizadores consigam promover formas de debate mais criativas e verdadeiramente dialógicas, capazes de trazerem para a deliberação uma diversidade maior de vozes indígenas. Afinal, os representantes indígenas não estarão lá só para aprender como é que os “brancos” pensam e falam sobre a saúde, mas também para ensinar aos “brancos” como os seus povos pensam e falam sobre a saúde. Sem este processo de aprendizagem mútua, o Subsistema não vai conseguir avançar mais na construção da interculturalidade nas suas políticas e práticas.

3. A partir de sua experiência no acompanhamento dos sistemas de saúde em diversos países, o que pode dizer sobre a experiência brasileira na atenção à saúde indígena?

Há alguns anos, a avaliação mais sistemática que já foi feita da situação de saúde dos povos indígenas no mundo – que resultou numa série de artigos publicada na revista *The Lancet* – concluiu que estes estavam “atrás de todo mundo, em todos os lugares”. Ou seja, em todos os países que têm populações indígenas – mesmo os mais ricos, como Nova Zelândia, Austrália ou Canadá – há sérias iniquidades em saúde que afetam estes povos mais que qualquer outro segmento populacional. Agora, alguns países têm conseguido diminuir estas iniquidades mais rapidamente que outros. A experiência mostra que isto geralmente acontece através da conjunção de dois fatores: a vontade política de se alocar os recursos orçamentários necessários; e a capacidade de inovação na incorporação de políticas e práticas interculturais nos sistemas de saúde.

Como os povos indígenas muitas vezes vivem em locais de difícil acesso, o custo per capita da atenção à sua saúde costuma ser maior do que para a população em geral. Como os povos indígenas geralmente apresentam quadros epidemiológicos complexos, influenciados por um conjunto muito grande de determinantes sociais, e têm seus próprios sistemas e conhecimentos de saúde que nem sempre coincidem com os ensinamentos da biomedicina, uma abordagem intercultural é absolutamente fundamental.

No entanto, efetivar esta abordagem não é uma tarefa fácil, pois exige um grau de flexibilidade que os sistemas oficiais nem sempre demonstram. Por exemplo, uma ONG na qual eu trabalhei tinha um projeto no Peru, onde a equipe descobriu que as mulheres indígenas não estavam indo para a maternidade para dar à luz porque os médicos de lá não aceitavam a atuação dos parteiros tradicionais nem a realização do parto de cócoras. Convencer os médicos e os gestores da maternidade a aceitarem estas práticas foi uma luta muito dura, porque iam contra a formação deles e não estavam mencionadas nas normas que vinham do Ministério. Mas depois que eles aceitaram a mudança, o número de partos hospitalares aumentou muito significativamente, e a mortalidade materna caiu – e eles ficaram satisfeitos, pois a avaliação do desempenho deles pelo Ministério também melhorou.

À época da consultoria, o que ficou claro para nós foi que, com a criação do Subsistema, o Brasil tinha avançado muito na garantia do primeiro fator, aumentando consideravelmente os recursos da saúde indígena e instituindo uma política nacional com características muito avançadas. Definitivamente, o Brasil

tirou a saúde dos povos indígenas da situação de invisibilidade da qual ainda sofre em muitos países. O problema estava na garantia do segundo fator: ou seja, embora estivessem acontecendo experiências inovadoras e avanços na promoção da interculturalidade no nível local em alguns DSEIs, o Subsistema como um todo não valorizava a inovação local, dando mais ênfase à padronização, às rígidas estruturas burocráticas e ao controle centralizado. Espero que isso tenha mudado com a passagem da responsabilidade pelo Subsistema da FUNASA para a SESAI.

De qualquer maneira, o Brasil conquistou importantes avanços na estruturação do Subsistema, na alocação de recursos à saúde indígena e no desenvolvimento de estruturas inovadoras de participação e controle social, e estes avanços poderiam servir de exemplo para outros países com populações indígenas que lutam para reverter as iniquidades em saúde. Ao mesmo tempo, o Brasil teria muito a ganhar se tivesse uma estratégia mais consistente de intercâmbio com outros países, pois existem experiências bem-sucedidas de trabalho com saúde indígena na Austrália, no Canadá, no México, no Peru e em outros países, e pode ser muito interessante conhecê-las mais para avaliar sua aplicabilidade nos contextos específicos dos DSEIs.

4. Que lições o subsistema pode gerar para o SUS?

O desafio da interculturalidade não diz respeito somente aos povos indígenas. As sociedades modernas contêm uma enorme diversidade cultural, os determinantes sociais da saúde estão cada vez mais complexos, e cresce entre as populações urbanas o interesse

em outras maneiras de se pensar e fazer saúde. O velho modelo de saúde pública “tamanho único” já não serve mais. Algumas políticas, como a de Humanização, reconhecem isso, mas a sua implementação é um desafio complexo, inclusive porque no SUS o Ministério não está na linha de frente da prestação de serviços, então não pode agir diretamente na atenção à saúde. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena pode funcionar como laboratório de inovação em práticas interculturais; pelo fato do Ministério – através da SESAI – ter uma responsabilidade mais direta pela atenção à saúde indígena, ele pode absorver mais rapidamente as lições geradas, para depois multiplica-las no SUS.

Outra questão onde o Subsistema pode oferecer algumas lições para o SUS é a dos territórios de saúde. Os DSEIs, pelo menos na sua idealização, foram projetados para se adaptarem à realidade geográfica e social da população atendida, e em muitos casos a localização dos postos e pólos-base também reflete esta realidade. O SUS tende a seguir mais rigidamente as divisões administrativas, nem sempre as mais adequadas para o planejamento de ações em saúde, e importantes componentes do SUS – como a Estratégia de Saúde da Família – distribuem os recursos humanos (sobretudo os agentes de saúde) conforme a presença de um dado número de domicílios, e não de comunidades capazes de se organizarem para refletir coletivamente sobre suas questões de saúde e participar das medidas para melhorá-la. Além disso, como estruturas de gestão que geralmente atendem populações pertencentes a vários municípios diferentes, os DSEIs podem funcionar como laboratórios de pactuação e estruturação de redes regionalizadas, gerando

lições muito valiosas num momento em que se busca efetivar estas redes no SUS.

Por fim, no controle social – o tema que estudei na minha pesquisa de doutorado – me parece que apesar de todas as dificuldades o Subsistema pode oferecer muitas lições para o SUS. Por exemplo, a prática de se escolher um representante dos usuários como Presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) já se consolidou no Subsistema, enquanto nos conselhos municipais e estaduais do SUS ter um Presidente de Conselho usuário ainda tende a ser a exceção e não a regra geral. Também, o esforço necessário para se tornar os debates técnicos nos CONDISIs acessíveis aos usuários indígenas pode servir de exemplo aos Conselhos Municipais do SUS, onde muitas vezes o uso de jargões técnicos ou administrativos acaba por dificultar a participação efetiva dos representantes de usuários, mesmo que tenham o português como língua materna.

Em geral, por mais que às vezes expressam uma certa frustração com os limites impostos à sua participação, os povos indígenas tendem a se apropriar dos espaços de participação do Subsistema muito mais do que a população em geral se apropria dos espaços de participação do SUS. Mesmo quando estão se mobilizando em protestos de rua, ocupação de edifícios do governo, etc., as lideranças indígenas não abrem mão de brigar também pela representação nos CONDISIs, o que é um sinal muito positivo de apropriação. Espero que seja assim também com a 5ª CNSI, pois é este engajamento intenso – embora muitas vezes conflitivo – com os usuários que dá ao Subsistema a riqueza de oportunidades para a aprendizagem intercultural que são essenciais

para o aprimoramento do próprio SUS. É também este engajamento que dá ao Subsistema a força política para se manter como política de estado, numa época em que os direitos indígenas vêm sofrendo forte questionamento por parte de segmentos poderosos da sociedade envolvente.