



COMISSÃO PRÓ-YANOMAMI - CCPY

Rua Pres. Costa e Silva, 116

Boa Vista – Roraima

69306-030

tel: (095) 3224 70 68 - fax: (095) 3224 34 41

e-mail: proyanomamibv@proyanomami.org.br

web: www.proyanomami.org.br

SAÚDE INDÍGENA: IMPASSE NO MODELO DE GESTÃO

A saga das reformas da saúde indígena (1967-1999)

A fim de melhor entender o impasse gerado pela falência do modelo vigente de gestão da saúde indígena é preciso aqui relembrar a cronologia dos modelos de gestão da saúde indígena no país até a chamada “Reestruturação da Saúde Indígena” de 1999 e a caótica história institucional do Distrito Sanitário Yanomami (DSY), primeiro distrito sanitário implementado no país em 1991.

1967 – Criação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Ações de saúde esporádicas através das equipes volantes criadas em cada Delegacia regional da FUNAI. O Ministério da Saúde colaborava com o controle das principais endemias e a FUNAI assinou, ao longo dos anos, convênios com entidades governamentais e não governamentais de modo a remediar a falta de estrutura adequada. No entanto, em escala e capacidades operacional e administrativa insuficientes, esta atividade foi se atrofiando até a sua paralisação.

1986 – I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. Afirmou: a) a necessidade urgente de implantação de um modelo de atenção que garanta aos índios o direito universal e integral à saúde; b) a importância de respeitar as especificidades étnicas e sócio-culturais e as práticas terapêuticas de cada grupo; c) a necessidade de garantir a participação indígena nas políticas de saúde; d) e a criação de uma agência de saúde específica para assuntos indígenas. Primeira proposição do modelo dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) sob a gerência do Ministério da Saúde.

1988 - Promulgação da Constituição Federal que estabeleceu em seu artigo 198 as regras gerais do Sistema Único de Saúde/SUS (regulamentado pelas leis nº 8.142/90 e 8.080/90): No âmbito da União, a gestão será exercida pelo Ministério da Saúde. Os direitos indígenas são de competência federal.

1991 – Criação da Coordenação da Saúde do Índio (COSAI), subordinada ao Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde (DEOPE/FNS) para atender ao Decreto nº 23/91 que transfere da FUNAI para o Ministério da Saúde (MS) a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde para as populações indígenas. **Criação do Distrito Sanitário Yanomami pela FNS.**

1992 – Criação da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI) pela Resolução nº 11 de 13/10/1992. A CISI, formada por representantes do Governo Federal (Ministérios da Saúde e da Justiça), de Universidades e de organizações não-governamentais (ONGs) e por representantes indígenas, tem por atribuição assessorar o Conselho Nacional de Saúde/CNS na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena.

1993 – II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas: reitera a defesa do modelo dos DSEIs como base operacional, no nível do SUS, para o modelo de atenção à saúde das populações indígenas, os quais deveriam ser ligados diretamente ao MS e administrados por Conselhos de Saúde com participação indígena. Definiu o Governo Federal como instância responsável pela saúde indígena do país, não sendo excluídas as contribuições complementares dos estados, dos municípios ou de outras instituições governamentais ou não governamentais. **Defende a criação de uma secretaria especial do MS para a gestão da política de atenção à saúde para os povos indígenas.**

1994 – Decreto nº 1.141/94. Revoga o Decreto nº 23/1991. Constitui a Comissão Intersetorial de Saúde e devolve, na prática, a coordenação da saúde indígena para a FUNAI, que fica responsável pela recuperação dos índios doentes enquanto o MS se encarrega das ações de prevenção.

1999 – Decreto nº 3156/99 e “Lei Arouca” (nº 9.836). A saúde volta a ficar a cargo do MS: “O Ministério da Saúde estabelecerá as políticas e diretrizes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio, cujas ações serão executadas pela FUNASA.” Criação e implantação de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) através de parcerias entre a FUNASA e organizações indígenas, indigenistas, municípios e universidades.

Lições esquecidas: a história do Distrito Sanitário Yanomami (1990-2003)

A partir de **1999** a saúde indígena ascende ao nível de departamento na FUNASA que inicia uma nova política sob o rótulo de “**Reestruturação da Saúde Indígena**”. São, nesse contexto, definidos e **implantados 34 DSEIs em todo Brasil**, cujos serviços de atenção básica à saúde e prevenção são executados através da **estratégia de descentralização via convênios firmados com**

organizações da sociedade civil - associações indígenas e indigenistas - alguns municípios e universidades.

As justificativas da reforma de 1999 foram em grande parte fundamentadas na **experiência pioneira do Distrito Sanitário Yanomami (DSY)**, criado pela FUNASA (então FNS) em 1991, e, particularmente, na **questão crucial da gestão de recursos humanos para atuarem no campo nas condições operacionais extremamente difíceis que caracterizam a Terra Indígena Yanomami.**¹

Assim, a fim de enfrentar a grave situação dos Yanomami, ameaçados de extinção pela situação epidemiológica catastrófica deixada nas suas terras pela invasão garimpeira do fim dos anos oitenta, a **FUNASA experimentou no DSY, de 1991 a 1998, todas as formas possíveis de contratação de pessoal de saúde, sem resultados satisfatórios.**

O fracasso da execução direta

Em **1990 e 1991** a FUNASA começou a sua intervenção direta na Terra Indígena Yanomami contratando profissionais de saúde pagos como “**colaboradores eventuais**” em campanhas emergenciais.

Em **1992**, em caráter de urgência, foi realizado o primeiro **processo seletivo simplificado** para a contratação temporária por um período de **6 meses**. Ao final dos contratos o expediente foi utilizado por mais duas vezes até o final de **1993**. O curto período das contratações gerava previsíveis problemas operacionais e administrativos, além da interrupção da assistência entre o fim dos contratos e o começo dos novos.

Por este motivo, a FUNASA optou por um **novo processo seletivo simplificado** em fins de **1994**, desta vez para **contratos de 4 anos**.

A **precariedade da situação trabalhista, a insuficiência do quadro de pessoal e suas conseqüências negativas sobre a qualidade da assistência sanitária** aos Yanomami levaram a FUNASA a recorrer à modalidade de **concurso público para a contratação de servidores efetivos**, que acabou sendo realizado no ano de **1996**. Por força das leis que regem o concurso público, os candidatos foram aprovados mediante prova escrita sem que fosse possível avaliar aspectos como a experiência profissional e as condições pessoais e a vocação necessárias para as peculiares e complexas características do trabalho na área Yanomami. As vagas foram parcialmente preenchidas e, por esta razão, os contratos temporários de 4 anos, que seriam encerrados em 1998, foram prorrogados por mais um ano.

A coexistência de funcionários da mesma categoria com regimes de contrato e salários diferentes causaram esperados conflitos e brechas na legislação foram

¹ Enquanto a FUNASA executava diretamente as ações em cerca de 80 % do DSY, organizações como a Comissão Pró-Yanomami (CCPY), Diocese de Roraima e Médicos do Mundo (MDM), com recursos privados, atendiam às demais regiões.

encontradas para a **evasão da maioria dos profissionais do trabalho na área Yanomami, principalmente dos servidores concursados.**

Finalmente, em 1999, após quase uma década de DSY, dos 120 servidores concursados e dos 90 funcionários temporários recrutados, havia apenas cerca de 30 profissionais de saúde trabalhando efetivamente no campo, onde o descalabro da situação sanitária Yanomami tinha chegado a proporções catastróficas.

Durante toda a década de 1990 os Yanomami sofreram, assim, com uma incidência anual média de um caso de malária para cada dois habitantes, índice considerado gravíssimo pela Organização Mundial de Saúde, sendo esta doença a principal causa de morte durante o período. A tuberculose progredia de forma epidêmica e os diagnósticos só ocorriam nas formas já avançadas da doença. A assistência - precária ou ausente - das comunidades mais isoladas permitia que muitos óbitos não fossem notificados. Ainda assim, **o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) registrado nesse período atingiu uma média de 160 mortes de crianças menores de um ano para cada mil nascidos vivos, índice superior às piores regiões do Terceiro Mundo², e a média do Coeficiente de Mortalidade Geral (22/mil) era quase 4 vezes maior que a registrada na população brasileira em geral.**

Aproximação com as organizações da sociedade civil

Ainda em 1994, a FUNASA convidou a organização indigenista Comissão Pró-Yanomami (CCPY, fundada em 1978), que mantinha um programa de assistência à saúde para cerca de 700 Yanomami, para desenvolver suas atividades em parceria com o órgão governamental, através do uso de recursos financeiros ociosos do Programa de Controle da Malária na Amazônia (PCMAM). Foi então assinado, no mesmo ano, o primeiro convênio da FUNASA com uma organização não-governamental para a assistência à saúde indígena. Todas as metas pactuadas no quadro desta parceria foram atingidas, proporcionando uma expressiva melhora da saúde da parcela da população Yanomami atingida pelo programa e um exemplo feliz das potencialidades de parceria entre o terceiro setor e a administração sanitária governamental.

A experiência bem sucedida do convênio com a CCPY contrastava, na área Yanomami, com a ineficiência da execução direta da FUNASA, incapaz de resolver a situação de calamidade epidemiológica nas áreas Yanomami sob sua responsabilidade. O quadro sanitário lastimável nas áreas sob execução direta da FUNASA, ampla e regularmente divulgado pela imprensa nacional e internacional, chegou a despertar uma preocupação mundial quanto à sobrevivência do Povo Yanomami. O Estado brasileiro, constrangido por esta péssima publicidade, respondia às denúncias constantes sobre o “genocídio Yanomami” com a liberação de importantes recursos financeiros que foram desperdiçados pela

² CMI: Índia (77), Angola (118) e Uganda (113) – Fonte: WHO Report (1996)

FUNASA local (Roraima) num modelo de execução direta de atendimento à saúde totalmente ineficiente e altamente prejudicado por irregularidades e desvios financeiros, comprovados em sucessivas auditorias da própria FUNASA.

Em 1998, com o DSY contando com 210 funcionários (efetivos e temporários), dos quais apenas 30 em média estavam trabalhando no campo, e frente a uma situação sanitária catastrófica na Terra Indígena Yanomami, a direção da FUNASA acabou propondo à Comissão Pró-Yanomami (CCPY) que incluísse em seu próximo convênio a contratação extra de profissionais de saúde para atuarem efetivamente nas regiões sob execução direta do órgão governamental.

No entanto, antes mesmo que a CCPY tomasse uma decisão sobre o assunto, a **FUNASA informou que a proposta estava sendo retirada em função de um parecer do seu departamento jurídico que, categoricamente, declarou o procedimento ilegal. Segundo o parecer, o repasse de recursos públicos para entidades privadas sem fins lucrativos com o objetivo de contratação de pessoal, a serviço de uma política pública executada diretamente pelo Estado, caracterizaria o que foi chamado de “triangulação”, violando a legislação que rege a gestão de recursos humanos pelo governo federal.**

Baseando-se nesta experiência acumulada no DSY entre 1990 e 1998 e com a determinação de criar em todo o Brasil os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, o governo federal adotou, no final de 1999, um modelo de descentralização através de parcerias, preferencialmente com a sociedade civil organizada e, quando isto não fosse possível, com os municípios.

A CCPY, assim como outras organizações da sociedade civil trabalhando na Terra Indígena Yanomami, foi então convidada insistentemente a ampliar o seu programa de saúde para as áreas do DSY antes atendidas diretamente pela FUNASA e este desafio foi aceito pela entidade para tentar acabar com a dizimação dos Yanomami. Membros da CCPY fundaram então a **URIHI-Saúde Yanomami**, uma organização criada especificamente com um perfil mais voltado para a assistência e a educação em saúde. A URIHI iniciou suas atividades de campo em **janeiro de 2000** para cerca de 50 % da população Yanomami residente no Brasil.

Ao longo dos seus 4 anos de atividades, a **URIHI** alcançou importantes resultados que comprovaram a possível eficiência de uma parceria efetiva entre a FUNASA e as organizações não-governamentais. **A incidência de malária nas áreas assistidas pela URIHI foi reduzida em mais de 99% durante o período e desde 2001 não ocorreu nenhum óbito por malária. A mortalidade infantil foi reduzida em 65 % e a tuberculose começou a ser diagnosticada precocemente e sempre que possível tratada na área indígena. A cobertura vacinal em crianças menores de um ano atingiu as metas preconizadas pelo Ministério da Saúde e a oncocercose, doença restrita no país à área yanomami e em relação à qual o Brasil tem um compromisso internacional**

pela sua erradicação, está sendo tratada com uma das mais altas coberturas das Américas. O estado nutricional das crianças menores de 5 anos é acompanhado mensalmente, identificando a necessidade de intervenção nos casos de desnutrição. Estas medidas estão permitindo um **crescimento demográfico de cerca de 4% ao ano** e as lideranças Yanomami têm reiteradamente manifestado a sua grande satisfação com a melhora da saúde em suas comunidades em todas as reuniões dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde.

FUNASA e organizações conveniadas: a surdez do Estado

A partir da reestruturação ocorrida em 1999, a FUNASA garantiu que as organizações da sociedade civil convidadas para assinar convênios teriam todo o apoio técnico, político e administrativo necessários ao desenvolvimento de suas atividades. Entretanto, apesar desta promessa e dos grandes avanços alcançados no quadro das parcerias, predominou no cotidiano das relações com as conveniadas uma atitude de hostilidade, e mesmo de franca oposição, de certos setores da FUNASA, por motivações corporativas ou ideológicas e, eventualmente, por interesses econômicos infiltrados na instituição.

Após as **eleições presidenciais de 2002**, o movimento indígena e as organizações indigenistas, esperançosos com os engajamentos progressistas da campanha eleitoral, se empenharam em criar um espaço de diálogo ainda com o governo de transição, realizando uma reunião com o Dr. Humberto Costa, futuro Ministro da Saúde, levando as preocupações em relação à continuidade da assistência nos DSEIs.

Em abril de 2003, as organizações conveniadas promoveram um encontro em Manaus que contou com a presença do Dr. Ricardo Chagas, então assessor (e futuro Diretor) do Departamento de Saúde Indígena (DESAI) da FUNASA, a fim de buscar soluções para os problemas relativos à condução das parcerias, destacando a falta de apoio político, técnico e administrativo na execução dos convênios por parte da FUNASA até o momento e a omissão do Ministério da Saúde como órgão gestor.

Em maio de 2003, as entidades da sociedade civil foram convocadas para um seminário expositivo em Brasília, cujo tema era a necessária qualificação das conveniadas sob forma de “Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público” (OSCIPs), como única forma a ser aceita pelo governo para a continuidade das parcerias.

Em junho de 2003, uma comissão das organizações da sociedade civil conveniadas, em audiência requerida junto ao Ministério da Saúde, expôs novamente as preocupações levantadas na reunião de abril em Manaus para o Secretário Executivo, Dr. Gastão Wagner. Nesse encontro a comissão tomou conhecimento de que o governo havia abandonado a proposta das OSCIPs.

Finalmente, **em novembro de 2003**, diante das indefinições e da surpreendente interrupção do diálogo por parte do novo governo, as organizações conveniadas tomaram a iniciativa de solicitar uma nova audiência com o Ministério da Saúde.

Na ocasião, a comissão representante das associações indígenas e indigenistas entregou ao Secretário Executivo do Ministério da Saúde o documento ***“Os Povos Indígenas do Brasil, através de suas organizações e lideranças, reivindicam que o Ministério da Saúde assuma de forma direta, integral e definitiva a sua responsabilidade pela gestão da saúde indígena”***.

Esse documento faz uma análise das sérias deficiências da gestão da FUNASA e de seu impacto negativo sobre a execução das ações de saúde pelas conveniadas nos diferentes DSEIs. Neste diagnóstico as organizações não-governamentais foram, aliás, menos severas que a própria Procuradoria Jurídica da FUNASA que em parecer de 2003 (501/PGF/FUNASA/GAB/2003) não hesita em falar de “sucateamento do órgão”.

Em vista deste fato, **o documento das organizações indígenas e indigenistas solicitava ao Ministério da Saúde que assuma, de fato e diretamente, a gestão da saúde indígena.** Em resposta, o Dr. Gastão Wagner reconheceu a precariedade do quadro de recursos humanos da FUNASA, para atender à saúde indígena, e informou a decisão do governo de realizar um **concurso público para suprir as necessidades de pessoal, tanto no nível central, em Brasília, como nas coordenações locais dos distritos.** A comissão manifestou também a sua insatisfação e perplexidade com a falta de interlocução com o novo governo que, entretanto, inspirou a proposta de criação de um Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Obteve-se finalmente no encontro a promessa de que haveria uma Oficina de Trabalho ainda em 2003, com a presença de todas as organizações e lideranças indígenas que teriam então a oportunidade de debater os problemas do seu relacionamento com a FUNASA e influir nas futuras decisões sobre as mudanças que todos achavam necessárias.

Campanha de difamação: abrindo espaço para as mudanças

A partir deste encontro, iniciou-se **por parte da direção do Departamento de Saúde Indígena (DESAI) da FUNASA uma sistemática campanha de difamação contra as organizações não-governamentais**, imputando indevidamente para estas todas as responsabilidades das falhas de gestão dos DSEIs em grande parte devidas à ineficiência do próprio órgão governamental. Esta campanha culminou com as declarações do Dr. Ricardo Chagas (Diretor do DESAI à época) à Folha de São Paulo (20/10/2003) de que as entidades conveniadas constituem ***“um poder paralelo que transgride a lei”*** e o adiamento intempestivo da Oficina de Trabalho para fevereiro de 2004. **Mas essa campanha não parou apenas aí. Somente após a publicação da Instrução Normativa Nº 3 do Tesouro Nacional, em setembro de 2003, as ONGS ficaram obrigadas a**

obedecer as formalidades da Lei 8666, “lei das licitações”, para a execução dos recursos dos convênios. Entretanto, a FUNASA passou a realizar uma série de auditorias nos convênios, aplicando de forma retroativa a nova regra. Afora alguns casos em que de fato houve ineficiência nos gastos, ou mesmo desvio de recursos, falsas irregularidades começaram a ser fabricadas ao sabor de humores políticos locais e do nível de adesão e de subserviência à “nova política”.

Neste meio tempo foram divulgadas as **Portarias Nº 69 e 70** determinando as novas diretrizes da atenção à saúde indígena – fica então estabelecido que a FUNASA assumirá a execução direta das ações de saúde nos DSEIs e que aos convênios poderá caber apenas as chamadas “ações complementares”, que, na prática, se resume à contratação de recursos humanos.

O “novo modelo”: uma amnésica “reforma da reforma”?

A política de descentralização, através de parcerias com entidades da sociedade civil organizada, que deu origem à implantação dos DSEIs em todo o Brasil a partir de 1999, não foi concebida, na época, em bases ideológicas.

Esta política, ao contrário, foi fundamentada em experiências concretas de gestão de saúde pública específicas conduzidas durante toda a década de 1990 no Distrito Sanitário Yanomami, que, assim, constitui-se em experiência pioneira, às custas de muito sofrimento humano e de pesados investimentos de recursos públicos.

Os obstáculos para uma gestão eficiente de recursos humanos pelo Estado, nas peculiares e, muitas vezes, penosas condições de trabalho nas áreas indígenas, pesaram na opção pelas parcerias não-governamentais na reforma de 1999. Porém, isto não foi o único fator. A experiência social, política e cultural das organizações indígenas e indigenistas no trato da especificidade das questões de saúde indígena foram igualmente decisivas para a criação, em cada distrito, de um sistema diferenciado de atenção básica à saúde.

Ainda que pesem as dificuldades na condução de alguns distritos, o grande avanço em geral na assistência e na qualidade da saúde dos índios no período de 2000 a 2003 é absolutamente inegável.

A responsabilidade por falhas ocorridas em certos distritos e com algumas organizações conveniadas dotadas de estruturas administrativas ainda frágeis deve ser imputada antes de tudo à própria incompetência da FUNASA, pelo não cumprimento de sua obrigação e compromisso em oferecer o apoio técnico e administrativo prometido no início às conveniadas, acompanhando o dia a dia dos convênios. Ao contrário, a omissão, e mesmo a oposição deliberada ao modelo da reforma de 1999, foram o fio de condução de certos setores da FUNASA. **O**

prometido concurso público para a formação de um quadro de pessoal minimamente adequado para o DESAI e para a coordenação dos DISEIs, medida essencial para oferecer qualidade à gestão da saúde indígena, nunca mais foi sequer cogitado.

Assim, foi motivo de perplexidade que, sob o pretexto de se ajustar à legalidade, a FUNASA tenha decidido em 2004 assumir a execução direta das ações de saúde nos DSEIs, sem ter tido a responsabilidade de resolver, em primeiro lugar, as suas graves deficiências de pessoal, tanto no seu departamento de saúde indígena em Brasília como nas chefias dos DISEIs, cuja solução seria simplesmente a realização do prometido concurso público e, em seguida, enfrentar, de fato, o verdadeiro impasse: encontrar uma forma viável de contratação de pessoal para o trabalho de campo. Esta perplexidade tornou-se extrema preocupação quando à luz do diagnóstico sobre o estado do órgão de acordo com sua própria Procuradoria Jurídica (parecer citado acima):

“... a FUNASA, em face do sucateamento do órgão, não dispõe de quadros suficientes para exercer a mínima ação de controle das atividades” (...) “caso a entidade privada paralise as atividades, a FUNASA não tem como contratar diretamente o pessoal e nem dispõe de estrutura logística para atender à população.”

Em vez de prover-se com novos meios concretos e eficientes de conduzir sua reforma, tirando lições das experiências passadas da instituição no que tange à execução direta da saúde indígena, a direção da FUNASA – atingida de aparente amnésia social – propôs às organizações conveniadas um suposto “novo modelo” que, à luz da história do DSY, não passou de uma mera regressão.

Em verdade, a proposta de que as ONGs façam contratações de recursos humanos não é mais do que a reedição de uma antiga proposta da FUNASA de um **procedimento administrativo de gestão de recursos humanos já denunciado pela sua ilegalidade pelo Departamento Jurídico do próprio órgão em 1998**. Tal dispositivo de “triangulação”, **reduzindo as entidades da sociedade civil a meros departamentos “laranja” de recursos humanos da FUNASA**, para contornar a legislação relativa à contratação no setor público, é tão inaceitável pelo Estado quanto pelas organizações não-governamentais.

Impasse na gestão de recursos humanos

Nessas novas bases, e percebendo também o direcionamento do controle dos recursos dos DISEIs para grupos políticos notoriamente anti-indígenas e corruptos, após o loteamento político das coordenações regionais da FUNASA que foi à época divulgado na grande imprensa, a Urihi decidiu em junho de 2004 não renovar o seu convênio. Em sua substituição, a FUNASA celebrou um convênio com a Fundação Universidade de Brasília (FUB). Essa “parceria”, além de triplicar os gastos com a contratação de pessoal, causar resultados desastrosos para a saúde dos yanomami, desviar recursos e, finalmente, com o

seu cancelamento em outubro de 2007, deixar uma dívida trabalhista estimada hoje em cerca de R\$ 6 milhões, foi também denunciada pelo Ministério Público do Trabalho (MPT) como um dos exemplos mais emblemáticos do uso dos convênios como mero instrumento para suprir o Estado de pessoal, para as suas próprias ações. Nesse convênio, a FUB se limitava a contratar para o DSY os funcionários que eram indicados pela FUNASA, e estes ficavam, então, sob suas ordens diretas. Alguns dos contratados pela FUB ocupavam, inclusive, cargos dentro da própria estrutura da FUNASA.

Ao mesmo tempo (2004), e de forma totalmente previsível, dentro da coordenação regional da FUNASA em Roraima era montado um descarado esquema de corrupção ao passo que a assistência à saúde dos yanomami ia se deteriorando. Após 3 anos de inúmeras denúncias de lideranças yanomami, da CCPY e da Urihi e das conseqüentes investigações do MPF e da Polícia Federal (PF), todo o esquema foi totalmente desbaratado na “Operação Metástase” da PF, em outubro de 2007. Essa operação resultou em 33 prisões preventivas, entre funcionários da FUNASA e empresários envolvidos. No rol de presos estava o coordenador regional da FUNASA, Sr. Ramiro Teixeira, apontado como o chefe da quadrilha, e vários outros diretores do órgão. A PF estimou que o total de dinheiro desviado alcançou a cifra de R\$ 34 milhões. Segundo foi amplamente divulgado na imprensa, O Sr. Teixeira foi indicado ao cargo pelo Senador Romero Jucá, de Roraima.

Com a coordenação regional da FUNASA de Roraima ocupada por interventores e auditores, vários funcionários afastados por suspeita de envolvimento no desvio de dinheiro e com o cancelamento do convênio da FUB, a assistência aos yanomami, que já estava ruim, mergulhou no mais absoluto caos. Tentando se refazer do duro golpe, a FUNASA resolve colocar em campo um reduzido quadro de funcionários, através de contratos temporários. Impedida de aproveitar os funcionários da FUB, cujos contratos de trabalho até a semana passada não haviam sido rescindidos, a FUNASA optou por arrebatar profissionais de saúde em Roraima sem qualquer experiência e capacitação ou, pior, ex-funcionários outrora demitidos, ao longo da existência do DSY, por mau desempenho. Dessa forma, em pleno surto de malária e com a doença voltando a ser causa de morte entre os yanomami, a qualidade do trabalho de campo foi reduzido para níveis absurdos.

Como solução definitiva para cobrir as áreas abandonadas pelo cancelamento do convênio da FUB, a FUNASA convidou as demais instituições com convênio no DSY para estenderem os seus contratos. A SECOYA, Serviço de Cooperação com o Povo Yanomami, foi a única a aceitar a ampliação do seu convênio com esse objetivo. No entanto, o MPT decidiu impedir a conclusão do processo por entender que tal procedimento seria também uma mera terceirização ilegal de recursos humanos, para as ações diretas do Estado, e exige que a FUNASA adote simplesmente a modalidade de concurso público para as contratações de pessoal.

E, assim, o DSY chegou ao grave impasse atual:

- Concurso Público : dentro da regras constitucionais e estatutárias que regulamentam o processo de seleção, o plano de cargos e salários e a gestão administrativa do servidor público federal, o concurso público, como já foi comprovado na experiência da década de 90, não serve para atender as peculiares necessidades de pessoal de campo para o DSY.

- Ainda que a solução fosse o concurso público, desde o início do processo até a efetiva posse dos servidores decorreria um prazo de, no mínimo, 1 ano. E a manutenção dos serviços de saúde no DSY, por todo esse período, com funcionários em contrato temporário seria inaceitável. Lembramos, mais uma vez, a desastrosa experiência dos contratos temporários no DSY, tanto na década de 90 como hoje.

- Com as Portarias 69 e 70 da FUNASA, de fato os convênios para a saúde indígena foram forçados à condição de instrumentos de terceirização. Entretanto, devemos reconhecer que, ao contrário do exemplo da FUB, a maioria as instituições conveniadas estão se empenhando para não assumir unicamente esse papel e, assim, não deixaram de coordenar o trabalho de seus contratados e colocar os seus importantes conhecimentos e experiência a serviço da saúde dos índios.

Proposta de solução da crise

Com embasamento histórico e técnico oferecemos a seguinte proposta para a solução do impasse atual na gestão da saúde indígena, a ser analisada em conjunto pelo MPF, MPT , FUNASA e Ministério da Saúde:

- Renovação dos convênios com satisfatório desempenho técnico e administrativo por um período de 1 ano, evitando assim a precariedade ou mesmo a interrupção dos serviços de saúde indígena.

- Compromisso do governo de realizar um concurso público, no mais curto espaço de tempo possível, para a formação de um quadro de coordenação para a saúde indígena tanto no nível central como nas chefias dos DISEIs.

- Buscar uma alternativa legal para a contratação pelo Estado de recursos humanos de uma forma adequada ao peculiar e muitas vezes penoso trabalho de campo nos DISEIs.