



NOTA TÉCNICA SOBRE A MINUTA DE EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO DA SESAI PARA CONTRATAÇÃO DE ENTIDADES PRIVADAS SEM FINS LUCRATIVOS

Em 09 de novembro de 2021, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), órgão federal responsável pela coordenação e execução do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena (Sasi SUS), divulgou “Minuta do Edital de Chamamento Público” para seleção de entidades privadas sem fins lucrativos na área de saúde para “prestação de serviços complementares na área de atenção à saúde e saneamento ambiental no Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e nas Casas de Saúde Indígena (CASAI) Nacionais.”¹ A presente nota pretende apresentar reflexões acerca do conteúdo da referida Minuta com vistas a subsidiar as lideranças indígenas, trabalhadores do subsistema, gestores, controle social e entidades parceiras, num debate sobre o tema.

O primeiro alerta que fazemos é com uma ampliação do OBJETO do chamamento que nos parece apontar para transferência de atribuições da Sesai para entidades privadas, e, portanto, um avanço na privatização da saúde indígena. Consideramos que a privatização da saúde indígena se insere cenário amplo que tem ocorrido na atenção primária no SUS e que se relaciona com: a)

¹ Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/consultas-publicas/2021/consulta-publica-de-revisao-de-minuta-do-edital-de-chamamento-publico-para-contratacao-de-entidades-privadas-sem-fins-lucrativos>.

as tentativas em março de 2019 de extinção de Sesai e municipalização da saúde indígena; b) extinção do departamento de gestão da Sesai, diminuindo sua capacidade executora; c) criação da Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (*Lei nº 13.958*), que tem como um dos focos os chamados “locais de difícil provimento” dentre eles, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Assim, o chamamento perpetua um modelo de gestão terceirizada do Subsistema que, além de contrário aos preceitos da lei.8.080, que preconiza a responsabilidade do Estado pela sua execução, perpetua problemas como: a) interrupções e descontinuidades da atenção a cada nova celebração de convenio; b) descontinuidade da atuação dos trabalhadores que precisam ser demitidos e recontratados periodicamente, prejudicando também a qualificação dos mesmos; c) facilita a interferência política na ocupação dos cargos e postos de trabalho; d) facilita o assédio moral dos trabalhadores; e) transfere para diversas entidades privadas a responsabilidade por diretrizes do Subsistema. Assim, esse modelo de gestão tem falhado na qualidade da atenção ofertada aos povos indígenas e também na articulação com o restante da rede SUS para garantia da integralidade da atenção. Dessa forma, deve-se realizar um amplo debate público com as lideranças e organizações indígenas, representantes do governo, entidades não governamentais, academia, Ministério Público Federal, entre outros, para que se encontre caminhos alternativos para a execução da saúde indígena.

Destacamos que, em que pese que no documento se encontra repetidamente a descrição como “serviços ou ações complementares” observamos no item 2 que o OBJETO do convênio engloba as principais atribuições do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e da própria Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) como: a atenção integral à saúde da mulher e à saúde da criança; todas as ações de promoção, proteção e prevenção, tratamento e reabilitação da saúde da família; o sistema de vigilância em saúde, “coleta,

consolidação, análise de dados e disseminação da informação” e todo o registro nos sistemas de informações; a imunização e implementação do Plano Nacional de Imunização; Planejamento das ações e análise de indicadores; atenção psicossocial e abordagem de determinantes sociais e ambientais; saúde bucal; articulação interfederativa e pactuação com gestores; apoio as CASAI; saneamento e edificações de saúde; apoio ao controle social indígena; educação permanente dos trabalhadores; valorização de práticas e saberes tradicionais.

Há que se destacar que mesmo elencando um amplo conjunto de dimensões que abrangem os principais programas de saúde implementados na atenção primária, ainda faltam as dimensões da vigilância e atenção de doenças prevalentes como a malária e tuberculose. Também está ausente a ação quanto a segurança alimentar e a prevenção e atenção a doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão e Diabetes, e para problemas emergentes como câncer e a Covid-19. E, as diretrizes para o saneamento ambiental estão por demais vagas. Nesse sentido o chamamento aponta para uma restrição do âmbito da atuação da atenção primária, movimento que se observa no conjunto da Estratégia de Saúde da Família no país.

Ressaltamos que o Decreto 9.795. de 2019 define que:

Art. 40. À Secretaria Especial de Saúde Indígena compete:
I - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, observados os princípios e as diretrizes do SUS;
II - coordenar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos povos indígenas, e a sua integração ao SUS;
III - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações referentes ao saneamento e às edificações de saúde indígena;
IV - orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito

Sanitário Especial Indígena, em consonância com as políticas e os programas do SUS , às práticas de saúde e às medicinas tradicionais indígenas, e a sua integração com as instâncias assistenciais do SUS na região e nos Municípios que compõem cada Distrito Sanitário Especial Indígena;

V - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações de atenção integral à saúde no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e sua integração com o SUS;

VI - promover ações para o fortalecimento da participação social dos povos indígenas no SUS;

VII - incentivar a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena;

VIII - promover e apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde indígena; e

IX - identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena.

Nos parece que o chamamento público está transferindo a entidades privadas um conjunto de atribuições da Sesai, principalmente quanto ao planejamento, coordenação, supervisão, monitoramento e avaliação das ações. Mais alarmante é indicar que dimensões políticas como a articulação interfederativa com gestores municipais, estaduais e federais está sendo repassada para entidades privadas, que não possuem assento nas instâncias intergestoras do SUS e não terão respaldo para negociar a integralidade da atenção. Também nos preocupa a transferência para uma entidade privada da coleta e gestão dos dados e sistemas de informação em saúde, o que pode comprometer a segurança desses dados.

Dentre os objetivos do termo de chamamento outro ponto de atenção está o item “d” no qual dispõe sobre:

“Vigilância em saúde com ênfase na coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde dos povos indígenas.” E ainda: “A entidade privada sem fins lucrativos parceira se obrigará a colaborar com o desenvolvimento das políticas públicas à população indígena

também mediante as seguintes ações: a) Adotar rotina de envio de dados e estatísticas de perfil da população atendida ou beneficiada, como etnia, idade, sexo e escolaridade, os quais deverão ser consolidados e apresentados no relatório final de execução do objeto, sem prejuízo de atendimento de demanda de informações do ente público parceiro, a qualquer momento, durante a vigência da parceria; b) Aplicar instrumentos de coleta de dados sempre que solicitado pela Administração Pública Federal;

A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais nº 13709/18 para o tratamento sensível dos dados pessoais de pessoas naturais, por pessoas jurídicas de direito público, devendo proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade conforme prever o artigo nº 1 da lei em questão. Considerando que o artigo 5º, inciso II da lei 13709/16 entende como dado pessoal sensível todas as informações referentes a dados de saúde, não podendo ser replicado sem a devida autorização do usuário, conforme abaixo exposto:

Art. 5º Para os fins desta Lei, considera-se:

II - Dado pessoal sensível: dado pessoal sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural.

Com isso o presente edital deve ser mais específico no tratamento dos dados que serão coletados, armazenados, disseminados, bem como a finalidade deste objetivo, para que não haja a violação do direito à privacidade de cada indivíduo, comunidade e povo. Nesse sentido, o armazenamento e disponibilização de dados deveria ser de responsabilidade de órgão governamental e não de entidades privadas. Ressaltamos que há que proteger os dados ao mesmo tempo que se garante a transparência e acesso das informações dos sistemas de saúde, necessários para a avaliação e aprimoramento das

políticas públicas de saúde². Afinal, a análise da situação de saúde e execução das ações de saúde é fundamental para o planejamento, avaliação e aprimoramento do Subsistema, devendo ser acessível para qualquer cidadão, garantido o anonimato e privacidade dos usuários, da mesma forma como é feito regularmente nos diversos sistemas de informação do SUS, com exceção do Sistema de Atenção à Saúde Indígena (SIASI).

A Convenção 169, da Organização Internacional do Trabalho (OIT), ratificada pelo Brasil, por meio do Decreto nº 5.051/2004, estabelece ao Governo Brasileiro que adote medidas para que se promova a plena efetividade dos direitos sociais dos povos indígenas.

Outro aspecto que destacamos é referente aos 07 eixos para as “ações complementares” (p.06) que, por um lado não dão conta do conjunto de dimensões apresentadas no OBJETO do convênio, e tampouco especifica o que seriam “apoio à Educação permanente” e “apoio ao controle social”. Por outro lado, no item “apoio a elaboração de Práticas Integrativas de Saúde voltadas à valorização de práticas e saberes tradicionais” além de imprecisa apresenta um equívoco pois as medicinas indígenas não são entendidas como “práticas integrativas e complementares”, sendo que o debate sobre sua valorização estava previsto para a 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Nos parece que o item “apoio às atividades de supervisão e organizações dos processos de trabalho em área” claramente transfere as entidades privadas a definição do modelo de atenção e uma atribuição da Sesai. Por fim, “apoio à manutenção e permanência das equipes multidisciplinares de saúde indígena, profissionais da gestão e no controle social” parece transferir a estruturação e condições de trabalho para as entidades privadas.

² <https://www.gov.br/capes/pt-br/ acesso-a-informacao/servico-de-informacao-ao-cidadao/sobre-a-lei-de-acesso-a-informacao>

A lei 8.080 é bem clara quanto a responsabilidade do Estado em prover os serviços de saúde, no seu conjunto de diretrizes e princípios para o SUS, com destaque para o Artigo 4º:

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

Reforçamos que é bastante equivocada a noção de que é nas parcerias com as entidades privadas que estão as estratégias de inovação no enfrentamento aos problemas sociais (pg 6-7). No campo da saúde, as inovações historicamente foram desenvolvimento no âmbito das universidades e serviços públicos.

No item 5, quanto aos critérios de elegibilidade e requisitos legais não consta quaisquer experiências com populações indígenas (p.8). O edital deveria prever a participação de entidades que já tenham experiência com prestação de serviços de saúde, bem como entidades que tenha experiência no tratamento com os povos indígenas, uma vez que a diversidade cultural, linguística e social dos povos não podem ser empecilho para a prestação de serviços básicos de saúde, uma vez que o serviço de saúde deve levar em conta as suas especificidades conforme prever o artigo 25, 2 da OIT 169:

“Os serviços de saúde deverão ser organizados, na medida do possível, em nível comunitário. Esses serviços deverão ser planejados e administrados em cooperação com os povos interessados e levar em conta as suas condições econômicas,

geográficas, sociais e culturais, bem como os seus métodos de prevenção, práticas curativas e medicamentos tradicionais.

Pode-se ressaltar ainda previsão legal trazido pela lei federal ao qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que versa em seu Art. 19-F sobre diretrizes que deverão ser adotadas afim de respeitar a diversidade dos povos e suas formas de vida:

Lei nº 9.836/99:

Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

No entanto, não há qualquer menção ou previsão legal para que as previsões legais sejam efetivadas pelos órgãos governamentais, tão pouco pela entidade vencedora do certame.

Destacamos que a organização dos lotes, apesar de ser referido “com base no critério orçamentário, de modo haver compatibilidade e proporcionalidade entre os mesmo” (p.20) efetivamente não são apresentados esses critérios orçamentários e tampouco estão claros quaisquer outros critérios inclusive geográficos, com agregação de distritos bastante heterogêneos. Também nos pareceu pouco claros o processo de construção do “Plano de Trabalho” e qual a participação do controle social nesse processo e da sua transparência. Faltam também os indicadores e metas de saúde a serem utilizados como parâmetros no acompanhamento das ações (p.25).

No item 7 (p.12-13), quanto a Comissão de Seleção, não existe quaisquer indicativos ou detalhamentos acerca de sua composição ou se haverá participação indígena, além de como se garantirá a transparência do processo.

As leis do Brasil exigem que o governo consulte os povos indígenas sempre que houver medidas ou decisões legislativas ou administrativas que possam afetá-los diretamente. No art. 231 §3º aborda parte desse direito de consulta que ganha ainda mais detalhes através dos instrumentos internacionais ratificados pelo Brasil. Aos indígenas pelo texto constitucional é garantido o direito de consulta.

Nos preocupa o item 13.2 (p.34) que deturpa as orientações da Convenção 169, dizendo que a proposta contempla a prerrogativa de consulta dos povos indígenas ao indicar que o “Presidente do Fórum de Conselhos Distritais de Saúde Indígena poderá analisar” as documentações e que “o Presidente de cada Conselho Distrital de Saúde indígena deverá participar de todo processo de execução do Plano de trabalho”. Claramente existe uma restrição da atuação do CONDISI aos seus presidentes, e não envolvimento do conjunto dos conselheiros, e tampouco seu envolvimento no planejamento.

Assim, o presente Edital de Chamada Pública não atende à previsão contida no artigo 6º da Convenção no 169 da Organização Internacional do Trabalho, mesmo que mencione a participação livre do Fórum de Presidente de CONDISI, cabe ressaltar que o Art. 19-H da lei 9.836/99 garante às populações indígenas o direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde. Não sendo apenas o FP CONDISI suficiente para contemplar o previsto pela Convenção.

O art. 6º da convenção 169 da OIT prevê que as comunidades indígenas têm o direito a serem ouvidas (oitiva constitucional) e consultadas de forma livre, prévia e informada (consulta da Convenção nº 169 da OIT) não apenas por meio de órgão colegiado.

Dessa forma, indicamos que deve-se garantir a continuidade e manutenção da execução das ações e serviços de saúde ofertados pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e das atividades do controle social indígena, e que quaisquer alterações no caráter das parcerias com entidades privadas deveria ser feita após um amplo debate com lideranças e controle social indígenas, acadêmicos, entidades parceiras, trabalhadores, gestores, Ministério Público Federal, entre outros, e sua validação no âmbito de um Conferência Nacional de Saúde Indígena.