

Revisado 09/02/2006.

O Estado e a saúde indígena:
a experiência do Distrito Sanitário Yanomami

O Estado e a saúde indígena:
a experiência do Distrito Sanitário Yanomami

EDGARD DIAS MAGALHÃES

Brasília, 2006

O Estado e a saúde indígena:
a experiência do Distrito Sanitário Yanomami

EDGARD DIAS MAGALHÃES

Magalhães, Edgard Dias.

O Estado e a saúde indígena: a experiência do Distrito Sanitário Yanomami / Edgard Dias Magalhães. Brasília: xxxxxxx, 2006. Xxx p.

Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília, SER, 2001.

1. Saúde pública. 2. Política sanitária. 3. Política indigenista.
 4. Política social governamental. 5. Índios Yanomami - Brasil - Roraima.
- I. Título. II. Tese (Mestr. UnB / SER).

A Evilene.
A meus pais.

Agradecimentos, apresentação, resumo, introdução, corpo do texto, conclusão, referências bibliográficas, anexos

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas
Lista de tabelas

INTRODUÇÃO	2
OBJETIVO	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
JUSTIFICATIVA	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
DELIMITAÇÃO	5
PRESSUPOSTOS	6
<i>O caso Yanomami</i>	8
PLANO DA OBRA	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
1. METODOLOGIA E REFERENCIAL TEÓRICO	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
1.1 MARCO REFERENCIAL CONCEITUAL	12
1.2 EQUIDADE	12
1.3 CONTROLE SOCIAL	13
1.4 FORTALECIMENTO	14
2. AS REFORMAS DO ESTADO E DA SAÚDE	18
2.1 A REFORMA DO ESTADO	18
<i>Descentralização</i>	<i>Erro! Indicador não definido.</i>
<i>O Plano Diretor da Reforma do Estado</i>	25
<i>A sociedade civil</i>	28
<i>Interações entre o público e o privado</i>	<i>Erro! Indicador não definido.</i>
<i>Deslocamento de poder</i>	34
<i>Nova relação entre Estado e sociedade</i>	36
2.2 A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E A SAÚDE INDÍGENA	38
<i>As reformas no setor saúde</i>	45
<i>Reforma do Estado na saúde indígena</i>	48
Lei Arouca	51
3. AMAZÔNIA: ESTADO, SOCIEDADE E SAÚDE INDÍGENA	55
3.1 HISTÓRIA DO INDIGENISMO ESTATAL	60
<i>Período Colonial</i>	60
<i>Período Republicano: SPI</i>	62
<i>A Fundação Nacional do Índio</i>	64
<i>Constituição de 1988: novo estatuto jurídico para os direitos indígenas</i>	67
3.2 OS YANOMAMI	68
<i>Os primeiros contatos</i>	69
<i>Década de 70: os Yanomami e o Plano de Integração Nacional</i>	72
<i>Os interesses minerários: O Projeto Radam-Brasil</i>	76
<i>Segurança Nacional: O Projeto Calha Norte</i>	80
<i>A grande invasão garimpeira da área Yanomami</i>	83
<i>A persistência dos interesses minerários</i>	87
<i>A demarcação da Terra Indígena Yanomami</i>	91
3.3 A SAÚDE INDÍGENA	98
<i>Os primeiros impactos epidemiológicos</i>	100
<i>O impacto epidemiológico da invasão garimpeira</i>	104

<i>O Projeto de Saúde Yanomami</i>	109
<i>A participação social e o novo modelo para a saúde indígena: a Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas</i>	122
<i>Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI</i>	Erro! Indicador não definido.
MAPA – DISTRITO SANITÁRIO YANOMAMI - RORAIMA	126
4. O DISTRITO SANITÁRIO YANOMAMI	127
4.1 EQUILÍBRIO SANITÁRIO TRADICIONAL - ATÉ 1975	130
4.2 RUPTURA - 1975 A 1989	132
4.3 INTERVENÇÃO SISTEMÁTICA – 1990 A 1998	139
4.4 REESTRUTURAÇÃO E PARCERIAS PARA A SAÚDE INDÍGENA	141
4.5 OBSERVAÇÕES SOBRE A IMPLANTAÇÃO DOS DSEI	143
<i>Plano de trabalho</i>	146
<i>Entidades voluntárias</i>	147
<i>Recursos humanos</i>	148
<i>Danos causados a terceiros e regime disciplinar</i>	148
<i>Cobertura em áreas abandonadas, novas migrações</i>	149
<i>Índios isolados e comunidades recém-contatadas</i>	150
<i>Êtnias de pouco contato</i>	150
<i>Relacionamento entre órgãos federais</i>	151
CONCLUSÃO	154
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	159
BIBLIOGRAFIA	167
ANEXO A - Os YANOMAMI NA VENEZUELA.....	168

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Fundação Nacional de Saúde que no âmbito do Programa de Capacitação do Servidor Público do Governo Federal viabilizou este estudo. Aos colegas e amigos da Funasa dedico meu apreço pelo apoio e atenção. Aos professores e funcionários da Universidade de Brasília, um agradecimento especial por terem me orientado e auxiliado em todas as horas. O estímulo recebido dos amigos foi fundamental. Aos meus familiares o reconhecimento profundo pelo acolhimento e carinho neste período especial de minha vida profissional e acadêmica.

Agradeço à equipe da Coordenação Geral de Documentação da Fundação Nacional do Índio pelo incentivo na publicação desta obra.

A todos, obrigado.

INTRODUÇÃO

No início de 1993 me integrei à equipe do Distrito Sanitário Yanomami - DSY-RR, uma unidade administrativa da Fundação Nacional de Saúde - Funasa encarregada da atenção médica às populações indígenas de Roraima. Era o início de um envolvimento pessoal e profissional que determinaria os rumos de minha vida nos anos seguintes.

Anos antes buscara a formação em antropologia na Universidade de Brasília, motivado por uma rápida experiência como técnico de enfermagem, contratado pela Fundação Nacional do Índio – Funai e enviado à aldeia dos índios Panará, no Xingu, após um "treinamento" de uma semana no Posto Indígena Diauarum.

Nos dois primeiros anos no DSY-RR, tomei contato com a realidade sanitária Yanomami, com o indigenismo oficial, com a política regional amazônica e os interesses prevalentes, e ainda com as culturas institucionais existentes dentro da Funasa e da Funai, em particular nas suas unidades em Roraima. Naqueles anos passei a conhecer a epidemiologia como uma importante ferramenta de planejamento e avaliação de ações. Meu treinamento acadêmico passou a ser requisitado para tentar solucionar questões cotidianas e práticas da convivência com uma população indígena de pouco contato.

Em meu terceiro ano no DSY-RR, a grande evasão de profissionais - muitos deles de extrema competência e banidos pela dureza da política institucional e regional - levou-me a ser considerado um dos mais experientes e a assumir a coordenação administrativa daquele serviço.

Na verdade, assumia um distrito sanitário debilitado, com poucos técnicos, profissionais insuficientes - em grande maioria de cultura patrimonialista -, com infra-estrutura inadequada e com recursos financeiros incertos.

No entanto, assumia também a gerência de um projeto social, que persistia na construção de um modelo diferenciado e especial para a saúde indígena.

A manutenção do DSY-RR como embrião de uma nova política sanitária para as populações indígenas, uma referência para várias tentativas de inovação no restante do país e para a construção de um segundo distrito sanitário indígena em Roraima, compensou as constantes dificuldades. O DSY-RR e sua instância de controle social, o NISI-RR (Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena - único no país a se manter ativo ininterruptamente desde sua criação em 1993), não foram engolidos pelos interesses políticos que se lançaram sobre ele.

Nesses anos de aprendizado, compreendi que o conhecimento e a prática profissional não podem ser dissociados do compromisso com a justiça social e a tentativa de intervir na realidade. No nosso caso, uma realidade sanitária que nos obrigava a consolidar dados das muitas mortes em uma etnia de menos de dez mil indivíduos no Brasil, pessoas que passei a conhecer pelo nome e cuja hospitalidade desfrutei.

Na continuidade desta experiência me inscrevi no Mestrado em Política Social na Universidade de Brasília, em busca de instrumentos para interpretar a realidade e na esperança de poder contribuir para sua compreensão. Esse processo se complementa neste momento, com a publicação desta obra.

A abordagem dada ao tema da saúde indígena se inscreve no esforço de avaliação de políticas públicas, mais especificamente a experiência de construção de uma primeira estrutura organizacional para atenção à saúde indígena baseada nas diretrizes do movimento sanitário brasileiro e na busca de superação da perspectiva indigenista integracionista.

Vários campos da ação estatal que influem nas ações junto a comunidades indígenas são delimitados na presente obra, na qual também se torna possível perceber como a política indigenista oficial esteve comumente subordinada aos grandes projetos macroeconômicos. A descrição da trajetória do Distrito Sanitário Yanomami, da Fundação Nacional de Saúde em Roraima, mostra-se relevante a fim de possibilitar entender os avanços e as limitações daquela experiência.

Além da reconstituição do percurso do DSY de Roraima, esboça-se uma análise das tendências da reformulação institucional da atenção médico-sanitária aos povos indígenas.

Justificativa

A investigação da política sanitária e indigenista direcionada para o povo Yanomami, num momento extremo de vulnerabilidade com um processo de dizimação em curso devido às doenças levadas pela presença garimpeira em seu território - é especialmente interessante uma vez que o Distrito Sanitário Yanomami é criado como a possibilidade de realização de um novo projeto sanitário, evocativo da

responsabilidade governamental sobre as políticas sociais e da necessidade de afirmação e sedimentação de novos princípios para a política indigenista.

As mudanças conceituais em curso na sociedade brasileira na década de 1980, engendradas pela abertura democrática e a Constituição de 1988, traz novos parâmetros para o campo da saúde indígena. Os princípios sanitaristas da unicidade do sistema, universalidade, qualidade e descentralização são somados aos princípios indigenistas da autodeterminação, multiculturalismo e relativismo cultural. A construção de um sistema sanitário diferenciado e eficiente para os Yanomami se torna um desafio para a rígida estrutura burocrática governamental, com seus ranços patrimonialistas. Essa experiência, limitada inicialmente à Terra Indígena Yanomami se expande, em 1999, para a implementação de Distritos Sanitários Especiais Indígenas em todas as unidades da federação, dando forma a uma política nacional que se direciona para uma população cuja multiplicidade é de 206 povos e 170 línguas nativas.

No Distrito Sanitário Yanomami de Roraima teve lugar uma tentativa de aplicação dos novos princípios sanitaristas e indigenistas, homologados em duas conferências nacionais específicas de saúde indígena (1986 e 1993).

Delimitação

O povo Yanomami reside em terras do Brasil e da Venezuela. Em nosso país, ocupa nove milhões de hectares, entre os estados de Roraima e Amazonas. Os fatos analisados na presente obra se referem às regiões Yanomami que têm instituições referenciadas na cidade de

Boa Vista, Roraima.¹ Não foram abordados aspectos referentes à porção da população Yanomami residente na Venezuela, uma vez que as políticas públicas venezuelanas para a região são completamente divorciadas das políticas brasileiras. A porção sul da Terra Indígena Yanomami, que conta com influência maior dos serviços sanitários providos via Rio Negro, recebeu apenas referências históricas e pontuais.²

O foco principal em *O Estado e a saúde indígena: a experiência do Distrito Sanitário Yanomami* é o período da implementação do Distrito Sanitário Yanomami na Fundação Nacional de Saúde em Roraima, abrangendo as ações emergenciais de saúde executadas de 1990 a 1999. Naquele ano houve uma substantiva mudança no arcabouço legal em nível federal provocando alterações na estrutura dos serviços de atenção sanitária aos índios.

Como forma de melhor compreender os acontecimentos deste período central de nossa análise, este estudo contém um histórico da política indigenista em nosso país, do desenvolvimento econômico da Amazônia e das mudanças na concepção de Estado. Essa análise delimita cinco momentos históricos do desenvolvimento das ações sanitárias entre os Yanomami.

Pressupostos

¹ O DSY de Roraima atende a 187 aldeias e cerca de 7.839 pessoas (em setembro de 1996) divididos em 23 regiões (em Roraima: Auaris, Tukuxim, Waikás, Palimiú, Ericó, Parafuri, Xiriana, Surucucu, Xitei, Homoxi, Paapiú, Alto Mucajaí, Baixo Mucajaí, Uraricoera, Missão Catrimani, Baixo Catrimani, Alto Catrimani, Ajarani. No Amazonas: Toototobi, Balawaú, Novo Demini, Demini, Aracá e Marari).

² Parte da Terra Indígena Yanomami no Amazonas tem a atuação de entidades sediadas nas cidades de São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro, Barcelos e Manaus. Entre elas estão as comunidades de Ajuricaba, Castanho, Marauaiá, Pukima, Coatá, Apuí, Pohoro, Ya-Nazaré, Cauaburis, Maiá, Maturacá e Ariabu que somam cerca de 2050 pessoas em 13 aldeias.

As idéias apresentadas na presente obra são concebidas a partir do pressuposto de que a sociedade se trata de uma multiplicidade de interesses conflitivos, os quais se colocam em cena ordenados pelas instituições democráticas, resultando em consensos e dissensos. Em se pensando num Estado democrático, busca-se garantir aos diversos grupos sociais a atenção das “necessidades humanas básicas” que são as “condições indispensáveis para participar plenamente da vida social”, sendo estas condições duas: saúde e autonomia (DOYAL; GOUGH, 1991 apud LAURELL, 2000, p.52).

Segundo Laurell:

“a sociedade teria a responsabilidade ética de garantir a todos os seus membros estes direitos através do Estado, com medidas universais e igualitárias, de acordo com o nível de recursos existentes e aos padrões culturais de cada contexto específico. (LAURELL, 2000, p.52).

Ainda segundo a autora, somente na garantia destes direitos poderia ser exigida dos cidadãos a “reciprocidade moral entre o desfrute dos direitos e a obrigação de contribuir para sua realização (2000, p.52-53).

Opõem-se aqui as concepções de liberdade positiva e negativa (HOLDEN, 1993, apud LAURELL, 2000, p.49-53). A primeira trata da capacidade de toda pessoa de participar “plena e livremente da vida social”, o que implica garantias por parte do Estado, direitos inerentes à condição de membros da sociedade. Além dos já citados direitos indispensáveis (saúde e autonomia), outros podem ser conquistados, garantidos ou perdidos no curso da negociação e conflitos sociais.

A concepção de liberdade negativa trata da possibilidade individual de fazer o que se deseja, implicando a proteção da pessoa

contra a coerção estatal. Esta liberdade negativa é o tipo preconizado pelo Estado liberal, incompatível com a noção de igualdade ou de igualitarismo. Nela a equidade é vista como meritória, fruto dos esforços individuais. Nesta visão, a garantia de direitos sociais levaria a uma intervenção estatal e à violação da iniciativa individual.

Aceitando que uma participação plena na vida social pressupõe o desenvolvimento de potencialidades individuais e coletivas e a possibilidade crítica de mudanças da ordem constituída, e que esta atitude está relacionada com a noção de liberdade positiva, concebemos aqui a saúde indígena como direitos sociais, entendidos no sentido que lhes dá Laurell (2000, p.52): “os direitos sociais corresponderiam àquelas condições que permitem realizar a necessidade humana básica”.

O caso Yanomami

As populações indígenas têm sido historicamente consideradas como vulneráveis no Brasil (até mesmo em razão da própria história do contato, como é demonstrado adiante) merecendo o direcionamento de políticas públicas específicas.

Sob o ponto de vista da política indigenista como uma política social, esta é vista como uma obrigação estatal de garantia de direitos a uma população específica. População vulnerável, excluída dos mecanismos de mercado ou nele inserida pela forma mais crua do contato com frentes marginais da expansão capitalista.

A realidade Yanomami apresentada é vista, então, não como um fato isolado, mas como o produto de um desenvolvimento histórico do relacionamento do Estado brasileiro com um dos povos indígenas do Brasil e da hegemonia dos grandes interesses econômicos nas políticas públicas.

A relação entre as populações indígenas e as parcelas da sociedade nacional que as envolvem se dão de forma assimétrica, estando aquelas em posição de subordinação, embora desenvolvam suas próprias estratégias sociais diante do contato. Estas concepções fazem parte da teoria do contato interétnico, que veremos abaixo.

A Teoria do Contato Interétnico, muito utilizada na antropologia brasileira, permeará este estudo e deverá ser levada em conta para sua leitura embora não façamos aqui uma sua análise ou aprofundamento teórico³. Alguns conceitos são chaves, como o de *fricção interétnica*, entendido como uma “situação de contato entre duas populações ‘dialeticamente unificadas’ através de interesses diametralmente opostos, ainda que interdependentes, por paradoxal que pareça” (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1964, apêndice). O termo fricção supõe como componentes estruturais do contato o conflito e uma interação continuada entre as populações (OLIVEIRA, 1988, P.45), sendo esta relação, além de conflituosa, de natureza competitiva e assumindo um caráter totalizante, ou seja, que influenciará todas as dimensões do comportamento das populações envolvidas (OLIVEIRA, 1988, P.44-45; BAINES, 1991, p.108). As relações entre as sociedades indígenas e as populações nacionais são entendidas como de oposição, evidenciadas tanto histórica como estruturalmente (OLIVEIRA, 1988, P.46)⁴. As situações de contato são entendidas

³ Acerca da Teoria do Contato Interétnico ver Oliveira (1981, 1988); Cardoso de Oliveira (1964, 1972);

⁴ Não adotamos aqui o uso do conceito de “sistemas interétnicos” uma vez que a noção de “integração social”, processo constitutivo dos sistemas interétnicos, não

como particulares, envolvendo tanto diferentes porções da população nacional, quanto de agentes do Estado, e havendo uma inter-relação com as populações indígenas que não se colocam de modo passivo diante dos acontecimentos, intervindo também na dinâmica do contato.

A teoria do contato interétnico afasta a possibilidade de entender o contato como um episódio ou evento mecânico, situando-o como parte de um desenvolvimento histórico. João Pacheco de Oliveira nos esclarece sobre isso:

Ao sugerir uma interação continuada entre duas sociedades, a noção de fricção fecha o caminho a imagens e conceitos que tendem a descrever o contato como algo acidental e instantâneo, possuindo um “caráter disruptivo” e conduzindo a um estado de anomia ou mesmo de desorganização social. Até mesmo por suas associações inconscientes, portanto, *a teoria da fricção interétnica não pressupunha a condição de índio como passageira*, levando os pesquisadores a não projetar nos fatos observados idéias quanto à “extinção”(brusca) ou ao “desaparecimento” (gradual) desses povos. (1988, p. 46)

Sendo história, é também um processo e conforma um contínuo movimento de mudança de uma prática sanitária em relação aos índios e de natureza do relacionamento entre populações, sociedade e Estado.

Este estudo se diferencia de outros realizados anteriormente sobre populações indígenas ou sobre atenção médico-sanitária a essas minorias étnicas uma vez que reúne, num mesmo contexto, políticas setoriais como as direcionadas para o desenvolvimento da Amazônia, o movimento sanitário, o indigenismo e a reforma do Estado.

parece comportar uma realidade de contato que vê a reafirmação das identidades étnicas e não, necessariamente, uma “descaracterização progressiva”, como quer Cardoso de Oliveira. Sobre a diferença entre os conceitos de fricção interétnica e o de sistemas interétnicos ver OLIVEIRA, 1988, p.44-49.

De certa forma, complementa trabalhos como o de Pellegrini (1998) que, através do discurso Yanomami, traz à tona a compreensão daqueles índios sobre os sistemas de saúde ocidentais a eles dedicados. Albert (1988) trata das concepções sobre doença, cosmologia e política entre os Yanomami, numa obra de caráter etnográfico que é de leitura obrigatória. Carvalho (1997) faz um interessante estudo sobre as nefastas conseqüências do estabelecimento de contato permanente da sociedade nacional com grupos indígenas e da incapacidade governamental de evitar o choque epidemiológico. Seu estudo é uma importante análise da política de saúde como executada pela Fundação Nacional do Índio. Smiljanic (1999) realiza um estudo etnográfico sobre a cosmologia Yanomami e as curas xamânicas. Lobo (2000) faz um importante estudo epidemiológico da Terra Indígena Yanomami, propondo um sistema de vigilância baseado em eventos sentinela. Verdum (1995) faz um levantamento histórico dos assentamentos do subgrupo Yanomami Yawari, grandemente atingido pela construção da BR-210 (Perimetral Norte).

1.1 MUDAR Marco referencial conceitual

Para compreendermos a questão do desenvolvimento do Distrito Sanitário Yanomami e sua avaliação, analisando a relação Estado-sociedade, tomamos como referência os conceitos de equidade, controle social e fortalecimento.

1.2 Eqüidade⁵

Eqüidade é um termo ligado ao direito e à prática jurídica, referindo-se às normas que regem as relações entre as pessoas (PARDO, 1986, p.399). Para Escorel e Giovanella, o conceito remete à noção de justiça social e acesso aos bens e riquezas nacionais, ligando-se às regras de distribuição dos bens em cada conjuntura histórica (1999, p.5).

Pensando no que seria uma sociedade justa, Escorel e Giovanella consideram as iniquidades no setor saúde como diferenças desnecessárias, evitáveis, injustas e indesejáveis, ressaltando a dimensão ética e social do termo. As autoras consideram as especificidades dos termos diferença e desigualdade, sendo aquele composto pelos atributos da esfera privada, caracterizadores da pluralidade da espécie humana, e este, resultado da impossibilidade individual de optar, de ter acesso a serviços essenciais e da exposição a condições de vida insalubres. Por fim, citando Travassos, concluem que:

⁵ Para uma revisão do uso do termo eqüidade em saúde, ver ALMEIDA, 2000.

As desigualdades serão consideradas justas ou injustas conforme as distintas interpretações sobre os processos sociais determinantes da estratificação social, uma vez que as iniquidades em saúde estão fundadas nas relações sociais que determinam as chances da população obter acesso aos recursos materiais e aos produtos sociais resultantes da utilização daqueles recursos (TRAVASSOS; FERNANDES, 1995, p.175 *apud* ESCOREL; GIOVANELLA, 1999, p.07).

Entender as iniquidades como diferenças sociais desnecessárias e injustas é também entender a equidade como forma de justiça social. Assim, a opção pela equidade implica, por um lado, defini-la segundo os princípios éticos e morais relacionados aos graus de desigualdade que uma sociedade aceita ou consegue suportar e, por outro, operacionalizá-los segundo lógicas teóricas e políticas que orientem as formas de conceituar os grupos sociais e o desenvolvimento dos arsenais tecnológicos que instrumentalizem a intervenção e a avaliação das políticas no sentido de diminuir as desigualdades.

Entender equidade como justiça social é ter esta equidade como o direito de todos - indivíduos e grupos sociais - a uma atenção sanitária adequada a suas necessidades e, não necessariamente, iguais em termos quantitativos. Deste princípio surge a reivindicação de uma “atenção diferenciada” para grupos social e culturalmente particulares, como os povos indígenas. Essa noção de diferenciação refere-se às especificidades exigidas por um subsistema de saúde culturalmente sensível, e nos leva à indagação sobre a possibilidade de realização de tal política social no âmbito do capitalismo uma vez que supõe o abandono da perspectiva de integração dos índios ao mercado.

1.3 Controle social

Entendemos, aqui, controle social como a capacidade de a sociedade visualizar e decidir sobre a atuação estatal, podendo deliberar para que ela se inscreva dentro dos interesses da maioria da população.

Na relação Estado-sociedade, é preciso ver como a sociedade, em especial os povos indígenas, relaciona-se ou controla e influi nas políticas públicas.

A organização dos Estados nacionais traz em si a dificuldade de as sociedades em seu interior, com organização política tradicional, exercerem controle social sobre as políticas públicas a elas direcionadas.

Uma pergunta básica colocada é sobre a possibilidade de se implementar efetivamente controle social sobre sistemas de saúde ou política indigenista, levando-se em consideração a inter-relação entre duas institucionalizações paralelas e apenas parcialmente em interação. A organização política e social de povos indígenas, especialmente com história de contato recente, como os Yanomami, possui, a princípio, incompatibilidades com a organização política e social do Brasil nação.

1.4 Fortalecimento

Em terceiro lugar e articulado com os dois conceitos anteriores, fortalecimento implica não só reverter a vulnerabilidade, mas a posse, por parte de um grupo social, de conhecimentos e instrumentos para

intervenção em sua própria realidade e desenvolvimento de sua autonomia.

A noção de fortalecimento

indica que o desenvolvimento deve ser empreendido com o objetivo direto de aumentar o poder e controle dos grupos de futuros beneficiários sobre as circunstâncias de suas próprias vidas, de forma que eles estejam em posição de ser seus próprios agentes de desenvolvimento no futuro. (THOMAS, 1992, p.118).

Usamos o conceito de fortalecimento em oposição ao de vulnerabilidade que se refere a grupos ou indivíduos fragilizados na promoção ou garantia de seus direitos de cidadania.

Francisco de Oliveira (1995) trabalha o conceito de vulnerabilidade social em que engloba os grupos situados dentro da linha de pobreza e também os culturalmente vulneráveis como negros e índios. Segundo Oliveira, a realidade dos índios brasileiros aponta para uma vulnerabilidade ligada à pobreza e perda da identidade cultural, porém o autor aponta a capacidade das comunidades indígenas em criar suas entidades, para surgir no mundo das ONG's, em busca de sustentabilidade da realidade indígena..

Aplicado aos povos indígenas, refere-se à possibilidade de exclusão social, esta entendida no sentido que lhe dá Pedro Demo, como a conjugação de uma “destruição de liames coesivos na sociedade [...] perda do senso de pertença [social], [...] sentimento de abandono por parte de todos acompanhado da incapacidade de reagir” (DEMO, 1998, p.18-19). Exclusão tanto pela desestruturação de seu sistema organizativo e simbólico quanto pelo desaparecimento físico, ou seja, a possibilidade tanto de ocorrer o etnocídio (ou epistemicídio) quanto o genocídio. Trata-se da possibilidade de perda de capitais, ou patrimônios, como nos ensina Vicente Faleiros:

Nos processos contraditórios de enfrentamentos e lutas, de diferentes ordens, as forças se constituem nas mediações de poder existentes nas relações. Quanto mais capacidade (energia, recursos, conhecimento, técnicas, mídia) tem um ator ou um grupo para fazer valer seus interesses no confronto com outros atores e grupos, de mais força dispõe. A força se manifesta nesta correlação que depende do peso econômico, do poder político, das capacidades afetivas, da capacidade cultural, ou seja, do que Bourdieu denomina “capitais”⁶ e que chamamos de patrimônios (1994), que podem ser aumentados ou perdidos no contexto das relações mais gerais ou particulares. A força é eminentemente co-relacional, relativa a uma determinada conjuntura, a um momento, a um campo de limites e possibilidades no movimento geral/particular e do particular/geral. (SARTRE, 1979).

Nas sociedades capitalistas, os grandes proprietários dispõem de mais força econômica e política em função de seu patrimônio, mas as forças subalternas têm o patrimônio da mobilização e da organização política, do questionamento ideológico, da ampliação da democracia e da cidadania e da sua inserção cultural e afetiva (FALEIROS, 1997, p.48-49).

Em outro momento, Faleiros nos dá uma dimensão coletiva do processo de vulnerabilização, que aqui chamaremos algumas vezes de vulnerabilidade social:

O conceito de vulnerabilidade social ou fragilização social⁷ é um processo complexo de trajetórias familiares, sociais e individuais articuladas que fazem parte do curso da vida social da família. Assim a perda da autonomia, de recursos, de dignidade, de informação, de afeto, ou, em relação a isso, a opressão, a despossessão, a dominação e a discriminação, a rejeição são processos afetos à assistência social que, por sua vez, pode articular o fortalecimento dos fragilizados, acesso a

⁶ “Ou ‘o que é eficiente em um campo determinado, ao mesmo tempo enquanto arma e enquanto objeto em jogo’ (*enjeu*), o que permite a seu detentor exercer poder, uma influência, portanto, existir, em um campo determinado em vez de ser ‘um número desprezível’ (BOURDIEU, 1992, p.74 apud FALEIROS, 1997, p.48).

recursos, apoio ao enfrentamento da discriminação, da rejeição e da opressão (1998, p.48-49).

Ao longo de nosso estudo, o conceito de vulnerabilidade dos Yanomami enquanto grupo social será relacionado a sua posse ou não dos mecanismos de prevenção, diagnóstico e cura dos processos nosológicos.

⁷ Centre Pour La Recherche et L'Innovation dan L'enseignement – *Les enfants à risque* Paris, OCDE, 1995. Ver também, da mesma fonte “*Intégrer les services pour les enfants à risque*, Paris, OCDE, 1996 (citado em Faleiros, 1998, p.48).

2. As reformas do Estado e da saúde

Neste capítulo veremos as mudanças em curso nas relações entre Estado e sociedade, a partir de 1990, de um lado pela ótica do Estado neoliberal e, de outro lado, pela ótica da sociedade civil. Também veremos a trajetória do movimento brasileiro de reforma sanitária, sua relação com a reforma do Estado, mais abrangente, e com a saúde indígena.

2.1 A reforma do Estado

A década de 1990 é de grande debate e transformações na concepção do Estado e na atuação da sociedade civil. As políticas sociais são influenciadas de um lado por um processo de mundialização (globalização) das economias e revolução informacional, de outro por uma crise fiscal do Estado provedor e, ainda, o despontar de uma nova cidadania participativa e solidária. As tomadas de decisões sobre a política de saúde indígena estão integradas a esse processo.

Nos anos 90 o Brasil passa por uma intensificação da agenda neoliberal, particularmente nos governos de Fernando Henrique Cardoso, com o redimensionamento da relação entre Estado e sociedade. Este fenômeno se dá principalmente pela redefinição dos papéis dos atores sociais, com a diminuição do Estado (primeiro setor)

e o aumento da participação do mercado (segundo setor) e da sociedade civil sem fins lucrativos (o terceiro setor).

O neoliberalismo surge no contexto de instalação dos Estados capitalistas intervencionistas ou de bem-estar keynesianos no pós II Guerra Mundial, reagindo a qualquer forma de intervenção estatal no mercado e pregando um capitalismo livre de regras. É idealizado por um seleto grupo de intelectuais reunidos na chamada “Sociedade de Mont Pèlerin” e tem como texto original “O caminho da servidão” de Friedrich Hayek (1944). Como nos ensina Anderson:

Hayek e seus companheiros argumentavam que o novo igualitarismo (muito relativo, bem entendido) deste período, promovido pelo Estado de bem-estar, destruía a liberdade dos cidadãos e a vitalidade da concorrência, da qual dependia a prosperidade de todos. eles argumentavam que a desigualdade era um valor positivo – na realidade, imprescindível em si... (1998, p.10).

Este pensamento permaneceu sem espaço nos governos por vinte anos até que a recessão capitalista mundial da década de 70 permite que avance. A crise mundial é ligada aos grandes gastos sociais pelo Estado e ao engessamento do mercado devido ao grande poder de mobilização do movimento operário, coisa que teria “corroído as bases de acumulação capitalista” não permitindo o lucro e desencadeando um processo inflacionário. Os remédios previstos seriam com o intuito principal de recuperar a estabilidade monetária, para isso seria necessário o desmonte do poder dos sindicatos, a contenção dos gastos sociais, a restauração da taxa “natural” de desemprego, o incentivo aos agentes econômicos através da redução de impostos. A experiência neoliberal é implantada na Inglaterra de Thatcher (eleita em 1979), nos Estados Unidos de Reagan (eleito em 1980), na Alemanha de Kohl (eleito em 1982) e na Dinamarca de Schluter (1983), em cada país com suas particularidades. O modelo

inglês foi o mais puro em sua implementação. O modelo estadunidense se baseou na estratégia de quebrar a economia soviética através da corrida armamentista (ANDERSON, 1988, p.9-15).

Anderson nos diz que mesmo em países com governos de centro-esquerda, as soluções econômicas neoliberais foram adotadas estabelecendo-se sua hegemonia como ideologia econômica. Alguns poucos países resistiam à onda neoliberal (Suécia, Áustria, Japão, os tigres asiáticos) no final da década de 80. O autor avalia que naquele momento o neoliberalismo tinha obtido completo êxito em vários de seus objetivos: deter a inflação dos anos 70; obter uma deflação; obter o crescimento das taxas de desemprego; atingir uma maior desigualdade social. No entanto, um objetivo não fora conseguido: obter e manter altas os indicadores de crescimento econômico. Anderson avalia que isso se deveu ao lucro recuperado pela empresa capitalista ter sido convertido em capital especulativo e não em capital produtivo. Outro aspecto apontado é o fato de que os gastos sociais não se diferenciaram muito dos do Estado de bem estar, uma vez que foram determinados pelo custo dos desempregados e pelo aumento do número de aposentados (ANDERSON, 1988, p.13-17).

Uma segunda onda de implantação de experiências neoliberais se inicia com o colapso das economias do bloco soviético (1989 a 1991), marcando uma vitória ideológica deste capitalismo e reforçando sua hegemonia ideológica num momento em que perdia forças. Uma terceira onda de experimentação das políticas neoliberais se instalou na América Latina ao final da década de 80 com a ascensão de Salinas no México (1988), Menem na Argentina (1989), Perez na Venezuela (1989) e Fujimori no Peru (1990). Em nosso continente, o autoritarismo político ou a perplexidade diante de condições de hiperinflação têm sido condições relacionadas à aceitação popular das políticas neoliberais mais drásticas, não se sabendo ainda se esta aceitação é

duradoura, se o neoliberalismo manterá sua hegemonia política e ideológica - apesar do fracasso econômico (ANDERSON, 1988, p.17-23) .

Descentralização

Feita esta caracterização histórica do neoliberalismo, o utilizaremos neste texto em sua concepção mais geral de oposição e reação ao Estado de bem-estar e intervencionista, buscando o menor nível de intervenção nos mecanismos de mercado, inclusive os mecanismos de proteção e garantias sociais. Nesta atual conformação do capitalismo, abandona-se o modelo de “Estado Social” e encaminha-se a transferência dos setores com potencialidade econômica ainda em poder do aparelho estatal para o mercado, incluindo aí várias atividades antes protegidas por políticas sociais abrangentes. Tentaremos ao longo deste capítulo pensar a forma de atuação da sociedade civil organizada em meio a este desenvolvimento histórico do capitalismo contemporâneo.

A discussão em torno da descentralização político-administrativa do Estado envolve basicamente duas concepções. Por um lado busca sua democratização com maior proximidade e participação da sociedade civil. Por outro, busca sua redução para viabilizar a diminuição do custo de sua manutenção.

No pensamento neoliberal, a descentralização aparece como ferramenta para melhorar a situação fiscal e financeira de uma União falida e não para promover um maior controle social, aumentar a

eficiência e a eficácia das políticas públicas, como foi debatido durante a Assembléia Constituinte de 1988 (GARCIA, 1995).

A preocupação com a redução do custo estatal identifica-se com uma “crise” do Estado de bem-estar que teria levado a máquina governamental a assumir, devido à proliferação de direitos e da população, despesas insustentáveis. A ótica da descentralização como forma de reduzir o déficit fiscal do Estado tem levado à restrição dos direitos sociais e focalização dos serviços prestados pelo Estado nos grupos considerados mais vulneráveis, incapazes de buscar a satisfação de suas necessidades no mercado (STEIN, 1997; LESBAUPIN, 1996). Sobre isso nos diz Célia Almeida:

A partir dos anos 1980, passou-se a afirmar que, embora a política social tenha como princípio orientador a busca da equidade, se fazia necessário *definir adequadamente o modo de aplicar tal princípio* [...]. No que concerne aos serviços de saúde, recomenda-se uma política compensatória baseada em princípios de seletividade de base territorial e focalização nos mais necessitados, além da definição de prioridades, trabalhando *com uma concepção sintética do social* [...]. O princípio de equidade [é evidenciado numa perspectiva restritiva, ou seja, de intervenção pública reduzida a um nível básico e com priorização dos grupos populacionais mais carentes, o que pode redundar em resultados menos equitativos [...]. (Grifos do autor. ALMEIDA, 2000, p.66)

No Estado liberal a exclusão dos direitos e garantias estatais – sempre identificados com o Estado de Bem-Estar Social – é um movimento que se descreve sempre na direção da inclusão no mercado.

Neste mesmo movimento, as decisões sobre o investimento governamental em políticas sociais são esvaziadas de seu caráter político e é fomentado um discurso tecnicante, mais dificilmente questionável devido à sua natureza lógica. Deslocam-se do plano do

embate ideológico e qualitativo para o técnico, esquivando-se assim dos conflitos. Citando Santos (1988, p.40), Almeida nos diz:

A bandeira dos recursos escassos como impeditivos de maior investimento setorial, cerne da retórica neoliberal, na realidade *procura transferir o problema do âmbito político, significativamente indeterminado e altamente valorativo, para o universo do discurso lógico* (técnico), supostamente neutro e que obedece a regras racionalmente irrecusáveis. (Grifo do autor. ALMEIDA, 2000, p.72).

Para Habermas, esvazia-se o “Estado social”, não apenas das “energias utópicas” nele investidas pelos cidadãos, como de suas próprias competências estatutárias, retirando “[...] cada vez mais os temas sociais de um modo de decisão que segundo normas constitucionais está obrigado a considerar eqüanamente todos os interesses[...]” .(HABERMAS, 1997, p.110 *apud* VARGA, 1998, p.15).

Para Asa Laurell (2000, p.35-45), no pensamento neoliberal o Estado se contrapõe à liberdade individual. Deste modo, o Estado neoliberal busca esvaziar o confronto de interesses de classe em seu seio, conferindo às dimensões executivas, administrativas e gerenciais caráter técnico, eficácia e transparência. Assim,

passa-se a destruir os espaços de intermediação entre o Estado e os atores sociais, rachando e desarticulando deliberadamente as organizações sociais e de classe (Zermeño, 1996) para transitar a formas novas de resolução de conflitos onde o poder executivo central estabelece negociações individuais, acordos circunstanciais e estratégias de atenção a algumas necessidades secularmente colocadas. (2000, p.45. Tradução livre nossa).

A legitimidade do Estado, baseada nos direitos e na cidadania, é então substituída por uma legitimidade baseada no voto individual cidadão, base da eleição de administradores técnicos, retirando a “política” de dentro do Estado (LAURELL, 2000, p.44-45).

Este movimento do Estado brasileiro está inserido num contexto maior de reestruturação da dinâmica capitalista internacional. Asa Laurell (2000) nos mostra que a chamada “globalização” se caracteriza pela constituição de um mercado mundial competitivo e pela revolução tecnológica, informática e comunicativa. É parte de um movimento de competição do capitalismo internacional, de reprodução do capital, conformando um novo padrão de acumulação. A autora nos afirma que as teses de sua inevitabilidade e naturalidade são um mito apropriado para deter a busca de soluções alternativas e para imobilizar as forças políticas.

Baseado em metas econômicas, este projeto carece de legitimidade perante a sociedade, que se vê confrontada, nos países periféricos, com a abertura de seus mercados, com a perda da capacidade produtiva e da proteção ao emprego, o debilitamento da capacidade de negociação internacional, vulnerabilidade das economias nacionais e dependência do capital especulativo, crescimento da concentração de riqueza e da exclusão social, bem como desmonte das estruturas de bem-estar social. A reforma econômica do mercado visa a instituir o mercado como princípio articulador da economia, restando ao Estado fomentá-lo e regular suas ineficiências. O aspecto social da reforma visa à satisfação das necessidades sociais via mecanismos de mercado e pressupõe a extinção das noções de direito e cidadania social, desencumbindo o Estado de garanti-las. O movimento é de redução das responsabilidades do Estado, que passaria a administrar apenas os “programas de assistência social mínima e seletiva”.

O IPEA, em estudo dirigido ao primeiro Governo FHC, alega que a descentralização do Estado baseia-se na compreensão da ocorrência de mudanças na lógica dos sistemas produtivos e política global (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1994, p. XIV). O

Estado de Bem-Estar, inchado e inviabilizado pelas demandas sociais crescentes, deveria limitar suas funções em favor da “sociedade”, mercado inclusive.

Como resume muito bem Ivo Lesbaupin, segundo a concepção neoliberal,

[...] o que levou às dificuldades econômicas atuais foi o excesso de responsabilidades que o Estado assumiu, que o tornou necessariamente deficitário. Para corrigir este erro, o Estado deve largar este peso, deixando as atividades econômicas para a iniciativa privada, a regulação das mesmas para o mercado, e as responsabilidades sociais para os indivíduos. (1996, p. 10).

Na segunda metade dos anos 90, fica evidenciado o custo social da tentativa neoliberal de reordenamento da sociedade. Surge então uma mudança no discurso do Banco Mundial sobre o “Estado mínimo”, colocando o Estado novamente como necessário ao desenvolvimento, mas com perfil eficaz e em co-participação com a sociedade. Mantêm-se os objetivos neoliberais, no entanto coloca-se ênfase na eficácia da administração pública, que deve ter caráter moderno e despolitizado. Procura-se também ganho de legitimidade através da atuação focalizada e da participação cidadã direta, sem o intermédio das instituições (LAURELL, 2000, p.48).

O Plano Diretor da Reforma do Estado

Identificando a crise econômica brasileira da década de 80 com uma "crise do Estado", onde este teria assumido funções desnecessárias e incorrido na perda de qualidade em seus serviços, o Governo Federal, encabeçado por Fernando Henrique Cardoso, elaborou uma diretriz para orientar uma "reconstrução" do Estado

brasileiro, intitulada Plano Diretor da Reforma do Estado - PDRE. Sobre esta crise, o documento nos diz:

A crise do Estado teve início nos anos 70, mas só nos anos 80 se tornou evidente. Paralelamente ao descontrole fiscal, diversos países passaram a apresentar redução nas taxas de crescimento econômico, aumento do desemprego e elevados índices de inflação. Após várias tentativas de explicação, tornou-se claro afinal que a causa da desaceleração econômica nos países desenvolvidos e dos graves desequilíbrios na América Latina e no Leste Europeu era a crise do Estado, que não soubera processar de forma adequada a sobrecarga de demandas a ele dirigidas. A desordem econômica expressava agora a dificuldade do Estado em continuar a administrar as crescentes expectativas em relação à política de bem-estar aplicada com relativo sucesso no pós-guerra.

[...] No Brasil, embora esteja presente desde os anos 70, a crise do Estado somente se tornará clara a partir da segunda metade dos anos 80. Suas manifestações mais evidentes são a própria crise fiscal e o esgotamento da estratégia de substituição de importações, que se inserem num contexto mais amplo de superação das formas de intervenção econômica e social do Estado. Adicionalmente, o aparelho do Estado concentra e centraliza funções, e se caracteriza pela rigidez dos procedimentos e pelo excesso de normas e regulamentos. (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1995)

O PDRE foi elaborado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado - MARE, tendo como principal mentor o Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira.

Com um objetivo declarado de resgatar a autonomia financeira e a capacidade de implementar políticas públicas eficientes, a Reforma do Estado se concentra em cinco tópicos: 1) Ajuste fiscal; 2) Reformas econômicas referenciadas no mercado (para elevar sua capacidade competitiva) acompanhadas de uma política industrial e tecnológica que garantam a "concorrência interna e criem as condições para o

enfrentamento da competição internacional; 3) a reforma da previdência social; 4) a inovação dos instrumentos de política social, proporcionando maior abrangência e promovendo melhor qualidade para os serviços sociais; e 5) a reforma do aparelho do Estado, com vistas a aumentar sua 'governança', ou seja, sua capacidade de implementar de forma eficiente políticas públicas." (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1995)

A reforma se faz em dois níveis. O primeiro, mais amplo, se refere à redefinição dos papéis do Estado, "que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento" (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1995). O segundo nível, de caráter administrativo e gerencial, tem como objetivo conferir "governança"⁸ (viabilidade econômica e administrativa) ao aparelho do Estado. Trata de um câmbio no paradigma administrativo, mudando-se do modelo weberiano racional-legal puro para uma nova administração de caráter gerencialista, baseada na administração de resultados e não mais no controle de processos e sua inflexibilidade normativa (CARDOSO, 1995). Sobre a reforma administrativa, o PDRE nos diz:

pretende-se reforçar a governança - a capacidade de governo do Estado - através da transição programada de um tipo de administração pública burocrática, rígida e ineficiente, voltada para si própria e para o controle interno, para uma administração pública gerencial, flexível e eficiente, voltada para o atendimento do cidadão. O governo brasileiro não carece de "governabilidade", ou seja, de poder para governar, dada sua legitimidade democrática e o apoio com que conta na sociedade civil. Enfrenta, entretanto, um problema de governança, na medida em que sua capacidade de implementar as políticas públicas é limitada pela rigidez e ineficiência da máquina administrativa.

O PDRE divide o Estado em quatro setores⁹: o primeiro setor é o Núcleo Estratégico, que corresponde ao governo, ou seja, "a cúpula dirigente nos Três Poderes"; o segundo setor é o de Atividades Exclusivas", em que o Estado exerce o poder de regulamentar, fomentar e fiscalizar (cobrança e fiscalização de impostos, polícia, previdência social básica, fiscalização e cumprimento de normas sanitárias, de meio-ambiente, de trânsito, emissão de passaportes etc.); o terceiro setor é o de Serviços Não-Exclusivos, em que o Estado atua junto com instituições públicas não-estatais e privadas, cujo produto não pode ser apropriado como lucro, mas distribuído como ganho para toda a sociedade; o quarto setor é o de Produção de Bens e Serviços para o Mercado, correspondendo à atuação de empresas estatais devido à incapacidade do mercado ou por serem de setores naturalmente monopolistas, nos "quais o controle via mercado não é possível, tornando-se necessário no caso de privatização, a regulamentação rígida" (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1995).

Interações entre o público e o privado

⁸ Que se distingue do conceito de "governabilidade", que é a existência de viabilidade política para governar.

⁹ Esta divisão se refere ao Estado, diferindo de uma divisão que se refere à sociedade como um todo, classificando-a em setores de acordo com seus agentes e finalidades: 1º setor, Estado; 2º setor, mercado; 3º setor, sociedade civil. Pode-se identificar também um 4º setor, da corrupção, que é a atuação de agentes públicos para fins privados (FERNANDES, 1994, p.21).

Em contraposição à visão governamental, Fernandes (1994) entende o processo de redefinição do papel estatal e de fortalecimento da sociedade civil como advindo desta e indo de encontro ao Estado.

O autoritarismo dos governos militares na década de 70 fez surgir as associações de moradores para abordar os problemas comunitários. “Combinadas aos núcleos comunitários eclesiais e a projetos subsidiados por agências estrangeiras, as associações de moradores apresentaram o suporte civil para o aprendizado de uma pequena cultura de ação não-governamental que se formava pelas bases, a despeito dos governos autoritários” (FERNANDES, 1994, p.46) .

Um “clima promissor” dos movimentos populares na década de 70 deu lugar a uma “crise de paradigmas” nos anos 80, surgindo nos anos 90 uma nova conformação que estamos chamando de terceiro setor (FERNANDES, 1994, p. 131-2). Num quadro de descrédito em relação à capacidade do Estado deu-se o desenvolvimento de mecanismos de solidariedade social frente às necessidades coletivas, realizados setorialmente. Segundo Fernandes:

A fragmentação característica da “pós-modernidade” traria consigo, na verdade, uma baixa das motivações associativas. Considerando as desigualdades crescentes e o enfraquecimento da capacidade reguladora do Estado, fala-se num cenário de crescente barbarismo. Mas é justamente porque a situação global é tão grave, e as tendências sistêmicas tão alarmantes, que o campo das iniciativas voluntárias é instado a pressionar governos e mercados na busca de alternativas (1994, p. 143).

Citado por Fernandes (1994, p. 19), Salomon descreve uma “revolução associativista” que estaria fazendo surgir um “terceiro setor” caracterizado por

(a) organizações estruturadas; (b) localizadas fora do aparato formal do Estado; (c) que não são destinadas a distribuir lucros aferidos com suas atividades entre os seus diretores ou entre um conjunto de acionistas; (d) autogovernadas; (e) envolvendo indivíduos num significativo esforço voluntário.

Outras características também são apontadas por Fernandes, que considera terceiro setor como sendo “um conjunto de organizações e iniciativas privadas que visam à produção de bens e serviços públicos” (1994, p.21): não apropriação privada de benefícios, reinvestimento de excedentes e benefícios de uso coletivo.

De um modo geral, o terceiro setor é todo o conjunto de iniciativas civis com um fim público, ou seja, destinadas a um fim social e não privado. Neste amplo universo, as Organizações Não-Governamentais – ONG’s – englobam as formas organizativas instituídas formalmente e representantes de interesses sociais específicos junto à sociedade como um todo, mercado inclusive, e ao Estado.

Rubem César Fernandes (1994, p. 21) faz um esquema muito útil, a partir das quatro combinações possíveis entre as esferas pública e privada:

AGENTES		FINS		SETOR
Privados	Para	Privados	=	Mercado
Públicos	Para	Públicos	=	Estado
Privados	Para	Públicos	=	Terceiro setor
Públicos	Para	Privados	=	(corrupção)

Montenegro (1994, p. 11-12) e Fernandes (1994, p. 21-26) ressaltam a dupla oposição que caracteriza o terceiro setor: “não-

governamental” e “não lucrativo”. A primeira oposição ressalta um campo de atuação que, apesar de não ser Estado, têm uma função pública. Engloba-se aí também o mercado que, por sua vez, é delimitado pela negativa seguinte. O termo “não-lucrativo” mantém a posição destacada do Estado, mas assinala a independência e autogestão do terceiro setor, distinguindo-o do mercado. É um setor que presta serviços coletivos sem lançar mão do poder de coerção (Estado) ou almejar lucro (mercado).

[O terceiro setor constitui] uma esfera institucional distinta, cujas características próprias lhes são dadas justamente pela negação do lucro ou do poder de estado. Submetidas a este duplo constrangimento em sua própria definição estatutária, as organizações do terceiro setor distinguem-se pela insistência nos valores que ultrapassam a utilidade. É a partir desta pressuposição que os jogos de interesse e de poder ganham concretude e especificidade entre as múltiplas atividades que compõem o “terceiro setor” (FERNANDES, 1994, p. 24-5).

O terceiro setor motiva-se pela consciência da responsabilidade individual frente a toda a sociedade. Essa responsabilidade realiza-se, entretanto, de formas diversas, permeando um amplo leque de serviços sociais que passam pelos pajés e rezadores comuns em todo o Brasil indo até formas de caridade e organizações religiosas.

Se a sociedade civil é a ponta do iceberg, abaixo da linha d'água encontramos bem mais do que a falta da lei. Não é um território vazio de valores ou de sociabilidades. Não é o reino da natureza ou da selvageria. É, ao contrário, um campo pleno de vida simbólica e de dinâmicas criativas. Trágico, no entanto, é que, estando à margem das instituições civis, fica exposto aos poderes paralelos e a regras tirânicas de exercício do poder. [...] A única opção, como todos sabem, é integrar as margens (majoritárias) no sistema civil abrangente. [...] [Desenvolver dinâmicas integradoras] implica, sobretudo, ampliar a linguagem da cidadania para além de suas conotações jurídicas e políticas, indagando-se de sua

contribuição para os valores que sustentam a vida em comum da maioria dos latino-americanos. [...] Abrir-se em suma para as interações possíveis entre o abstrato da lei e os concretos culturais. Ou a sociedade civil encontra meios para dialogar com as autoridades morais que habitam as margens, ou ela continuará a se impor como uma força externa e distante, sempre devedora dos problemas que lá se apresentam (FERNANDES, 1994, p. 125-6).

Alguns autores, frente à grande variedade de tipos possíveis dentro do terceiro setor e das ONG's, direcionam seu enfoque militante para as organizações comprometidas com uma mudança social do ponto de vista da luta de classes. Grossi, citado por Montenegro (1994, p. 10) define as ONG's como sendo "um tipo particular de organizações que não dependem nem econômica nem institucionalmente do Estado, que se dedicam a tarefas de promoção social, educação, comunicação e investigação/experimentação, sem fins de lucro, e cujo objetivo final é a melhoria da qualidade de vida dos setores mais oprimidos".

Montenegro trabalha com um tipo específico de ONG's que intitula progressistas (ONGP's). Essa denominação, "de acordo com Leilah Landim, se deve ao fato de estarem interessadas na transformação social, pautadas principalmente no ideário marxista, gramsciano ou, ainda, das Igrejas progressistas ou dos modernos movimentos sociais" (1994, p. 14). Embora útil para delimitar um campo de entidades comprometidas com a superação da luta de classes, essa delimitação leva à exclusão de amplos setores da solidariedade e sociabilidade, efetivamente comprometidos com a promoção social.

Fernandes nos alerta que devido à marginalização de grande parcela da sociedade latino-americana, o conceito de terceiro setor não deve se limitar às instituições formais, mas abranger todas as formas de organização para prestação de serviços de interesse social, como

redes de serviços de saúde alternativos, associações, organizações religiosas etc. Neste sentido nos diz:

[A cidadania] é ainda um privilégio das classes educadas e da sociedade civil organizada. [...] as maiorias pobres permanecem em grande parte marginalizadas. Por esta razão, o conceito do terceiro setor na América Latina não deve ser restringido ao tipo de institucionalidade formal que é própria às dimensões legais da sociedade civil. (1994, p. 141)

Fernandes nos mostra que este terceiro setor é interrelacionado com o Estado e o mercado, é composto por indivíduos, absorvendo também, por seu lado, as “problemáticas do interesse e do poder”:

O terceiro setor não é feito de matéria angelical. A persuasão gera coerções morais e ideológicas cujo poderio sobre os indivíduos não há de ser subestimado. Onde eficaz, a dedicação voluntária gera recursos e as conseqüentes disputas pela sua distribuição. As instituições resultantes deste gênero de atividade incorporam a necessidade da auto-reprodução e passam a funcionar com os cacoetes característicos das corporações. Formam um mercado de trabalho específico. Influenciam a legislação em seus mais variados domínios e condicionam os orçamentos dos governos, das empresas e dos indivíduos (FERNANDES, 1994, p. 24).

Fernandes (1994, p. 128) identifica quatro segmentos principais no terceiro setor: 1. Formas tradicionais de ajuda mútua; 2. Movimentos sociais e associações civis; 3. ONG's; e 4. Filantropia empresarial. Segundo este autor, as categorias 1 e 4 se apresentaram intimamente relacionadas nas décadas de 70 e 80. As categorias 2 e 3 se desenvolveram se afirmando contra um paternalismo presente nas outras categorias e mantendo, muitas delas, uma postura de distância e desconfiança com os governos. No entanto,

Os movimentos sociais e as ONG's sofriam um problema de isolamento – rompendo com as formas tradicionais de ajuda mútua e de assistência, criavam uma distância não-intencional com as maiorias pobres; combatendo as empresas e o governo, afastavam-se das elites.

Trabalharemos aqui a dinâmica e questões colocadas para as ONG's, entendidas por nós como organizações formais originadas por iniciativa da sociedade civil, sem fins lucrativos, autônomas e dedicadas à atenção de uma ou mais demandas sociais¹⁰.

Deslocamento de poder

A descentralização pressupõe um deslocamento de poder de um nível central para sua periferia. Uga (apud STEIN, 1997) define descentralização como “um processo de distribuição de poder que pressupõe, por um lado, a redistribuição dos espaços de exercício de poder –ou dos objetos de decisão- isto é, das atribuições inerentes a cada esfera de governo e, por outro, a redistribuição dos meios para exercitar o poder, ou seja, os recursos humanos, financeiros, físicos”.

O IPEA aponta também uma tendência à

reformulação espacial dos núcleos e dos fluxos de poder, seja fortalecendo a globalização, seja o seu inverso, a descentralização. No primeiro caso, o palco das mudanças concentra-se em torno de uma nova ordem econômica mundial, dos desafios da integração competitiva e de um avançado sistema tecnológico de comunicações. No segundo caso, os atores principais são a comunidade participativa, as minorias, e

¹⁰ Para uma visão geral das várias conceituações de ONG ver MORALES, 1999.

a cidade como ponto de referência do poder local. (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 1994, p. XIV)

Para Stein (1997) e Pereira (1996) a descentralização político-administrativa é pré-requisito funcional do processo democrático. A democratização é automaticamente relacionada à “ampliação da democracia e da participação popular, como reação contrária ao autoritarismo e à centralização. Mas, esta relação direta só pode ser feita se contemplar a intermediação da participação popular e do controle social, que pressupõe a intermediação das divergências sociais como um instrumento da participação popular e do controle social” (STEIN, 1997, p.22).

Neste sentido, a Constituição de 1988 aparece possibilitando um novo quadro democrático.

O significado inovador da Constituição de 1988 foi [...] o de consolidar tendências da democracia participativa em detrimento inclusive da já conhecida *democracia representativa*, comprometida com a velha ordem, mas dirigida no sentido de fortalecer o controle social e a descentralização. Suas ambigüidades evidentes encarnaram, naquele momento, as perplexidades e cisões da sociedade organizada, dividida entre a cidadania libertária, os anseios liberais da livre iniciativa e o “canto do cisne” do corporativismo profissional e estatal. (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 1994, p. IX)

Assim sendo, pode ser identificada com um movimento de democratização. No entanto, é temeroso considerar que uma organização civil é automaticamente uma representação da sociedade. Normalmente direcionadas a problemas específicos, perdem a capacidade de intervenção global e se desenvolvem como representantes de um setor. Ganham contudo uma capacidade de se multiplicar tanto quanto forem as necessidades de intervenção, com a

vantagem de serem burocraticamente leves e institucionalmente desamarradas. Sobre isso, Fernandes nos diz:

[...] as ONG's não possuem um caráter representativo. À diferença dos sindicatos, das associações de moradores ou mesmo dos movimentos sociais, as ONG's não podem falar ou agir em nome de terceiros. Fazem-no somente em nome próprio. Em conseqüência, não dependem do complexo jogo político implicado nos sistemas representativos para legitimar as suas decisões. Mais ainda, sendo particulares, as ONG's podem, em princípio, multiplicar-se indefinidamente, em função das demandas e das iniciativas, sem que isto tampouco coloque problemas de legitimidade. O valor que lhes é atribuído deriva das respostas obtidas aos serviços que têm para oferecer (1994, p. 66-67).

No mesmo sentido Lúcia Pontes e Silvio Bava nos dizem sobre as ONG's que

seu compromisso político é o fundamento básico de sua identidade, mas sua capacidade técnica e sua eficiência são os seus grandes desafios e o que lhes garante, ao mesmo tempo, espaço e reconhecimento tanto por parte do Estado quanto dos seus parceiros na sociedade. [...] ONG não é sindicato, não representa ninguém. Se afirma pelo trabalho que faz, por sua competência, ou desaparece (1996, p. 136).

Nova relação entre Estado e sociedade

Na realidade existe a convivência de duas concepções contraditórias sobre o desenvolvimento do terceiro setor. Por um lado um Estado incentivando o crescimento da responsabilidade da sociedade civil sobre seus problemas, com vistas a reduzir o custo do

setor público estatal; por outro lado, a sociedade civil assumindo iniciativas na resolução de problemas localizados como forma de promoção da cidadania, ou seja, divulgação de direitos que devem ser garantidos pelo Estado.

Stein (1997) nos chama a atenção para a tensão existente entre essas duas visões contraditórias de descentralização:

[de um lado] afirma-se a vertente neoliberal que, fundamentada na tese da redução do tamanho e das funções do Estado, desmantela ou residualiza programas e serviços sociais em nome da liberdade ou da autonomia individuais. De outro lado, tem-se a posição contrária à ideologia neoliberal, que aponta para a necessidade de concertação entre a sociedade e o Estado, incumbindo a este importantes funções de regulação e provisão sociais sob a forma de uma sociedade politizada (p.15).

Esta autora também nos diz que este processo de mudança pode ser extremamente favorável para o surgimento e apropriação de novos espaços de luta para a participação social. Alguns obstáculos a isso são identificados pelo próprio governo brasileiro. O IPEA identifica no sistema legal e na filosofia do Direito Público do Estado brasileiro uma superestrutura intervencionista e centralista que

é intrinsecamente hostil à idéia de parceria e de controle de desempenho e a lógica processual determina a supremacia da atividade-meio sobre a atividade-fim. Fruto de uma relação assimétrica entre o Estado e a sociedade, e de uma situação de forte desequilíbrio entre um Estado condutor e uma Nação débil e passiva, esta legislação precisa ser imediatamente revista, não apenas sob a inspiração de uma iniciativa civil mais dinâmica, como apregoa o sistema saxônico, mas também de uma jurisprudência mais flexível que [...] adapte e reinterprete, em função das circunstâncias e das mudanças políticas, o espírito das leis. (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 1994, p. XV)

O IPEA identifica algumas distorções no setor público (carência de técnicos, supremacia das atividades-meio, estabilidade de emprego etc.) que levariam à existência de um aparelho estatal “cada vez mais distanciado de suas funções públicas, desarticulado e inerte, sem cadeias operacionais de comando mas, ainda assim, baseado em rígidas e ultrapassadas hierarquias internas de poder” (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 1994). Este aparelho estaria inserido num contexto de desconstrução do setor estatal levado a cabo nos governos Sarney e Collor, estancado no Governo Itamar mas deixado para o Governo FHC em seu limite, necessitando ser redimensionado. Mas o IPEA também adverte sobre a necessidade de corrigir o uso de agentes públicos voltados para fins privados:

Para empreender uma verdadeira reforma do estado é preciso, antes de mais nada, mudar a composição das elites políticas e burocráticas que o comandam, bem como os métodos de comunicação com a sociedade e a cultura política que as inspira, baseados na troca de favores fisiológica e clientelista (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 1994, p. IX).

1.2 A reforma sanitária brasileira e a saúde indígena

Os últimos 30 anos foram de intenso debate sobre o fazer sanitário no Brasil. Ao final da década de 80 essa discussão passará a permear o campo da saúde indígena trazendo para ela as diretrizes de descentralização, controle social e integralidade das ações de saúde, portanto, fortalecimento e equidade. A seguir, procuraremos traçar a trajetória da Reforma Sanitária Brasileira e sua luta com o modelo privatista culminando nos dias atuais com a assimilação de princípios

na Constituição Federal e a crescente implantação do Sistema Único de Saúde.

Desde a década de 70 dois modelos sanitários disputam espaço na sociedade brasileira. O primeiro, privatista, como vimos na ótica neoliberal, se baseia na contenção de gastos por parte do Governo, via racionalização e terceirização, ficando a cargo do mercado a maior parte da assistência e a cargo do Estado apenas uma pequena parcela da população - a que não tem acesso ao mercado. Na década de 70 esse modelo foi hegemônico politicamente e materializou-se na política do antigo Instituto Nacional de Previdência Social - INPS. Contrapondo-se a este, o segundo modelo, da Reforma Sanitária, se baseia na mobilização de profissionais de saúde e movimentos sociais para reivindicar um compromisso do Estado com a sociedade, numa concepção de estado democrático e de direitos, tendo o cidadão como sujeito na gestão do sistema de saúde. (BRAVO, 2001; TINOCO, 2001)

A saúde pública no Brasil acompanhou um modelo "campanhista" do início do século até meados dos anos 60. O modelo econômico agro-exportador requeria ações apenas nas áreas de influência das produções. A atenção médica nas cidades era feita por consultórios particulares e nas instituições religiosas e filantrópicas. Com a crescente industrialização do país, a partir da década de 50, o crescimento do número de operários nas cidades passa a exigir uma expansão da assistência médica pela Previdência Social. Configura-se então, de meados da década de 60 até meados da de 80, um modelo "médico-assistencial privatista" com três características principais:

- a) o Estado como o grande financiador dos sistema, através da Previdência Social e como prestador de serviços aos não integrados economicamente;

b) o setor privado nacional como o maior prestador de serviços de assistência médica;

c) o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos. (MENDES, 1993 apud BUSS, 1995, p. 76)

Esse modelo contou com um aumento do papel regulador do Estado, a expulsão dos trabalhadores do controle da Previdência Social e uma aliança entre a tecnoburocracia previdenciária e o setor médico-empresarial da saúde, fazendo parte das políticas compensatórias lançadas pelos governos militares, financiadas pelo "milagre" econômico da década de 70. Naqueles anos, o setor privado de saúde terá seu crescimento financiado pelo Estado e garantido o mercado por ele, através da compra de serviços pela Previdência. No entanto, este modelo é excludente das classes populares, tanto a nível de assistência como de participação nas decisões, e sofre desde o início a crítica dos setores envolvidos com a saúde pública (BUSS, 1995, p. 76-78).

A organização dos meios acadêmicos no Centro Brasileiro de Estudos da Saúde - CEBES e na Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO permite uma aglutinação do pensamento crítico em saúde que, somada a experiências de sistemas locais bem sucedidas em prefeituras, às discussões no Poder Legislativo e a programas no Governo Federal de prevenção e saneamento (levados a efeito por burocratas críticos ao modelo médico-assistencial privatista) passaram a colocar para o país as idéias de sistemas locais de saúde e de atenção primária lançadas na Conferência de Alma-Ata em 1979 (BUSS, 1995, p. 78).

O financiamento do modelo médico-assistencial privatista pela Previdência fica inviabilizado nos anos 80 devido à recessão

econômica, à crise fiscal da Previdência e à elevação dos custos da assistência médica. Neste quadro, cresce a insatisfação da classe média da população, ao mesmo tempo que a "atenção médica supletiva" (medicina de grupo) se alavanca. O clima de abertura política passa a viabilizar uma maior participação dos trabalhadores e movimentos sociais. Em 1981 é criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária - CONASP com o objetivo de reorganizar a assistência médica, reduzindo seus custos. Um primeiro passo tomado é a criação do Programa de Ações Integradas de Saúde - AIS que é uma primeira referência à unificação do sistema de saúde no país, articulando as ações do Ministério da Saúde, INAMPS e Secretarias Estaduais de Saúde. No CONASP, passou a ocorrer uma disputa entre as opções privatista, estatizante e reformista do Sistema de saúde (BUSS, 1995, p. 79-80).

Com o processo de redemocratização, técnicos ligados ao pensamento da reforma sanitária passam a ocupar cargos de decisão no Governo. Ao final da Nova República são convocadas tanto a Assembléia Nacional Constituinte quanto a VIII Conferência Nacional de Saúde (março de 1988). O relatório da VIII CNS será usado como base para construção do capítulo de saúde da nova Constituição Federal promulgada em 1988.

Sintetizando este movimento nos diz Aldo Tinoco (2001):

Na década de 70, surgia um movimento nacional que se contrapunha à hegemonia da política de mercantilização da medicina sob o comando da Previdência Social.

...Cronologicamente e para dar respostas a esses movimentos sociais emergentes, criava-se em 1974 o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) ficando com o atendimento médico individualizado e o Ministério da Saúde com ações na área de interesse coletivo e caráter normativo. Em 1977, se criava o SINPAS, que enfatizava o modelo privatizante mas, no entanto, abria espaços para, mesmo que de forma

embrionária, aquele movimento nacional iniciasse as ações de atenção integral na rede pública, co-gestão, planejamento e participação popular. Em 1976, profissionais de saúde criam o CEBES que apóia, através da sua revista Saúde em Debate, a reorganização do SUS. Em 1979 a ABRASCO então criada, se junta ao movimento e lança-se as teses da descentralização, hierarquização, regionalização e defesa aos serviços básicos de saúde. Em 1981 o governo cria o CONASP, surge naquele momento o projeto de Ações Integradas de Saúde – AIS (1983-1984). Em 87, surge a proposta do SUDS: organização descentralizada do Sistema de Saúde, setor público executor da política, e complementarmente privilegiando o filantrópico em relação ao privado. A 8a Conferência Nacional de Saúde representou um marco, lançando um programa para a Reforma Sanitária que defendia a constituição do SUS cujas ações e serviços seriam públicos e extensivos a toda população, enfrentava os grandes grupos multinacionais e nacionais defensores do setor hospitalar privado.

A concepção de sistema de saúde sustentada pelo movimento sanitário brasileiro ao longo de vinte anos foi assimilada em muitos aspectos na carta magna, propondo toda uma nova lógica organizacional e doutrinária para o setor saúde. Segundo Buss (1995), existem três componentes essenciais na seção saúde da Constituição Federal de 1988:

- a) o conceito de saúde, ao remeter seu equacionamento às políticas econômicas e sociais, ao lado das ações específicas de promoção e recuperação da saúde;
- b) a explicitação do direito universal e igualitário dos cidadãos à saúde e do dever do Estado em assegurar tal direito;
- c) a explicitação de um modelo de organização para o sistema de saúde, seus componentes, funções e relações, criando o Sistema Único de Saúde, integrado pelos serviços públicos, complementado pelos serviços privados, em rede regionalizada e hierarquizada, e segundo as diretrizes de comando único em cada nível de governo, descentralização e participação social.

A defesa da eqüidade presente na nova definição legal se dá em um país com grandes diferenças quanto ao acesso de sua população aos serviços de saúde, uma vez que estão concentrados nos meios urbanos, nas regiões sul e centro-oeste - em detrimento principalmente do norte e nordeste, utilizado pela população com maior nível de renda - em detrimento dos de baixa ou nenhuma renda¹¹. Em 1989, apesar de serem públicos 65% dos estabelecimentos de saúde (de todas as categorias), apenas 22,9% dos leitos hospitalares eram públicos. (BUSS, 1995, p. 84). Buss nos diz que, em 1989:

A distribuição dos recursos hospitalares é bastante desigual no país: eles são mais escassos no interior, do que na capital dos estados; nas zonas rurais do que nas zonas urbanas; e nos estados mais pobres do que nos mais ricos. Essa situação é expressão da política de expansão da rede privada de saúde financiada com recursos públicos nas décadas de 70 e 80 que, evidentemente, prefere fazer seus investimentos nas áreas de maior dinamismo econômico.

Mais de um terço (ou 1.508) dos municípios brasileiros não dispunham sequer de um hospital ou, mesmo, de uma unidade simples de internação (IBGE/MAS, 1989) (BUSS, 1995, p. 85).

E complementa:

Entre 1960 e 1990 a população brasileira cresceu aproximadamente 104% e a capacidade instalada de leitos foi incrementada cerca de 143%. No mesmo período, os leitos privados cresceram 191% e os leitos públicos apenas 58%, expressando a clara política de privatização ... (BUSS, 1995, p. 85-6)

Apesar da grande participação privada na propriedade da infraestrutura instalada, o montante de recursos investidos nos custeio das

¹¹ Paulo Buss detalha em seu artigo os indicadores de infra-estrutura, acessibilidade, recursos humanos e gastos no setor saúde, tendo com base o ano de 1998 (BUSS, 1995, p.82-96).

internações é quase exclusivamente público, em 1989 "o setor público ofereceu, direta ou indiretamente por meio da compra de serviços, cerca de 75% de todas as internações registradas no país" (BUSS, 1995, p. 87).

Buss (1995) conclui em seu texto que os avanços legais obtidos na constituição de 1988 não se refletiram como melhorias na qualidade e cobertura do sistema de saúde. Assim sendo, coloca como desafios ainda a serem enfrentados na consolidação do SUS a profissionalização dos quadros administrativos e gerenciais, a motivação e a preparação das equipes profissionais, a necessidade de triplicar os gastos públicos para atingir um patamar de U\$300.00 *per capita*, a ampliação da qualidade e cobertura do sistema, a efetiva descentralização para o nível local e a reinvenção do papel regulador do Estado.

Convém também lembrar que a dimensão democrática do conflito na sociedade, representada pela disputa de modelos sanitários, não pode ser contornada pelo discurso técnico. Como nos diz Almeida:

Na conjuntura atual de reformas setoriais, o princípio da equidade, presente na agenda reformadora, freqüentemente está condicionado aos objetivos de eficiência, submetida aos "limites de caixa", e de custo-efetividade, que, por sua vez, não incluem a análise dos objetivos de determinada política e excluem explicitamente a valoração dos fins que a justificam, cuja definição e implementação pertencem ao campo político e não à análise técnica (2000, p.86).

O movimento sanitário brasileiro colocou para a sociedade o horizonte da equidade em saúde, mas o Estado neoliberal a pensa como mínima. Vejamos a seguir a dinâmica das reformas no setor saúde.

As reformas no setor saúde

Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde e em 1988 na Constituição Federal são assimilados para o sistema de saúde os princípios preconizados pelo movimento sanitário brasileiro: o acesso universal, a equidade, o controle social, a gestão única em cada nível de governo e a responsabilidade do Estado pela saúde do cidadão. É promulgada a Lei Orgânica da Saúde e as Normas Operacionais Básicas - NOB são instituídas como instrumentos reguladores da construção do Sistema Único de Saúde. Segundo Bueno e Merhi:

já na sua primeira versão - a NOB 91 - apresenta dois importantes retrocessos em relação a certas expectativas legais abertas na Lei Orgânica quando não consegue regulamentar o seu artigo 35, construindo as diretrizes do financiamento ..., e transformando os sistemas estaduais e municipais de saúde em meros prestadores de serviços, cerceando suas prerrogativas de gestão nos distintos níveis de governo. (2000 [1997], p.1)

A NOB93 adota como questão principal a municipalização e cria as classificações de gestão insipiente, parcial e semi-plena, passos para que “o município pudesse assumir o papel de gestor pleno do sistema, que se consolidaria a nível estadual e nacional na relação inter gestora das Comissões Bipartides e Tripartides, sob o controle social dos Conselhos de Saúde, com caráter deliberativo e paritário em cada nível de governo” (BUENO; MERHI. 2000 [1997], p.1).

A NOB96 avança na relação intergestores e na política de financiamento, através da definição clara dos papéis de cada nível e da ampliação dos repasses de recursos fundo a fundo. Por outro lado, limita a gestão plena pelos municípios quando cria ações e projetos centralizados no Ministério da Saúde e ao estabelecer incentivos para um pacote de serviços mínimos, deixando ao mercado espaço para se apropriar da prestação dos restantes serviços (BUENO; MERHI. 2000 [1997], p.4). Para Bueno e Merhi, o governo brasileiro vem deliberadamente impedindo a implementação do SUS, em favor do modelo neoliberal privatista de saúde. Isto é visto em quatro eventos: na demora na implantação do SUS; na inadequação de suas formas de financiamento; no não fomento de formas de gestão eficientes e ágeis; e na não busca de operacionalizar a assistência com eficácia e qualidade (2000 [1997], p.6).

O processo de descentralização do SUS tem sido empreendido através de inúmeros atos do Ministério da Saúde, como o estabelecimento e regulamentação do Piso de Atenção Básica - PAB para estados e municípios (Portaria Nº 1882/GM), atuação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Portaria Nº 1886/GM), Programa de Saúde da Família (Portaria Nº 1886/GM), incentivos às Ações Básicas de Vigilância Sanitária (Portaria Nº 2283/GM) e outros.

Detalhando a NOB96, o Ministério da Saúde editou a Portaria Nº 1.399/GM de 15/12/1999. Esta Portaria avança no processo de descentralização dos serviços do Sistema Único de Saúde, definindo as competências dos três níveis de governo no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, competindo ao Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde FUNASA, sua gestão no âmbito nacional, com atividades de coordenação, assistência técnica a estados e municípios, gestão do sistema de informações, fornecimento de insumos estratégicos e

normatização técnica. Esta norma cria os institutos da Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças/PPI-ECD (onde metas e atividades são definidas a nível federal) e um Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças - TFECD (mecanismo de financiamento que define os repasses a estados e municípios com base na classificação destes em três grupos com valores per capita e por quilômetro quadrado diferenciados)¹². A Portaria N° 1399/GM/1999 também inclui as ações de saúde indígena, estando assim definida a competência: "execução, direta ou indireta, das atividades de prevenção e controle de doenças, quando direcionadas aos povos indígenas, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde- SMS e Secretarias Estaduais de Saúde - SES".

Os Decretos N° 4.726/GM e 4.727/GM, de 07 de julho de 2003, reestruturam o Ministério da Saúde e a Fundação Nacional de Saúde, transferindo para o primeiro, entre outras, a competência da gestão do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde, incluindo ambiente de trabalho; do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, nos aspectos pertinentes à vigilância epidemiológica e ambiental em saúde; dos Sistemas de Informação Epidemiológica; e do Programa Nacional de Imunizações. À Funasa cabem as ações de saneamento em áreas indígenas e, Departamento de Saúde Indígena planejar, coordenar e supervisionar a execução das atividades relativas a:

- I - proposição de políticas e de ações de educação em saúde pública voltada para a assistência à saúde das populações indígenas;
- II - promoção, proteção e recuperação da saúde dos povos indígenas, segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada comunidade;
- III - organização das atividades de atendimento integral à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde; e

¹² Regulamentado pela Portaria MS/SE 950 de 23/12/1999.

IV - ações e serviços desenvolvidos pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, assegurando os serviços de atendimento básico nas terras indígenas.

A Emenda Constitucional Nº 029, de 13 de setembro de 2000, altera os dispositivos constitucionais sobre financiamento do setor saúde vinculando os gastos de estados e municípios progressivamente até um nível de 12% da arrecadação com impostos e transferências federais constitucionais. No caso da União, os gastos são indexados à variação do Produto Interno Bruto (ROSINHA, 2000).

Reforma do Estado na saúde indígena

Todos os problemas colocados para o Sistema Único de Saúde como um todo são também extensíveis ao setor da atenção médico-sanitária para os povos indígenas. Passaremos agora a ver a evolução legal recente no campo da saúde indígena.

Em 1999 vários atos serão promulgados no sentido de avançar na organização de um subsistema de atenção à saúde indígena. A nosso ver, a tomada de decisão do Ministério da Saúde em relação à saúde indígena, deu-se como forma de viabilizar a descentralização da Fundação Nacional de Saúde e conforma um padrão almejado na reforma do Estado, de uma administração pública eficaz, constituinte de um Estado mínimo¹³ e voltado para a proteção focalizada em grupos

¹³ Agora revisto como um instrumento necessário ao desenvolvimento, fomentador de uma estrutura eficaz e próxima à sociedade via co-participação. Esta participação

sociais vulneráveis e, em contrapartida, com grande pressão para que se desenvolva uma burocracia despolitizada e profissional, tendente a esvaziar com sua eficiência técnica as demandas da sociedade civil, enfraquecendo-a (LAURELL, 2000, p.35-49; SANTOS, 1998 *apud* ALMEIDA, 2000, p.72).

O perigo da focalização das políticas sociais é seu caráter excludente. Uma vez que uma população deixa de apresentar os critérios que a estabeleciam como vulneráveis, o Estado pode julgar-se desobrigado de direcionar a ela ações especiais, remetendo-a para a busca de suas necessidades no mercado. O direito ao provimento das necessidades sociais básicas por parte do Estado, passa a ser condicionado a uma situação de perpetuação da exclusão.

Sobre isso, e referindo-se à América Latina, nos dizem Escorel e Giovanella:

As políticas de caráter focal certamente não conseguem resolver as profundas desigualdades sociais existentes nos países da região. O estabelecimento de um sistema que trate exclusivamente dos pobres – ou, apenas dos miseráveis, como alguns sugerem - em suas necessidades mínimas, poderia contribuir para consolidar diferenças, discriminando-os e condenando-os a um sistema de serviços limitados e de qualidade inferior, instituindo níveis de solidariedade muito aquém daqueles que a consolidação de uma sociedade democrática requer (1999, p.04).

Citando Habermas, Varga nos diz que as políticas sociais são um mecanismo de legitimação, consolidação e expansão do capitalismo contemporâneo que delas depende para amortecer seus conflitos internos mas encontra-se tencionado pelas contradições entre

social, cidadã e direta, e a ação específica direcionada aos grupos sociais de maior vulnerabilidade são mecanismos de garantia de legitimidade preconizados pelo Banco Mundial, necessários para alcançar as metas das reformas neoliberais. (LAURELL, 2000, p.48)

o crescimento do sistema econômico e o crescimento das políticas sociais (1998). Na concepção neoliberal, o fornecimento de serviços mínimos para as camadas vulneráveis da população nacional deve ser feita "idealmente" sob formas que as venham a incorporar ao mercado (Laurell, 2000, p.43). É legítimo questionar se as garantias hoje postas aos povos indígenas não seguirão esta lógica de inclusão no mercado. Possibilidades para isso podem estar se desenvolvendo nas atuais demandas¹⁴ pela regulamentação da exploração mineral e da indústria do turismo em terras indígenas. O estabelecimento de fundos abastecidos pelos *royalties* das atividades industriais poderão ter o efeito de suplantarem os investimentos públicos, inclusive nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, e levar ao estabelecimento de programas autônomos, de caráter "indigenista empresarial", nos moldes dos existentes para os Waimiri-Atroari e Parakanã. Esta alternativa "empresarial" supõe a inexistência de autonomia, com um intenso controle da vida indígena, nos moldes de uma instituição total¹⁵.

A FUNAI e a sociedade civil acompanham a sucessão de atos, aquela vendo escapar-lhe uma atividade de muito peso no orçamento e na legitimação de suas ações e esta, numa expectativa positiva de ver implementado o modelo sanitário proposto desde 1986, embora desconfiada quanto à sustentabilidade do modelo em implantação, baseado na descentralização via convênios com organizações da sociedade civil e prefeituras.

¹⁴ Esta demanda está colocada na atual revisão da Lei Nº 6.001/73 (Estatuto do Índio).

¹⁵ Sobre o "indigenismo empresarial", ver BAINES, Stephen. "Os Waimiri-Atroari e a Invenção Social da Etnicidade pelo Indigenismo Empresarial". In **Anuário Antropológico/94**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1995. P. 127-159. e BAINES, Stephen. "O Território dos Waimiri-Atroari e o Indigenismo Empresarial". In **Ciências Sociais Hoje**. São Paulo: HUCITEC/ANPOCS, 1993. P. 219-243.

Por outro lado, Varga nos chama a atenção para uma certa desconfiança existente nas organizações não-governamentais em relação a estabelecer parcerias com um Estado tido como caracterizado por práticas autoritárias (ou pelo menos com um ranço herdado do longo período militar), de administração ineficaz e corrupta. Ao mesmo tempo o autor diz existir uma certa disputa de mercado, uma vez que a atuação das ONG's em parte se estabeleceu sobre as falhas na presença social do Estado. Conclui, no entanto, que estes aspectos devem ser superados num momento em que o Estado se reconhece inoperante e, via terceirização, busca a contribuição das entidades da sociedade civil, devendo estas mostrarem transparência, tal qual reivindicam na esfera estatal (VARGA, p.12-13).

A terceirização de serviços a ONG coloca também uma tensão com os municípios, alguns vendo entidades de caráter privado receberem do Governo Federal, via convênio para a saúde indígena, montantes financeiros superiores aos repassados fundo-a-fundo pelo SUS no piso de atenção básica, para assistência básica à saúde em seu território.

Lei Arouca

A Lei Nº 9.836 de 24/09/1999 (Lei Arouca) criou no Sistema Único de Saúde um subsistema de saúde indígena. Esta lei alterou a Lei Nº 8.080/90, acrescentando-lhe um capítulo específico e inovou nos seguintes aspectos: cria um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; institui os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI; cria o relacionamento entre o subsistema de saúde e os órgãos responsáveis pela política indigenista; permite uma atuação complementar por parte de Estados, Municípios e ONG's; determina a necessidade de

diferenciação na organização do SUS para atender às especificidades da clientela, recuperando o princípio de equanimidade das ações de saúde; possibilita a representação indígena nos conselhos nacional, estaduais e municipais; estabelece o financiamento no âmbito da União para os DSEI; adota uma concepção de saúde integral e diferenciada (presente em todos os projetos anteriores e princípio do SUS); aplica os princípios do SUS de descentralização, hierarquização e regionalização.

A promulgação da Lei Arouca, criando o subsistema de saúde indígena dentro do SUS é um ato de grande relevância. Antes, a FUNASA encaminhara a edição de várias normas baseadas em legislação inferior à Lei Ordinária, com elevado grau de acerto técnico, e que não foram revogadas pelo estabelecido na Lei Arouca, tendo somente esta fixado os princípios doutrinários do subsistema de saúde indígena.

Ao se tornar parte do SUS, a saúde indígena passou também a ter para si o disposto na Lei Nº 8.142/90, que dispõe sobre o controle social e financiamento no SUS.

Entre as normas editadas logo antes da Lei Arouca, temos a Medida Provisória Nº 1.911-8, de julho, o Decreto Nº 3.156, de agosto e a Portaria Nº 1.163/GM/MS de setembro. Em seu momento, elas têm um grande impacto, sinalizando uma tomada de decisão governamental e uma nova vontade política quanto ao fazer sanitário-indigenista.

A Medida Provisória Nº 1.911-8, de 29 de julho de 1999 trata do repasse de estrutura e recursos humanos e orçamentários da FUNAI para a FUNASA, não alterando as atribuições institucionais dadas pelo Decreto Nº 1.141/94. O Decreto Nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, aplica à saúde indígena os princípios do SUS de

descentralização, hierarquização e regionalização e institui Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI. A Portaria Nº 1.163/GM do Ministério da Saúde, de 14 de setembro de 1999, detalha a inserção da saúde indígena no SUS e cria dois incentivos financeiros à saúde indígena, um à atenção básica (para municípios) e outro à atenção especializada (para estabelecimentos de saúde), oriundos de recursos da Secretaria de Políticas Especiais do MS¹⁶.

Sob o ângulo da equidade, as mudanças no arcabouço legal a partir de 1999 representam grande avanço, uma vez que seguem as recomendações da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas. A saúde indígena insere-se formalmente no SUS e obedece seus princípios gerais de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social. Inicia-se a implementação de um processo de distritalização sanitária para populações indígenas, compondo 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, estabelecendo parcerias com entidades civis sem fins lucrativos e governamentais para a execução da assistência médico sanitária.

Paradoxalmente, a instalação do subsistema de saúde indígena atende tanto às reivindicações do movimento sanitário-indigenista e indígena quanto à decisão governamental de descentralização do Estado. A primeira motivação é baseada no reconhecimento de direitos de cidadania que devem necessariamente garantidos pelo Estado. A segunda, na estratégia de esvaziamento da função executiva do aparelho estatal, de repasse de responsabilidades à sociedade e da garantia de um mínimo de serviços a populações vulneráveis. Estabelece-se um embate entre dois projetos societários que se alimentam um do outro para atingir seus objetivos.

¹⁶ A partir de 2003, da Secretaria de Atenção à Saúde, em consequência do Decreto Nº 4.726/GM, de 07 de julho de 2003.

Sob o ângulo do controle social, o grande desafio para a evolução democrática deste embate político é a manutenção de estruturas capazes de fazer o acompanhamento da execução das atividades, das contrapartidas dos atores envolvidos (governamentais e não-governamentais) dando voz ao usuário do sistema. Os conselhos distritais e locais de saúde são os mecanismos de controle social privilegiados para mediar essa disputa.

O novo quadro jurídico propicia o início da integração com o sistema único de saúde, do reconhecimento das especificidades da saúde indígena e da institucionalização de espaços de controle social com a possibilidade de participação direta das populações indígenas, representando para elas um empoderamento.

3. Amazônia: Estado, sociedade e saúde indígena

Neste capítulo vamos abordar a questão da relação Estado-sociedade e saúde na Amazônia onde se situam os Yanomami e o DSY. Em primeiro lugar veremos a dinâmica política da questão Yanomami, em seguida abordaremos o percurso sanitário daquela etnia.

Apesar do arcabouço legal brasileiro pressupor um mínimo de equidade nas políticas sociais, como vimos, na prática o que existe é a iniquidade. Ao longo da história do Brasil as populações indígenas aparecem sempre como um problema a ser solucionado. A atuação do Estado brasileiro tem se dado quase uniformemente marcada pela sua ausência e insuficiência, muitas vezes com uma atuação abertamente vinculada às demandas do grande capital. Este padrão tende a ser alterado a partir da Constituição Federal de 1988, com a assimilação da noção de nação pluriétnica e da autodeterminação dos povos indígenas, abandonando a intenção diluição das diferenças étnicas numa comunidade nacional genérica e uniforme.

Neste texto, tentamos demonstrar esta dinâmica apontando o desinteresse real de políticas efetivas de proteção aos povos indígenas por parte de um Estado vinculado ao capital, que os vê como assentadas sobre recursos naturais a serem explorados economicamente.

Examinaremos o percurso político e epidemiológico da questão Yanomami, particularmente no que tange aos serviços de saúde

dedicados àquela etnia indígena brasileira, delimitando as condições concretas que influem no processo de implementação de uma política de saúde.

A história das relações do estado capitalista brasileiro com os povos indígenas caracteriza uma relação discriminatória daquele para com estas. Os povos indígenas se situam numa categoria particular, caracterizando uma posição desigual, estando seus interesses e direitos subordinados aos interesses mesmo das porções populacionais mais pobres. Assim, nos períodos colonial e do império a extração de madeiras, a exploração aurífera e projetos de pecuária avançam brutalmente sobre os territórios indígenas, sendo justificada a escravização e guerra aos povos indígenas. Na história recente vários projetos econômicos foram desenvolvidos utilizando como ponta de lança o avanço de populações pauperizadas sobre os territórios indígenas. Considerados ora como “órfãos”, ora como “relativamente incapazes”, é historicamente negada aos povos indígenas sua autodeterminação.

As pressões sofridas pela população empobrecida e a dinâmica e interesses do capital na evolução capitalista brasileira¹⁷ provocam diversas ondas de impacto sobre os povos indígenas. Glebas de colonização em áreas indígenas são dadas paulatinamente a colonos pauperizados, servindo quase sempre de frentes pioneiras para posterior apropriação pelo grande capital.

Assim, os territórios indígenas do Espírito Santo, Minas Gerais, Santa Catarina e Paraná foram pressionados pela necessidade de assentamento dos colonos estrangeiros, trazidos para o Brasil como opção de mão-de-obra livre em substituição à força de trabalho escrava. Na mesma época, os rios amazônicos do Pará ao Acre são

ocupados por vagas de seringueiros impulsionados pela seca no nordeste e pelo desenvolvimento do processo de vulcanização da borracha. Num segundo período da borracha, a demanda gerada pelo esforço aliado na segunda guerra mundial, lançará para os confins da Amazônia os “soldados da borracha”. Já na década de 1970 a ideologia desenvolvimentista do regime militar leva ao desbravamento das “últimas fronteiras”, com a abertura de estradas como a Transamazônica e a Perimetral Norte. Em fins da década de 70, o interesse de gerar um pólo industrial em Manaus leva ao início das obras de construção da usina hidroelétrica de Balbina e à inundação, a partir de 1987, de parte das terras Waimiri-Atroari para produção de energia elétrica, sendo outras porções das terras deste povo destinadas à exploração de estanho. Na década de 80, um sem número de madeireiros avançam sobre as áreas indígenas, notadamente em Rondônia e Pará, repetindo a história ocorrida durante a primeira metade deste século nas áreas indígenas do sul do país. Na segunda metade da década de 1980, a alta do preço do ouro nos mercados internacionais leva a uma “corrida do ouro” na Amazônia, com a invasão do território tradicional de diversos povos indígenas, como os Yanomami em Roraima e os Kaiapó no sul do Pará.

Na história brasileira os períodos de crescimento econômico são marcados pelo avanço do grande capital se apropriando de vastas extensões de terras, e pelos grandes projetos visando dar condições à expansão daquele.¹⁸ Os períodos de depressão e crise são marcados

¹⁷ Para estudos sobre a expansão capitalista brasileira no campo, ver IANNI, 1979; MARTINS, 1976; VELHO, 1975.

¹⁸ Atualmente identifica-se o programa governamental de desenvolvimento “Avança Brasil” como nova onda desenvolvimentista ameaçadora para povos amazônicos e meio-ambiente. Dois estudos recentes demonstram essa possibilidade, conforme matéria publicada na Revista Ciência Hoje: “As previsões de devastação da Amazônia brasileira para os próximos anos são alarmantes. Dois estudos estimaram o grau de destruição da floresta associado ao impacto do projeto Avança Brasil. Esse

pela remessa de grandes massas de população empobrecida em direção a áreas cobiçadas pelo grande capital, preparando a sua posterior apropriação.

De um modo geral, os seringueiros do início de século e década de 1940 servem para abrir caminhos para a pecuária nas

plano do governo prevê investimentos de mais de US\$ 40 bilhões em infra-estrutura, com a construção de linhas de trem, hidrelétricas, linhas de energia, gasodutos, hidrovias, além da construção e pavimentação de estradas na Amazônia. O primeiro estudo, publicado em 11 de janeiro na revista *Nature*, é de autoria de pesquisadores do Instituto de Pesquisa Ambiental da Amazônia (IPAM), do Instituto Socioambiental (ISA) e do Centro de Pesquisas Woods Hole (WHRC). Os cientistas quantificaram o desmatamento ao longo de três rodovias amazônicas já asfaltadas com idades entre 15 e 35 anos - Belém-Brasília (BR-010), Cuiabá-Porto Velho (BR-364) e PA-150. "75% do desmatamento ocorre na faixa de 50 quilômetros para cada lado das rodovias", afirma Ana Cristina Barros, diretora executiva do IPAM e uma das autoras do estudo. Além da área desmatada pela construção de rodovias, a ocupação em torno delas gera um ciclo de queimadas e exploração de madeira que torna a floresta mais suscetível ao fogo, devido à redução das chuvas - provocada pela fumaça e pela diminuição da evaporação. Esses dados serviram como indicadores para prever o impacto das estradas planejadas pelo Avança Brasil. Em 20 ou 30 anos, estima-se que seria desmatada uma área de 120 mil a 270 mil km². O segundo estudo, coordenado por William Laurance, do Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia (INPA), foi publicado em 19 de janeiro na revista *Science*. Ele prevê dois cenários para a Amazônia brasileira nos próximos 20 anos. No otimista, 27,6% da floresta estariam intactos; no não-otimista, restariam apenas 4,7% de mata virgem. Além da destruição ao longo de rodovias já existentes, o estudo considerou o impacto de linhas de trem, gasodutos, redes de energia, hidrelétricas e hidrovias. A construção desses itens requer a abertura de estradas, o que aumenta o acesso à floresta, ainda que provoque um desmatamento menor que o verificado ao longo de rodovias. Os autores dos dois estudos também sugerem estratégias de desenvolvimento alternativas ao projeto Avança Brasil, como investir em estradas não concluídas, onde a área já foi desmatada. "É preciso ordenar a ocupação e não investir apenas em infra-estrutura. Mas o governo está mais preocupado em aumentar suas divisas, construindo estradas para o escoamento da soja", comenta Ana Cristina. "Outra estratégia é a concentração em atividades agrícolas financeiramente mais produtivas que dispensem queimadas, como plantações de árvores frutíferas", aponta William Laurance." (Fernandes, 2001). Refere-se ao artigo "The Future of the Brazilian Amazon" William F. Laurance,* Mark A. Cochrane, Scott Bergen, Philip M. Fearnside, Patricia Delamônica, Christopher Barber, Sammya D'Angelo, Tito Fernandes de que reproduzimos o resumo: "The Brazilian Amazon is currently experiencing the world's highest absolute rate of forest destruction and is likely to suffer even greater degradation in the future because of government plans to invest \$40 billion from 2000 to 2007 in dozens of major new highways and infrastructure projects. We developed two computer models that integrate spatial data on deforestation, logging, mining, highways and roads, navigable rivers, vulnerability to wildfires, protected areas, and existing and planned infrastructure projects, in an effort to predict the condition of Brazilian Amazonian forests by the year 2020. Both models suggest that the region's forests will be drastically altered by current development schemes and land-use trends over the next 20 years." (Science 291, p.438-439).

décadas de 1950 e 60 e para as madeiras na década de 1980. Os imigrantes europeus da década de 1930 servem para abrir caminhos às lavouras de café. Os migrantes nordestinos e sulistas da década de 1970 propiciam o esvaziamento de áreas para exploração madeireira e grandes latifúndios na Amazônia da década de 1970 em diante. O exército de garimpeiros do Pará, Amazonas e Roraima na década de 1980, querem vários grupos econômicos, devem abrir espaço para as grandes mineradoras nas áreas indígenas num futuro próximo¹⁹.

Fica assim caracterizada uma completa subordinação das políticas indigenistas do Estado brasileiro à sua diretriz econômica, omitindo-se direitos e princípios, submetendo-os à doutrina liberal que apregoa uma melhoria social necessária e dependente do crescimento econômico global.

Os povos indígenas tidos como de contato antigo com a sociedade nacional brasileira sofrem, em sua maioria, os efeitos perversos deste contato. Primeiro, na fase inicial passam sem exceção por maciça depopulação, sendo seguida por um efeito de desequilíbrio social que os coloca em posição desvantajosa junto às populações com que mantêm relações (RIBEIRO 1979), se subordinando muitas vezes a parcelas de nossa população já absolutamente marginais. Entram assim, numa posição social particularmente desprivilegiada, agravada pela demora que a apreensão dos novos códigos sociais nacionais envolve.

¹⁹ Projeto de lei apresentado pelo Senador Romero Jucá tenta hoje regulamentar a exploração mineral nas áreas indígenas. Jucá foi, como Governador de Roraima, um dos maiores promotores da invasão da área Yanomami (RAMOS, 1999).

3.1 História do indigenismo estatal

Procederemos nas páginas seguintes a uma breve revisão histórica da atuação indigenista do Estado brasileiro. Esta atuação está particularmente dividida na literatura de acordo com os tipos de governo que atuarão em nosso país. Assim delimitam-se os períodos Colonial e Republicano. A extinção do Serviço de Proteção ao Índio também marca o início de um novo período, marcado pela atuação de um novo órgão indigenista oficial, a Fundação Nacional do Índio. Novo marco histórico é a superação da perspectiva de assimilação dos povos indígenas à sociedade nacional, com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

Período Colonial

A política indigenista no período colonial é marcada por uma legislação abundante e contraditória variando de acordo com “a influência que, ora os jesuítas, ora os colonos, conseguiam sobre o Governo” (MELATTI, 1993, p. 187).

Os Jesuítas buscam a evangelização e aculturação dos índios; os colonizadores sua escravização, utilizando-os como mão-de-obra e avançando sobre seus territórios. No período de 1758 a 1798 as Leis pombalinas retiram dos missionários o poder temporal sobre os índios, os reconhecem como livres, como tendo um estado civil menor e criam o cargo de *diretor de índios*. Na prática esse cargo serviu para

irregularidades e corrupção por parte dos nomeados pelos Governadores, levando a sua extinção 40 anos depois. O início do século XIX é marcado por um retrocesso na política indigenista, declarando-se por lei guerra a diversos povos e permitindo sua escravização.

As leis coloniais continuaram a vigorar no Brasil imperial até 1831 quando os índios foram legalmente iguados aos órfãos, “tutelados pelos juizes de paz, que vigiariam e denunciariam os abusos contra a liberdade” (AZANHA; VALADÃO, 1991, p.34). Nos anos seguintes o Governo promoveu a vinda dos padres capuchinhos italianos, uma vez que “ainda não se concebia que os índios pudessem se tornar civilizados sem o trabalho missionário” (MELATTI, 1993, p. 188). A atuação missionária não conseguiu garantir aos índios suas terras ou a sobrevivência às epidemias que os atingiam.

Em meados do século, uma lei dividiu as terras entre públicas e particulares, ficando as terras de índios aculturados consideradas como devolutas e passíveis de leilão pelo Governo. Essa situação colabora para o aumento da grilagem de terras indígenas e se agrava com o movimento de migrações estrangeiras, exigindo terras para assentamento de colonos e levando a conflitos até as primeiras décadas do período republicano.

A política colonial para os povos indígenas é, então, de conflito aberto, negando suas organizações sociais específicas e retirando-os de suas terras ora para escravização, ora para catequização.

Período Republicano: SPI

O período republicano é marcado pelas idéias positivistas e a perda pela Igreja Católica do *status* de igreja oficial. Isto facilita a entrada de outras denominações religiosas no serviço missionário junto aos índios. Apesar do positivismo, a atuação missionária não é dificultada.

Em 1910 é criado o Serviço de Proteção aos Índios – SPI com a tese de que:

oferecidas condições favoráveis aos índios, eles progrediriam pouco a pouco na direção da civilização. Cabia ao Governo defendê-los contra extermínio e opressão, dar-lhes meios para adotar as artes e indústrias da sociedade brasileira; não cabia ao Governo nenhuma iniciativa no sentido da catequese, tanto mais que não havia nenhuma doutrina, religiosa ou filosófica, oficial (MELATTI, 1993, p. 190).

Segundo Azanha e Valadão (1993, p. 46), “no pensamento dos positivistas (que passariam a dirigir o recém-criado SPI), o *índio brasileiro* seria transformado em *trabalhador nacional* através da garantia de sua sobrevivência física e pela educação cívica que, fazendo-o produzir, o integraria à ordem nacional”.

Neste novo contexto político a condição de índio é tida como transitória até a sua transformação em cidadão nacional. Até que sua nova condição fosse alcançada, a pessoa ainda considerada índia teria garantido o direito às próprias tradições, à proteção em suas próprias terras, ao não desmembramento da família indígena, à posse inalienável da terra.

Na ideologia do SPI o Estado é visto como desligado do avanço das frentes de expansão sobre as populações e territórios

indígenas, sendo estes problemas originados das ações dos grupos de interesses regionais. Como nos diz Oliveira, a concepção do SPI da questão indígena:

... concebia o Estado como relativamente distanciado dos processos de expansão capitalista no interior do país, que não seriam por ele engendrados, nem corresponderiam aos interesses econômicos dominantes. (...)

É por este viés ideológico, inclusive, que o SPI era visto como um instrumento de uma política de ocupação das fronteiras e dos chamados vazios interiores, onde o índio, devidamente nacionalizado, e o funcionário-indigenista (muitas vezes militar) seriam os agentes avançados da legalidade e dos interesses nacionais (1995, p.70)

Esta visão se demonstra inadequada no momento seguinte, quando o Estado é o responsável pela implantação de grandes projetos setoriais (energéticos, minerários, de infra-estrutura, de colonização, de extrativismo) e quando estão envolvidos grandes volumes de capital nacional e estrangeiro (Oliveira, 1995, p.70).

No campo da assistência e garantia de direitos, a atuação do SPI será insuficiente e corrupta, levando a entidade a ser extinta em 1967, criando-se a Fundação Nacional do índio. Segundo cálculos do antropólogo Darcy Ribeiro, no período de 1900 a 1957, apesar da atuação do órgão indigenista, desapareceram no Brasil 87 etnias indígenas (OLIVEIRA, 1995, p.66).

A Fundação Nacional do Índio

Em sua criação, a Fundação Nacional do Índio - FUNAI absorve grande parte do quadro de pessoal do SPI. O período do novo órgão indigenista é marcado por uma insuficiência de ações ou uma atuação abertamente anti-indígena, no sentido de que se mostrou subordinado ao grande capital, voltado para a liberação de espaço físico para projetos de desenvolvimento econômico. A partir de 1964 o órgão indigenista tem as suas chefias preenchidas por militares e passa a atuar principalmente como ponta de lança para os projetos desenvolvimentistas do Governo militar, em especial na Amazônia. Sobre isto, Dina Costa (1989, p. 72) nos diz:

A FUNAI foi inicialmente presidida por um técnico que executava as diretrizes de um conselho diretor composto pelos indigenistas que contribuíram na sua formação. Porém, com o endurecimento do regime militar, a partir de 1969, ocorreram alterações significativas nos rumos da política indigenista. O general Albuquerque Lima foi substituído no Ministério do Interior pelo coronel Costa Cavalcante, e todos os cargos de importância na FUNAI (inclusive o conselho diretor) foram ocupados por militares. A euforia do 'milagre', com *slogans* como 'desenvolvimento e integração nacional', fortaleceu a velha visão do índio como obstáculo ao desenvolvimento, especialmente na Amazônia. A construção da Transamazônica seria expressão maior na nova política de extermínio.

Analisando a atuação dos órgãos oficiais de assistência, Maria Lúcia Brant Carvalho nos diz:

Interesses ambíguos sempre coabitaram nos órgãos de proteção oficial. Tanto o SPI como a FUNAI são fundados por um espírito humanitário, dando início aos trabalhos com dedicação comprometida com a causa, em missão de defesa e proteção dos povos indígenas. Porém, no decurso de suas atividades, os interesses estruturais das elites dominantes do país mesclam-se com a realidade do órgão, e sua

administração, sendo transferida para as mãos de militares (durante todo o período da ditadura militar), ou tecnocratas e políticos (durante a Nova República), invariavelmente se mostra a serviço de outros interesses, diversos dos interesses indígenas. A FUNAI, durante longo período, foi subordinada ao Ministério do Interior/ MINTER, reduto dominado pelas facções mais conservadoras das elites nacionais, as quais detêm o controle da propriedade fundiária no país. (1997, p. 148)

A delimitação de reservas e atuação das Frentes de Atração são direcionadas para permitir o avanço do esforço exigido pela ideologia de “desenvolvimento e segurança” nacionais, definindo claramente as áreas disponíveis e abrindo a Amazônia para colonização, claramente em prejuízo das áreas de ocupação tradicional indígena e, inclusive, usando do recurso à guerra contra essa população (AZANHA; VALADÃO, 1991, p.55-57; COSTA, 1989, p.72-73; CIMI, 1979, p.15-16).

Por outro lado, os interesses econômicos levam também a definição de áreas de superassistência aos índios, se caracterizando pela oferta de serviços além da capacidade social de assimilação, ou seja, levando a uma pressão e alteração das formas organizativas (ALMEIDA, 1988, p.29). Um exemplo extremo de subordinação da política indigenista a grandes projetos de desenvolvimento são as políticas dirigidas aos Waimiri-Atroari para permitir a atuação de mineradoras e o enchimento do lago da Usina Hidroelétrica de Balbina²⁰.

Oliveira nos mostra que a matriz ideológica da FUNAI minimiza a atuação dos interesses regionais que pressionam as terras indígenas, julgando-os meras manifestações de formas econômicas e sociais retrógradas e passíveis de serem suplantadas pela ação

²⁰ Sobre a natureza das ações indigenistas direcionadas aos Waimiri-Atroari ver BAINES, 1991.

protetora e racional do Estado. No entanto, “estudiosos da expansão capitalista no campo (VELHO, 1975; MARTINS, 1976; IANNI, 1979), [...] destacam a articulação e compatibilidade daqueles interesses locais com uma certa modalidade de desenvolvimento capitalista e uma forma de organização do Estado” (OLIVEIRA, 1996, p.65-66).

Ianni (1979, p.175-221) alerta para o perigo de se naturalizar a defasagem da atuação da política indigenista, supondo o “progresso” e a incapacidade de prevenir seus efeitos, como inexoráveis, mostrando a colaboração ativa do aparelho estatal em favor da empresa privada. No entanto, este autor parece não conceber que o órgão indigenista possa trabalhar ativamente, e como ponta de lança, na instalação do capitalismo na Amazônia. De outro modo, a argumentação de Baines (1991) nos leva a concluir que a atuação da FUNAI em relação às políticas econômicas globais do país não é de defasagem e a *posteriori*, atuando sobre fatos consumados de que tenta diminuir o efeito ²¹. Sua atuação é sim de promoção e participação efetiva na implementação do capitalismo na Amazônia, como demonstram o exemplo Yanomami, que veremos abaixo. Neste caso, o Estado aparece como promotor de uma política nitidamente anti-indígena com direta atuação de seu órgão indigenista.

²¹ “A própria direção da FUNAI reconhece que a atuação do órgão indigenista realiza-se sempre depois dos fatos consumados, depois que o ‘progresso’, o ‘desenvolvimento’, a ‘frente pioneira’, isto é, as relações capitalistas invadiram o modo de vida indígena. Mas esse atraso da FUNAI, para atender ou proteger as comunidades indígenas, em geral é justificado como algo que resulta do acentuado dinamismo das fronteiras econômicas. O ‘progresso’ caminha sempre adiante da aparelhagem burocrática, tecnocrática e científica da FUNAI. [...] Diante da poderosa atuação dos empreendimentos privados – grilagens, latifúndios, fazendas, empresas – o poder estatal é levado a manipular e remanipular a questão indígena” (IANNI, 1979, p.188).

Constituição de 1988: novo estatuto jurídico para os direitos indígenas

Uma luta entre direitos indígenas e interesses minerários ocorre na Assembléia Nacional Constituinte. A promulgação da Constituição Federal em 05 de outubro de 1988 é um marco no reconhecimento dos direitos indígenas no Brasil, trazendo a equidade para a norma legal. A nova carta incorpora o reconhecimento do país como uma nação pluriétnica e cultural, abandonando a intenção de aculturação e integração dos povos indígenas à sociedade nacional não-índia e mantendo uma condição de cidadão indiferenciado à pessoa indígena. Confere novo estatuto jurídico aos índios, que deixam de ser tutelados pelo Estado, garante-lhes o direito a usos e costumes e à posse das terras de ocupação tradicional - tornando sem efeito quaisquer atos que incidam sobre elas. Mantém como privativo da União legislar sobre as questões envolvendo índios e inclui como função institucional do Ministério Público a defesa dos direitos indígenas. Transforma o Território Federal de Roraima em Estado, as cooperativas de garimpeiros têm garantida a prioridade para minerar nas áreas em que já estivessem atuando, exceto as indígenas que só poderão sofrer pesquisa e lavra mineral mediante autorização do Congresso Nacional, ouvidas as comunidades interessadas e com sua participação nos lucros.²² Manter-se-á, no entanto, um hiato entre o texto legal e a realidade.

O Estatuto do Índio (Lei 6001/73) continua, no entanto, a vigorar com várias contradições com o texto constitucional. Um projeto de substitutivo encontra-se hoje em tramitação no Congresso Nacional

²² Para uma análise da evolução histórica dos direitos indígenas nas normas legais brasileiras, ver CORDEIRO, 1999. Sobre a constituição de 1988 veja particularmente as páginas 68 a 71.

sendo uma das principais inovações, em consonância com o texto constitucional, revogar a disposição do Código Civil que estabelece a relativa capacidade civil dos índios e, por conseguinte, superar o Instituto jurídico da tutela (LUZ, 1995, p.91-92). Sobre a validade atual do Estatuto do Índio, Enio Cordeiro nos diz que os seus dispositivos "permanecem vigentes naquilo que não confrontam a Constituição. Por isso, sua leitura deve ser feita com a cautela de singularizar os aspectos que requerem adaptação ao novo texto constitucional" (1999, p. 73).

3.2 Os Yanomami

A população Yanomami está localizada no Brasil a noroeste de Roraima e norte do Amazonas²³ somando 9.889 pessoas divididas em 200 aldeias (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde, 1996) relacionadas entre si em maior ou menor grau. Os Yanomami falam 4 línguas (Yanomam, Sanumá, Yanomamö e Yanan ou Ninan), cada uma com vários dialetos. Na Venezuela somam cerca de 10.000 pessoas residentes no sul dos Estados de Bolívar e Amazonas²⁴. No Brasil ocupam a grande região montanhosa da fronteira com a Venezuela, numa área contínua de 9.419.108 hectares. Em sua maior parte, o território está coberto por densa floresta tropical úmida. O território é bastante acidentado, principalmente nas áreas próximas às serras Parima e Pacaraima onde se tem a maior concentração

²³ Vide mapa da Terra Indígena Yanomami, onde estão destacados os principais postos de assistência.

²⁴ Sobre os Yanomami na Venezuela ver COLCHESTER, 1998; transcrevemos no Anexo A uma descrição da situação política da reserva Yanomami naquele país.

Yanomami no Brasil. Os solos são, em sua grande maioria, extremamente pobres e inadequados à agricultura intensiva. As aldeias, que podem ser constituídas por uma ou várias malocas, mantêm entre si vários níveis de comunicação, desenvolvendo-se relações econômicas, matrimoniais, rituais ou de rivalidade, percorrendo distâncias que podem atingir um raio de 150 km (MAGALHÃES; CAVALCANTI, 1997).

Os primeiros contatos

Albert (1988, 66-67) divide a história Yanomami em três grandes períodos com conseqüências técnico-econômicas e demográficas específicas:

- 1) 1720-1920 - Contato indireto com a sociedade colonial, através de "etnias tampão". Possibilitou uma mudança tecnológica e econômica e, depois, o crescimento populacional e expansão territorial, ocupando a área deixada pela mortalidade decorrente do impacto microbiano sobre aquelas "etnias tampão";
- 2) 1920-1950 - contato intermitente com a população nacional para obtenção de objetos metálicos. Marca o aumento do choque microbiano direto contra os Yanomami e diminuição do crescimento demográfico;
- 3) 1950 até os dias atuais - contato permanente em torno de postos missionários e indigenistas. Crescimento da pressão das frentes

nacionais extrativas em toda a fronteira Yanomami. Declínio demográfico. As mudanças tecnológicas obrigam à sedentarização em torno dos postos dos diversos representantes da sociedade nacional.

O autor deixa claro que estes três períodos se referem especificamente aos grupos Yanomami situados na periferia da atual Terra Indígena Yanomami. Os grupos do interior estariam ainda na fase do contato indireto, servindo as aldeias Yanomami da periferia como amortecedores para o contato direto (ALBERT, 1988, p.67)²⁵.

Por cerca de 200 anos, a partir da segunda metade do século XVIII, os Yanomami se expandiram radialmente a partir da Serra Parima, ao mesmo tempo que apresentavam uma taxa de crescimento populacional entre 1,5 e 2 pontos percentuais anuais. Esta expansão pode ter-se dado por dois motivos: a introdução de ferramentas metálicas, ampliando a capacidade produtiva, juntamente com a introdução da cultura da banana; e/ou o desaparecimento e liberação de territórios pelas etnias indígenas que habitavam as regiões circunvizinhas da Serra Parima, devido a um choque microbiano iniciado na primeira metade do século XVIII e que se estendeu até a primeira década do século XX. (ALBERT, 1988, p.29-31)

Nas últimas décadas do século XIX e primeira do século XX os Yanomami mantinham relações hostis com várias outras etnias nos rios Catrimani, Uraricoera e afluentes do Rio Negro. Na década de 30 deste século estas etnias estarão praticamente dizimadas devido a seu contato com as frentes de expansão brancas e choque epidemiológico. (ALBERT, 1988, p.57-60)

²⁵ Há que se ressaltar também que a classificação elaborada por Albert é anterior à grande invasão garimpeira do território Yanomami, ocorrida a partir de fins de 1987.

Os primeiros contatos da população nacional com os Yanomami no Brasil se dão nas quatro décadas iniciais do século XX, por meio de caçadores, coletores de piaçaba, castanha e resinas (balata), principalmente na porção sul do território desses índios, próximo ao rio Negro no Amazonas²⁶. Também se fazem contatos com membros da Comissão de Limites²⁷ e SPI (ALBERT, 1991, p.05).

Conflitos entre Yanomami e coletores de seringa, balata e castanha do Pará e com colonos, nos rios Cauaburis, Maiá e Padauari são descritos na década de 20. Na década de 30, conflitos com coletores de piaçaba, de castanha do Pará nos rios Aracá e Demini. Na década de 30, Yanomami do rio Catrimani trabalhavam para balateiros até que ocorreram algumas epidemias e um massacre de Yanomami, sendo os balateiros expulsos da região pelos índios (ALBERT, 1988, p.56-57).

Nas décadas de 40 a 60 iniciam-se as primeiras experiências de contato permanente com os Yanomami, através da instalação de postos de atração do Serviço de Proteção aos Índios - SPI e missões religiosas católicas e protestantes em diversos lugares. A relação com o Estado que passa a se estabelecer é de atração para a “civilização” e não de fortalecimento social.

Entre 1942 e 1944 é instalado um Posto de Atração no ponto em que o rio Maiá desemboca no rio Cauaburis, no Estado do Amazonas, com o objetivo de tentar evitar a continuidade de conflitos

²⁶ Para uma descrição detalhada dos contatos nas primeiras décadas do século XX no Brasil, subdividida por rios, ver Albert, 1988, p.51-57.

²⁷ Segundo Albert (1988) a Comissão de Limites e fronteiras visitou em 1787 o rio Catrimani (p.57) e o rio Uraricoera - Uraricaá (p.62) com Lobo D´Almada, não fazendo referência aos Yanomami; em 1882 os Rios Uraricoera e Uraricaá são visitados pelo Barão de Parima (p.61); em 1927 Rondon visita o rio Uraricoera (p.61); em 1928 são visitados os rios Negro, Cauaburis e Padauari (p.53); em 1940 os rios Demini, Toototobi, Mapulaú e Aracá (p.69); em 1942 são mencionados Yanomami no alto rio Catrimani (p.71); nos anos 1942 e 43 é explorado o rio Mucajá (p.71 bis) e o rio Uraricaá (p.72).

violentos entre colonos e Yanomami. Nos anos 50 o SPI instala um posto de atração na Cachoeira da Aliança, no rio Paduari. Em 1952 o Padre Góis estabelece contato permanente com Yanomami do alto Cauaburis e em 1956 instala a Missão do Maturacá. Em 1961 aquele padre estende seu trabalho para os Yanomami do Alto Maruiá, estabelecendo lá novo posto missionário. Em 1966 missionários norte-americanos da *New Tribes Mission* se estabelecem no alto Marari, afluente do rio Paduari. Em 1954 o SPI cria um posto no rio Demini, na cachoeira Auatsinaua, passando este a ser conhecido como Posto Ajuricaba. Em 1958, missionários da *Baptist Mid-Mission* se fixam no Rio Caimim, afluente do rio Uraricaá. Também naquele ano, missionários da *Unevangelized Fields Mission - UFM* - constróem um posto no alto rio Uraricoera, no local hoje conhecido como Waikás. Constróem também missão no médio rio Mucajaí, no lugar denominado Cachoeira dos Índios. Entre 1962 e 1963 a UFM também se fixa nas cabeceiras do rio Parima, na Serra de Surucucus. Em 1963 missionários canadenses e norte-americanos da *New Tribes Mission* se instalam no alto Toototobi, região que visitavam desde 1958. Em 1965 os Padres Maldonesi e Calleri fundam um posto missionário no médio Catrimani, na desembocadura do rio Pacu. (ALBERT, 1988, p.68-72) Após o abandono da missão de Waikás, a UFM instala missão no ponto onde o rio Palimiú deságua no rio Uraricoera.

Década de 70: os Yanomami e o Plano de Integração Nacional

O processo de vulnerabilização social dos Yanomami se intensifica na década de 1970.

No início dos anos 70 a desestabilização política provocada pela distribuição de bens industrializados em Surucucus leva à destruição do posto da *Unevangelized Fields Mission* pelos Yanomami *Lôkothebibè* (PELLEGRINI, 1998, p.57). Conflitos entre os Yanomami no Rio Uraricoera leva posteriormente à desativação do posto missionário do Waikás.²⁸ Com implementação do Plano de Integração Nacional pelo Governo militar, se dá em 1973 a instalação de uma Frente de Atração em Surucucus, liderada por um sertanista da FUNAI, ex-missionário evangélico entre os Yanomami do rio Toototobi (PELLEGRINI, 1998, p.58).

Os interesses da expansão nacional na Amazônia são descritos por Otávio Velho (1976) como inicialmente mais políticos que econômicos. Embora criem condições para uma exploração econômica posterior, se realizam fora de uma lógica imediata de viabilidade econômica. Velho argumenta que

a maior parte dos passos mais importantes no desenvolvimento brasileiro têm sido dados assim, o que não significa que sólidas razões econômicas não surjam posteriormente. Sem dúvida, no entanto, nenhuma análise ortodoxa de viabilidade econômica seria capaz de detectá-las. (P.213)

²⁸ Informações colhidas entre Sanumá de uma região isolada da área Yanomami atestam que os conflitos em Waikás ocorreram entre índios Sanumá e Waiká (provenientes do baixo Uraricoera) sendo que armas fornecidas pelos missionários para uso em caçadas teriam sido utilizadas para matar vários índios, envolvendo os missionários no conflito e tornando sua permanência no local desaconselhada. Estas informações precisam, contudo, ser melhor esclarecidas. Sobre os efeitos dos *Matuhipê* e o desequilíbrio político provocado por eles ver FERGUSON, 1995. Sobre a situação específica da desativação do posto missionário de Surucucus, ver PELLEGRINI, 1998. Uma situação semelhante foi o massacre de 26 índios Panará realizado por índios Kayapó Mekragnoti em 1967, para isto, estes utilizaram farta munição doada para caçadas por um missionário. Sobre o caso Panará, ver ARNT, 1998.

Assim, o Governo Militar utiliza a mão-de-obra liberada pela seca nordestina dos anos de 1969 e 70, argumenta um “vazio demográfico” amazônico e elabora o Plano de Integração Nacional - PIN²⁹, com os lemas "integrar para não entregar" e "uma terra sem homens para homens sem terra".³⁰ Para Velho (1975, p.213) com o PIN “o governo foi capaz de mobilizar o sentimento nacionalista, neutralizando a esquerda nacionalista ao mesmo tempo em que permanecia basicamente cosmopolita no seu caráter, já que inclusive essa colonização da Amazônia implicaria numa maciça participação estrangeira” (VELHO, 1975, p.213).

O PIN prevê que cem quilômetros em cada lado das estradas a ser construídas deveriam ser utilizadas para a colonização por cerca de 500 mil pessoas, ou seja, uma meta de assentar cem mil famílias. A rodovia Transamazônica foi a principal via escolhida para a colonização (VELHO, 1975, p.209-210; VALVERDE, 1982, p.35)³¹. Conforme o então Ministro do Interior, Costa Cavalcante, citado por Ianni (1979, p. 181), a Transamazônica corta o território de vinte e nove grupos

²⁹ No início dos anos 70, no Governo Médici, Decreto-Lei No.1106 de 16 de junho de 1970.

³⁰ Esta posição se oporia ideologicamente à sustentada pelo político liberal Roberto Campos e plano concebido pelo norte-americano Instituto Hudson, que Campos apoiava: tratava-se de, por um lado, reduzir a população nordestina via controle de natalidade e, por outro, resolver o problema amazônico através da “formação de um imenso lago na Amazônia, através do represamento do Rio Amazonas. Isso faria desaparecer uma área enorme da região [...] e criaria um potencial para a geração de energia elétrica, além de comunicações mais fáceis com território rico em minerais”. (VELHO, 1975, p.212) (também VALVERDE, 1982, p.35; RIBEIRO, 1992, p.173-183). Para Valverde o "Projeto dos Grandes Lagos Sul-Americanos", que incluía lagos e hidrovias em seis regiões da América do Sul e Central, era uma tentativa cínica de dar acesso aos recursos naturais dessas regiões aos países do capitalismo central, portanto uma internacionalização da região. O último capítulo de seu livro dedica-se a detalhar o tema (1982, p.105-113). Para Don Aparecido José Dias, ex-Presidente do Conselho Indigenista Missionário, citando Umbelino de Oliveira, a importância dada ao “grande lago amazônico” fez parte de uma estratégia do Governo militar de desviar a atenção sobre a implementação do PIN (DIAS, 1991, p.18).

³¹ Para uma exposição sobre o processo e avaliação do impacto das rodovias e projetos de colonização na Amazônia nas décadas de 60 e 70 é útil o texto "O problema florestal da Amazônia brasileira" do geógrafo Orlando Valverde, em livro homônimo. Há que se ponderar o acentuado enfoque nacionalista do autor (ver VALVERDE, 1982).

indígenas dos quais, tomando-se a classificação por níveis de contato com a sociedade envolvente, utilizada na época: onze são grupos isolados³², nove de contato intermitente³³ e nove considerados integrados³⁴.

Baines (1991) nos descreve que quando Médici anuncia o PIN, o órgão indigenista é nele envolvido. No mesmo ano é firmado um convênio entre a FUNAI e a SUDAM para garantir a pacificação de quase trinta grupos indígenas. Entre os Waimiri-Atroari a Frente de Atração da FUNAI terá um perfil de “instituição total” desenvolvendo uma “linguagem de dominação” própria, desconstruindo e reconstruindo o passado daquele povo, desautorizando e autorizando lideranças e implantando uma política de desenvolvimento comunitário e “integração acelerada”.

A articulação entre empreendimentos privados e poder estatal privilegia o fortalecimento daqueles e leva a um tipo de indigenismo de caráter empresarial, no sentido de que, em última instância, visa atender aos interesses exógenos do capital.

Até a década de 1960 a política do governo regional na área dos Waimiri-Atroari sempre foi estreitamente relacionada aos interesses econômicos regionais e aos preços de produtos no mercado internacional. Este fato comprova-se pelos atritos entre invasores à procura de produtos extrativos e os Waimiri-Atroari, documentados desde os meados do século passado. Após o golpe militar de 1964, a política do governo tomou um rumo novo, o que levou à ocupação do último recinto desse território indígena.

³² "Arara, Assurini, Akakôa-Ty, Araras karib, Juruna, Kararaô-kaiapó, Apiaká, Kain-Akorê, Suvá, Cinta-Larga e Nanbikuara" (IANNI, 1979, p.181).

³³ "Apinagé, Suruy, Xikreim, Djore, Gorotire-kayapó, Kubemkramkein, Frakramoro, Pakaa-nova e Frigptapsá" (IANNI, 1979, p.181).

³⁴ "Munduka, Maué, Kanumã, Mura, Parintintin, Palmari, Katukina, Apurinã e Pareci" (IANNI, 1979, p.181).

A política nacionalista do governo de Goulart moderou a desenfreada exploração dos recursos naturais do Brasil por empresas estrangeiras, ou empresas 'holding' registradas como brasileiras com ações transnacionais. A partir de 1964, o governo militar introduziu uma política econômica desenvolvimentista que inverteu todas as tendências de uma política nacionalista, e em dezembro de 1964 um Decreto Presidencial, promulgado por Castelo Branco, confirmou os direitos das empresas privadas explorarem minérios (BAINES, 1991, p. 90).

Os interesses minerários: O Projeto Radam-Brasil

Em 1975 ocorre a publicação do Levantamento de Recursos Minerais do Projeto Radam-Brasil e garimpeiros de cassiterita se instalam no platô de Surucucus no território Yanomami durante um ano. Isso e a precariedade de saúde dos índios em contato com as obras da Perimetral Norte e com o garimpo de Santa Rosa levam à elaboração de um projeto visando proteger os Yanomami dos efeitos do contato, o Projeto Yanoama elaborado pelo antropólogo Ken Taylor.

Nos anos de 1977 e 78 são promulgadas quatro portarias³⁵ desmembrando o território Yanomami em 21 reservas descontínuas num total de 22.283 km². Este processo é revertido no ano seguinte após campanha nacional e internacional de protestos (ALBERT, 1991, p.09).

³⁵ Portarias 477/N de 22/12/1977, 505/N de 29/05/1978, 512/N de 07/07/1978 e 513/N de 10/07/1978.

Em 1978 começam a ser instalados os primeiros projetos de colonização agrícola na fronteira leste da área Yanomami. Forma-se a vila de São José do Apiaú e os Projetos Tepequém, Paredão e Roxinho (ALBERT, 1991, p.06-08). Outros projetos de colonização são fundados nos anos seguintes, como o Apiaú (1981) e Confiança (1982) (MACMILLAN, 1995, p.30).

Desde o estabelecimento do garimpo de diamantes do Tepequém em 1938, a leste da região do Ericó, garimpeiros fazem excursões de prospecção subindo os rios Uraricoera, Ericó e Uraricaá e repassando a técnica de garimpagem manual a índios Ye'kuana e Yanomami. Em meados da década de 1970 estabelecem o garimpo de Santa Rosa nas proximidades da ilha de Maracá, localidade originalmente utilizada para redução de índios em 1837 (FARAGE, 1991), com influência sobre o território Yanan. Nesta década a publicação dos estudos do Projeto RADAMBRASIL indica a possibilidade de ricas ocorrências de diamante, ouro e cassiterita nas serras de granito ao redor e a oeste da Serra de Surucucus. Isto leva a incursões de prospecção e garimpagem principalmente de cassiterita (minério de estanho) no coração da área Yanomami. A complexidade, a inacessibilidade e o fato de estar em área indígena leva as empresas de mineração a preferir investimentos em outras áreas da Amazônia com recursos minerais mais acessíveis, no Pará e Rondônia, deixando aos garimpeiros o trabalho de localizar jazidas.

Em 1979 são realizadas na Serra de Surucucus prospecções minerais pela DOCEGEO, subsidiária da Companhia de Mineração Vale do Rio Doce - CVRD. Esses trabalhos são encerradas após conflitos com índios Yanomami de duas aldeias da região. Apesar de ter confirmada a existência de 15.000 toneladas de cassiterita (minério de estanho) em Surucucus (MACMILLAN, 1995, p.29), a empresa considera a exploração na região antieconômica devido à elevada

dificuldade de acesso (PELLEGRINI, 1998, p.57-58; CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL, 1988, p.07). Considerando o fato do Brasil dispor de outras áreas produtoras de cassiterita, a CVRD sugere ao Departamento Nacional da Produção Mineral - DNPM que promova estudos para transformar os depósitos de cassiterita de Roraima em reserva nacional. Além de não aceitar a sugestão, o DNPM "forçou a CVRD a ceder à CODESAIMA (Companhia de Desenvolvimento de Roraima) boa parte da área proposta para reserva mineral" não conseguindo esta empresa, no entanto, viabilizar sua exploração (CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL, 1986, p.80).

A progressiva elevação do preço internacional do ouro a partir de meados da década de 70 e o decréscimo da cotação da cassiterita na década de 80 levam a uma mudança no caráter das prospecções garimpeiras, sendo cada vez mais direcionadas à pesquisa de ouro. Em 1980 cerca de 2000 garimpeiros entram na área Yanomami pelo Rio Uraricoera, nas proximidades do garimpo de Santa Rosa, em busca de ouro. No garimpo de Santa Rosa o Governo do Território de Roraima direciona ações de sua agência de desenvolvimento (CODESAIMA) à cata do metal. A pressão sobre os Yanomami desta região, entre outros motivos, leva à interdição parcial da área Yanomami no dia 09 de março de 1982.³⁶ Naquele ano, a presença de não-índios na área Yanomami era a seguinte:

Em 1982 estavam em atividade no território Yanomami no Brasil 10 postos missionários, de oeste para leste: Maturaca (Rio Cauaburis - Salesianos), Marauia (Rio Marauia - Salesianos), Marari (Rio Paduari - *New Tribes Mission*), Toototobi (Rio Toototobi - *New Tribes Mission*), Araca (Rio Araca - *New Tribes Mission*); Catrimani (Rio Catrimani - Consolata), Mucajai (Rio Mucajai - *Unevangelized Field Mission*), Palimiu

³⁶ Interdição parcial somando 77.000 km² (GM no.25). ALBERT, 1991a, p.09-10.

(Rio Uraricoera - *Unevangelized Field Mission*), Auaris e Olomai (Rio Auaris - *Unevangelized Field Mission*).

Haviam também sete postos indigenistas (P.I.) governamentais (Fundação Nacional do Índio): P.I. Demini (km 211 da rodovia Perimetral Norte), P.I. Ajarani (km 50 da rodovia Perimetral Norte), P.I. Ericó e Boas Novas (Rio Uraricaa), P.I. Couto de Magalhães (alto Mucajá)³⁷, P.I. Surucucus (alto Parima) e P.I. Uaicas (alto Uraricoera). Todos estes postos são de criação recente (1974-1982).

Os três postos mais antigos da FUNAI, dos anos 50: P.I. Cauaburis (Rio Cauaburis), P.I. Aliança (Rio Padauari) e P.I. Ajuricaba (Rio Demini) estavam abandonados em 1982 (com reativação prevista para 1984). (ALBERT, 1988, P.72-73. Tradução livre nossa)

No final de 1983 um decreto³⁸ regulamenta a exploração mineral nas áreas indígenas, provocando um grande número de requisições de lavra. (CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO, 1986, p. 76). Ao mesmo tempo, contingentes garimpeiros exploram a região dos rios Catrimani e, particularmente, o rio Novo, tributário do rio Apiaú. Esses garimpeiros totalizam 600 pessoas em 1985 quando acontecem conflitos com os Yanomami da região. Em 1986 a descoberta de depósitos consideráveis de ouro no rio Apiaú provoca uma corrida ao garimpo Cambalacho (MACMILLAN, 1995, cap. 2).

No primeiro mês de 1985 o clima de abertura política então vivido no país e uma preocupação com a sobrevivência do povo Yanomami leva a FUNAI a interditar 9.411.108 hectares para efeito de criação de um Parque Indígena Yanomami (reserva territorial indígena e ecológica, segundo art. 28 da Lei 6001) no Amazonas e Roraima.³⁹

³⁷ Também conhecido com Paapiú velho (observação nossa).

³⁸ Decreto 88.985/83 (10/11/83).

³⁹ Portaria FUNAI no.1.817/E de 08 de Janeiro de 1985. ALBERT, 1991, p.10.

No dia 14 de fevereiro de 1985, o então vice-presidente da Associação dos Garimpeiros e Faiscadores, o empresário José Altino Machado, lidera uma malsucedida invasão à Serra de Surucucus por sessenta garimpeiros. Utilizando fardamento do exército e com policiais particulares armados, tenta dominar a extração de cassiterita e a prospecção de ouro. Os oito vôos feitos saem da fazenda de uma vereadora da cidade de Boa Vista. Pressionado, o governo federal reverte a invasão e instala inquérito policial, mas os responsáveis ficam em liberdade. A intenção dos invasores era criar um fato político, colocando em Surucucus cerca de três mil garimpeiros e assim forçar a liberação da região para suas atividades (MACMILLAN, 1995, p.29; CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL, 1986, p.10-11,36,80).

Em abril de 1985 é nomeado um Diretor do DNPM claramente favorável à mineração em áreas indígenas, fato que contribuiu para aumentar a pressão sobre as áreas indígenas (CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL, 1988, p.89).⁴⁰

Segurança Nacional: O Projeto Calha Norte

Nova investida de vulnerabilização dos povos indígenas na Amazônia se dá com a aprovação na Nova República de um programa militar para desenvolvimento e ocupação das áreas de fronteiras ao norte das calhas dos rios Amazonas e Solimões.

⁴⁰ Sua gestão foi de 17/04/1985 a 01/02/1989.

Em 19 de junho de 1985 o Presidente da República, José Sarney, aprova o "Projeto Calha Norte: desenvolvimento e segurança ao norte da calha dos rios Amazonas e Solimões" tendo como objetivo o "desenvolvimento socioeconômico e integração" da região. A estratégia para atingir este objetivo é o da promoção da ocupação dos "espaços vazios" e desenvolvimento econômico de pólos urbanos, melhoria da infra-estrutura viária e presença do Estado (AÇÃO PELA CIDADANIA, 1990, p.17; BRASIL. Ministério do Exército, 2001). O PCN, ainda em vigor tem base na doutrina de segurança nacional e predomínio de seus componentes militares com subordinação dos componentes civis. Assim, as concepções de desenvolvimento regional utilizadas no programa, como a ocupação de áreas de fronteiras e a integração dos povos indígenas, ignoram o conhecimento acadêmico, o debate na sociedade ou a base legal instituída pela Constituição de 1988. Exemplo disso está no discurso sobre os Pelotões Especiais de Fronteira - PEF, feito pelo Comandante do 7º Batalhão de Infantaria de Selva em Boa Vista,

Criados desde meados da década de 1960 para garantir a presença das forças armadas na linha de fronteira brasileira em toda a Amazônia, estes pelotões têm sido os grandes responsáveis pelo início da mudança do anecúmeno populacional que é a Amazônia brasileira.

Com a implantação do Programa Calha Norte, em 1985, os PEF assumiram definitivamente a dianteira do povoamento e deram início, em muitos dos municípios, ao incremento do desenvolvimento da área.

Com a definição da missão, "farol da atividade militar" é possível entender a afirmação anterior: " a missão de um PEF não se limita ao campo da atividade militar (combate) mas deve incluir, necessariamente, atividades ligadas à sobrevivência (vida) e à execução de serviços diversos (trabalho) em favor da Organização Militar e da comunidade civil que vive ao redor e/ou nas imediações do quartelamento.

... Os que fazem a presença da Força Terrestre na fronteira da Amazônia esperam que as dúvidas ora apresentadas possam ser esclarecidas, em prol do bem estar daqueles nobres e ilustres brasileiros, que merecem em igualdade de condições, ter acesso ao que de melhor o Brasil obtiver na luta pela evolução da espécie humana, que somos todos nós. Ou não? (2001)

O PCN, na prática e propositadamente, facilita a ocupação do território Yanomami pelos garimpeiros em 1987 quando amplia e abandona as pistas de pouso do Baixo Mucajaí, Paapiú⁴¹, Ericó e Waikás, pontos de partida para a maciça entrada dos contingentes garimpeiros e construção de uma centena de pistas de pouso clandestinas⁴². A divisão da área Yanomami em dezenove reservas indígenas descontínuas, desconsiderando os estudos anteriores da FUNAI, e a demarcação de duas Florestas Nacionais (Amazonas e Roraima), criando-se condições para o trânsito garimpeiro (BRASIL.

[.1] Comentário: Inserir mapa de APC 1990: 16. "Yanomami a todos povos da terra".

⁴¹ Em 1986 a FAB ampliou a pista do Paapiú. Em dezembro de 1987 um oficial da Polícia Militar de Roraima lá se estabeleceu com um grupo de garimpeiros. Em 1989 a FUNAI abandonou seu posto no Paapiú. Sobre este fato, MacMillan nos diz: "Os acontecimentos na pista do Paapiú nos dão uma ilustração fiel disto. ... a pista de pouso foi originalmente construída no início dos anos 70 por missionários protestantes da Missão Evangélica da Amazônia (MEVA), que iam à região em viagens curtas de evangelização para catequizar os índios. Uma presença permanente em Paapiú não foi estabelecida até 1981 quando a FUNAI construiu um posto perto da pista de pouso, que foi ampliada em 1986 pela Força aérea Brasileira no âmbito do projeto Calha Norte. Tenente Mota, um Policial Militar encarregado de supervisionar a pista de pouso, informou-se sobre depósitos de ouro em que os Yanomami estavam trabalhando manualmente nas proximidades e reconheceu o potencial mineral da área. Ao informar outros garimpeiros de sua descoberta, o Tenente organizou um grupo de garimpeiros bem armados para voar até Paapiú e invadir a pista de pouso em dezembro de 1987. A força aérea não fez nenhuma tentativa de expulsar os invasores e a FUNAI abandonou em seguida seu posto em Paapiú em 1989, deixando os garimpeiros com uso irrestrito da pista. A estratégia rendeu dividendos ao Tenente Mota que, após negociar com um líder indígena local, João Davi Yanomami, estabeleceu seu próprio garimpo nas cercanias. Depois destes acontecimentos, Paapiú se tornou uma pequena vila no coração da reserva Yanomami, que deu suporte a alguns dos mais produtivos garimpos de Roraima." 1995, p.35-36. O rio Paapiú também é identificado como rio Couto de Magalhães.

⁴² Sobre esse aspecto da invasão garimpeira na área Yanomami ver RAMOS, 1999. Sobre as consequências epidemiológicas deste fato ver LOBO, 1996, p.28.

Ministério do Exército, 2001, anexo 3), fez parte da tentativa de atingir os objetivos do PCN (BRASIL. IME, 2001)⁴³.

A grande invasão garimpeira da área Yanomami

No ano de 1986 o controle econômico imposto pelo Plano Cruzado do Presidente José Sarney, associado ao preço elevado do ouro no mercado internacional, à disponibilidade de mão de obra transferida para os projetos de colonização e ao declínio da produção nos garimpos do Pará, faz setores do capital migrarem para a mineração informal, livre de taxas. No mês de maio deste mesmo ano, Romero Jucá é nomeado Presidente da FUNAI (fica no cargo até

⁴³ Em documentos do Exército Brasileiro ainda consta como uma das realizações do Projeto Calha Norte a demarcação da reserva Yanomami em 19 áreas descontínuas e a definição de Florestas Nacionais na área tradicional desses índios, mesmo depois de já terem se passado nove anos que a Justiça reverteu essa situação. Na página do Exército Brasileiro na internet, uma avaliação do PCN, após dez anos de iniciado, nos diz no anexo 3, "Principais Realizações do PCN: dentre a gama de realizações do Calha Norte, merecem realce: (...) - No Projeto Especial para o Incremento das Ações da FUNAI na Faixa de Fronteira: - Criação de 19 (dezenove) áreas indígenas na região dos índios Uanomami (sic), em Roraima, a saber: Auaris, Uaicás, Surucucu, Cutaíba, Palimiú-There, Ericó, Acapural, Mucajaí, Jundiá, Catrimani, Demini, Tootobi, Gurupira, Ajuricaba, Marari, Maraiúá, Maturacá, Cauabori e Apuí, num total de 2.435.215 hectares para uma população de 9.910 indígenas (...) Criação de 13 (treze) Florestas Nacionais, a saber: (...) Amazonas e Roraima (...); e - Criação do Parque Nacional de Monte Roraima, com uma área de 100.000 hectares." A necessidade de mudança de enfoque no PCN e sua integração às políticas governamentais e atuação conjunta com outros setores da sociedade está presente na conclusão do próprio documento do Exército: "Após dez anos de atividades, porém, torna-se necessário reformar em profundidade o Calha Norte para que o Programa se coloque em sintonia com a política global do Governo e possa ganhar nova agilidade e importância. O Programa Calha Norte transcende em muito o aspecto de vigilância daquela região de relevante interesse político-estratégico, para se mostrar um projeto governamental arrojado e multidisciplinar, de considerável alcance social para os brasileiros cuja presença em áreas inóspitas é um fator importante para assegurar a jurisdição brasileira sobre a região." BRASIL. Ministério do Exército, 2001.

setembro de 1988). Ao mesmo tempo seiscentos garimpeiros de ouro trabalham nos rios Catrimani e Apiaú, porção sudeste da área Yanomami (MACMILLAN, 1995, p.30-31).

MacMillan nos descreve como vários pré-requisitos são preenchidos para culminar na grande "corrida do ouro" ao território Yanomami: o acesso às áreas remotas providenciado pela abertura das rodovias BR-174 e 210, a mão-de-obra provida pela migração incentivada pela abertura de estradas e seus projetos de colonização associados, o incremento na década de 80 do preço do ouro no mercado internacional, a existência dos depósitos de ouro aluvionar garimpável com tecnologia rudimentar e a conveniência para as diretrizes políticas de desenvolvimento regional e ocupação da Amazônia. O Plano Cruzado com congelamento de salários, controle de preços e contração de mercado, conduz a uma situação em que a atividade informal do garimpo se apresenta extremamente atraente, não impondo impostos e utilizando moeda forte. O declínio da produção nos garimpos paraenses e a não coincidência na época de mineração (período das secas, verão amazônico) também direciona o capital de empresários de garimpo do Pará e outras regiões amazônicas para Roraima (MACMILLAN, 1995, p.30-31). A pressão dos grupos políticos e empresariais amazônicos cresce, havendo a tentativa de criar fatos consumados para a exploração mineral.

Analisando o caso Yanomami, Alcida Ramos (1999) demonstra como os supostos "vazios demográficos" amazônicos representados pelas populações indígenas, grande preocupação do pensamento militar de segurança nacional, são trabalhados para se tornarem vazios de fato, através da criação de condições para a ocupação das terras indígenas por contingentes de população não-índia e a depopulação da população original. Assim, num movimento articulado, FUNAI, Exército e Governo do Estado de Roraima promovem a partir

de 1986 a ampliação e abandono de pistas do Projeto Calha Norte, a invasão da região por algumas dezenas de milhares de garimpeiros, a expulsão de estudiosos, equipes médicas e missionários. Veremos abaixo como isso se desenvolveu.

Em 1987, a perspectiva de aprovação na Assembléia Constituinte do dispositivo que poderia conferir às cooperativas de garimpeiros prioridade na exploração das jazidas garimpáveis em que já estivessem atuando, também incentiva a invasão às áreas indígenas. Dois outros eventos fortaleciam a pressão garimpeira: o primeiro é o fracasso, no mês de setembro, de uma ação conjunta de retirada de garimpeiros da área Yanomami promovida pela FUNAI, Polícia Federal, Exército e Aeronáutica (CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL, 1988, p.08); o segundo é a posição extremamente favorável ao garimpo dos governadores do Território de Roraima, Klein e Romero Jucá⁴⁴.

Ao final do ano de 1987 todos os ingredientes estão postos e tem início a invasão garimpeira maciça da reserva Yanomami. Os três anos seguintes são de livre acesso dos garimpeiros à área indígena, marcados por intensa violência contra os indígenas e adoecimento generalizado de sua população. Privados de assistência médica suficiente, cerca de 1.500 Yanomami morrem de 1987 a 1990 em epidemias de malária e infecções respiratórias. Esta situação se torna insustentável diante da opinião pública nacional e internacional, levando o Governo Federal, num momento de preparo para a Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e Desenvolvimento – Eco92 no Rio de Janeiro ⁴⁵, a decidir pela expulsão

⁴⁴ O primeiro de 12 de outubro de 1987 a 16 de setembro de 1988 e o segundo no período de 16 de setembro de 1987 até 1 de agosto de 1990. MACMILLAN, 1995, p.37.

⁴⁵ A mobilização indígena e os acordos internacionais, em conexão com a ECO-92, são apontados por João Pacheco de Oliveira como responsáveis por uma mudança

dos garimpeiros, delimitação e homologação da reserva Yanomami e criação do Distrito Sanitário Yanomami, com repasse das ações de saúde a nível nacional da FUNAI para o Ministério da Saúde. Essa decisão demorou seis anos desde a interdição da área indígena em 1985 e três anos desde o início da invasão garimpeira, não sendo efetiva até os dias atuais.

No mês de agosto de 87 quatro índios da região do Paapiú são assassinados pelos garimpeiros através de arma de fogo e seus corpos são esquartejados. O conflito serve de pretexto para acusar os Missionários católicos de estarem insuflando os Yanomami e serem os responsáveis pelos conflitos. Os missionários são expulsos da área indígena. Em seguida é suspenso o convênio FUNAI/CCPY⁴⁶ para atenção à saúde de parcela dos Yanomami e todas as equipes de saúde e antropólogos são proibidas de atuar. São mantidas apenas as equipes da FUNAI e dois projetos de saúde (sem relatórios conhecidos), um de nutrição (não realizado) e outro de imunização. Essa situação dura até a visita da comissão da Ação pela Cidadania em 1989 e início dos planos emergenciais de saúde em janeiro de 1990 (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde, 1991. FNS, 1991b, p.14; MACMILLAN, 1995, p.37. RAMOS, 1999; APC, 1990, p.17; LOBO, 1996, p.29-30), quando cerca de 40.000 garimpeiros já circulavam pela área Yanomami (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde, 1991, p.26).

no *padrão de afunilamento* do reconhecimento dos direitos indígenas ao longo dos processos administrativos governamentais (OLIVEIRA, 1991, p.71).

⁴⁶ Organização não governamental brasileira criada em 1978 com os objetivos principais de garantir o direito Yanomami a suas terras, por meio da criação de um parque indígena, e a "defesa das comunidades Yanomami diante das ameaças contínuas à sua cultura e sobrevivência" (TASSARA, 1991, p.9). Inicialmente se chamava Comissão Pela Criação do Parque Yanomami, passando depois da

A persistência dos interesses minerários

Pouco antes da promulgação da Constituição Federal garantindo a posse das terras imemorais aos índios, a Portaria Interministerial No. 160 do dia 13 de setembro de 1988 divide a área Yanomami em 19 áreas indígenas descontínuas, somando cerca de 2.435.215 ha e criando as Florestas Nacionais (Flona) de Roraima e do Amazonas dentro do território anteriormente interdito pela FUNAI. Quatro das dezenove áreas indígenas situam-se dentro do Parque Nacional do Pico da Neblina, no Amazonas. As Flonas são inicialmente caracterizadas como Terras Indígenas mas, dois meses depois, nova portaria ⁴⁷ as retira dessa condição. Em 17 de janeiro de 1989 são publicados no Diário Oficial da União os decretos homologatórios das dezenove áreas indígenas Yanomami descontínuas. Dois meses depois, em 02 de março de 1989, o D.O.U. publica os decretos de criação das duas Florestas Nacionais incidentes na área Yanomami: Flonas de Roraima e do Amazonas. Em Julho seguinte, o então Governador de Roraima Romero Jucá anuncia o "Projeto Meridiano 62" que propõe a criação de reservas garimpeiras nas Flonas no interior da área Yanomami (AÇÃO PELA CIDADANIA, 1990, p.18).

Em 1989, incidem sobre a área Yanomami 451 pedidos de alvarás de mineração (ALBERT, 1991, p.08). A situação de saúde do povo Yanomami é crítica e desenha-se um eminente genocídio. O índio Yanomami Davi Kopenawa torna-se um porta-voz de seu povo e com a ajuda da ONG Comissão Pela Criação do Parque Yanomami - CCPY, percorre o mundo denunciando o impacto ambiental e epidemiológico da maciça presença garimpeira, bem como a depopulação de sua

homologação da Terra Indígena Yanomami a se chamar Comissão Pró-Yanomami, mantendo a sigla CCPY. Na internet possui o site www.proyanomami.org.br.

etnia. Por esta atuação, recebe o prêmio Global 500 da ONU (AÇÃO PELA CIDADANIA, 1990, p.18).

Os garimpeiros brasileiros ocupam a faixa de fronteira com a Venezuela e passam a estabelecer pistas e garimpos naquele país, provocando vários incidentes diplomáticos. Em 05 de maio de 1989 a Guarda Nacional Venezuelana expulsa mais de 3 mil garimpeiros brasileiros que trabalham nas nascentes do rio Orinoco. No mês de junho, uma comissão do movimento Ação pela Cidadania visita a área Yanomami e publica o relatório "Roraima: o aviso da morte" denunciando a gravidade da situação em Roraima (AÇÃO PELA CIDADANIA, 1990, p.18).

Durante todo o ano de 1989 seguem-se manifestações e atos jurídicos a favor e contra a garimpagem na reserva Yanomami. No mês de setembro há uma passeata de protesto de lideranças Yanomami e de outras etnias em Boa Vista, durante visita do Presidente José Sarney ao Estado de Roraima. No dia 12 de setembro de 1989 lideranças Yanomami são recebidas pelo Procurador geral da República, Presidente do STF, da Câmara dos Deputados e do Senado Federal em Brasília, mas o Presidente da República lhes nega audiência. Ao mesmo tempo, são feitas manifestações em Brasília de várias etnias indígenas brasileiras contra a invasão garimpeira na área Yanomami (350 lideranças de 76 povos e 14 organizações indígenas) e Boa Vista (representantes de nove etnias). Em 20 de outubro de 1989 o Juiz da 7^a Vara da Justiça Federal do DF, Novelty Vilanova da Silva Reis, profere decisão interlocutória concedendo liminarmente a interdição dos 9.411.108 ha e a retirada imediata dos invasores da área, solicitada pelo MPF através da Medida Cautelar no. XII 244/89 de 12 de outubro. Em 05 de dezembro de 1989 o juiz da 1^a Vara da Justiça

⁴⁷ Portaria Interministerial no.250, de 18 de novembro de 1988.

Federal do DF, João Batista Coelho Aguiar, concede liminar à ação civil pública do MPF de 17 de julho de 1989, determinando a interdição das pistas clandestinas (AÇÃO PELA CIDADANIA, 1990, p.20). É o início de uma intervenção parcial para fortalecimento dos índios. Parcial porque, como veremos, não se tornará efetiva nos anos seguintes, passando o problema da garimpagem na Terra Indígena Yanomami a ser um mal crônico com períodos de incremento e de atenuação.

No início do mês de dezembro é decretado o Plano Emergencial de Atenção à Saúde Yanomami - PEASY, que tem como objetivo:

combater e controlar o atual surto de endemias e levantar as condições médico-sanitárias dessa população indígena, criando as condições para a implantação, sob a coordenação do Ministério da Saúde e execução dos demais órgãos e entidades do setor Saúde, de um programa permanente de atenção à saúde dos Yanomami, a fim de conter a evolução das endemias, proteger e recuperar a saúde do Grupo Yanomami (grifo nosso).⁴⁸

Em dezembro de 1989 um decreto presidencial determina a retirada imediata dos garimpeiros, a apuração de responsabilidades quanto a "incitamento à invasão e financiamento às atividades ilícitas" e a consecução do PEASY.⁴⁹

Os garimpeiros também têm seus momentos de fortalecimento. Apesar das derrotas na justiça, os interesses minerários manobram e conseguem a promulgação de decreto presidencial criando a reserva de garimpagem Uraricaá - Santa Rosa para reassentamento de garimpeiros, sobreposta 16% à área indígena interdita.⁵⁰ Em fevereiro de 1990 o Presidente Collor presencia em sete países

⁴⁸ Decreto 98.478 de 06 de dezembro de 1989.

⁴⁹ Decreto 98.502 de 12/12/1989. Não se conhece os efeitos desta apuração de responsabilidades.

manifestações de protesto contra a situação Yanomami. No dia 16 daquele mesmo mês, dois decretos criam as reservas de garimpagem Catrimani - Couto de Magalhães e Uraricoera, situadas integralmente na área Yanomami interdita judicialmente.⁵¹

Nos dois primeiros meses de 90 é realizado o Plano Emergencial de Atenção às Comunidades Yanomami - PEASY, marcando a reabertura da área Yanomami a equipes de saúde externas. Este plano é realizado pelo Ministério da Saúde a pedido da FUNAI e com a participação de várias ONG's (Ação pela Cidadania, CCPY, CIMI etc.) e da Procuradoria Geral da República (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde, 1991, p.27). Ao mesmo tempo é efetuada uma Operação de Retirada dos Garimpeiros (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde, 1991b, p.20), que incluiu a explosão de pistas clandestinas. Embora a ação não seja completa, vá durar até o ano seguinte e ser reativada várias vezes nos anos subsequentes, a reserva Yanomami passará a ser considerada pelos garimpeiros como fechada para suas atividades. No dia 02 de maio de 1991 a demarcação em dezenove ilhas é anulada e novos atos interditam uma área contínua como terra Yanomami.⁵²

O PEASY reveste-se de duas grandes funções, conter a mortalidade na área Yanomami e viabilizar o conhecimento necessário à construção de um programa de saúde permanente para aquela etnia. Dentre este conhecimento se destaca a constatação de que o fim da atividade garimpeira, a recuperação dos padrões organizativos tradicionais Yanomami e a garantia de seu território são condições *sine qua non* para a efetividade de um programa sanitário (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde, 1991b, p.15-16).

⁵⁰ Decreto 98.890 de 26 de janeiro de 1990. APC, 1990, p.20.

⁵¹ Decretos 98.959 e 98.960. APC, 1990, p.21.

⁵² As Portarias 223 e 224 do Ministério da Justiça interditam área nos mesmos moldes da Portaria FUNAI no.1817/E de 08/01/1985. (ALBERT, 1991, p.11).

A demarcação da Terra Indígena Yanomami

A garantia da terra para as populações indígenas é um fator de fortalecimento e equidade fundamental uma vez que dela depende a possibilidade de reprodução social em seus aspectos políticos, econômicos, simbólicos e históricos. Sobre o assunto, nos diz Alcida Ramos:

... fica claro que o significado de territorialidade para as sociedades indígenas não é mesmo que para as populações nacionais que as rodeiam. Extirpada de seu território, uma sociedade indígena tem poucas chances de sobreviver como grupo cultural autônomo. No território estão inscritas as mais básicas noções de autodeterminação, de articulação sociopolítica, de vivência e crenças religiosas, para não falar na própria existência física do grupo. A redução dos territórios indígenas ... tem representado, em cada caso específico, violências de várias ordens, com a privação cultural, social, religiosa, moral, econômica e ecológica das sociedades indígenas (1986, p.20-21)

Com base em uma proposta originária do Ministério da Saúde um seminário em Manaus define os últimos detalhes e é lançado em janeiro o Projeto Saúde Yanomami⁵³ ainda sem dotação orçamentária para o ano de 1991 e com uma fase inicial de "Pré-Operacionalização", de 90 dias. Está lançada a pedra inicial para a constituição de uma estrutura de assistência permanente aos Yanomami.

1991 é um ano de tomada de decisões favoráveis aos Yanomami por parte do Governo Federal. A posse do presidente eleito

Fernando Collor de Mello, em 15 de março, faz surgir uma nova estratégia de agrado às instituições financeiras internacionais que haviam bloqueado o repasse de verbas ao Brasil devido a sua desastrada política na área de meio-ambiente (CENTRO ECUMÊNICO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO, 1994, p.190).

O Governo Federal ensaia uma ampla reforma em sua política indigenista. Em 03 de janeiro de 1991 determina a revisão dos procedimentos de demarcação de áreas indígenas⁵⁴, sendo os resultados consolidados no Decreto Nº 22, de 04 de fevereiro de 1991. Nesta data são publicados outros cinco decretos atribuindo a órgãos setoriais federais obrigações na política indigenista. Os quatro primeiros decretos tratavam de assistência à saúde (Decreto Nº 23/91)⁵⁵, proteção ao meio ambiente (Decreto Nº 24/91)⁵⁶, programas de auto-sustentação econômica (Decreto Nº 25/91)⁵⁷ e educação escolar indígena (Decreto Nº 26/91)⁵⁸. O quinto decreto (Nº 27/91)⁵⁹

⁵³ "Seminário Projeto de Saúde Yanomami", 06 a 09 de dezembro de 1990.

⁵⁴ O Decreto 99.971 de 03/01/1991 cria comissão interministerial para estudo da questão.

⁵⁵ Abordaremos os aspectos do Decreto 23 adiante, no capítulo "Antecedentes Sanitários".

⁵⁶ O Decreto 24 de 04/02/1991 trata da proteção ao meio ambiente em áreas indígenas e determina a elaboração e execução de projetos em conjunto pelo IBAMA e FUNAI sob a coordenação da Secretaria de Meio Ambiente da Presidência da República. Foi revogado pelo Decreto 1141 de 20/05/1994.

⁵⁷ O Decreto 25 de 04/02/1991 estabelece como encargo da União a garantia de programas e projetos de auto-sustentação econômica para os povos indígenas. Determina a execução de programas específicos, de caráter estratégico, com diagnósticos agro-ecológicos e sócio-econômicos, respeito à organização social e equipes preparadas para o trabalho intercultural. A competência para isso é atribuída ao MARA/EMBRAPA e à FUNAI.

⁵⁸ O Decreto 26 de 04/02/1991 trata da educação escolar indígena, repassa a competência ao Ministério da Educação e evoca o disposto na Convenção 107 da Organização Internacional do Trabalho a que se refere o Decreto 58.825 de 14/07/1966. O Ministério da Educação, em seu Plano Nacional de Educação (aprovado pela Lei 10.172 de 09 de janeiro de 2001), no capítulo dedicado à educação indígena, faz uma avaliação de que a municipalização e/ou "estadualização" provocadas pelo Decreto 26 provocou o surgimento de iniciativas não coordenadas e de matizes diferentes, que não constituíram um modelo educacional diferenciado e coeso para as populações indígenas (MEC, 1997, p.60). Sobre educação escolar indígena vide SILVA, AZEVEDO, 1995. Vide também, para o período 1995 a 1998, o texto de OLIVEIRA, LIMA, 1999, p.79-84.

autorizava uma comissão a proceder estudos para revisão de toda a legislação indigenista. Sobre esse período no diz Varga:

O massacre e a mortandade massiva dos Yanomami (RR, AM), entre 1987 e 1990⁶⁰, decorrentes da grande invasão garimpeira de seu território (acobertada, senão mesmo patrocinada, pelo então Governo Federal, por Governos Estaduais e políticos locais⁶¹), mobilizou a opinião pública nacional e internacional, tornando notória a inoperância da FUNAI diante da situação, sobretudo no campo da saúde.

Em função destes fatos, e com base no documento final da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (1986), em fevereiro de 1991 o Decreto 23, da Presidência da República, transferia da FUNAI para o Ministério da Saúde (através da recém-criada FNS) a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde voltadas a comunidades indígenas. Outras competências da política indigenista nacional (educação, desenvolvimento comunitário, proteção ambiental) foram igualmente transferidas do âmbito das atribuições exclusivas da FUNAI para os Ministérios respectivos, através de outros Decretos.

Seguiu-se período de intensa insegurança por parte dos quadros da FUNAI, que pressentiam o iminente sucateamento terminal e extinção do órgão, o que acarretou uma acirrada disputa política com os demais Ministérios e instituições envolvidos, tanto pelo retorno dessas competências para o âmbito da FUNAI, quanto, e sobretudo, pela parcela do orçamento da União a elas correspondentes.

No caso da saúde, o período foi especialmente conturbado por essas dissensões políticas, que repercutiram diretamente sobre as ações em campo, prejudicando a necessária integração

⁵⁹ O Decreto 27 de 04/02/1991 trata da revisão da legislação indigenista, estabelecendo um prazo de três meses para apresentação de resultados, não havendo, posteriormente, resultados que modificassem o Estatuto do Índio (Lei 6001/73) e a legislação correlata.

⁶⁰ *Estima-se que cerca de 30% da população Yanomami no Brasil tenha falecido no período, por conta das doenças trazidas pelos garimpeiros, ou pela violência por eles praticada.*

⁶¹ *Há fortes evidências nesse sentido.*

interinstitucional em sua execução, ocasionando casos freqüentes de duplicidade e desperdício de recursos (1998, p.8. Notas do autor).

Em 15 de novembro de 1991 o Presidente Fernando Collor decide pela demarcação da Terra Indígena Yanomami e é assinada a portaria no. 580. A demarcação em área contínua de 9,4 milhões de hectares da Terra Indígena Yanomami é homologada pelo Presidente Collor em 25 de maio de 1992. O ato é visto como uma forma de tentar diminuir o nível de críticas das organizações ecologistas que participarão da Eco 92. No entanto, provocará um grande número de reações positivas e negativas. Os meses anteriores à homologação são marcados por conflitos de garimpeiros brasileiros com a Guarda Nacional venezuelana e reações dos setores militares e políticos contrários à demarcação (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 1996, p.226).

A Conferência Mundial das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e desenvolvimento - ECO 92, reunida no Rio de Janeiro em junho de 1992, contempla em seu relatório um capítulo sobre a questão indígena, reafirmando a necessidade de respeito à autodeterminação dessas populações. No documento com metas e objetivos, conhecido como Agenda 21, o capítulo de número 26 se dedica aos índios. A seu respeito escreveu Ênio Cordeiro:

Dentre os objetivos e atividades fixados no parágrafo 26.3 da Agenda caberia a menção aos seguintes: proteção das terras indígenas contra atividades ambientalmente inadequadas; estabelecimento de mecanismos nacionais de solução de disputas envolvendo terras indígenas; fortalecimento da capacidade das comunidades indígenas para a promoção de seu desenvolvimento sustentado; participação dos indígenas na formulação de programas e políticas nacionais relativas ao manejo de recursos e outros processos de desenvolvimento que possam afetá-los; e proteção da propriedade intelectual indígena. (1999, p. 138)

A área indígena volta a ter um volume maior de invasão a partir do mês de junho, quando há a paralisação da Operação Yanomami (retirada de garimpeiros) e saída dos helicópteros da FAB que dão apoio à FUNAI e FUNASA. Estimativas da FUNAI estabelecem em 11 mil os garimpeiros na reserva em dezembro de 1992 (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 1996, p.227-8). Nos meses seguintes novamente acontecem prisões de garimpeiros pelas autoridades venezuelanas. Em janeiro de 1993 um grupo de 20 garimpeiros assume o controle do Posto de Vigilância Catrimani II, da FUNAI, e começa a preparar a região para receber um contingente maior. São imediatamente retirados pelo órgão indigenista.

Em fins de fevereiro inicia-se nova "Operação Selva Livre", de retirada de garimpeiros, coordenada pela FUNAI com participação da Polícia Federal e Aeronáutica. As estimativas são de remover quatro mil garimpeiros em Roraima e três mil no Amazonas. A própria aprovação da operação leva por si a um movimento voluntário de saída de parte dos garimpeiros (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 1996, p.228-229). Por problemas orçamentários, a operação de retirada sofre constantes interrupções, momentos esses que são aproveitados pelos garimpeiros para agir com maior liberdade. Nos meses seguintes são constantes os fluxos de entrada e saída de garimpeiros da reserva, variando conforme aumentasse ou diminuísse os recursos orçamentários e financeiros disponíveis para a operação.⁶²

⁶² Estes, colocam em ação nos meses seguintes uma estratégia conhecida jocosamente como "hotel FUNAI": trata-se de, quando os suprimentos disponíveis no meio da mata escasseiam, demandando novo abastecimento, ou quando um garimpeiro desejava retornar à cidade para tratamento de doença ou levar os lucros de sua atividade, de se apresentarem como retirantes nos postos da FUNAI onde ficariam por alguns dias por conta do Estado se alimentando e descansando até a chegada da aeronave que os levaria de graça a Boa Vista. Sabem que não há indiciamento por parte da polícia e não são confiscados os pertences, nem mesmo o ouro, uma vez que o órgão indigenista o julga necessário para o sustento na cidade. Em Boa Vista são libertados e podem cuidar de assuntos particulares, inclusive agendar lançamentos de suprimentos aos companheiros na mata, vender sua

Em julho de 1993 a PF calcula ter retirado quatro mil garimpeiros, terem saído por conta própria outros quatro mil e restarem cerca de 400 na área indígena (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 1996, p.230-231). Esses números são vistos com reserva pelos servidores da FUNASA que trabalham no interior da área, uma vez que os consideram superestimados.

No mês de agosto seguinte dezesseis Yanomami da maloca Haximu são massacrados na região do Homoxi, fronteira com a Venezuela. O "Massacre de Haximu" se constitui num emblema da vulnerabilidade Yanomami. Vinte e quatro garimpeiros são indiciados pela chacina planejada e organizada em Boa Vista. As repercussões do crime, qualificado pela Justiça como genocídio, mobiliza a imprensa mundial nos meses seguintes, o Governo Federal cria um Ministério para Articulação das Ações na Amazônia Legal e realiza uma retirada de garimpeiros na porção sul da reserva Yanomami, no Parque Nacional da Serra da Neblina. O segundo semestre do ano será marcado por dois eventos na Venezuela ligando a morte de vários Yanomami à presença garimpeira brasileira (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 1996, p.231-240).

O ano de 1994 verá ocorrer várias interrupções na Operação Selva Livre que a cada etapa vê acrescentado um dígito em seu nome.

produção e contratar vôos clandestinos para o regresso. Embora por vezes se acusasse a PF e FUNAI de arbitrariedades ou corrupção dentro da mata, as operações não são levadas a sério pela comunidade garimpeira, que monitora os movimentos dos agentes governamentais e se beneficiam de sua baixa efetividade nas áreas de garimpo onde os helicópteros utilizados são ouvidos com vários minutos de antecedência a sua chegada, dando tempo de submergir as máquinas no rio ou poço, esconder suprimentos e se introduzir na floresta, área desconhecida para os agentes federais, em que não ousam percorrer grandes distâncias, até mesmo pelo perigo de emboscadas. A operação foi um grande negócio para funcionários dos órgãos envolvidos uma vez que seus órgãos deslocaram e custearam a base de diárias dezenas deles por meses a fio. Na prática, a operação Selva Livre significou para estes um grande incremento em sua capacidade de poupança. Administrativamente, a "operação" não devia subordinação ao titular da Administração Regional de Boa Vista da FUNAI, tendo coordenação própria e ligando-se diretamente à Presidência do órgão.

Em julho, quando não há disponibilidade para a FUNAI de aeronaves da FAB, aquela estima em mil e quinhentos os garimpeiros na reserva. Esta constante e incômoda presença se manterá estável nos anos seguintes, variando de acordo como os episódios de liberação de verbas por parte do Ministério da Justiça para operações de retirada. Também estará sempre associada a rotineiros conflitos e nível epidêmico de casos de malária e pneumonia entre os Yanomami nos anos seguintes. Vários sítios da reserva indígena praticamente não deixam de contar com a presença garimpeira, como é o caso de Xiriana, Parafuri, Dicão, Aracaçá e Pico da Neblina. Em alguns momentos, os funcionários do Ministério da Saúde são proibidos pela FUNAI de ter acesso a aldeias Yanomami sob influência dos garimpeiros, uma vez que não lhes era garantida segurança.⁶³ O ano é marcado pela desassistência à saúde e corrupção na Coordenação Regional da FUNASA⁶⁴.

A situação de insegurança do território Yanomami é um fator agravante das condições sanitárias daquela população. A partir de 1996, ano em que a FUNAI paralisa os trabalhos de retirada de garimpeiros da Terra Indígena Yanomami, nota-se um incremento da violência entre pessoas de alguns grupos Yanomami, intimamente relacionada à presença garimpeira e ao fornecimento de armas e munições aos índios.

Nos anos de 1995 e 96 há um aumento dos conflitos armados entre Yanomami. Isto demonstra a circulação de munição na área,

⁶³ Este é o caso das malocas da região do Sharuna, em junho de 1996 (Cf. Ata NISI/FNR-RR de 04/07/1996).

⁶⁴ Cf. Ofícios 036 e 037/94 do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde de Roraima - SINTRAS, de 12/08/1994, encaminhados respectivamente ao Presidente da FUNASA e ao Coordenador Regional da FUNASA em Roraima; Carta ao Ministro da Saúde datada de 17/08/1994, assinada por 132 funcionários da FUNASA/RR, pedindo intervenção e auditoria administrativa no órgão federal; Folha de Boa Vista, 1994, p. 06; Brasil. FUNASA, 1994; Carta ao Ministro da Saúde datada de 07/11/1994 assinada por vários técnicos do DSY.

principalmente via garimpeiros. Os conflitos em regiões de alta morbimortalidade por doenças tornam a atividade de saúde extremamente complexa. A letalidade dos incidentes com armas de fogo desequilibra e acirra os conflitos internos da sociedade Yanomami, aumenta-se a tensão e prejudicam-se as atividades das equipes de saúde. As comunidades, amedrontadas, afastam-se ou se vêem afastadas dos postos de saúde, agravando ainda mais seu quadro sanitário e perturbando todas as rotinas de produção e sociabilidade entre aldeias (MAGALHÃES, CAVALCANTI, 1998, p.17-18).

Como vimos, o movimento de invasão do território pelos interesses privados, com o suporte do Estado, levam a população Yanomami a um elevado nível de vulnerabilidade social, não alcançando quaisquer possibilidades de controle sobre as políticas e interesses econômicos e geopolíticos incidentes sobre seu território. Na próxima parte veremos como esta dinâmica aconteceu no campo sanitário.

3.3 A saúde indígena

A saúde indígena é determinada pelas condições gerais aqui analisadas e pelas particularidades de sua história. Nesta parte veremos o percurso dos impactos epidemiológicos sobre as populações indígenas e sua dinâmica sobre a população Yanomami, determinando seu processo de vulnerabilização.

A chegada do colonizador europeu à América desencadeia um impacto epidemiológico sobre as populações nativas levando-as a uma

depopulação marcante e ao desaparecimento de um sem número de etnias.⁶⁵

A população americana em 1500 representa próximo de um quarto da população mundial (CHAUNU apud RIBEIRO, 1992, p.74), somando entre 90 e 112,5 milhões de pessoas (DOBBYNS apud RIBEIRO, 1992, p.74)⁶⁶ que, no século e meio seguinte, sofrerão uma depopulação na escala de 20:1 a 25:1 (CHAUNU, idem). Em 1492, numa estimativa conservadora, há na Amazônia 5,1 milhões de habitantes (DENEVAN, 1976, p.205-234⁶⁷), número que se reduz para 250.000 habitantes em fins do século XIX⁶⁸. No século XX a população indígena volta a crescer até sofrer os impactos dos programas desenvolvimentistas na segunda metade deste. Lobo (1996) descreve uma situação de estabilidade epidemiológica onde o impacto das doenças é dependente de aspectos como o tamanho da população, seu estado imunitário, a virulência e capacidade de manutenção do agente patogênico, bem como as estratégias culturais

⁶⁵ Para uma ampla exemplificação das perdas populacionais em tribos brasileiras de contato recente e suas conseqüências, ver RIBEIRO, 1996, p.305-45. Para um panorama geral sobre o desaparecimento de populações indígenas no Brasil ver SURVIVAL INTERNATIONAL, 2000.

⁶⁶ Para Denevan a população nas Américas seria de 57,3 milhões com uma possibilidade de erro de 25%, ou seja, ficaria entre 43 e 72 milhões de habitantes em 1542 (1976, p.289-292).

⁶⁷ Denevan examina os diferentes habitats sul-americanos e a possibilidade de subsistência de grupos humanos estabelecendo para cada um uma densidade demográfica provável. Aspectos como tecnologia, agricultura e animais domésticos são considerados a partir de evidências pré-históricas, históricas e contemporâneas em combinação com taxas conservadoras de depopulação. Os seis habitats trabalhados pelo autor são: planícies inundáveis, costa, terras baixas de savana, florestas de altitude, savanas de altitude e terras baixas de floresta. (Denevan, 1976, p.207-8) A estimativa de Denevan é de densidade populacional igual a 0,2 hab./km² nas terras baixas da Amazônia. Devido a um possível efeito "buffer" (a existência de terras de ninguém, evitadas por tribos hostis entre si) o autor sugere uma redução temporária em 25% no número considerado para a Amazônia, redimensionando-o de 6,8 para 5,1 milhões, sendo este último o número considerado por nós.

⁶⁸ Berta Ribeiro cita Betty Meggers que argumenta que a população da Amazônia não deve ter ultrapassado a marca de 1,5 a 2 milhões de habitantes (numa média de 0,3 habitantes por quilômetro quadrado nas várzeas e terras-firmes), uma vez que os ecossistemas amazônicos não suportam grande concentração populacional (RIBEIRO, 1992, p.79-80).

de resposta às doenças. Esta relativa estabilidade é perturbada pelo componente epidemiológico do contato com as frentes de expansão da população não indígena:

Na fase pré-contato, havia um "pool" de doenças endêmicas e/ou surtos esporádicos oscilando num contexto dinâmico entre o homem, o meio ambiente e o agente patogênico, onde o xamã ou a comunidade detinham conhecimentos e posturas relacionadas ao itinerário terapêutico. O contato com o conquistador ou a sociedade envolvente introduziu, por outro lado, uma série de doenças para as quais não havia "memória" imunológica ou cultural. (LOBO, 1996, p. 180).

A autora adverte, no entanto, que a menor capacidade de resposta imunológica, devido a uma maior homogeneidade genética, é suplantada no estabelecimento das taxas de mortalidade por aspectos socioculturais - como inexistência de estoques alimentares, não acesso a assistência especializada e a capacidade social de reagir à perda populacional (LOBO, 1996, p. 19ss) ⁶⁹.

Os primeiros impactos epidemiológicos

Aproximadamente há 200 anos⁷⁰ os Yanomami se expandiram para as terras baixas em torno da serra Parima, núcleo de seu povoamento, ocupando os espaços deixados por etnias indígenas que desapareceram sob o impacto epidemiológico e guerras para captura

⁶⁹ As perdas populacionais podem ter conseqüências tanto quantitativas quanto qualitativas, devendo o grupo populacional equacionar desde sua capacidade de reprodução física até a perda de pessoas-chave como sábios, xamãs, líderes políticos etc. e sua conseqüência para a reprodução simbólica e reordenamento político nas relações internas e externas ao grupo. Sobre as conseqüências do contato interétnico e reações possíveis, um texto básico ainda é a terceira parte de *Os índios e a civilização*, de Darcy Ribeiro (1996).

⁷⁰ ALBERT, 1988, p.29-30.

de escravos índios durante a colonização do Rio Branco.⁷¹ A presença dessas etnias na periferia da área Yanomami serviram como um "tampão" amortecendo o impacto do que Bruce Albert chama de choque microbiano. Como na década de 30 do século passado essas etnias já estavam praticamente extintas, os Yanomami passaram a sentir o impacto da introdução de novas doenças de forma mais direta.

Em 18 de março de 1925 a expedição de Hamilton Rice encontra uma maloca Yanomami com cerca de 50 pessoas no igarapé Linepenome, subindo o rio Uraricoera. Cerca de 50 dias depois os encontra moribundos, "muito febris... emagrecidos, debilitados e emagrecidos" sendo inevitável o desaparecimento daquela aldeia (RICE, 1978, p.43-44,56). Muito provavelmente a doença fora levada pela própria expedição Rice (ALBERT, 1988, p.63), numa demonstração da vulnerabilidade da população sem contato.

Em 1933 o explorador norte-americano Holdridge indica que a malária é doença endêmica entre cerca de 200 colonos que então habitavam a região do rio Demini. A Comissão de Limites e Fronteiras em viagem pelo rio Uraricaá (afluente do Uraricoera) no período de 1940 e 1944 dá como muito ruim a situação de saúde dos Yanomami locais, localizados perto de frentes de expansão nacionais. São referidos casos de malária, doenças respiratórias e blenorragia (ALBERT, 1988, p.72). Em 1959 é relatado um deplorável estado de saúde entre os Yanomami do alto Toototobi, com a presença de malária, doenças respiratórias e anemia. Aquela população mantinha contato com coletores de látex e castanha e com membros do SPI do Posto Ajuricaba (idem, p.70).

⁷¹ Sobre o processo de colonização do rio Branco, ver FARAGE, 1991. Sobre a depopulação na região do Rio Negro e indicação de leituras, ver BUCHILLET, Dominique. "Contas de vidros, enfeites de branco e 'potes de malária': epidemiologia e representações de doenças infecciosas entre os Desana". Brasília: UnB-DAN, 1995. Série Antropologia no. 187.

Outros impactos epidemiológicos documentados sobre os Yanomami ocorrem em "surto localizados e esporádicos" nas décadas de 60 e 70, introduzidos eventualmente por pessoas provenientes de áreas urbanas (AÇÃO PELA CIDADANIA, 1990, p.29). Em 1967, entre os meses de abril e maio, ocorreu uma epidemia de sarampo entre os habitantes dos rios Mucajaí (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde, 1991, p.25), Apiaú - bacia do Mucajaí -, Ajarani e Igarapé Repartimento - bacia do Rio Catrimani⁷². Em setembro daquele mesmo ano um caso de sarampo, levado pela filha de um missionário da *New Tribes Mission*, no rio Toototobi (sul da Terra Indígena Yanomami, no Estado do Amazonas), inicia uma epidemia que percorre mais de 400 quilômetros atingindo com bastante impacto os Yanomami da região do Platanal na Venezuela (LOBO, 2000, p.10). A epidemia entre os Yanomami do rio Toototobi apresenta uma mortalidade de 15% dos infectados (doze óbitos ⁷³). No médio rio Mucajaí são registrados 135 casos com um óbito (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde, 1991, p.25). Em 1968 ocorreu uma epidemia de coqueluche em Surucucus (PELLEGRINI, 1998, p.42), sendo que não temos dela maiores informações.

Na década de 70 a construção da Rodovia Perimetral Norte (BR-210), seguindo as diretrizes do Plano de Integração Nacional, leva à entrada de doenças como sarampo, tuberculose, gripe, malária e doenças venéreas através dos trabalhadores das equipes de desmatamento (CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL, 1988, p.07). Em consequência, a população Yanomami dos vales "dos rios Ajarani e Catrimani é devastada, sendo que quatro aldeias do Ajarani perdem 22% de sua população, entre 1973 a 1975, e

⁷² Informação providenciada por Bruce Albert, com base em relatório do Serviço de Proteção aos Índios (SPI) de 22 de agosto de 1967 de autoria de G. Pinto Figueiredo Costa.

⁷³ Mortalidade compatível com a de países em desenvolvimento, apesar de ter havido assistência por parte dos missionários, segundo LOBO (2000, p.10).

quatro outras do Alto Catrimani perdem metade de sua gente em epidemias de sarampo em 1978” (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde, 1991). Concomitantemente, instalam-se projetos de colonização no Ajarani e Apiaú tendo como conseqüências pauperização e estabelecimento de novas portas de entrada de doenças com alta letalidade nas aldeias.

A descoberta de Cassiterita na região de Surucucus em 1975 e 76 leva um grande número de garimpeiros ao núcleo da terra Yanomami (BRASIL. Fundação Nacional do Índio, 1984, p.29; BRASIL. Fundação Nacional de Saúde, 1991, p.13) resultando em conflitos entre índios e não-índios, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, surtos de gripes e mortes entre os Yanomami (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde, 1991, p.25. Ver também FUNAI, 1984, p.27). Quinhentos garimpeiros de cassiterita se instalam em Surucucus durante um ano (MACMILLAN, 1995, p.27; ALBERT, 1991, p.06). A pedido da FUNAI, o antropólogo Ken Taylor elabora o Plano Yanoama que pretende proteger os Yanomami da região da Perimetral Norte e de Surucucus contra os efeitos de doenças imunopreveníveis e do contato com garimpeiros e peões. As principais ações previstas são as de imunização, mas a região de Surucucus não é alcançada devido à "morosidade burocrática e falta de helicópteros". No Ajarani são diagnosticados os primeiros casos de tuberculose (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde, 1991, p.25-6).

Em junho de 1981 são registrados surtos de sarampo e óbitos na região de Surucucus (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde, 1991b, p.19). No período de 1980 a 1982 é feito o primeiro levantamento sanitário global da área Yanomami, realizado pela FUNAI em parceria com a Comissão pela Criação do Parque Yanomami – CCPY. Durante o levantamento há um surto de sarampo na região do Palimiú e é realizado um programa de vacinação em Palimiú, Auaris,

Xitei, Homoxi e Paapiú, com uso de helicóptero (PELLEGRINI, 1998, p.58)⁷⁴ - alcançando 600 índios. Também se constatam casos de tuberculose em Maturacá (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde, 1991b, p.19).

No período de 1984 a 1987 a CCPY realiza vacinações em Paapiú, Ericó, Surucucus, Mucajaí, Demini, Palimiú, Toototobi, Ajarani e Waikás (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde, 1991, p.26).

Em 1986 realiza-se a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, parte integrante da VIII Conferência Nacional de Saúde, nela são lançados os princípios de conformar a saúde indígena em sistemas locais, integrado ao sistema nacional, com participação, controle social e política diferenciada. Estas novas bases doutrinárias para a saúde indígena são colocadas ao mesmo tempo que a grande mudança no perfil epidemiológico Yanomami se inicia.

O impacto epidemiológico da invasão garimpeira

A ocupação maciça do território Yanomami pelos garimpeiros a partir de 1987 ⁷⁵ desencadeia um processo de drástica alteração epidemiológica e ambiental⁷⁶, impactando na organização social Yanomami que, inserida compulsória e marginalmente na atividade

⁷⁴ As fontes consultadas divergem sobre as localidades atendidas que podem ser também Ericó, Marari, Olomai, Marauaiá, Surucucus e Apuí se considerado FUNASA (1991, p.26).

⁷⁵ Como vimos no capítulo Antecedentes políticos.

⁷⁶ Sobre a relação entre transformação/organização do espaço e sua relação com os processos endêmico-epidêmicos ver SABROZA, s.a. e SILVA, s.a.

garimpeira, passa a mendigar comida, remédios e bens industrializados, numa correlação de forças extremamente desigual.

No período de fins de 1987 a janeiro de 1990 o Exército e a FUNAI expulsam as equipes de saúde, missionários e antropólogos da área Yanomami⁷⁷ e mantêm apenas as equipes do órgão indigenista, com dois projetos de saúde (sem relatórios conhecidos), um de nutrição (não realizado) e ações de imunização (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde, 1991, p.26).

Em 1988 a FUNAI realiza o 1º Plano Emergencial de Saúde fazendo atendimento médico e vacinação em Mucajaí, Ericó, Waikás, Auaris, Ajarani, Catrimani, Demini, Paapiú, e Toototobi, completando apenas as duas primeiras etapas vacinais nas comunidades próximas aos postos. De 1987 a 89 os dados de morbidade registrados pela FUNAI somam irrisórias 243 ocorrências, tendo como causa principal a malária (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde, 1991b, p.20). A ausência de informações epidemiológicas vindas da reserva Yanomami naquele período é completa, os atendimentos da FUNAI são restritos e insuficientes diante das conseqüências epidemiológicas do impacto ecológico e social da atividade garimpeira.

As ações estatais são tímidas e, diante de sua insuficiência, os garimpeiros usam a estratégia de medicar índios nos garimpos e transferi-los para Boa Vista em seus aviões, numa tentativa de utilizar,

⁷⁷ Sobre o episódio Maria Gorete Selau nos diz: “A inexistência de atenção sanitária nas comunidades e Pis por parte do órgão indigenista oficial pode ser considerada omissão de socorro médico diante do caos sanitário instalado para áreas mais densamente povoadas pelo povo Yanomami.

“ A FUNAI retirou a assistência médica que os Yanomami vinham recebendo de entidades filantrópicas e ela conveniadas em agosto de 1987 (3 médicos, 1 dentista, 2 assessores antropológicos da CCPY, 1 enfermeira da Diocese de Roraima e auxiliares de enfermagem da MEVA) sem substituí-los, em período de agravamento do desequilíbrio bio-ecológico provocado pela instalação dos garimpos na área Yanomami” (1989, p.17). Um dos médicos retirados da área escreve naquele momento um importante testemunho do trabalho com os Yanomami (PELLEGRINI, 1993).

como argumento em seu favor, a dependência dos índios em relação ao garimpo e a função social deste no manejo dos doentes. Isto se mostrou, contudo, uma faca de dois gumes, uma vez que a transferência de doentes para Boa Vista resultou em expor à sociedade a gravidade do quadro epidemiológico na reserva indígena⁷⁸.

No mês de dezembro de 1989 mais de 200 Yanomami se encontram internados com malária e outras doenças na Casa do Índio de Boa Vista (AÇÃO PELA CIDADANIA, 1990, p.20). Um importante estudo epidemiológico, documento de denúncia do momento sanitário Yanomami, é elaborado a partir dos atendimentos registrados na Casa do Índio (PITHAN et al., 1991), um albergue da FUNAI para indígenas em trânsito na capital de Roraima, transformado em hospital pelas circunstâncias. Referindo-se a este documento, nos diz Lobo:

De 1987 a 1988, as internações dos Yanomami passaram de 15,7 a 57,8% entre todas as etnias do Estado, sendo sua maioria índios procedentes de regiões com alta concentração de garimpo (Mucajaí, Paapiú e Ericó). 40% da população de Paapiú esteve internada no período. A principal doença era a malária, seguida por infecções respiratórias agudas, desnutrição grave e doenças sexualmente transmissíveis (DST), não raro encontrando-se várias doenças concomitantes no mesmo indivíduo (56% de comorbidade). No ano de 1989, 39% dos óbitos foram devido à malária, estando os homicídios como segunda grande causa (18,8%). (1996, p.30)

A pedido do Ministério Público Federal, Maria Gorete Gonçalves Selau realiza um diagnóstico sobre a situação sanitária Yanomami, em novembro de 1989. A perita constata que 197 dos 230 internos na Casa do Índio de Boa Vista, da FUNAI, eram Yanomami.

⁷⁸ Sobre a estratégia dos garimpeiros de tentar desacreditar a efetividade do órgão indigenista e se colocar como solidários e aliados dos índios, trazendo os doentes para Boa Vista, ver SELAU, 1989, p.19-20.

Naquele mês, 46% da população Yanomami do Paapiú se tratou naquela unidade de saúde; da mesma forma que 26% dos índios do Ajarani e 16% dos do rio Mucajá (SELAU, 1989, p.3-8). Pithan, avaliando as internações do período de 1987 a 1989, nos diz que:

"a prevalência foi de Yanomami procedentes de regiões com alta atividade de garimpo, principalmente Paapiú, Mucajá e Auaris, representando 64% e 84% dos atendimentos de 88 e 89 respectivamente. Das 4 comunidades próximas ao posto do Paapiú apenas 5 indígenas não foram removidos para atendimento em Boa Vista e 43% deles referiram a perda de 1 a 5 parentes próximos no período 87/89." (1990, p.02)

e conclui que "a situação pôs em cheque a fragilidade das instituições responsáveis e a aplicação do modelo puramente assistencialista, cuja persistência implicaria numa prática de saúde precária e desajustada, dando margem à evasão de recursos sem um efetivo retorno". (PITHAN, 1990, p.05)

Há a partir desses diagnósticos e da pressão da sociedade civil nacional e internacional um início de intervenção por parte do Estado. De 02 de janeiro a 15 de fevereiro de 1990 é realizado o Plano Emergencial de Atenção à Saúde Yanomami (PEASY) com participação de seis equipes com médicos e intérpretes do movimento Ação Pela Cidadania - APC. Constatam-se centenas de óbitos e o agravamento da situação de saúde. Enfrenta sérias dificuldades operacionais devido ao insuficiente apoio logístico e de transporte, ocupados em uma operação de retirada de garimpeiros. Cobre apenas parte do território afetado pelas epidemias de malária, principalmente Paapiú e Surucucus, alcançando 2.200 Yanomami de 44 aldeias. Da população assistida, 22% apresenta desnutrição e a malária atinge quase a totalidade da população situada próximo aos garimpos indo

até 3% nas aldeias distantes destes. Equipes multiinstitucionais⁷⁹ se revezam no atendimento médico aos Yanomami até o fim daquele ano tendo o PEASY sido prorrogado por duas vezes, em junho e setembro (AÇÃO PELA CIDADANIA, 1990, p.21; FNS, 1991, p.21; FNS, 1991b, p.20-21). A experiência acumulada durante esse ano e os dados levantados impõem a necessidade de planejar a saúde Yanomami a médio e longo prazo, sendo criado em setembro um grupo de trabalho amplo⁸⁰ para planejar um programa de saúde Yanomami.

Como dissemos antes, O PEASY, além de buscar conter a mortalidade na área Yanomami, destina-se a viabilizar o conhecimento necessário à construção de um programa de saúde permanente. Reforça com dados a necessidade de encerramento da atividade garimpeira, de recuperação dos padrões organizativos tradicionais Yanomami e a garantia de seu território. Estas são condições essenciais para se buscar a efetividade de um programa sanitário, garantir equidade e, conseqüentemente, diminuir a vulnerabilidade daquela etnia.

⁷⁹ FUNAI, FUNASA, Ação Pela Cidadania, Universidade do Estado de São Paulo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, CCPY, CNBB.

⁸⁰ Deste grupo de trabalho participam: Escola de Enfermagem de Manaus (Formação de auxiliares de Enfermagem, internato rural), Fundação Universidade do Amazonas (Internato Rural, Formação de Agentes Indígenas de Saúde); Secretaria Estadual de Saúde de Roraima (RH, medicamentos CEME, equipamentos e atendimento secundário e terciário), Universidade Federal do Pará (Hospitais Barros Barretos e Universitário, Deptos. Antropologia e Lingüística), Instituto Evandro Chagas (Retaguarda Laboratorial), Universidade de Brasília (Antropólogos), Fundação Oswaldo Cruz (Residentes em Medicina, banco de dados sobre saúde indígena), Fundação Nacional do Índio (apoio administrativo, instalações em Surucucus, pessoal em área - um médico, um enfermeiro, 07 intérpretes, 1 técnico em laboratório, 11 atendentes de enfermagem- dois aviões, casa do Índio), Ministério da Aeronáutica (helicópteros), OPAS (interlocutora junto a outros países). (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde, 1990).

O Projeto de Saúde Yanomami

Em janeiro de 1991, após vários estudos e uma ampla reunião preparatória em Manaus⁸¹, é lançado o Projeto Saúde Yanomami, mesmo sem dotação orçamentária específica e com a previsão de uma fase inicial de "Pré-Operacionalização", de 90 dias, em que se realizaria a definição de metas, necessidade de recursos e estratégias. Após um mês reúne-se mais uma vez em Manaus um grupo de profissionais para os detalhamentos requeridos⁸².

Desde o ano anterior, no entanto, vigora um decreto presidencial proibindo a contratação de servidores públicos pelo Governo Federal. Essa limitação influencia nos anos que se seguem as possibilidades de solução de um problema que será crônico, o da disponibilidade de recursos humanos adequados ao trabalho em um sistema de saúde diferenciado em áreas indígenas.

Em 1991 o Governo Federal ensaia um conjunto de alterações em sua política indigenista, inclusive como o repasse das atribuições institucionais sobre a saúde da FUNAI para Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, através do Decreto 23 de 04 de fevereiro.

O Decreto 23/91 lança como objetivos sanitários o alcance do reequilíbrio da vida econômica, política e social, o controle epidemiológico, a integralidade da assistência médica e a restauração do equilíbrio ambiental nas áreas indígenas. Estabelece como meios para isso a criação de projetos específicos de caráter estratégico, baseados em distritos sanitários de natureza especial, com respeito à

⁸¹ "Seminário Projeto de Saúde Yanomami", 06 a 09 de dezembro de 1990.

⁸² "Oficina de Trabalho da Etapa Pré-Operacionalização - Projeto de Saúde Yanomami" de 30 de janeiro a 02 de fevereiro de 1991. (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde, , 1991b).

organização social e política indígena, acolhendo proposta do movimento sanitário, elaborada na I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, de 1986.

O órgão indigenista entende como inadequada a mudança em suas atribuições e, ressentindo-se da indisponibilidade orçamentária para a saúde, decide retaliar a FUNASA com a retirada da área Yanomami da quase totalidade de seu pessoal de saúde. As animosidades entre as duas entidades do Governo Federal tornarão o trabalho das equipes de saúde em campo muitas vezes extremamente desagradável e não serão superadas, uma vez que o órgão indigenista argumenta ter o conhecimento prático da ação indigenista e da população indígena e o órgão sanitarista, por sua vez, argumenta deter o conhecimento do *modus operandi* em saúde pública.

Em 11 de abril de 1991 o Projeto de Saúde Yanomami é formalizado no Distrito Sanitário Yanomami⁸³, estabelecendo-se para ele um programa orçamentário dentro da dotação destinada à Coordenação Regional de Roraima da FUNASA. Nos meses seguintes continua um ritmo frenético de atividades, iniciado nos programas emergenciais do ano anterior, em busca de reverter o quadro sanitário Yanomami. Profissionais das mais diversas áreas de conhecimento são contratados a título precário como "colaboradores eventuais". A insegurança causada pela precariedade na contratação de mais de uma centena de profissionais, somadas ao estresse advindo do constante adoecimento dos funcionários, dificuldades operacionais e péssima infra-estrutura em campo marcou o ano de 1991 como um ano de reivindicações por uma maior segurança na relação trabalhista. No mês de outubro há a contratação na forma de "prestação de serviços" limitada a seis meses⁸⁴. (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde, 1991,

⁸³ Portaria Interministerial 316. (FNS, 1991, p.29).

⁸⁴ Edital 001 de 30/08/1991; contratos publicados no DOU de 11/11/1991.

p.31). Terminado esse contrato, obtém-se extraordinariamente uma segunda contratação por igual período a partir de 15/06/1992. O desgaste entre cada contrato é grande e terá um efeito desmobilizador também agravado pelas ocorrências de doenças entre os servidores e a defasagem dos salários na economia inflacionária da época.

Em 15 de agosto de 1991 é criada uma comissão técnica de assessoramento ao Conselho Nacional de Saúde, a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio – CISI, que se tornará uma importante instância de controle social e permeabilidade das demandas do movimento sanitário-indigenista (VERANI, 1999).

De 01 a 03 de maio de 1992 é realizado em Manaus o I Encontro de Avaliação do Distrito Sanitário Yanomami. Este o coloca como uma nova experiência no fazer sanitário indigenista, uma instituição que a partir das necessidades colocadas pela realidade busca os processos burocráticos para supri-las, escapando ao caminho inverso, típico das burocracias estatais, de a partir das possibilidades institucionais definir o alcance dos serviços a serem prestados. Afirma a possibilidade de, a partir do modelo anterior - precário na documentação de ações e resultados, com uma estruturação provisória e insuficiente, com pessoal deficiente em sua formação técnica - construir um sistema de saúde diferenciado e baseado no respeito ao multiculturalismo. No entanto, revela-se preocupado com os destinos dessa experiência quando diz:

Esperamos que, cessado esse furor circunstancial da mídia internacional e a grande mobilização atual em torno da questão "ecológica", reste alguma vontade política mais consistente que sustente o esforço já iniciado aqui. (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde, 1991, p.143)

Como se vê no relatório do primeiro ano de atividades do DSY, o ano de 1991 termina prenhe dos problemas que atingirão o distrito

sanitário nos anos subsequentes, típicos da burocracia estatal e da ausência de vontade política: recursos para compra de equipamentos não foram atendidos, a problemática do desenvolvimento de recursos humanos adiada, o orçamento bloqueado (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde, 1991) .

Em um sistema de cuidados médicos, o componente recursos humanos tem especial relevância. A FUNASA realiza sucessivos contratos temporários de pessoal por períodos de seis meses, sofrendo uma solução de continuidade nos serviços entre o término e o início de cada período contratual. Uma progressiva desmobilização do pessoal é agravada pela insuficiência de insumos e pela precariedade da infraestrutura (se alojam quase sempre em barracões abandonados pelos garimpeiros). No último dia de agosto de 1992 os funcionários de campo da FUNASA notificam a diretoria da entidade de que se retirariam da área devido a falta de apoio logístico e de medicamentos. A situação vinha se agravando desde agosto quando os mesmos denunciam mortes na região do Parafuri devido a falta de medicamentos, comida e transporte (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 1996, p.227-228). Somente em 1993 mais um processo seletivo para contratações temporárias por seis meses é revertido numa contratação por quatro anos⁸⁵ dando algum fôlego ao esforço de planejamento e execução das atividades de assistência.⁸⁶ Mesmo assim, o não

⁸⁵ A precariedade da solução burocrática assumida para driblar os dispositivos da Lei 8.112/90 e contratar prestadores de serviço não por seis meses (atuar em situações de emergência) mas por quatro anos (atuar em trabalho de pesquisa científica) revela a inflexibilidade do ordenamento jurídico para fazer face à realidade do problema sanitário Yanomami e a incapacidade das autoridades sanitárias de propugnar por alterações na legislação, ou seja, a falta de uma decisão política real. Uma vez atenuado o problema, deixou de constar da pauta prioritária do Governo e entrou no rol de questões crônicas, apesar da situação sanitária nunca ter deixado o patamar emergencial.

⁸⁶ No ano de 1994 nova mobilização dos servidores aconteceria em favor da garantia de direitos trabalhistas e contra a falta de critérios técnicos na administração do órgão de saúde. (Ofícios 036/94 do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde de Roraima - SINTRAS, de 12/08/1994).

preenchimento completo das vagas oferecidas⁸⁷ leva a nova seleção para contratação temporária por seis meses no primeiro semestre de 1994.

Em março de 1993 realiza-se em Brasília o I Fórum Nacional de Saúde indígena onde é deliberado pela instalação de Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena, instâncias paritárias de controle social que deverão reunir em cada estado as organizações prestadoras de serviço em áreas indígenas. É um passo inicial para se tentar, a partir da discussão dos problemas sanitários de forma colegiada e com participação indígena paritária, a construção dos sistemas locais de saúde indígena. Esta instância deveria ser consultiva e deliberativa para as instituições prestadoras. O fórum recomenda também a convocação de uma segunda conferência nacional de saúde indígena, sendo esta convocada pelo Ministério da Saúde para o mês de novembro seguinte. Em 18 de maio de 1993 a Portaria 540 da Fundação Nacional de Saúde cria os Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena no âmbito daquela entidade, então com a atribuição legal sobre a prestação de serviços sanitários aos índios.

Os NISI são concebidos como forma de viabilizar a instalação dos conselhos distritais de saúde, obedecendo a diretriz da Lei 8.080/90 sobre o controle social das ações de saúde via conselhos paritários, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Como a distritalização sanitária se implementa apenas em Roraima e Amazonas, pensa-se na instalação dos NISI's como forma de identificar atores, envolvê-los e criar uma capacidade e opinião favorável à implantação dos conselhos distritais propriamente ditos.

⁸⁷ De 219 vagas inicialmente oferecidas, foram selecionados 140 profissionais (DOU, de 20/08/1993). Esse contrato foi prorrogado três vezes, finalizando em 30/06/1999 (vide MP1505-9, de 29/11/1996).

O Núcleo de Saúde Indígena de Roraima passa a ser campo de intensos debates em torno da política oficial de saúde indígena e da política indigenista como um todo. Este fórum, claramente possibilita o exercício de um controle social sobre as atuações do Governo Federal e, por vezes, das próprias entidades civis envolvidas. No entanto, no que se refere aos Yanomami e Ye'kuana, a participação indígena nas discussões e decisões é quase nula ao longo dos anos. A representatividade desta população se dá de forma indireta, por meio de organizações indigenistas ou indígenas de representação geral, com maior vocação para as questões concernentes às áreas indígenas Raposa-Serra do Sol, São Marcos, Wai-Wai, Jacamin e demais pequenas reservas existentes no estado⁸⁸.

Em setembro de 1993 realiza-se em Luziânia a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, reafirmando os Distritos Sanitários Especiais Indígenas como base para um subsistema de saúde indígena no âmbito do Ministério da Saúde, diferenciado e com controle social.

O Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena, NISI-RR se consolida como uma instância de acompanhamento das políticas implementadas pela FUNAI, FUNASA e ONG's.⁸⁹

⁸⁸ Assim são o Conselho Indígena de Roraima e Associação dos Povos Indígenas de Roraima.

⁸⁹ Decisões em diversos níveis na assistência à saúde indígena em Roraima são discutidas no NISI-RR, tais como o treinamento de agentes de saúde, destinação de equipamentos, programação de ações e construção de infra-estrutura. Em janeiro de 1994 o NISI-RR faz críticas à falta de critérios técnicos, ausência de trabalho em conjunto e autopromoção por parte de uma equipe da ONG Médicos Sem Fronteiras (MSF-H), provocando a ida a Boa Vista de sua equipe supervisora da Holanda e a troca da coordenação de projetos em Roraima (Atas NISI-RR de 11/01/1994 e 24/02/1994; Carta do NISI à Presidência da MSF-H datada de 14/01/1994; Carta MSF-H datada de 23/02/1994). O órgão torna-se também palco de denúncias contra a desassistência, a corrupção e a perseguição aos funcionários. Em reunião no dia 07 de abril de 1994 o NISI-RR aprova a elaboração de documentos de denúncia contra a precariedade assistencial, a não implementação de um distrito sanitário específico para os índios do leste de Roraima, o atraso no repasse de recursos pelo Governo

Em 1994 a FUNAI consegue a promulgação de um decreto presidencial que divide entre o órgão indigenista e a FUNASA as atribuições em saúde indígena. O Decreto Nº 1.141/94, de 19/05/1994, coloca a cargo desta a prevenção, controle de endemias e desenvolvimento comunitário e a cargo daquela a assistência primária à saúde. Por não designar fontes orçamentárias para a FUNAI, este órgão passará os anos seguintes se ressentindo da insuficiência de recursos para a implementação de ações. Essa situação servirá para alimentar um corporativismo que impedirá uma efetiva articulação entre a política indigenista e a sanitária. Os conflitos entre funcionários dos dois órgãos em campo serão uma constante.

No segundo semestre de 1994 os trabalhos do DSY são negativamente influenciados por baixa capacidade técnica da Coordenação Regional da FUNASA em que o titular, José Antônio do Nascimento, demonstra pouca habilidade para atender às demandas da situação emergencial da área Yanomami, onde parte da população permanecerá sem assistência médica por quase um ano. Denunciada a situação, o coordenador identifica em técnicos do Distrito Sanitário Yanomami sua maior ameaça e passa a tentar formas de afastá-los do órgão, ingerenciando na programação daquele serviço, ordenando que

Federal (orçamento contingenciado devido ao atraso em sua votação no Congresso Nacional). Os ofícios do NISI-RR números 21 e 22 de 11/04/94 encaminhados à Procuradoria Geral da República, Ministro da Saúde, Presidência e Coordenação Regional da FUNASA e FUNAI chamam a atenção para uma alta mortalidade na Terra Indígena Yanomami, com grande desassistência, falta de recursos humanos, casos de calazar (leishmaniose visceral) e malária, não transparência e subutilização de recursos orçamentários, falta de medicamentos e infra-estrutura (horas de voo e rádios USB para comunicação). Outros ofícios convidam as autoridades da Presidência da FUNASA (Ofício NISI-RR no. 26 de 06/05/1994), de sua Coordenação de Saúde do Índio (Ofício NISI-RR no. 25 de 06/05/1994) a se deslocarem a Boa Vista para discutir o andamento da política governamental. À Comissão Intersetorial de Saúde do Índio – CISI (comissão temática de assessoramento ao Conselho Nacional de Saúde, órgão deliberativo do Ministério da Saúde. Possui representação da comunidade científica, trabalhadores, órgãos governamentais e índios, de forma não paritária) o NISI-RR solicita acompanhamento da situação precária (Ofício NISI-RR no. 27 de 09/05/1994) denunciando em seguida a má assistência prestada pela

os técnicos envolvidos se ausentassem para a área indígena e, depois, instalando comissão de sindicância na tentativa de afastá-los definitivamente.

Em 08 de agosto de 1994 o Núcleo interinstitucional de Saúde Indígena - NISI-RR denuncia a existência de 1.300 Yanomami desassistidos, a ocorrência de oito mortes recentes, o descaso administrativo na FUNASA, uma supervisão administrativa sem efeitos, feita por técnicos da Presidência do órgão, e a existência de conflitos em área indígena, devido à presença de garimpeiros e fornecimento de munição aos índios⁹⁰. Esse expediente do NISI-RR é reiterado posteriormente⁹¹ e as denúncias encaminhadas para vários órgãos⁹².

A presença do DSY se tornara incômoda pois denunciara os descaminhos administrativos e a existência de 1.500 Yanomami completamente desassistidos, com significativa mortalidade⁹³, exercendo grande pressão pela efetividade da atenção médico-sanitária, cobrando insumos e agilidade administrativa. Em 21 de agosto de 1994 o Jornal A Crítica, de Manaus, publica a seguinte notícia:

Intervenção - Nesta semana os funcionários da FNS pediram ao Ministro da Saúde, Henrique Santillo, intervenção na coordenação regional de

entidade do Ministério da Saúde aos Yanomami (Ofício NISI-RR no. 30 de 23/05/1994).

⁹⁰ Ofício NISI-RR no. 40 de 19/08/1994.

⁹¹ Ofício NISI-RR no. 43 de 01/09/1994.

⁹²

⁹³ O Ofício 036/94 do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde de Roraima, datado de 12/08/1994, denuncia a "desorganização" nas ações de saúde indígena, a ocorrência da morte de 15% da população de uma região Yanomami, pedindo "urgente intervenção" por parte da Presidência da FUNASA. O Ministro da Saúde, através da mensagem de fax número 013925/94-13, datado de 12/08/1994, se diz "estarecido" e comunica que determinará uma viagem do Presidente da FUNASA a Roraima para "resolver esta triste situação com urgência". A visita do presidente da FUNASA, Álvaro Machado, se deu nos dias 16 e 17 de agosto, sendo que na avaliação dos funcionários o mesmo "tentou negar as ingerências cometidas pelo coordenador da FUNASA. Desconsiderou relatórios e encaminhamentos de técnicos do DSY e sequer quis conversar sobre os problemas enfrentados..." (Folha de Boa Vista, 1994).

Roraima e a abertura de uma auditoria administrativa. "Os servidores encontram-se trabalhando em condições precárias dentro da reserva indígena: há favorecimento e ingerência política na coordenação. No entanto, mais de 1900 índios deixaram de ser atendidos. A Fundação tem dinheiro, mas há descaso na direção", denunciaram 130 funcionários num abaixo-assinado ao Ministro Santillo. (BRASIL, 1994)

A Presidência da FUNASA, em apoio incondicional a seu diretor, instala contra os empregados lotados no DSY uma sindicância administrativa para apurar uma peculiar acusação de "administração paralela". Em 07 de novembro, técnicos do DSY fazem um interessante resumo da situação em carta dirigida ao Ministro da Saúde, Dr. Henrique Santillo:

"Vossa Senhoria diligentemente enviou a este estado o Presidente desta Fundação, Dr. Álvaro Melo Machado que conferiu o precário estado de saúde dos Yanomami, atribuiu sua causa somente à invasão garimpeira e desconsiderou a negligência denunciada.

Desde então, não muita coisa mudou na qualidade de assistência que se presta aos Yanomami. O helicóptero que seria contratado em um prazo de 10 dias a partir de 16/08 até hoje não chegou. O DSY se encontra sem horas de vôo para aeronave monomotor desde o dia 10/1. O monomotor da FNS nunca foi utilizado pelo DSY por não ter supostamente condições de vôo. Computam-se 103 mortes de Yanomami desde o início do ano até 07/11 sendo que 50 delas têm causa mortis notificada como desconhecida. São 620 mortes notificadas desde 1991 numa população que hoje conta com 7.701 pessoas. O DSY possui 03 administradores de nível superior, no entanto, na sede do Distrito o responsável é um Auxiliar de Administração nomeado pelo Coordenador Regional. O planejamento das ações de saúde voltadas para os Yanomami passou a ser feito desde outubro por pessoas da confiança do Coordenador Regional mas com pouca ou nenhuma experiência no trato com populações indígenas.

... Esta situação contraria inclusive o modelo de assistência à saúde indígena proposto por este Ministério [... que] não se compatibilizam com administrações autoritárias e corruptas. Essa foi uma das razões que levaram servidores a pedir a intervenção na CR-Roraima e instalação de auditoria administrativa, em carta enviada a Vossa Senhoria no dia 17/08. Parte destes servidores encontram-se hoje respondendo a Comissão de Sindicância baseada em ofício confidencial enviado pelo ... Coordenador Regional que, sem provas, os acusa de "administração paralela", "membros de uma cúpula que comanda os demais integrantes do DSY" e em relatório de auditoria que não garantiu aos citados qualquer direito de defesa e que os acusa de "tentativas de disseminar entre os prestadores de serviço reações hostis às determinações da Coordenação Regional", "incitação de funcionários a movimento insurgente".

Com a publicação do Decreto 1141 a assistência à saúde indígena passa a viver num impasse. ... o que acontece é a preparação da transferência dessas atividades para a FUNAI, sem que haja negociação para manutenção do modelo proposto por este Ministério e haja simplesmente o repasse de verbas, equipamentos e pessoal.

... no meio de tudo isso ainda somos surpreendidos por [carro oficial sendo usado pelo Coordenador Regional para compras na Venezuela].

... Estamos estarecidos pois parece que apenas nós nos surpreendemos com tais fatos.

Ao final do processo, no início de dezembro de 1994, a Presidência da FUNASA destituiu o Coordenador Regional uma vez que se tornara insustentável a sua permanência mas, retalia alguns dos servidores do DSY com punições, um deles com demissão. Por fim, o único médico do DSY pede encerramento de seu contrato. Há uma intervenção branca na Coordenação Regional para onde é nomeado um sanitarista de carreira do órgão, pertencente aos quadros do Pará. O Dr. Victor Manuel Jesus Mateus, técnico capaz e grande emulador,

fica cerca de um ano no cargo e se retira no momento em que as expectativas criadas em torno do maior direcionamento técnico das ações, meticoloso planejamento e avaliação não têm seu correspondente na capacidade operacional e na liberação de orçamento e recursos financeiros pela Presidência da entidade. Para a Coordenação do DSY é inicialmente nomeada uma servidora ligada à presidência. Pouco tempo depois é substituída e em seis meses o DSY terá quatro coordenadores, até maio de 1995 quando um dos técnicos do órgão assume, ficando por três anos no cargo.

A evasão de profissionais da FUNASA mantém na pauta a necessidade de solucionar a questão de recursos humanos. Propõe-se a realização de um concurso público para compor um quadro permanente de pessoal a cargo dos serviços do DSY. A FUNASA realiza nova seleção simplificada para contratar prestadores de serviço por 6 meses, até que se efetue um concurso público.⁹⁴

Em meados de 1995 o DSY se encontra enfraquecido tecnicamente, uma vez que diversos dos profissionais de nível superior contratados por quatro anos em 1993 deixam o órgão em busca de outras oportunidades de trabalho. Em área indígena, apenas uma médica da FUNAI dá apoio a alguns enfermeiros e pessoal de nível médio espalhado em 17 postos de saúde mantidos pela FUNASA. Um problema que se consolida é o da concentração de funcionários nas áreas meio, na cidade de Boa Vista, particularmente na Unidade Hospitalar Casa do Índio, em detrimento da necessidade de pessoal nas funções de campo.

A reserva indígena Yanomami mantém um quadro sanitário precário, mas estabilizado, nos anos seguintes, marcado por níveis elevados de mortalidade geral e infantil, presença constante da malária

⁹⁴ Este só seria viabilizado em 1997.

e infecções respiratórias agudas, bem como algumas doenças imunopreveníveis como a tuberculose e a coqueluche.

A atuação das diversas organizações que prestam serviços sanitários aos Yanomami passa a sofrer um processo de acomodamento, delimitando-se áreas de responsabilidade direta, sob o apoio e acompanhamento da FUNASA. O relacionamento entre a maior parte das instituições passa a ser de base formal tendo episodicamente, particularmente em momentos de crise, uma aproximação instrumental. Assim, atuam até 1999 a Missão Evangélica da Amazônia - MEVA no Palimiú e Mucajaí; a Missão Novas Tribos do Brasil no Novo Demini, Aracá e Marari; a Missão Consolata no Catrimani; a Médico do Mundo, no Paapiú; a Comissão Pró-Yanomami - CCPY, no Toototobi, Demini e Balawaú⁹⁵ e a FUNASA nas localidades restantes em Roraima.

Em 1996 realiza-se um concurso público para suprir vagas no DSY. Das 219 vagas existentes apenas serão preenchidas cerca de 125, principalmente nos cargos de nível médio. Funções essenciais de nível superior, médio e básico permanecem com carência (médicos, técnicos de laboratório, intérpretes e serviços gerais). As diferenças nas datas de posse e a diversidade de funções limitam a eficácia do treinamento introdutório. Feito o treinamento, com amparo na Lei 8.112/90 e numa postura permissiva do Coordenador Regional da FUNASA, vários servidores recusam-se a se locomover ou permanecer os períodos necessários em área indígena.⁹⁶ Estes problemas levaram a permanecer uma concentração de pessoal na cidade de Boa Vista, às vezes até superior à capacidade de absorção da Casa do Índio,

⁹⁵ Com projeto de saúde financiado integralmente pela FUNASA, por meio de convênios.

⁹⁶ São usadas justificativas como tratamento de saúde de familiares, filhos pequenos, esposa sem familiares na cidade, estudos universitários, medo de avião, alergias, insegurança junto aos índios, inexistência de médico para emitir as prescrições em área, não depósito antecipado de diárias ou indenizações.

hospital encarregado de acompanhar os tratamentos de pacientes indígenas fora das reservas.

Durante o ano de 1998 alternativas para as questões crônicas do DSY serão buscadas. Decisivo para isso será a mudança na linha de atuação da Presidência da Entidade que, recebendo do Ministro da Saúde a incumbência de proceder à municipalização do combate a endemias, encontra na necessidade de organização da saúde indígena uma condição necessária para a descentralização das atividades do órgão. Tendo constatado a inviabilidade política de delegar aos estados e municípios a atenção médica aos índios, a FUNASA decide pela implantação dos sistemas locais de saúde, através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. A partir dessa decisão começa uma nova fase da assistência sanitária aos povos indígenas no país.

A experiência do Distrito Sanitário Yanomami de 1991 a 1998, juntamente com os marcos do movimento sanitário e sanitário-indigenista (particularmente as duas conferências nacionais de saúde do índio), culminam agora numa ampla reformulação da prática sanitária direcionada aos povos indígenas.

Assumindo sua responsabilidade sanitária, o Ministério da Saúde constituiu um subsistema de saúde indígena no SUS, cria os Distritos Sanitários Especiais Indígenas e faz a opção de não proceder à execução direta dos serviços sanitários, passando-os a um *pool* de esforços tanto nas três esferas da administração pública, quando na sociedade civil.

Como vimos, a criação do DSY representa, em relação ao momento anterior, de grande vulnerabilidade, um fortalecimento, um maior controle social (mediatizado no NISI-RR) e um crescimento da equidade na assistência. Seu desenvolvimento no âmbito institucional da FUNASA se vê limitado devido à coexistência de modelos

administrativos inadequados, inclusive na gestão de recursos humanos e na incapacidade da máquina governamental de se mostrar flexível o suficiente para as necessidades específicas de operacionalização do programa de saúde na Terra Indígena Yanomami. Também o controle social se vê limitado pelo não desenvolvimento de mecanismos específicos da participação Yanomami nas decisões. A criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e, propriamente, de uma Política Nacional de Saúde Indígena coloca novas possibilidades e perspectivas de equidade, fortalecimento e controle social para os povos indígenas.

A participação social e o novo modelo para a saúde indígena: a Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas

No período de 1986 a 1993 vários momentos marcam o surgimento de uma nova proposta de modelo para a saúde indígena. A reforma sanitária em curso, a realização da VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde e de eventos nacionais específicos sobre saúde de povos indígenas marcam um novo momento de participação indígena na formulação das políticas públicas.

Em 1986 é realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, marco da reforma sanitária brasileira, onde se delibera pela conformação de um sistema único de saúde no país. Esta doutrina é assim contemplada na Constituição Federal promulgada dois anos depois:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à 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.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

[.2] Comentário: Modelo legal... vf

III - participação da comunidade.

Tema específico da VIII Conferência Nacional de Saúde, é realizada em Brasília, de 26 a 29 de novembro de 1986, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. O evento deliberou, principalmente, pela responsabilidade da União sobre a saúde indígena, devendo ela estar localizada unicamente dentro do órgão responsável pelo sistema único de saúde, pela necessidade da participação e controle social, e pela necessidade de políticas diferenciadas e regionalizadas para os diferentes povos indígenas.

A legislação brasileira fundamenta o país como uma nação pluriétnica e cultural. A partir de 1988 a Constituição Federal abandona a intenção de aculturação e integração dos povos indígenas à sociedade nacional não-índia e lhes garante existência autônoma dentro de seus padrões culturais, mantendo o *status* de cidadão indiferenciado à pessoa indígena.

[.3] Comentário: Em nível de retórica, não em nível prático. Porém estabelece um ideal.. (sb)

Ainda em vigor nos dispositivos que não ferem os princípios constitucionais, a Lei 6.001/73 (Estatuto do Índio) está em fase de substituição no Congresso Nacional. O projeto de substitutivo ao Estatuto do índio, tramitando no Senado Federal, acolhe o disposto na

Lei 9836 (lei Arouca) que acrescenta um capítulo sobre saúde indígena à Lei 8080 mantendo a responsabilidade federal sobre a atenção à saúde indígena e instituindo como modelo assistencial os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

A partir dos princípios colocados pelas conferências de saúde e da noção de que é responsabilidade indelegável da União as políticas voltadas para os povos indígenas, é montado o modelo dos DSEI como estratégia dentro do SUS para a saúde indígena, sendo o momento privilegiado de definição desta política a II Conferência Nacional de Atenção à Saúde para os Povos Indígenas - II CNS-PI, parte integrante da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada de 25 a 27 de outubro de 1993 em Luziânia - GO.

O relatório final da II CNS-PI nos traz como princípios uma concepção holística do processo saúde doença dos povos Indígenas onde este é não apenas o resultado da assistência à saúde, mas também de determinantes sócioeconômicos e culturais como a integridade territorial, a preservação do meio ambiente, a preservação dos sistemas médicos tradicionais e da cultura como um todo, bem como a auto-determinação política; a responsabilidade federal pela assistência; a descentralização com gerência nos níveis federal, estadual e municipal; e a autonomia de gestão administrativa, orçamentária e financeira; a constituição de um sistema regionalizado e diferenciado; e a integralidade da assistência.

A base do modelo proposto é o DSEI, caracterizado por uma base territorial definida por critérios étnicos, geográficos, epidemiológicos e de acesso aos serviços; controle social exercido através dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, paritários e de caráter deliberativo, reunidos no Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena – NISI em cada estado da federação; existência de uma rede

de serviços com suprimento regular de insumos, meios de transporte e de comunicação; assistência diferenciada baseada na construção de estruturas especializadas no atendimento a indígenas, as Casas do Índio, com ênfase no atendimento à saúde; autonomia gestora, administrativa, orçamentária e financeira; responsabilidade federal com ação complementar por estado, município e ONG's; níveis gerenciais nacional, regional e distrital; comando único técnico e/ou executivo com gerente designado pelo Conselho Distrital.⁹⁷

⁹⁷ A III Conferência Nacional de Saúde Indígena com o tema "Construindo e avaliando o sistema de saúde indígena" realizou-se em Luziânia-GO, no período de 14 a 18 de maio de 2001. As discussões giraram grandemente em torno da negação da possibilidade de municipalização da saúde indígena e da necessidade de construção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas como um sistema diferenciado, democrático e equitativo. A IV Conferência Nacional de Saúde Indígena está convocada pelo Ministério da Saúde para 27 a 31 de março de 2006.

Mapa – Distrito Sanitário Yanomami - Roraima

4. O Distrito Sanitário Yanomami

Neste capítulo retomamos o quadro analítico rapidamente exposto no capítulo 1 e o desenvolvimento histórico descrito no capítulo 3. O trajeto sanitário do povo Yanomami será delimitado em quatro momentos, com base na dinâmica do fortalecimento, controle social e equidade em saúde.

Por meio da análise documental, da legislação federal, de fontes bibliográficas secundárias referentes ao percurso da atenção sanitária aos Yanomami, vemos se delimitarem quatro momentos históricos distintos de acordo com a dinâmica na equidade do acesso ao sistema de saúde, o nível de controle social desse sistema e a autonomia da comunidade sobre os processos de cura. Esses momentos são de equilíbrio sanitário tradicional, ruptura sanitária, intervenção sistemática e reestruturação.

O quadro abaixo ordena alguns dos aspectos principais deste quatro momentos sanitários Yanomami, sendo que serão detalhados ao longo do capítulo.

Quadro 1. Momentos do Distrito Sanitário Yanomami

Aspectos	Momentos			
	Equilíbrio Sanitário Tradicional Até 1975	Ruptura De 1975 a 1989	Intervenção Sistemática 1990 a 1998	Reestruturação e parcerias 1999-
Controle social	Elevado	Nulo / Tutela	Controle social restrito mediatizado	Controle social nominal crescente
Fortalecimento	Normalmente elevado	nulo ou negativo	Relativo mediatizado	Crescente
Eqüidade	Elevada	Inexistente	Eqüidade formal e insuficiente	Eqüidade formal e crescente
Atores:	Incluídos tradicionalmente, o Estado não atua.	O Estado é predominante e centralizador	Estado e sociedade em instâncias paritárias	Estado e sociedade em instâncias paritárias com participação indígena efetiva
Atuação sanitária:	Xamânica, sem intervenção estatal	Humanitária; Diluída na política indigenista integracionista	Como direito, planejada	Como direito / ameaça de exclusão para o mercado

Conforme vimos, Bruce Albert (1988) delimitou três momentos para a história do contato Yanomami com a população nacional: 1720 até 1920 - contato indireto; 1920-1950 - contato intermitente e 1950 até o presente (1988, data de sua tese).

No presente estudo, consideramos o momento de equilíbrio sanitário tradicional como se estendendo até o ano de 1975, período que na classificação de Albert já é considerado como de contato permanente e é marcado pelo decréscimo populacional. Como salientamos antes, aquele autor considera para sua classificação a realidade histórica estritamente dos grupos Yanomami situados na periferia da área Yanomami e os grupos em processo de sedentarização via fixação no entorno de postos indígenas da FUNAI ou missões religiosas.

É apenas a partir dos choques epidemiológicos da construção da rodovia BR-210 (em 1975) e das invasões garimpeiras ao território Yanomami, culminando com a corrida do ouro do período 1987-1990 que a etnia Yanomami passará a estar ameaçada em sua existência física e cultural e dependente de mecanismos terapêuticos exógenos.

Sobre a dependência de terapias médicas exógenas que diversos grupos Yanomami passaram a sentir, Albert nos diz:

A assistência paramédica fornecida pelas missões e, de certo modo, minimamente pelos postos da FUNAI, criaram por exemplo uma situação de dependência extrema para os Yanomami que, sem ela, se vêem condenados a uma dizimação certa. Dependência que não deixa de ser, ao menos indiretamente, utilizada como uma forma de poder que dá apoio à empresa de assimilação que constitui a racionalidade desses postos avançados da "civilização".

Esta assistência, às vezes baseada em critérios médicos aproximativos, tende muito freqüentemente a incentivar o super consumo de medicamentos (nem sempre absolutamente apropriados), e portanto, não somente ao acréscimo da dependência e a produzir efeitos perversos sobre o plano médico, mas também a banir todo o uso da farmacopéia tradicional que, pelo menos em alguns casos, pode se mostrar mais eficaz. Apesar desses pontos negativos que, se não são negligenciáveis podem ser em parte corrigidos por um esforço de formação (de que, por outro lado, estes postos e missões são eles mesmos grandes demandatários), este tipo de assistência paramédica tornou possível não somente a sobrevivência mas ainda um crescimento demográfico dos grupos que conseguiram se beneficiar .

... Em conclusão deste resumo da situação do contato na região estudada (sudeste do território Yanomami no Brasil), nós notaremos portanto que temos que trabalhar aqui uma situação de câmbio tecno-econômico e sócio-político, e também uma resistência cultural que não é menos importante (apesar da gravidade do choque microbiano para certos grupos); portanto, com uma situação de câmbio ainda

suficientemente controlado por um sistema social tradicional que preserva o essencial dos valores e da organização que gera sua vitalidade.

Assim, frisamos que não é a mudança em si mesma que afeta a coesão deste tipo de sociedade ... mas a perda do domínio de seus métodos e de suas finalidades; a perda da seletividade dos empréstimos e da possibilidade de avaliação a longo termo de seus efeitos. (1988, p.88-89. Tradução livre nossa.)

Embora consideremos que o período, que delimitamos como "equilíbrio sanitário tradicional", a seguir, possa ser subdividido para abarcar o fenômeno descrito por Albert como sedentarização e dependência por parte dos Yanomami dos postos indigenistas governamentais e não governamentais (em especial religiosos) que afetam parcialmente e em velocidades diferentes várias parcelas das aldeias Yanomami, não o faremos neste momento, uma vez que o foco de nosso estudo é o período posterior à radical mudança no quadro epidemiológico daquela etnia, provocando a necessidade da intervenção sanitária estatal, a partir do momento denominado "ruptura sanitária".

4.1 Equilíbrio sanitário tradicional - até 1975

[.4] Comentário: Palavras chave: capacidade interventiva, autonomia, fortalecimento, equidade, controle social.

O primeiro momento, que chamaremos de equilíbrio sanitário tradicional, compreende um período onde especialistas e terapêuticas tradicionais estão operativas e acessíveis, portanto, caracterizando um quadro de fortalecimento social no setor saúde. Consideramos aqui como especialistas as pessoas pertencentes à cultura Yanomami e

socialmente reconhecidas como detentoras de conhecimento para prevenção, manipulação e cura dos estados de morbidade, quer pelo manuseio de recursos e práticas preventivas ou terapêuticas naturais ou sobrenaturais⁹⁸. Neste momento existe uma autonomia nos processos de diagnóstico, prevenção e cura diante de um universo de patologias cuja natureza e dinâmica são bem compreendidas no conjunto dos conhecimentos tradicionais, havendo capacidade interventiva.

A etnia Yanomami se mantém completamente preservada do contato com as populações nacionais até a primeira metade do século XX quando se iniciam conflitos com extratores de seringa, balata e castanha do Pará, em especial nas regiões contíguas ao rio Negro. A partir da década de 1940 são construídos postos de atração do SPI e postos missionários estabelecendo pela primeira vez pontos de contato permanente. Entretanto, somente a partir da década de 1970 membros da sociedade nacional penetram com regularidade as áreas centrais do território Yanomami, causando os primeiros conflitos. Esse período de relativo isolamento dos Yanomami é o que identificamos como o momento de equilíbrio sanitário tradicional.

Há um elevado nível de controle social e equidade quanto ao acesso a terapêuticas e especialistas, sendo o sistema de saúde baseado no conhecimento e farmacopéia de uso tradicional e nas curas xamânicas, não havendo intervenção estatal ou de grupos de poder exógenos. A ocorrência de surtos ou epidemias se dá de forma auto-contida, quer pela limitação da força dos entes patogênicos, quer pelo desenvolvimento de estratégias sociais limitadoras da propagação

⁹⁸ São exemplos privilegiados deste tipo de especialista os xamãs, no entanto, podem haver outros uma vez que determinados conhecimentos são bastante socializados, como é o caso do uso de plantas terapêuticas. Sobre o xamanismo e o processo de saúde-doença-cura entre os Yanomami ver Albert, 1988; Taylor, 197 e Smiljanic, 1999, entre outros.

da infecção (como a dispersão populacional e o abandono de aldeias atingidas por epidemias) não colocando em risco a etnia como grupo social. Como vimos, ocorreram epidemias nas aldeias situadas na periferia do território Yanomami não se tendo documentação de sua possível propagação e impacto. No entanto, a estabilidade Yanomami enquanto organização social até a década de 1970, atesta a validade do seu modo tradicional de abordagem sanitária.

É um momento de autonomia e equilíbrio sanitário baseado no conhecimento tradicional de uma etnia, permitindo que esta tenha a capacidade de se reproduzir social e fisicamente e se manter ao longo das gerações. Os Yanomami eram então gestores de seus recursos e necessidades, tendo em seu poder os conhecimentos e matérias para sua aplicação.

Entre os Yanomami, consideramos que esse momento se manteve até a ruptura epidemiológica estabelecida pela construção da rodovia Perimetral Norte, em 1975.

Não nos estenderemos sobre este primeiro período, uma vez que nos interessa aqui o processo de ruptura da estabilidade que o caracterizava e a evolução sanitária posterior ⁹⁹.

4.2 Ruptura Sanitária- 1975 a 1989

Rompido o equilíbrio sanitário tradicional, que permitiu aos Yanomami uma existência e expansão como grupo social na região do

[.5] Comentário: Palavras-chave: ruptura, novas patologias, incapacidade dos xamãs (crise de legitimidade), questionamento existencial, desaparecimento de grupos, renovação de saberes e práticas, dependência. > vulnerabilidade, < fortalecimento, < controle social, < equidade.

Parima, estabelece-se nova realidade social onde a população indígena se vê extremamente enfraquecida, dependente e altamente vulnerável, com a iminência de seu desaparecimento físico e cultural.

Este segundo momento, que chamamos de ruptura sanitária, compreendido entre 1975 e 1989, é o da mudança definitiva do padrão anterior de equilíbrio sanitário baseado nas práticas preventivas e curativas auto-suficientes, introduzindo patologias não alcançáveis pelas estratégias preventivas e curativas do arcabouço terapêutico tradicional e determinando uma alta vulnerabilidade social. É um momento de grande mortalidade e, existencialmente, de grande questionamento sobre a validade das terapêuticas e conhecimentos tradicionais, da legitimidade dos especialistas nativos e das causas do desequilíbrio sanitário, social e cosmológico. É esclarecedor sobre este aspecto as observações de Smiljanic sobre a doença no contexto Yanomae¹⁰⁰:

As noções de doença na sociedade Yanomae revelam, assim, as inter-relações entre a essência dos diferentes tipos de seres humanos e não-humanos. O cosmos, construído e representado enquanto um super-organismo constituído por caminhos e florestas por onde transitam e habitam estes seres, também depende para sua existência do equilíbrio instaurado pelos diversos processos que estabeleceram a ordem atual. As reversões desta ordem são representadas como um perigo não só para os Yanomae, mas para a existência do cosmos - um corpo frágil e pesado que se sustenta sobre bases pouco vigorosas. Assim, a essência do cosmos também é afetada pelas ações dos homens.

A terra, os rios, as florestas, os Yanomae, tudo enfim que faz parte e forma o cosmos, ao ser afetado, imprime neste super-organismo sua marca. As epidemias passadas deixaram abertos seus caminhos ... Por

⁹⁹ Para uma análise do processo tradicional de saúde, doença e cura entre os Yanomami uma leitura fundamental é a tese de doutorado de Bruce Albert (1988).

¹⁰⁰ Os Yanomae são subgrupo Yanomami residente no sul da Terra Indígena Yanomami, no estado do Amazonas, falantes da língua Yanomamö.

estes caminhos os espíritos das epidemias continuam a circular, fazendo com que os perigos se estendam a determinadas regiões consideradas portas abertas para as doenças dos brancos.

... O corpo biológico, seu crescimento, envelhecimento e morte ... leva a uma reversão do tempo sazonal e da periodicidade cotidiana. Cada doença é, neste contexto, um "drama" que antecipa o final iminente, instaurado desde os tempos míticos, quando da disjunção entre corpo e espírito e a possibilidade da transformação final e cataclísmica do cosmos. (1997, pp. 194-95)

Trata-se de um momento social limiar, de crise, em que tanto podem ser validados quanto questionados os fundamentos da organização social¹⁰¹. É o momento do desaparecimento de grupos inteiros, de perda e renovação de saberes e práticas. Pellegrini nos descreve o assombramento de alguns xamãs diante do novo quadro epidemiológico e da morte de seus companheiros mais experientes:

Xawara é um termo utilizado pelos Yanomami para designar as doenças que acometem muitas pessoas ao mesmo tempo, e com altas taxas de letalidade (epidemias de sarampo, coqueluche, gripe, malária falciparum, etc.). São as doenças introduzidas com o contato interétnico e tidas como causadas pela fumaça produzida pela queima das coisas dos brancos. Através desta fumaça, que pode ser invisível ao olhar comum, chegam inúmeros espíritos canibais (*xawaribé*) que devoram o princípio vital das pessoas. O grande fluxo de gente estranha entre os Yanomami tem ensinado o caminho das aldeias aos *xawaribé* que chegam em tal número que os xamãs não têm força para controlá-los.

Aos Yanomami a situação parece ainda mais caótica visto a morte dos xamãs considerados mais sábios. É freqüente que durante os rituais de cura ou nos seus discursos formais dirigidos aos brancos (como durante a **II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas**), os

¹⁰¹ Sobre a desorganização do cosmos como consequência do contato interétnico e estratégias Yanomami de enfrentamento dessa situação ver ALBERT, Bruce. "O ouro

xamãs reclamarem de sua solidão e inexperiência na **cura** das doenças introduzidas. Segundo eles, a sua incapacidade de lidar com essa situação passa inclusive pela dificuldade em se comunicar com os brancos e tê-los como verdadeiros aliados para fechar os caminhos por onde chegam os patógenos exalados da fumaça das coisas-de-nabê [coisas-de-branco]. (1995, p.07)

Também é o momento de **intervenção por parte de atores externos à sociedade Yanomami** e de dependência de processos e técnicas não pertencentes ao conhecimento tradicional uma vez que, ressaltamos, a vulnerabilidade é acompanhada pela perda de controle sobre os determinantes e mecanismos terapêuticos individuais e coletivos.

[.6] Comentário: ? vf

A partir da análise dos dados históricos e epidemiológicos do povo Yanomami e da definição dos marcos de alteração do padrão sanitário (1973 a 1987) e da intervenção efetiva das autoridades sanitárias (1990) delimitamos o momento de ruptura sanitária. A partir de 1973 com a construção da rodovia Perimetral Norte, impactando na população Yawaripê da porção leste do território Yanomami, com brusca depopulação e introdução da tuberculose - problema que se torna crônico nos anos seguintes-, este momento se estende até a invasão sistemática de todo o território da área Yanomami por um contingente de cerca de 40 mil garimpeiros, a expulsão das equipes de saúde não oficiais em 1987 e as denúncias de genocídio no ano de 1989.¹⁰²

De 1987 a 1990 o órgão indigenista, a Funai, realiza a atenção à saúde de uma forma caracterizada pela não constituição de um serviço de saúde permanente e abrangente, realizado pelo deslocamento às áreas indígenas de equipes móveis num atendimento

canibal e a queda do céu: uma crítica xamânica da economia política da natureza". Brasília: UnB-DAN, 1995. Série Antropologia, no. 174.

pontual e descontínuo, de que são características as Equipes Volantes de Saúde - EVS¹⁰³.

Sobre as EVS nos diz Carvalho:

Nos centros urbanos maiores, onde se localizam as Adrs [Administrações Regionais] da Funai, criaram-se ao todo 10 unidades, compostas quase sempre por um médico, uma enfermeira e um odontólogo, as chamadas Equipes Volantes de Saúde/EVS. Sempre em número reduzido diante da demanda de saúde da população que devem atender, percorrem as aldeias de quando em quando, para acudir surtos epidêmicos e, em alguns casos, realizar as vacinações de praxe. O atendimento prestado por essas equipes está inserido em moldes puramente curativos e emergenciais, medicalizando a população e encaminhando os casos graves para a rede de saúde na cidade. Trata-se assim de todos os problemas de saúde, circunscritos ao âmbito do indivíduo doente, ao invés de buscar formas de recuperar a saúde como um todo. (1997, p.153)

Não existem institucionalizadas instâncias de controle social das ações, sendo o modelo marcado pela tutela do Estado e pela não participação indígena nos processos de decisão. Há uma concentração de poderes na figura do "Chefe de Posto", um funcionário do órgão indigenista com presença mais regular junto às aldeias e, supostamente, conhecedor de suas problemáticas.¹⁰⁴

¹⁰² Como vimos no capítulo Antecedente Sanitários.

¹⁰³ Exemplos do despreparo do pessoal as FUNAI na área Yanomami tanto no campo da saúde como no do indigenismo é documentado em PELLEGINI, Marcos. "A transição assistencial - perspectivas da saúde do índio: relatório eventual". Rio Branco: mimeo, 1991.

¹⁰⁴ Frequentemente, esse funcionário será recrutado entre pessoas da região onde trabalhará, algumas como promoção após alguns anos de serviço como guias ou trabalhadores braçais. Algumas vezes são recrutados índios de outras etnias, (comumente de etnias ou comunidades rivais à em que se estabelecerá o Posto Indígena), ou da mesma etnia selecionados pelo conceito que gozam entre os servidores mais antigos do órgão indigenista. Esta ausência prática de critérios técnicos na seleção de pessoal faz com que assumam o cargo de Chefe de Posto pessoas desqualificadas para implementar uma política indigenista estatal, muitas vezes criadas em regiões de frentes de expansão econômica, com conflitos históricos

A atuação da FUNAI na área de saúde é analisada por Carvalho (1997) que identifica um elenco de fatores complementares que levaram a uma falência da experiência sanitária naquele órgão. São apontados a insuficiência de recursos financeiros, o sucateamento da máquina organizacional, a insuficiência e a falta de capacitação de recursos humanos, a ausência de orientação sanitária nos serviços de saúde, a falta de integração entre as diversas áreas do órgão e as dificuldades operacionais. A autora constata a existência de um quadro de inoperância generalizada e teme que este seja, na realidade, uma "incompetência propositada" característica de uma guerra subjacente aos povos indígenas, tendo como estratégia a omissão de assistência. Concluindo, nos diz:

A estrutura de organização de saúde da FUNAI encontra-se de forma bastante inadequada, muito longe do ideal. Analisando globalmente e ao longo dos anos, esta atenção à saúde caracterizou-se por ser de caráter emergencial, descontínua, esporádica, irregular, precária e não planejada, gerando uma inoperância ou uma suboperância generalizada. (1997, pp. 163-66)

Trata-se de um período de vulnerabilização dos povos indígenas, uma vez que a política indigenista está subordinada às diretrizes econômicas do Estado nacional¹⁰⁵ e a condição de índio é tida como provisória, não conferindo direitos. A busca pela garantia da sobrevivência dos contingentes indígenas é motivada por um sentimento humanista de direito individual à vida, não estando ligada

[.7] Comentário: ?

com os povos indígenas. Funcionários índios e não-índios são lapidados numa visão integracionista, tomando como inferiores as formas de organização social indígenas tradicionais e tendo como objetivo "civilizar" os "caboclos". Caboclo é um termo pejorativo usado para designar o índio que deixou de ser considerado como vinculado a uma organização social tradicional. Ao mesmo tempo que nega-lhe a identidade indígena, atesta sua distância de padrões civilizatórios desejáveis. É uma condição de inerente pobreza e precariedade social. Sobre o tema ver OLIVEIRA (1996, capítulo V). Para observações acerca dos recursos humanos disponíveis na FUNAI, ver CARVALHO, 1997, p. 160-62.

¹⁰⁵ Vide capítulo Antecedentes Políticos.

ao reconhecimento de uma especificidade e riqueza étnica, ou seja um direito à organização social e cultural.

O Estado é o grande ator. Ao mesmo tempo em que realiza ações pontuais, vulnerabilizando o território e a população permite a atuação de diversas instituições e incentiva o avanço econômico sobre as terras indígenas, em um movimento que julga necessário, inevitável e desejável para arremessar o país a uma condição de nação desenvolvida e a pessoa indígena a um *status* de membro da comunhão nacional, indiferenciado por não lhe serem reconhecidas e admitidas diferenças. Esta visão é comum nas localidades constituintes de frentes de expansão da sociedade nacional e nos meios militares, muitas vezes agentes dessa expansão. Exemplo disso é um artigo recente do escritor roraimense Dorval Magalhães que, defendendo um papel histórico de colonização de fronteiras por parte do Exército Brasileiro, nos diz:

Por tudo isso se justifica, plenamente, a construção do Pelotão de Fronteira, na região do Uiramutã, para melhor garantia do Brasil e dos próprios índios, nossos seculares amigos e aliados. A construção é legítima e necessária. Rondon-1869/1958, pretendia, tais quais Nóbrega-1517/1570, Anchieta-1534/1597 e Vieira - 1608/1697, a aculturação dos os índios, o que resulta em benefício para eles mesmos, pois só a integração de etnias, a miscigenação natural, sem ser forçada, são veículos de entendimento, harmonia e paz, o que tanto exige a Humanidade contemporânea.

Todo e qualquer mecanismo de separação de etnias deve ser condenado hoje e sempre. Os tempos confirmarão esta tese, acentuadamente humana e Cristã. (MAGALHÃES, 2001)

A decisão exógena, de “integração das etnias”, se contrapõe a seu caráter contraditório de fortalecimento destas. Esquece o membro da sociedade roraimense que o ordenamento jurídico brasileiro se

encaminha noutro sentido, qual seja o do reconhecimento do país como uma nação pluriétnica e cultural onde a cidadania, mais que a humanidade, não é medida pela concordância de valores, mas pela capacidade de respeito à diferença e pela concepção do Estado como garantidor de direitos.

4.3 Intervenção sistemática – 1990 a 1998

[.8] Comentário: Palavras-chave: < vulnerabilidade, > fortalecimento, > oferta de serviços, > controle social mediatizado, > conhecimento, >= equidade, > reconhecimento de direitos.

Chamamos de momento de intervenção sistemática o período de 1990 a 1998, quando o Estado brasileiro realiza no campo da saúde o que consideramos a primeira experiência concreta de câmbio na linha de atuação indigenista, reconhecendo os novos princípios constitucionais da sociedade brasileira e abandonando a intervenção sanitária emergencial e pontual do momento anterior.

O desastre epidemiológico em curso na área Yanomami e as duras repercussões internacionais daquele genocídio levam à realização, com ampla participação da sociedade civil, dos planos sanitários emergenciais do ano de 1990, à construção do primeiro distrito sanitário especial indígena ligado ao Ministério da Saúde (primeiro ato para a saúde indígena vir a compor o Sistema Único de Saúde) e à demarcação por critérios antropológicos da Terra Indígena Yanomami, apesar de assentada sobre ricas jazidas minerais e dentro da área de fronteira.

[.9] Comentário: quais forças? vf

[.10] Comentário: Pq? vf

Há uma tendência à diminuição da vulnerabilidade social anterior e aquisição de instrumentos de fortalecimento social. Este

novo momento sanitário é identificado com o planejamento e posterior criação do Distrito Sanitário Yanomami da FUNASA.

A dependência indígena incondicional passa a ser substituída pela oferta de serviços e um pequeno nível de controle social começa a surgir por via da mediatização através de grupos aliados. Um nível de dialogia se estabelece entre os índios e os prestadores governamentais de serviços¹⁰⁶, começando estes a obter conhecimento sobre os fatores exógenos que desequilibram o perfil sanitário. Identificamos este momento como um período de intervenção, onde são reconhecidos aos Yanomami o direito à terra e a um sistema de saúde diferenciado, a invasão garimpeira é condenada, é composta uma instância paritária de controle das políticas públicas e estas deixam de ter um caráter de negação da cultura indígena.

[.11] Comentário: Como os Yanomami percebem isto? Da mesma maneira? sb

A partir da criação do Projeto de Saúde Yanomami, o Governo Federal passa a comportar em seu seio a dinâmica da luta pela efetiva ação estatal no provimento dos serviços de saúde aos povos indígenas em contínuo conflito e diálogo com os interesses regionais, minerais etc.), embora não consiga ao longo de sua história atingir bons níveis de eficiência e eficácia, como vimos.

Os debates no Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena de Roraima - NISI-RR, mesmo não concretizando sempre seu caráter deliberativo, levam ao amadurecimento de propostas e alternativas. Estabelece-se um novo nível de relacionamento entre o Governo e as ONG's, discutindo-se coletivamente as problemáticas e ações. Isto está particularmente claro nas discussões de projetos levados a cabo

¹⁰⁶ Nos referimos aqui especificamente aos prestadores de serviço governamentais uma vez que consideramos que as organizações não governamentais, por atuarem na área indígena algumas vezes durante várias décadas ou por possuírem projetos que abrangem porções pequenas das populações indígenas, têm tido condições de estabelecer uma relação bastante mais próxima com as comunidades indígenas,

naquele núcleo. Esse desenvolvimento possibilita ao Governo Federal, no momento atual, optar por parcerias com organizações civis de defesa de direitos e organizações indígenas, repassando-lhes além da arriscada tarefa de prover uma assistência médico-sanitária à maior parte dos povos indígenas do estado, recursos suficientes para isso.

4.4 Reestruturação e parcerias para a saúde indígena

[.12] Comentário: Palavras-chave: nova concepção de Estado público não estatal, alianças com sociedade civil, > fortalecimento, > equidade, > controle social, < capacidade de regulação, > possibilidade de regulação.

Como vimos, a reforma do Estado brasileiro traz uma nova concepção dos papéis do Estado e da sociedade civil, afastando da coisa pública o sentido de coisa estatal e do serviço público a noção única de prestação de serviços pelo Estado. Trata-se de uma diretriz para a ação privada com caráter social e, assim, de natureza pública. Esse movimento tem uma repercussão direta na concepção do sistema sanitário para os Yanomami.

Essa nova concepção, leva o Estado a estabelecer com a sociedade civil alianças para a prestação de serviços, abandonando a idéia anterior da necessidade de prestá-los diretamente. No entanto, leva a uma focalização das políticas sociais, tendendo gradativamente a incluí-las no mercado, como vimos.

Institui-se espaço para uma participação e controle social sobre os serviços e são instaladas instâncias paritárias de deliberação e acompanhamento, resultando num empoderamento da sociedade. No caso Yanomami, começa-se a trabalhar pela construção de um

diferentemente do que acontecia com os mecanismos governamentais. Não questionamos aqui, a natureza desse diálogo.

Conselho Distrital e Conselhos Locais de Saúde nas diversas regiões Yanomami. Delineia-se um quadro em que as diversas lideranças regionais pela primeira vez terão assento, voz e voto em conselhos paritários e deliberativos da política pública. Este controle social possível traduz-se em fortalecimento e torna menos distante se pensar em equidade nos serviços de saúde. Este momento se inicia em 1999 com a constituição do subsistema de saúde indígena no Sistema Único de Saúde , portanto, apenas começa a se esboçar.

Estas mudanças institucionais, devem ser questionadas quando ao seu caráter democrático. No caso da implantação do DSEI, inúmeros momentos de discussão da política têm sido fomentados e a sua validade é testada nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena promovidas pela FUNASA, com composição paritária entre usuários e prestadores de serviços¹⁰⁷.

Iniciada com o DSY em 1991 e impulsionada com a legislação de 1999, a constituição de um subsistema de saúde indígena integrado ao SUS avança através de vários mecanismos: a instituição de estruturas de controle social paritárias em relação aos usuários do sistema; o reconhecimento formal dos agentes indígenas de saúde, integrando-os às equipes multi-profissionais; a integração da FUNASA com a Secretaria de Atenção à Saúde/MS, instância responsável pelo acompanhamento do funcionamento do SUS como um todo; e a criação do Fator de Incentivo da Atenção Ambulatória, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico, para qualificar a atenção a pacientes indígenas na rede secundária e terciária do SUS, importante mecanismo para fomentar uma postura não discriminatória nos estabelecimento de

¹⁰⁷ 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada de 14 a 18 de maio de 2001. A 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena está prevista para 27 a 31 de março de 2006.

saúde¹⁰⁸. Observamos, no entanto, vários aspectos que podem se tornar pontos de estrangulamento do desenvolvimento desejado do subsistema de saúde indígena. Passamos a analisá-los.

4.5 Observações sobre a implantação dos DSEI

A construção do novo quadro institucional proposto pelo Estado brasileiro para a saúde indígena ao mesmo tempo em que provoca uma expectativa positiva, pela própria tomada de decisão governamental, traz questionamentos vários. A partir da observação do momento contemporâneo, das anotações em nosso caderno de campo, de entrevistas e inúmeras conversas com profissionais que participam do processo, elaboramos algumas questões e observações sobre o processo de implementação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que passamos a expor.

Como vimos, sendo responsável pela garantia dos serviços sanitários aos povos indígenas, a FUNASA adota a partir de 1999 a estratégia de implantação dos DSEI e opta administrativamente pela execução de parcerias para a prestação dos serviços de saúde, a

¹⁰⁸ Este mecanismo é criticado por alguns que o acreditam um artifício de discriminação do paciente indígena, provocando o reforço de sua estigmatização nas unidades de saúde e evitando sua inclusão normal no SUS. O acreditamos, no entanto, como um avanço no sentido de que instala uma discriminação positiva, atuando como amplificador do acesso ao SUS e inserindo diferenciadamente a população indígena. Devido ao grande preconceito contra as populações indígenas, sua inserção indiferenciada no sistema de saúde significaria sim mais uma forma de negação de sua identidade cultural e vulnerabilidade, se desviando do objetivo de

maior parte por meio do estabelecimento de convênios. Para conduzir esse processo no nível local concebe a existência de equipes técnicas na sede dos DSEI compostas por servidores públicos. Estes núcleos técnicos têm a incumbência de conduzir todos os processos no interior do distrito sanitário especial indígena, articulando politicamente as diversas entidades, propondo, fomentando, analisando e controlando ações, supervisionando, definindo estratégias e subsidiando as atividades de atenção à saúde. Para isso, é necessário capacitar os servidores para a devida compreensão das bases legais e ideológicas do Sistema Único de Saúde e dos DSEI. A não constituição de equipes técnicas apropriadamente remuneradas, devidamente capacitadas e dimensionadas significa relegá-las a um papel apenas formal e não efetivo de gestão dos distritos.

Uma outra dimensão do acompanhamento técnico é a necessidade de formação de grupos multiinstitucionais entre os diversos atores para o estabelecimento de um diálogo e troca de experiências, bem como tornar colegiada a tomada de decisões. O subdimensionamento das equipes técnicas do DSEI e a não constituição de grupos técnicos multiinstitucionais podem também levar a uma concentração da capacidade decisória nas instâncias centrais da FUNASA, esvaziando a característica de descentralização e constituição de um sistema local de saúde, mantendo as decisões centralizadas e com características normativas, sobrecarregando o nível central com um fluxo burocrático anormal, que não permeiam as instâncias técnicas locais e dificultam o controle social efetivo e o desenvolvimento de capacidade gestora por parte da FUNASA.

Na elaboração de parcerias para a implementação dos serviços de saúde indígena, a FUNASA se vê diante de uma gama de

equidade do sistema. Trata-se portanto de mecanismo de discriminação positiva, com caráter inclusivo.

instituições com atuação junto a populações indígenas, algumas vezes sedimentada por algumas décadas de trabalho. Como no caso de missões religiosas ou atuação de prefeituras, a atenção sanitária foi historicamente subordinada aos objetivos primeiros das organizações, levando a uma assimilação no sistema de saúde atual de entidades com perfil inadequado aos objetivos sanitaristas.

Neste sentido pode-se considerar a atuação de instituições sem vocação sanitarista ou indigenista, sem planos de trabalho e financiamento adequado e com modelos de gestão amadores. Consideramos que é necessário haver uma assessoria por parte da FUNASA para fomentar modelos de gestão com características profissionais nos convênios. Assim, entidades com tradição de gestão não técnica, como podem ser as indígenas, religiosas e de pequenas prefeituras, devem ser conduzidas a adotar critérios técnicos e a contratar pessoal qualificado para administrar os recursos públicos colocados a sua disposição.

Os convênios com organizações indígenas devem fortalecer politicamente estas minorias e não vulneralizá-las. O insucesso de convênios com essas entidades pode ter um peso bem maior que a simples não aprovação de suas contas, podendo levar a descrédito organizações legítimas, com grande perda para o movimento indígena. Especial atenção deve ser dada aos convênios com organizações indígenas, no sentido de assessorá-las na administração do dinheiro público e no cumprimento das metas pactuadas, orientando sobre os riscos de se reproduzir no uso do dinheiro público uma priorização de acordo com segmentações políticas porventura existentes em um povo, do não seguimento dos planos de trabalho acordados ou da não observação dos ritos formais estabelecidos em Lei.

O cálculo de necessidade e perfil de profissionais presentes nos convênios e planos de trabalho deve ser analisado criteriosamente para impedir a criação de vagas desnecessárias e que poderiam atender apenas a interesses particulares. Também o preenchimento das vagas previstas deve ser acompanhado, inclusive com verificação da qualificação dos profissionais contratados, uma vez que deve-se zelar pela qualidade do sistema e coibir o aproveitamento de pessoal sem qualificação técnica, em detrimento de um esforço pela contratação de pessoal capacitado.

Plano de trabalho

[13] Comentário: ? falar do plano diretor...

Estando a União a delegar execução dos serviços de saúde a terceiros, resta-lhe o acompanhamento e o estabelecimento de normas técnicas para a atuação específica. Para isso, são instrumentos essenciais os Planos de Trabalho das entidades conveniadas e parceiras. Estes devem claramente fixar programas, metas, prazos, limites de remuneração e vantagens e se fazem especialmente importantes nos casos das entidades de "presença tradicional" nas comunidades indígenas, como algumas missões religiosas, ONG's e prefeituras. Suas intervenções anteriores, normalmente assistencialistas e/ou independentes, não devem competir com o novo modelo, evoluindo para a composição do subsistema de saúde e o desenvolvimento da noção de prestação de serviço público. Caso não demonstrem vocação para isto, por possuírem uma cultura institucional fechada ou rígida ou por possuírem orientação ideológica divergente

dos direitos constitucionais que se busca garantir, devem abandonar as práticas sanitárias que desempenham.

Entidades voluntárias

As entidades voluntárias, que alegam interesse e reivindicam para si responsabilidade assistencial sobre parcelas do território dos DSEI devem esclarecer sobre a sua capacidade executora, tanto em nível administrativo-operacional, quanto em nível de compreensão e acatamento das diretrizes do sistema de saúde, de forma a permitir o acompanhamento e supervisão pela autoridade sanitária. Devem ser feitos programas de trabalho detalhados com objetivos e metas, recursos humanos e financeiros disponíveis e sua origem, ações programadas e períodos de execução, tipo de cobertura assistencial e suas condições. As entidades que possuem atribuições outras que não assistência médico sanitária aos povos indígenas (e.g. educação, projetos de desenvolvimento econômico, conservação e recuperação ambiental, desenvolvimento comunitário e cidadania, evangelização, marketing institucional) devem esclarecer seus objetivos específicos, suas formas de ação, os profissionais e recursos utilizados em cada linha de atuação, permitindo se constituir um quadro geral de atuação institucional em área indígena, bem como detectar possíveis duplicidades de ações, redundâncias de pessoal e financiamento, bem como incompatibilidade de objetivos.

Recursos humanos

Há grande rotatividade de pessoal na saúde indígena, tanto pela dificuldade de encontrar profissionais adequados ao trabalho intercultural e em localidades distantes, pela escassez de profissionais de saúde como um todo nestas regiões, pela falta de capacidade de administração de pessoal ou pela inadequação do perfil das gerências técnicas. Muitos casos de dispensa de pessoal ocorrem pelo necessário processo de seleção de perfis adequados. Entre os perfis inadequados, alguns casos se referem a ilegalidades praticadas ou falhas disciplinares quando já trabalham em área indígena. Uma alta rotatividade em uma organização indica uma possível descontinuidade em seu programa de assistência, com repercussões na qualidade do serviço. Devem ser criados mecanismos de acompanhamento desta rotatividade e suas causas.

Danos causados a terceiros e regime disciplinar

A utilização de mão-de-obra terceirizada para a prestação da atenção à saúde indígena coloca a necessidade de ter claras as bases jurídicas para a responsabilização por danos morais e materiais causados a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros, decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência praticadas por empregados, profissionais ou prepostos das entidades parceiras, conveniadas ou não.

O Decreto 1.171/94, em seu item XXIV define que:

para fins de apuração do comprometimento ético, entende-se por servidor público todo aquele que, por força de lei, contrato ou de qualquer ato jurídico, preste serviços de natureza permanente, temporária ou excepcional, ainda que sem retribuição financeira, desde que ligado direta ou indiretamente a qualquer órgão do poder estatal, como as autarquias, as fundações públicas, as entidades paraestatais, as empresas públicas e as sociedades de economia mista, ou em qualquer setor onde prevaleça o interesse do Estado

Desta forma, conclui-se que o prestador de serviços pode ser responsabilizado disciplinarmente por seus atos, mas cabe ainda indagar em que nível e como se realiza o poder disciplinar da administração pública e em que medida isto ampara o usuário do subsistema de saúde indígena.

Cobertura em áreas abandonadas, novas migrações

No caso de constatada a insuficiência na ação de determinada entidade parceira, há que se estabelecer como de desencadeará o processo de desqualificação e substituição de suas ações para que não haja solução de continuidade. No caso de áreas indígenas com grande fluxo migratório, como as de zona de fronteira, onde é previsível a saída ou entrada de contingentes populacionais nas áreas de jurisdição de convênios (sabe-se que a crescente resolutividade de serviços de saúde em determinada região provoca uma aproximação de populações de áreas desassistidas), deve-se garantir a atenção sanitária a todos, atendendo ao preceito constitucional da universalidade da assistência. É preciso esclarecer como se

responderá a essa responsabilidade sobre uma atenção adicional, hoje aparentemente não prevista nos convênios firmados pela FUNASA.

Índios isolados e comunidades recém-contatadas

Há que se estabelecer estratégias sobre como se dará a atenção sanitária no caso de necessidade de intervenção em contingentes indígenas isolados. Também para a atuação preventiva nas frentes de expansão da sociedade nacional que possam impactar sobre índios isolados. Cabe perguntar sobre qual é a relação do sistema de saúde com a monitoração efetivada pela FUNAI e o possível estabelecimento de contato permanente ou intermitente das frentes de expansão.

Controle social por etnias de pouco contato

A implantação dos Conselhos Distritais em comunidades e etnias de pouco contato impõe um lento processo de aprendizagem do conceito e das instituições de controle social, como previsto no SUS., Etnias de contato recente, falante apenas de língua própria, não alfabetizadas, com sistemas políticos baseados em lideranças locais ou vinculadas a famílias extensas, com a existência de maiores ou

menores inimizades entre grupos locais, limitado entendimento da organização política nacional, padrão de aldeamento variados e com comunidades autônomas econômica e politicamente autônomas são dificultantes para o estabelecimento de representações políticas em condições de dialogar num papel de conselheiro distrital.

Os DSEI devem ter a capacidade de incorporar novas soluções para a representação indígena nos conselhos distritais, garantindo o controle social e a paridade de representação. Naturalmente que este processo supõe um maior entendimento por parte dos povos indígenas sobre a organização do SUS e DSEI, bem como das noções de representação política e controle social instituídas em nossa sociedade. Por outro lado, supõe a compreensão por parte do gestor de saúde e entidades parceiras das formas de organização sociopolítica, inclusive mecanismos de representação e controle social nas etnias indígenas.

A compatibilização entre estes dois níveis políticos, indígena e nacional, deverá acontecer para a efetivação do controle social nos conselhos distritais de saúde indígena. A mediatização, quer por entidades da sociedade nacional, quer por meio de “lideranças mais esclarecidas” é inevitável, mas coloca, como em toda mediação, mais um elemento cujas motivações particulares adicionarão ruídos no processo de comunicação. Resta o desafio de possibilitar uma representação legítima dentro de cada realidade destes grupos étnicos.

Relacionamento entre órgãos federais

Vários órgãos federais têm atribuições que incidem direta ou indiretamente sobre as ações de saúde em áreas indígenas sem haver,

na prática, um diálogo entre seus programas. Assim, meio-ambiente, recursos minerais, defesa, turismo, desenvolvimento econômico regional, colonização e reforma agrária, educação e possivelmente outros setores de atuação do governo federal, investem em políticas algumas vezes antagônicas e/ou prejudiciais às políticas indigenista e sanitária. Esta incompatibilidade de políticas de um mesmo Estado, tem reflexos no controle sanitário e na capacidade governamental de intervenção e reforçam o peso da macro-estrutura econômica e política sobre as políticas específicas. Alguns dos problemas já existentes são: projetos de colonização implantados na fronteira com reservas indígenas pressionando os recursos naturais, fomentando a invasão e exploração de áreas protegidas, aproximando do convívio indígena problemas sociais como alcoolismo, consumo de drogas, prostituição, cooptação para venda de madeiras e exploração mineral.

O Projeto Calha Norte supõe o incentivo à criação de núcleos urbanos na faixa de fronteira, muitas vezes dentro ou influenciando sobre áreas indígenas ou nelas influenciando. A noção de desenvolvimento social nas fronteiras não deve negar os direitos indígenas à terra, sua cidadania e brasilidade. As "ações cívico-sociais" das forças armadas no setor saúde não devem se sobrepor aos distritos sanitários especiais indígenas devendo, caso necessário, ser planejadas e avaliadas com os Conselhos Distritais;

A implantação de parques ambientais e o estabelecimento de roteiros turísticos, bem como a comercialização da imagem indígena, devem acontecer com o aval das populações nativas, calculando-se a pressão ambiental, social e epidemiológica decorrente.

Acreditamos que a reflexão sobre esses aspectos, uma vez que identifica possíveis pontos de estrangulamento na política e torna possível prever e prevenir falhas em sua realização, pode possibilitar

uma maior efetividade no esforço de implementação dos DSEI e formulação de soluções para a garantia dos direitos sociais indígenas no setor saúde, atendendo às reivindicações dos movimentos sociais e sanitário-indigenista e tornando o processo cada vez menos precário

.

Conclusão

Após termos percorrido neste estudo a trajetória do Distrito Sanitário Yanomami e sua relação com as reformas do aparelho do Estado e da saúde, a política indigenista, a política de desenvolvimento da Amazônia e os interesses minerários chegamos à conclusão de que a realidade sanitária das populações indígenas é fruto de um contexto de atuação do Estado brasileiro. Como vimos, como política social ela está subordinada às decisões de âmbito macroestruturais, tanto em sua dimensão econômica como geopolítica.

O caso Yanomami nos mostra que o Estado tem atuações contraditórias e não apresenta coerência entre suas políticas setoriais, podendo uma diretriz legal ser negada por interesses específicos, como é o caso do garimpo na área Yanomami e a persistência dos interesses minerários.

Fica também evidente o descompasso entre estatuto legal e as práticas na sociedade. As alterações ideológicas sedimentadas na Constituição de 1988 (a perda da perspectiva assimilacionista da política indigenista, a criação do Sistema Único de Saúde e suas diretrizes de universalidade e equidade) são, naqueles dias e nos anos seguintes, acompanhadas por atos de evidente negação dos preceitos legais, entre eles a invasão garimpeira na área Yanomami. Outras atitudes vão a favor do espírito legal, como a criação do Distrito Sanitário Yanomami em 1991. Este fato demonstrou uma opção estatal por garantir ao povo Yanomami o direito à saúde.

Orientaram nosso estudo três conceitos: equidade, controle social e fortalecimento. Consideramos como equidade o alcance da política de saúde de acordo com a necessidade que dela têm as

populações indígenas, devido a sua diferenciação cultural e étnica. A equidade é a nosso ver um objetivo de justiça social permanentemente colocado. Controle social aqui se refere à capacidade do grupo étnico de influir nas decisões estatais a ele direcionadas. Tomamos a noção de fortalecimento como a capacidade social de intervir na própria realidade; em termos de saúde, se refere ao domínio sobre os mecanismos para prevenção, diagnóstico e cura das patologias que incidem ou possam vir a incidir sobre uma etnia.

A criação do Distrito Sanitário Yanomami é o marco de um novo fazer sanitário para os povos indígenas no país, sinalizando uma mudança possível no indigenismo estatal.

Ao examinarmos os antecedentes políticos da ação indigenista estatal, constatamos que as relações do Estado brasileiro com os povos indígenas caracteriza uma extrema discriminação. Ao longo de nossa história, estes povos têm seus interesses e direitos subordinados aos interesses mesmo das populações não-índias mais pobres e marginais. Considerados ora como “órfãos”, ora como “relativamente incapazes” sua autodeterminação tem sido historicamente negada a estes povos.

O Distrito Sanitário Yanomami foi um elemento de manutenção do discurso indigenista sanitário no país, em oposição ao modelo assistencial conduzido pela FUNAI até 1999. Como demonstra o desenvolvimento histórico do DSY, embora sua criação não resulte na garantia da equidade, ela a eleva através da ampliação da assistência e permite um nível inicial de controle social e fortalecimento, através de mecanismos como o Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena de Roraima.

A atual experiência de construção de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, entre eles a continuidade da experiência sanitária

do Ministério da Saúde na Terra Indígena Yanomami, tem representado um avanço na possibilidade de controle social das políticas de saúde pelos povos indígenas, uma vez que foram institucionalizados ao conselhos distritais e locais de saúde indígena, instâncias inéditas de participação social para aqueles povos.

Em termos de equidade e fortalecimento também há o indicativo de progressos, tanto pela expansão de parcerias, por meio da celebração de convênios, quanto pela maior participação indígena nos conselhos e pelo início de formação de professores e agentes de saúde indígenas.

A viabilidade do modelo de Distritos Sanitários Especiais Indígenas pode ser ameaçada se Estado e sociedade não os construírem e entenderem como processos de consolidação do direito à equidade em saúde, portanto de cidadania, afastando os oportunismos de grupos de interesse e a visão da garantia de políticas mínimas para populações vulneráveis.

A evolução deste novo quadro institucional depende tanto da consolidação do controle social, com participação indígena qualitativa e quantitativamente efetiva, da manutenção dos investimentos financeiros em níveis adequados e da necessária regulamentação dos princípios e processos, de forma a torná-los estáveis e transparentes. A partir desta composição de controle social e fortalecimento estará aberta uma possibilidade real de alcançar a equidade do sistema de saúde para os povos indígenas.

A capacidade de implementação do modelo sanitário, por parte das organizações nele envolvidas, supõe transparência nas instituições e capacidade de gestão por parte do governo, deixando claro o caráter público da política e coibindo os interesses particulares.

[14] Comentário: como? Só dizer não resolve uma situação tão complexa como a de contato interétnico. As conclusões parecem simplistas. (sb)

A experiência sanitária a que se expôs o povo Yanomami nos revela uma dimensão de conflito existente na sociedade brasileira que, em seu caráter capitalista, subordina mesmo a existência física e cultural de grupos étnicos minoritários ao imperativo da acumulação econômica. Conseqüências dessa dinâmica são suas características de etnocídio e graves impactos sobre o meio-ambiente. Neste sentido, além de trazer um nível extremo de vulnerabilidade para o povo Yanomami, representam também uma vulnerabilização de toda a sociedade brasileira.

Deve-se considerar que a história nos mostra que os povos indígenas têm uma condição especial de inserção na sociedade nacional, uma vez que, estando parcial ou completamente fora do padrão capitalista das relações sociais, sofrem tanto os efeitos do sucesso como do fracasso econômico conjuntural e estrutural.

Em todo o percurso das políticas expostas neste estudo, a participação Yanomami foi praticamente nula. A capacidade de representação e influência daquele povo na tomada de decisão sobre as políticas a ele direcionadas, ou seja, seu fortalecimento e controle social, são inexistentes no período principal da invasão garimpeira (1987-90), crescem nos anos seguintes através da mediação de entidades da sociedade civil e do estabelecimento de instâncias governamentais de controle social, como é exemplo o NISI-RR, e da atual dinâmica de Conselhos Locais e Distrital de Saúde Indígena.

O controle social das políticas sociais, públicas ou não, por parte das etnias indígenas, particularmente a Yanomami, impõe um desafio à rigidez estrutural de nossas instituições. Apenas a instalação de uma capacidade dialógica entre instâncias de prestação de serviços e os Yanomami, trocando sentidos, mais que palavras, tornarão possível que os Conselhos de Saúde pertencentes a um distrito

sanitário para os Yanomami sejam mais que instâncias formais. O Conselho de Saúde é um processo social, no caso, de contato entre duas lógicas culturais distintas que devem necessariamente superar um contexto conflitivo.

O estabelecimento de uma nação democrática passa pela compreensão da alteridade como uma característica nacional e não como sua negação. O fortalecimento das comunidades indígenas equívale ao fortalecimento do país enquanto nação. A garantia dos direitos conquistados e a possibilidade de luta por novos direitos é medida da equanimidade e justiça que pode alcançar a Sociedade e da legitimidade do Estado brasileiro.

A relação do Estado brasileiro com os povos indígenas é um palco privilegiado e radical de aprendizado de uma nova forma de política e relação com a sociedade civil, expondo claramente quais são os fundamentos de nossa Sociedade, se democráticos ou autoritários, se fundados na busca da justiça ou no privilégio de interesses particulares.

Referências Bibliográficas

- AÇÃO PELA CIDADANIA. **Yanomami a todos os povos da terra**: segundo relatório da Ação pela Cidadania sobre o caso Yanomami, referente a acontecimentos no período de junho de 1989 a maio de 1990. São Paulo: APC (CCPY/CEDI/CIMI/NDI), 1990.
- AD2000 PROJECT. **A Church for Every People and the Gospel for Every Person by the Year 2000**. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.ad2000.org/joshbroc.htm> . Consultado em 16/01/2001.
- ALBERT, Bruce. **Temps du sang, temps des cendres**: représentation de la maladie, système rituel et espace politique chez les Yanomami du sud-est (Amazonie brésilienne). Paris: ORSTOM, 1988. 833p. Collection Travaux et Documents microédités no. 31. Tese (doutorado).
- _____. "Urihi: terra, economia e saúde Yanomami". Brasília: DAN/UnB, 1991. Série Antropologia no. 119.
- ALMEIDA, Célia. "Saúde nas reformas contemporâneas. In COSTA, Ana Maria et al. **Saúde, equidade e gênero**: um desafio para as políticas públicas. Brasília: Editora UnB, 2000.
- ALMEIDA, Rubem. "Breves comentários sobre saúde e relações de contato: os Guarani brasileiros". In **Saúde em Debate**. Curitiba, PR: NESCO, janeiro de 1988.
- ARNT, Ricardo et al. **Panará**: a volta dos índios gigantes. São Paulo: Instituto Sócio Ambiental, 1998.
- AZANHA, Gilberto e VALADÃO, Virgínia. **Senhores destas terras**: os povos indígenas no Brasil, da colônia aos nossos dias. 4a. Ed. São Paulo: Atual, 1991.
- BAINES, Stephen. **"É a FUNAI que sabe"**: a frente de atração Waimiri-Atroari. Belém, Pará: CNPq/MPEG, 1991.
- BRASIL. Câmara dos Deputados, "Depoimento do Presidente do Conselho Indigenista Missionário (CIMI), Dom Aparecido José Dias, perante a CPI que verifica a existência de aeroportos clandestinos e a atuação de missões religiosas estrangeiras na área de garimpagem de Roraima, provocando a internacionalização da Amazônia". Brasília : Câmara dos Deputados, 24/09/1991, mimeo.
- BRASIL. Fundação Nacional do Índio. "Terra Indígena Yanomami – Documentos, 1984". Brasília: DPI/FUNAI, 1984. Mimeo.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. "Reunião para discussão do anteprojeto Atenção à saúde Yanomami" . Brasília, 30 de outubro de 1990. Relatório.
- _____. _____. **Projeto de Saúde Yanomami – Yanomami Health Project**. Brasília, FUNASA, 1991a.

_____. _____. Distrito Sanitário Yanomami. "Primeiro Relatório do Distrito Sanitário Yanomami – 1991". Boa Vista, FUNASA, 1991b, mimeo.

_____. _____. Distrito Sanitário Yanomami. "Carta ao Procurador Geral da República", Boa Vista, 05/09/1994. Autores: Marcos Pellegrini e Edgard Magalhães. Boa Vista, 1994.

_____. _____. "Dados demográficos da área Yanomami" . Boa Vista, RR: FUNASA/URIHI, 2000. Quadro.

_____. _____. **Saúde estabelece novas estratégias para o controle de doenças**. Brasília: FUNASA, 2000b (23/06/2000). [online] Disponível na Internet via WWW. URL: http://www.funasa.gov.br/not/not_descentralizacao/desc-bra.htm . Consultado em 08/03/2001.

BRASIL. Instituto Militar de Engenharia. **Relatório EIA BR-307**. Rio de Janeiro: IME/EB/MD, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. **Plano Nacional de Educação**. Brasília: MEC, 1997. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.mec.gov.br/acs/ftp/pne.doc> . Consultado em 03/2001.

BRASIL. Ministério do Exército. **Programa Calha Norte**. Brasília: Ministério do Exército, 2001. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.amazonia.exercito.gov.br/tratados/calhanor/menuca.htm> . Consultado em 16/01/2001.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Gestão pública empreendedora**. Brasília: MPOG, 2000. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.planejamento.gov.br/publicacoes> . Consultado em 03/2001.

BRASIL. Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: MARE, 1995. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.planejamento.gov.br/publicacoes> . Consultado em 03/2001.

BRASIL, Kátia. "Conflito com yanomamis reflete descaso e negligência em Roraima". **Jornal A CRÍTICA**, 21/08/1994. Manaus, 1994.

BRAVO, Maria Inês Souza. **La Salud en Brasil: Importancia de la gestión democrática**. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.udec.cl/~alas/Comis10/c10a003.htm> . Consultado em 03/03/2001.

BUENO, Wanderlei; MERHY, Emerson. **Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes ?** [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm> . Consultado em 29/05/2000.

BUSS, Paulo. "Saúde e desigualdade: o caso do Brasil" in BUSS, Paulo Marchiori e LABRA, María Eliana (org.). **Sistemas de saúde: continuidade e mudanças, Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Quebec**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/Editora FIOCRUZ, 1995.

- CARVALHO, Maria Lúcia Brant de. **Saúde de populações indígenas**: tendências após os impactos do contato. Orientador: Rinaldo Vieira Arruda. São Paulo: PUC-SP, 1997. 215p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais).
- CARDOSO, Fernando Henrique. "Apresentação" in Brasil. Presidência da República. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: MARE, 1995.
- CENTRO ECUMÊNICO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO. **Povos indígenas no Brasil 1987/88/89/90**. São Paulo: CEDI, 1994. 3a Reimpressão, Série Aconteceu Especial no. 18.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO Brasil. **Os povos indígenas e a Nova República**. São Paulo: Edições Paulinas, 1986. Série estudos da CNBB, volume 43.
- _____. Conselho Indigenista Missionário. **Em defesa do povo Yanomami**. Brasília: CNBB-CIMI, 1988.
- _____. Conselho Indigenista Missionário. **Saúde dos povos indígenas**. Brasília: CNBB-CIMI, 1999. Cadernos do CIMI No. 03.
- COIMBRA JUNIOR, Carlos. "O sarampo entre sociedades indígenas brasileiras e algumas considerações sobre a prática da saúde pública entre estas populações". In **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Vol. 3, No. 1, Jan/fev de 1987.
- COLCHESTER, Marcus. "Conservation politics: the Upper Orinoco-Cassiquiare Biosphere Reserve" in PROCEEDINGS OF PUCALLPA CONFERENCE. **Indigenous peoples and biodiversity conservation in Latin America**: from principles to practice. Copenhagen: IWGIA, 1998. IWGIA Document no. 87.
- CORDEIRO, Enio. **Política indigenista brasileira e promoção internacional dos direitos das populações indígenas**. Brasília: Instituto Rio Branco / Fundação Alexandre Gusmão / Centro de Estudos Estratégicos, 1999.
- COSTA, Dina. "Política indigenista e assistência à saúde". Revista Ciência Hoje 10(55), 1989.
- DENEVAN, William (Editor). **The native population of the americas in 1542**. Madison, Winconsin: The University of Winsconsin Press, 1976. Parte IV: South America.
- DEMO, Pedro. **O chame da exclusão social**. Campinas: Autores Associados, 1998.
- SCOREL; GIOVANELLA. Termo de referência: texto preliminar de apoio ao debate. Oficina de trabalho "Reformas em saúde e equidade". VIII CONGRESSO Associação Latino-americana de Medicina Social (ALAMES) / XI CONGRESSO Associação Internacional de Políticas de Saúde (IAHP). HAVANA, CUBA 3-7 julho 2000. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www>. Consultado em 20/05/2000.
- FALEIROS, Vicente. **Estratégias em serviço social**. São Paulo: Cortez, 1997.

- _____. "Política de atendimento aos direitos da criança e do adolescente e política de assistência social: uma integração necessária". Brasília: UNICEF, 1998. Relatório de consultoria.
- FERNANDES, Rubem César. **Privado porém público: o terceiro setor na América Latina**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- FERNANDES, Thaís. **Um alerta para a Amazônia: plano desenvolvimentista deve agravar devastação nos próximos anos**. Rio de Janeiro: Revista Ciência Hoje, Seção Ciência em Dia no. 287, 30/01/2001. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.uol.com.br/cienciahoje/> . Consultado em 05/02/2001.
- FOLHA DE BOA VISTA. "Funcionários pedem saída do diretor". Jornal **Folha de Boa Vista**, Boa Vista - Roraima, 24 de outubro de 1994, página 06.
- GARCIA, Reinaldo Coutinho. **Descentralização: um processo a ser avaliado e acompanhado**. Brasília: IPEA, 1995. (Textos para discussão, número 364).
- HAGUETTE, Teresa. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: VOZES , 1987
- IANNI, Octávio. **Ditadura e agricultura: o desenvolvimento do capitalismo na Amazônia 1964-1968**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.
- INESC. "Orçamento de 1993 tende a inviabilizar a FUNAI". In **Informativo INESC Nº 27**. Brasília : INESC, setembro de 1992.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Desestatização**. Brasília: IPEA/IBAM, 1994. (Subsídios para a reforma do Estado, volume 5).
- INSTITUTO SÓCIO AMBIENTAL. **Povos Indígenas no Brasil: 1991-1995**. São Paulo: ISA, 1996.
- LAURELL, Asa Cristina (org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortêz, 1997.
- _____. "Globalización y reforma del Estado". In COSTA, Ana Maria et al. **Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas**. Brasília: Editora UnB, 2000.
- LESBAUPIN, Ivo. "Hegemonia neoliberal, democracia em declínio e reação da sociedade civil". In LESBAUPIN, Ivo; STEIL, Carlos e BOFF, Clodovis – **Para entender a conjuntura atual: neoliberalismo, movimentos populares, igreja católica e ONG's**. Petrópolis: Vozes/ISER, 1996.
- LOBO, Maria Stella Castro et al. "Parecer da equipe médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro sobre as acusações do livro "Darkness in Eldorado" (P. Tierney)". Rio de Janeiro: UFRJ, Dezembro de 2000. Mimeo.
- LUZ, Lídia. "A revisão do Estatuto do índio e a Legislação Indigenista"
- MAGALHÃES, Dorval. **O exército é amigo dos índios**. Jornal **Folha de Boa Vista**, Boa Vista - Roraima, 07 de abril de 2001. Coluna Opinião.

- MAGALHÃES, Edgard e CAVALCANTI, Luciano. "Morbi-Mortalidade Yanomami – 1991 a 1997". Boa Vista, RR: UFRR/FIOCRUZ, 1998.
- MELATTI, Júlio. **Índios do Brasil**. 7a. Edição. São Paulo: HUCITEC, 1993.
- MARTINS, José de Souza. **Capitalismo e tradicionalismo**. São Paulo: Pioneira, 1976.
- _____. **Fronteira: a degradação do Outro nos confins do humano**. São Paulo: HUCITEC, 1997.
- MORALES, Carlos Antônio. "Provisão de serviços sociais através de organizações públicas não estatais". In PEREIRA, Luiz C. Bresser; GRAU, Nuria Cunill (org.). **O público não estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.
- MOURA, Gevilacio Aguiar Coêlho de. Citações e referências a documentos eletrônicos. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: http://www.quatrocantos.com/tec_web/refere/index.htm. Consultado em 15 de março de 2001.
- NASSUNO, Marianne. "O controle social nas organizações sociais no Brasil". In PEREIRA, Luiz C. Bresser; GRAU, Nuria Cunill (org.). **O público não estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.
- OLIVEIRA, Alcenir Rodrigues. **Descentralização: a municipalização da saúde**. Brasília: UnB-DA-FESA, 1997. Dissertação (Mestrado).
- OLIVEIRA, Francisco de. "Vulnerabilidade social e carência de direitos". Cadernos ABONG n. 8, São Paulo : ABONG, 1995.
- OLIVEIRA, Iara e LIMA, Fabiano. "Acompanhamento orçamentário e avaliação da ação do governo para as populações indígenas" in ROCHA, Paulo Eduardo (Org.). **Políticas públicas sociais: um olhar sobre o orçamento da União 1995/1998**. Brasília: INESC, 1999.
- OLIVEIRA, João Pacheco. "Muita terra para pouco índio? Uma introdução (crítica) ao indigenismo e à atualização do preconceito", p. 61-86. In SILVA, Aracy Lopes e GRUPIONI, Luís Donizete. **A temática indígena na escola**. Brasília: MEC/MARI/UNESCO, 1995.
- OLIVEIRA, Roberto Cardoso. **O índio e o mundo dos brancos**. Campinas, SP: Editora Unicamp, 1996. 4.ed. Capítulo V "O caboclo".
- PARDO, Domingos Sanz. "Eqüidade". In **Dicionário de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1986.
- PELLEGRINI, Marcos A. **Wadubari**. São Paulo : Marco Zero, 1993.
- _____. "A medicalização de conflitos: paternalismo e participação (o caso dos Yanomami)". Boa Vista: mimeo, 1995. Publicado em D'ÁVILA NETO, M. Inácia. **Desenvolvimento social: desafios e estratégias**. Volume II. Rio de Janeiro: Cátedra UNESCO de Desenvolvimento durável/UFRJ/EICOS, 1995. Pp. 169-182.

- _____. "Os Yanomami doentes no sistema único de saúde". In: RICARDO, Carlos Alberto (ed.), **Povos Indígenas no Brasil 1991/1995**. São Paulo : ISA, 1996a, p. 211-212.
- _____. "Do alto da cedrorana". In RICARDO, Carlos Alberto (ed.). **Povos Indígenas no Brasil 1991/1995**. São Paulo : ISA, 1996b, p. 245-246..
- _____. **Falar e comer**: um estudo sobre os novos contextos de adoecer e buscar tratamento entre os *Yanomamê* do Ato Parima. Orientadora Esther Jean Langdon. Florianópolis: UFSC-CFCH-PPAS, 1998. (Dissertação de Mestrado em Antropologia Social).
- PITHAN, Oneron. "A Situação de saúde dos Yanomami de Roraima". Apresentação ao FOREST'90 - Primeiro Simpósio Internacional de Estudos Ambientais em Florestas Tropicais Úmidas. Outubro de 1990. Mimeo.
- PITHAN, Oneron et al. " A situação de saúde dos índios Yanomami: diagnóstico a partir da Casa do índio de Boa Vista, Roraima, 1987-1989". **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: 1991, 7(4):563-580.
- PONTES, Lúcia; BAVA, Silvio Caccia. "As ONG's e as políticas públicas na construção do Estado democrático. In Revista **Serviço Social e Sociedade**, número 50, ano XVII, abril de 1996.
- RAMOS, Alcida. **Sociedades indígenas**. Coleção Princípios. Rio de Janeiro: Ática, 1986.
- _____. "Papel político das epidemias: o caso Yanomami" in WOORTMANN, Ellen et al. **Respeito à diferença**: uma introdução à antropologia. Brasília: CESPE/NEPTI-UNB, 1999.
- RIBEIRO, Berta G. **Amazonia urgent**: five centuries of history and ecology. Belo Horizonte, MG: Itatiaia/Editora UFMG, 1992.
- RIBEIRO, Darcy. **Os índios e a civilização**: a integração das populações indígenas no Brasil moderno. 7ª Edição. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- RICE, Hamilton. **Exploração na guiana brasileira**. Belo Horizonte, MG: Editora Itatiaia, 1978.
- ROSINHA, Deputado Federal Dr. **Financiamento da Saúde**: Emenda Constitucional No.29. Brasília: Câmara dos Deputados, 2000.
- RUSSO, Mariza et al. **Manual para elaboração e normalização de dissertações e teses**. Rio de Janeiro: UFRJ/SIBI, 1997. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://acd.ufrj.br/sibi/Manual.doc> . Consultado em 03/2001.
- SABER, Emir; GENTILI, Pablo (orgs.). **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- SELAU, Maria Gorete G. "Levantamento de dados sobre a situação dos índios Yanomami na Casa do Índio e na região de Paapiú". Relatório ao Ministério Público Federal, novembro de 1989, s.n.t.

- SILVA, Márcio; AZEVEDO, Marta. "Pensando as escolas dos povos indígenas no Brasil: o movimento dos professores indígenas do Amazonas, Roraima e Acre" in LOPES, Aracy; GRUPIONI, Luíz. **A temática indígena na escola**. Brasília: MEC/MARI/UNESCO, 1995. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.bibvirt.futuro.usp.br/acervo/paradidat/tematica/tematica> .
- SMILJANIC, Maria Inês - **O corpo cósmico**: o xamanismo entre os Yanomae do Alto Toototobi. Orientador: Alcida Rita Ramos. Brasília: UnB, 1999, (Tese de Doutorado em Antropologia Social).
- STEIN, Rosa Helena. **A descentralização como instrumento de ação política**: o caso da assistência social. Brasília: UNB-PPGPS-SER, 1997. Dissertação (Mestrado em Política Social).
- SURVIVAL INTERNATIONAL - **Deserdados**: os índios do Brasil. Londres: Survival International, 2000.
- TASSARA, Eda (Org.) et al. **O índio: ontem, hoje, amanhã**: dossiê do I Ciclo. São Paulo: Memorial da América Latina/EDUSP, 1991.
- TELAROLLI JUNIOR, Rodolpho e CARVALHO, Fernanda. "Algumas considerações sobre a assistência à saúde das populações indígenas". In Saúde em Debate, Curitiba, PR: NESCO, No. 42, março de 1994.
- TINOCO, Aldo. **Reforma Sanitária**. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.aldotinoco.org.br/adm/saude.htm> . Consultado em 03/03/2001.
- THOMAS, Alan. "Non-governmental organizations and the limits to empowerment" in WUYTS, Marc et al. (orgs.). **Development action and public policy**. Oxford, UK: Oxford University Press, 1992.
- TRIVIÑOS, Augusto. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo: ATLAS , 1992.
- UNEVANGELIZED FIELDS MISSION. **UFM's History in Brazil**. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.ufm.org> . Consultado em janeiro de 2001.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS. Biblioteca Central. **Manual de Orientação em Referência Bibliográfica**: versão preliminar. Lavras, MG: UFLA-BC, 1998. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: http://www.ufla.br/pagina/proreit/posgrad/Manual_Ref_Bibl.doc . Consultado em 15/03/2001.
- VARGA, Istvan. "Cidadanias e organizações neo-governamentais?: uma discussão a propósito da política pública de saúde para os povos indígenas no Brasil". São Luís: UFMA, 1998. Mimeo.
- VALVERDE, Orlando; FREITAS, Tácito. **O problema florestal da Amazônia brasileira**. Petrópolis: Vozes, 1982.
- VELHO, Otávio. **Capitalismo autoritário e campesinato**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

VENEZUELA. Ministerio de la Salud y del Desarrollo Social. Coordinación Intercultural De Salud Con Pueblos Indígenas. "Hacia la Interculturalidad en la Gerencia y Desarrollo de Programas de salud" in **Boletín Intercultural de Salud** - Volume 1 N• 1 – Agosto de 2004. Tradução livre nossa.

VERANI, Cibele. "Como descentralizar a saúde do índio?". In **Boletim da ABA**, nº 31. S.l.: Associação Brasileira de Antropologia, 1999.

VIEIRA FILHO, João Paulo. "Falhas assistenciais à saúde de populações indígenas". In *Saúde em Debate*. Curitiba, PR: NESCO, janeiro de 1988.

BIBLIOGRAFIA

- BECKER, Howard. **Metodologia da pesquisa social**. São Paulo: HUCITEC, 199.
- DOYAL, L.; GOUGH, I. **A teory of human need**. London: MacMillan, 1991.
- FERGUSON, R. Brian. **Yanomami warfare: a political history**. Santa Fé, New Mexico: School of American Research Press, 1995.
- HABERMAS, Juergen. - "A nova intransparência" in Revista **Novos Estudos**. São Paulo: CEBRAP, nº 18, setembro/1987.
- HOLDEN, B. **Understanding liberal democracy**. London: Harvester Wheatsheaf, 1993.
- IANNI, Octávio. **Ditadura e agricultura: o desenvolvimento do capitalismo na Amazônia 1964-1968**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.
- MARTINS, José de Souza. **Capitalismo e tradicionalismo**. São Paulo: Pioneira, 1976.
- SABROZA, Paulo; TOLEDO, Luciano; OSANAI, Carlos. "A organização do espaço e os processos endêmico-epidêmicos". Mimeo. s.n.t.
- SANTOS, Wanderlei G. "A trágica condição da política social". In ABRANCHES, S. H.; dos SANTOS, W. G.; COIMBRA, M. A. (eds.) **Política social e combate à pobreza**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- SILVA, Luís Jacintho s.a. "Organização do Espaço e Doença". Rio de Janeiro, mimeo. s.n.t.
- TAYLOR, Kennety. **Sanuma (Yanoama) food prohibitions: the multiple classification of society and fauna**. Ann Arbor : University Microfilms, 1972. Tese(doutorado) Universidade de Winsconsin. Edição fac-similar
- TRAVASSOS, Cláudia; FERNANDES, C. "Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde no Brasil". Trabalho apresentado no III Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Salvador, Bahia, 1995.
- VELHO, Otávio Guilherme. **Capitalismo autoritário e campesinato**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

ANEXOS

ANEXO A - Os Yanomami na Venezuela

(COLCHESTER, 1998, p.136-139, 142,143. Tradução livre nossa):

"Os contatos de estrangeiros com a região [Yanomami na Venezuela] começaram em 1960, quando Apolinar Diez de La Fuente alcançou o Raudal de los Guaharibos na extremidade da área Yanomami, durante a Expedição Real de Limites... Contatos esporádicos continuaram e se intensificaram a partir daquele momento. Entretanto, nem os estados portugueses nem os posteriores brasileiros, nem os espanhóis e posterior Venezuela fizeram nenhum esforço real para exercer sua jurisdição sobre a área Yanomami até o século XX...

Sob a Lei das Missões de 1911 (ainda em vigor), a jurisdição sobre os povos indígenas do território do Amazonas foi concedida às missões Salesianas do território do Amazonas e nos anos 40, esta corrente da Igreja Católica gradualmente começou a estender sua autoridade sobre os Yanomami do Alto Orinoco... Inicialmente extremamente conservadoras... recentemente mudaram profundamente seu modo de trabalho com os Yanomami sob influência do concílio do Vaticano Segundo e o Congresso de Medellin na Colômbia...

Os missionários evangélicos norte-americanos da New Tribes Mission começaram a trabalhar com os Ye'kuana e Yanomami no final dos anos 40, e têm mantido sua presença desde então. Eles mudaram suas missões entre os Yanomami para as terras altas do Parima no final dos anos 60, como resultado da grande rivalidade com as missões católicas... Eles têm sido freqüentemente acusados de etnocídio e insensibilidade para com o bem estar e os valores indígenas, mas contam com forte proteção política e as tentativas para expulsá-los da região foram sem sucesso.

...a situação dos Yanomami na Venezuela foi muito diferente da do Brasil. No começo dos anos 70 a política estatal considerava o território do Amazonas como um "programa desenvolvimentista que copiou o modelo militar brasileiro de construção de rodovias e colonização, sob um programa intitulado à conquista do sul' (CODESUR). Entretanto, desde que a pressão real para abrir o interior da Venezuela enfraqueceu - tanto a população quanto o capital migraram para o litoral rico em óleo - o CODESUR foi logo abandonado. A falta de uma pressão real para desenvolver o interior, resultante do boom do petróleo e dos crescentes anúncios sobre os problemas causados pelo modelo de desenvolvimento na Amazônia brasileira, permitiram espaço para o aparecimento de uma política

diferente, enfatizando a preocupação com o meio-ambiente e as pesquisas científicas.

O resultado foi que, no meio da década de 80, o Ministério do Meio Ambiente (MARNR) tinha se tornado o mais forte ministério no Território do Amazonas ... Contudo, esta situação está mudando. Por um lado, o MARNR fortaleceu gradualmente sua presença definindo 55% do Amazonas como Áreas sob Regime de Administração Especial (ABRAE). Por outro, a crescente piora das condições de pobreza na Venezuela viu ressurgir as políticas populistas que prometem uma rápida abertura do interior ao desenvolvimento. Construções de estradas, mineração e planos de agricultura extensiva estão de novo sendo defendidas por empresas paraestatais e políticos, um processo enfatizado desde 1991 quando o Território foi redefinido como um Estado e foi aberto para processos eleitorais locais. Os governos de estado abertamente têm apoiado empreendimentos ilegais, como o garimpo em Parques nacionais e turismo nas áreas indígenas, e tentaram reformas legais para abrir o estado para a mineração e retirada de madeiras, atividades que são normalmente impedidas por Decreto Federal.

Os esforços para proteger os Yanomami na Venezuela começaram em 1978 com a idéia de criar um Parque Yanomami binacional na bacia hidrográfica venezuelana-brasileira... Perdendo a oportunidade de um reconhecimento estatal efetivo dos direitos indígenas à terra, em 1979 foi proposta uma Reserva da Biosfera cobrindo cerca de 88.000 quilômetros quadrados na Venezuela, que divide a área Yanomami numa zona central constituída de três parques nacionais não habitados; uma área de proteção que inclui a maioria das aldeias Yanomami; e uma área intermediária que inclui ambos índios Yanomami e Ye'kuana, onde um desenvolvimento controlado é permitido...

Por 1982, uma segunda proposta de reserva indígena circulou, com um crescente apoio do Instituto de Reforma Agrária, que buscava estabelecer um precedente legal para titular grandes áreas indígenas. A proposta logo ganhou o apoio presidencial .., mas o processo foi embaraçado pelo surgimento de uma segunda proposta de reserva da biosfera no mesmo ano... O ressurgimento da retórica antiindígena em 1984, depois de um violento conflito entre os índios Piaroa e fazendeiros, frustrou ambas as propostas ... e a idéia desapareceu até que invasões repetidas do Alto Orinoco por garimpeiros brasileiros causaram um ressurgimento do interesse em proteger a área de alguma forma, em 1989.

Naquele ano, o antropólogo norte-americano Napoleon Chagnon e o ex-ministro venezuelano Charles Brewer-Carias propuseram um parque nacional ou reserva antropológica para a região mais isolada do Alto Siapa. Isto provocou um turbilhão de contrapropostas, bem como uma conferência internacional sobre "Cultura e Habitat dos Yanomami"

... e eventualmente levou o Ministério do Meio-Ambiente a atacar com os Decretos Presidenciais de 1991, criando a Reserva da Biosfera do Alto Orinoco-Cassiquiare, de 83.000 km² e, dentro dela, o Parque Nacional Parima-Tapirapecó.

... A proteção dada por uma Reserva da Biosfera é muito ambígua e depende mais da vontade das instituições estatais responsáveis pela sua administração que do texto legal. Foi exatamente por isso que o Parque Nacional Parima-Tapirapecó foi estabelecido dentro da Reserva da Biosfera, pois a legislação de parques nacionais previne explicitamente as atividades de desenvolvimento. No entanto, a criação do Parque Nacional dentro da Reserva da Biosfera impõe mais obstáculos legais à titulação das terras indígenas e cria um segundo nível de administração dentro da reserva.

... Um problema crescente no Amazonas tem sido o crescimento explosivo do 'ecoturismo' empresarial." (COLCHESTER, 1998, p.136-139, 142,143. Tradução livre nossa).

“Rumo à interculturalidade na gerência e desenvolvimento de programas de saúde”

Ministerio da Saúde/Venezuela, agosto de 2004.

A dívida social com os Povos Indígenas da Venezuela é uma realidade assumida plenamente na Constituição Nacional da República Bolivariana da Venezuela, nos títulos 7 e 8 (Artigos 100, 119 até 126). Em particular, no artigo 122, a Constituição reconhece que "os povos indígenas têm direito a uma saúde integral que considere suas práticas e culturas. O Estado reconhecerá sua medicina tradicional e as terapias complementares considerando os princípios bioéticos", o que requer o reconhecimento e respeito à "interculturalidade sob o princípio da igualdade das culturas".

No entanto, os indicadores básicos de saúde dos Povos Indígenas continuam sendo alarmantes, a pesar dos investimentos e ações desenvolvidos pelo atual governo nacional para melhorá-los. As políticas públicas para responder eficazmente a esta situação, durante os últimos cinco séculos, têm sido inconsistentes, respondendo mais a necessidades do momento que a planos estáveis de desenvolvimento social e cultural. Por outro lado, as consultas realizadas entre os 39 Povos indígenas da Venezuela, durante os últimos vinte anos, evidenciaram alguns princípios básicos para a elaboração de planos e programas de saúde indígena, tais como o enfoque integral da saúde,

o respeito ao direito à autodeterminação, o respeito e a revitalização das culturas indígenas, estabelecendo a reciprocidade nas relações interculturais.

De acordo com estes princípios, foi desenhado o Programa Intercultural de Saúde com Povos e Comunidades Indígenas da Venezuela, que está adstrito à recém-criada (Julho de 2004) "Coordinación Intercultural de Salud CON Pueblos Indígenas" do Ministério da Saúde e Desenvolvimento Social. A Coordenação e o Programa têm como missão promover o desenvolvimento endógeno da vida dos Povos Indígenas mediante a elaboração e desenvolvimento de um programa intercultural que, desde uma nova concepção da saúde, atenda três áreas identificadas como prioritárias: Saúde Alimentar, Saúde Preventiva e Saúde e Saberes Médicos Tradicionais.

Esta nova concepção tem profundas bases éticas, entendendo a saúde como epifenômeno integral da vida e não a antítese da doença, como manifestação do grau de autodeterminação de uma pessoa, quer dizer, de sua capacidade para escolher as possibilidades de vida que lhe permitam ser cada vez mais dona de si mesma, com maior auto-estima e menos alienada de si.

O Programa tem como objetivo geral vincular o Plano Nacional de Saúde da Venezuela com os sistemas e práticas de saúde indígena, entendidos como o conjunto de idéias, conceitos, crenças, mitos e procedimentos relativos às enfermidades físicas, mentais ou desequilíbrios sociais em um determinado povo e que, explicam a etiologia, nosologia e os procedimentos de diagnóstico, prognóstico, cura, prevenção das doenças e promoção da saúde.

A equipe da Coordenação inclui profissionais indígenas de ambos os sexos, membros dos 39 Povos Indígenas de Venezuela.

Plano de Saúde Yanomami

Em fins de 2004 a população Yanomami atendida com regularidade pelo sistema de saúde no Alto Orinoco era de aproximadamente de 400 pessoas. Falta de pessoal médico permanente, de recursos logísticos e de supervisão do pessoal auxiliar de enfermagem implicava que para estas datas (agosto a dezembro de 2004), a população Yanomami atendida regularmente pelo sistema de saúde era 9 vezes menor que a estimada para o ano de 2000.

Ainda assim, esforços combinados da DRS e do CAICET conseguiram no ano de 2004 manter, e até recuperar, as coberturas de vários programas de controle, como o de imunização e oncocercose, com

atividades itinerantes coordenadas a partir da cidade de Puerto Ayacucho.

Esta situação crítica leva a que o Plano de Saúde Yanomami deva se somar aos esforços de inclusão da população Yanomami historicamente desassistida e a uma série de esforços para recuperar os níveis de atenção da rede ambulatorial existente.

O Plano de Saúde Yanomami contempla então uma série de objetivos e atividades dirigidas a toda a população Yanomami e a outras populações menos numerosas (principalmente Yekuana e Arawak) no município Alto Orinoco e Rio Negro, no Estado Amazonas.

Objetivo geral: Garantir o direito do Povo Yanomami à saúde, baseando-se no diálogo e nas práticas interculturais, promovendo a participação e o progressivo controle da construção de processos sustentáveis de restituição e manutenção de sua saúde. O modelo de atenção gerado pretende servir de referência para outros distritos sanitários com população indígena.

Objetivos específicos:

1. **Redução da mortalidade infantil e general** em todo o território Yanomami, com ênfase nas principais causas de mortalidade na região (malária, doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas) e as doenças imunopreveníveis.
2. **Redução das principais causas de morbidade** da população Yanomami, segundo as regiões epidemiológicas (malária, diarreias, infecções respiratórias agudas, oncocercose, anemias etc.).
3. **Fortalecimento do sistema de vigilância epidemiológica** por meio de **sistemas de informação** efetivos e uma programação de **estudos epidemiológicos** (principalmente nutrição, TB, HIV e Hepatites virais, Febre Amarela e Oncocercose) que em conjunto permitam identificar oportunamente surtos epidêmicos e monitorar a efetividade dos programas e intervenções em saúde.
4. **Estabelecimento de um diálogo intercultural contínuo** que permita aproveitar os conhecimentos, tecnologias e habilidades dos Yanomami e não-Yanomami, considerando a **saúde:** a) de maneira **integral**; b) inserida em um cenário onde se entrelaçam **processos sociopolíticos do mundo Yanomami e do Estado**; c) onde se tenha a redução de barreiras culturais de acesso ao sistema de saúde e se **promova a complementaridade entre os sistemas de saúde tradicionais e o biomédico**, estabelecidos pelos Yanomami tanto em termos práticos como conceituais.
5. **Aumento da participação Yanomami** efetiva no nível operacional e de planejamento do sistema de saúde assim como no controle social do mesmo, através de processos dinâmicos de

formação e capacitação contínua de pessoal local que responda não só às necessidades assistenciais de prevenção de doenças e restituição da saúde, mas também às demandas do contexto político e social para a promoção da saúde.

6. **Estruturação de um distrito sanitário** com uma organização e forma de funcionamento claramente definida, com maior capacidade resolutiva e **autonomia técnico-administrativa, orientado programática e administrativamente pelos níveis regional e nacional do sistema de saúde.**

7. **Implementação de um sistema de referência e contra-referência** que garanta **assistência oportuna e adequada** em todos os níveis de atenção do sistema regional e nacional de saúde.

Para a consecução dos objetivos do Plano de Saúde Yanomami (Fase I) é proposta uma série de projetos baseados em:

- Aumento da cobertura do sistema de saúde
- Melhoria da qualidade da cobertura do sistema de saúde
- Formação de recursos humanos Yanomami e não-Yanomami

(In VENEZUELA. MSDS. COORDINACIÓN INTERCULTURAL DE SALUD CON PUEBLOS INDÍGENAS. "Hacia la Interculturalidad en la Gerencia y Desarrollo de Programas de salud" in **Boletín Intercultural de Salud** - Volumen 1 N° 1 - AGOSTO 2004. Tradução livre nossa.)