

TERCEIRIZANDO A INDIANIDADE?

SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE PARA OS POVOS INDÍGENAS,
AOS “500 ANOS”

ABOUT THE NATIONAL HEALTH POLICY TO INDIAN PEOPLES,
AT THE “500 YEARS” COMMEMORATIONS

István Van Deursen Varga^()
Rubens de Camargo Ferreira Adorno^(**)*

RESUMO

Recapitulamos e analisamos os fatos, os eventos e os documentos de referência relativos à política nacional de saúde para os povos indígenas, nos últimos vinte anos, de modo a subsidiar uma reflexão acerca de seus rumos e tendências atuais, tendo por base os princípios e diretrizes estabelecidos pelas I e II Conferências Nacionais de Saúde para os Povos Indígenas. Discutimos também os interesses e os papéis dos principais atores institucionais e das forças políticas atuantes neste cenário, enfatizando a necessidade e a importância da realização da III Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas.

Palavras-chave

Política nacional de saúde para os povos indígenas.

ABSTRACT

We rememorate and analyse the facts, events and referral documents related to the national Indian health policy, of the last twenty years, in order to embed a reflection about its contemporary directions and tendencies, from the perspective of the I and II National Health Conferences to the Indian Peoples on. We also discuss the interests and roles of the main institutions and political forces acting in this scenario, enfazising the necessity and the importance of the realization of the III National Health Conference of the Indian Peoples.

Key words

National health policy to Indian peoples.

(*) Médico sanitaria e homeopata, Professor Assistente do Departamento de Sociologia e Antropologia, e do Mestrado em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão.

(**) Sociólogo, Mestre e Doutor em Saúde Pública, Livre-Docente em Promoção em Saúde, Professor Associado do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

1. INTRODUÇÃO

Dentre as políticas públicas voltadas à população brasileira não-urbanizada⁽¹⁾, a de saúde para os povos indígenas constitui um campo de poder⁽²⁾ específico, em que se têm feito notórias as contradições entre o que o Governo tem praticado e os documentos legais em que anuncia estar fundamentado. Discutimos essas contradições a partir de uma análise do conteúdo desses documentos, referindo aos contextos político-institucionais de sua produção.

2. POLÍTICA INDIGENISTA, OS ÍNDIOS E A SAÚDE

Vivemos um limbo da política indigenista do Estado brasileiro. O “Estatuto do Índio” em vigor (Lei n. 6.001, de 1973) e o “Estatuto das Sociedades Indígenas” (em tramitação no Congresso Nacional desde 1994) estabelecem diretrizes e perspectivas radicalmente distintas para a política de relacionamento de nossa sociedade com as dos índios.

A Lei n. 6.001/73, forjada em plena ditadura militar, fundamenta-se numa perspectiva assimilacionista e no princípio jurídico da tutela: tem por objetivo a “integração” dos índios à “comunhão nacional”, e considera-os “relativamente incapazes”, sendo, assim, objeto de medidas protecionistas (“tutelares”) por parte do Estado, cuja execução seria de responsabilidade federal, centralizada no órgão indigenista oficial, tutor — a Fundação Nacional do Índio (FUNAI).

Comentamos mais detalhadamente em outros artigos (cf. VARGA, 1992, 1996-1, 1996-2) que essa política tutelar centralizadora, no caso específico da saúde, resultou num modelo de atenção estritamente “volante”, emergencial e assistencialista, sem espaço para uma discussão sobre a coexistência e as perspectivas de integração com as práticas culturais de saúde dos grupos assistidos, sem articulação com o sistema de saúde de estados e municípios. Talhadas para situações emergenciais, as então chamadas “Equipes Volantes de Saúde” (EVS) realizavam ações rápidas e pontuais, de resolutividade logisticamente limitada. O impacto efetivo das ações das EVS sobre a situação de saúde das populações assistidas depende, no entanto, de uma articulação com equipes de saúde locais e/ou regionais, engajadas num trabalho de médio e longo prazo, referenciado e contra-referenciado a serviços permanentes, de maior resolutividade e complexidade, do próprio sistema geral de saúde — o que não ocorria no caso da FUNAI.

A década de 1980 foi palco de intensa mobilização social no país, culminando com o fim da ditadura militar e a promulgação da nova Constituição,

(1) Que se constituem no objeto de pesquisa que desenvolvemos, junto à Faculdade de Saúde Pública da USP.

(2) Cf. Bourdieu (1996).

em 1988, que teve profundas repercussões, tanto sobre a política nacional de saúde, com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), quanto sobre a política indigenista.

É no final da década de 1970 que se pode começar a falar, no Brasil, de um movimento indígena de âmbito propriamente nacional, quando várias lideranças indígenas, apercebendo-se da necessidade de transpor o plano restrito das reivindicações locais e isoladas, de comunidades específicas, protagonizaram iniciativas de articulação de alianças políticas mais amplas, em âmbito regional, nacional⁽³⁾, e mesmo internacional, apoiadas sobretudo por organizações não-governamentais (ONGs), religiosas e laicas, universidades e entidades acadêmicas⁽⁴⁾.

Entre os eventos oficiais de importância política da época, talvez a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (I CNPSI), de 1986, tenha sido um dos primeiros a já contar com a presença destas lideranças indígenas.

A I CNPSI definiu o princípio do respeito às práticas tradicionais de saúde dos povos indígenas, bem como a necessidade de sua participação em todos os momentos e instâncias de gestão, planejamento, execução, acompanhamento e avaliação das ações a eles voltadas. Além disso, refletindo as discussões, então já adiantadas no chamado movimento pela reforma sanitária, e que viriam a fundamentar toda a legislação posterior sobre o próprio SUS, a I CNPSI determinou que o gerenciamento das ações de atenção à saúde dos povos indígenas passasse a ser atribuição de uma agência específica, vinculada ao próprio órgão coordenador do futuro SUS. No que se refere à execução, as ações de atenção do nível primário continuariam a ser de responsabilidade do “órgão tutor” (a FUNAI), enquanto as dos demais níveis passariam a ser de responsabilidade do SUS e de sua agência específica para a saúde indígena⁽⁵⁾.

Do ponto de vista da pauta política desse movimento indígena, o mais importante dos eventos institucionais da época foi, certamente, a própria Assembléia Nacional Constituinte: o texto da Constituição de 1988, no que se refere aos povos indígenas (arts. 230 e 231), é resultado da pressão direta desse movimento nacional nascente, cujas lideranças se fizeram presentes e expressivas (inclusive numericamente) nas sessões que trataram da questão.

Assim como as Leis ns. 8.080 e 8.142, no que se refere ao SUS, as várias versões do Projeto de Lei do Estatuto das Sociedades Indígenas buscam conferir organicidade aos princípios estabelecidos pela Constituição de 1988, para a política indigenista do Estado brasileiro: abandonam definitiva-

(3) Entre elas destacamos a União das Nações Indígenas (UNI), em plano nacional, e a Aliança dos Povos da Floresta, no Acre.

(4) Cf. Oliveira (1988), Albert (1997).

(5) Cf. I CNPSI (1986).

mente a política assimilacionista e a instituição da tutela, pautando-se pelo princípio constitucional da autodeterminação dos povos indígenas e pelo reconhecimento de suas diferenças em relação à sociedade nacional⁽⁶⁾. Nessa perspectiva, enquanto diferenciadas, as sociedades indígenas são, nas palavras de Santilli (1996) "... detentoras de direitos especiais" e devem ser "... protegidas nas suas relações com a sociedade-Estado nacional"⁽⁷⁾.

A importância das mudanças acarretadas pela aplicação dos princípios constitucionais, no que se refere à nova política indigenista, pode ser medida pelo fato de que a aprovação do PL n. 2.057/94 na Câmara foi obstruída pelo Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) e, na seqüência, pela própria Presidência da República, sob pressão de *lobbies* de setores poderosos, como o das madeireiras e das mineradoras, com interesses notoriamente anti-indígenas⁽⁸⁾.

Embora essa nova política indigenista nacional ainda não esteja, portanto, vigorando oficialmente, o início da década de 1990 trouxe mudanças importantes ao cenário, especialmente no que se refere ao campo da saúde. O massacre e a mortandade massiva dos Yanomami (cujo território incide sobre parte do estado de Roraima e do Amazonas), entre 1987 e 1990⁽⁹⁾, decorrentes da grande invasão garimpeira (que, na melhor das hipóteses, contou com a conivência do então Governo Federal⁽¹⁰⁾, de Governos Esta-

(6) Cf. Constituição da República Federativa do Brasil (1988), arts. 231 e 232.

(7) Santilli (1996, p. 2).

(8) Três versões distintas deste Projeto foram encaminhadas à Câmara dos Deputados, em 1994, na qual foi criada uma Comissão Especial para tratar do assunto, cuja relatoria ficou a cargo do Deputado Luciano Pizzatto. Este redigiu uma versão conciliatória, o Projeto de Lei (PL) n. 2.057/94, aprovada pela Comissão em 28/6/1994. Segundo Santilli (cf. Instituto Socioambiental, 2000), nos meses seguintes, com a candidatura de Fernando Henrique Cardoso, lideranças do PSDB interpu- seram recurso, detendo a tramitação do PL, que, a partir de 1995, passou a ser inviabilizado por pressão do próprio Presidente eleito — o recurso interposto sequer tendo sido encaminhado à votação em plenária. No início de 2000, na perspectiva da comemoração dos "500 anos", o Presidente decidiu desengavetar o assunto e apresentar uma nova proposta, cuja aprovação definitiva pela Câmara e encaminhamento ao Senado constava como prioridade do programa de ação do novo Presidente da FUNAI, Carlos Frederico Marés, empossado em 11/11/1999. Marés demitiu-se em 24/4/2000, em função de graves divergências com a política indigenista do Governo, especialmente com a violenta repressão às manifestações em Santa Cruz de Cabralia e Porto Seguro, durante a comemoração dos "500 anos". Os questionamentos de vários representantes indígenas, que não conheciam esta nova versão do Governo para o PL do Estatuto, levaram o Deputado Piz- zatto a realizar algumas reuniões regionais, com representantes de vários grupos indígenas, com vistas a divulgar esta proposta, elucidar dúvidas e obter amplo apoio do próprio movimento indíge- na. Até o momento, portanto, o Projeto ainda não foi definitivamente aprovado pela Câmara.

(9) Estima-se que cerca de 15% da população Yanomami no Brasil (cerca de 1.500 pessoas) tenha falecido no período, vitimada pelo surto de malária desencadeado pela invasão dos garimpeiros, e em confrontos violentos com estes (cf. Distrito Sanitário Yanomami, 1994, p. 2).

(10) Dentre as evidências dessa conivência, lembramos que, enquanto foi capaz de rapidamente mobilizar a FUNAI e a Polícia Federal na operação de retirada das equipes de saúde e missionários do território Yanomami, sob a alegação de "motivos de segurança" (cf. Comissão pela Criação do Parque Yanomami / Instituto de Estudos Socioeconômicos, 1987), o Governo Federal mostrou-se bem menos determinado, ágil e eficiente diante da massiva invasão garimpeira que se seguiu. Homens, equipamentos, armas, munições e provisões eram diariamente introduzidos na região, numa operação de grande envergadura, sem interferência significativa da Polícia Federal, mesmo

duais e políticos locais⁽¹¹⁾), mobilizaram a opinião pública nacional e internacional, tornando notória a inoperância da FUNAI diante da situação, inclusive no que se referia às ações de saúde.

Em função destes fatos, e com base no documento final da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em fevereiro de 1991, o Decreto 23, da Presidência da República, transferia da FUNAI para o Ministério da Saúde, por meio da recém-criada Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), 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, por meio de outros Decretos.

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

No caso da política de saúde para os povos indígenas, o período foi especialmente conturbado por essas dissensões políticas, que repercutiram diretamente sobre as ações em campo, prejudicando a necessária integração interinstitucional em sua execução, ocasionando casos freqüentes de duplicidade e desperdício de recursos.

3. 1993: I FÓRUM NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE PARA OS POVOS INDÍGENAS

Em março de 1993, uma nova equipe assumiu, em Brasília, a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI) da FUNASA, adotando um discurso críti-

nas pistas de pouso mais ativas e conhecidas, como a do Paapiu (cf. VARGA, 1988). Coincidentemente, a Presidência da FUNAI era então ocupada por Romero Jucá Filho (depois feito Governador biônico, e hoje Senador de Roraima, pelo PSDB), um dos mais notórios e destacados representantes dos interesses de mineradoras no Congresso (a título de ilustração das posições de Jucá, cf. Folha de Boa Vista, 9/10/1988, *apud* Centro Ecumênico de Documentação e Informação, 1991, p. 178). Sabe-se que a grande maioria dos garimpeiros atraídos para Roraima, na época, era de maranhenses (num momento em que, paradoxalmente, arrefecia a corrida a outros garimpos no país, com a queda da cotação internacional do ouro); também coincidentemente, a Presidência da República era então ocupada pelo maranhense José Sarney, de cuja gestão (terceira coincidência) data a tentativa de divisão do território Yanomami em 19 "ilhas", entremeadas de corredores de Florestas Nacionais (Portaria Interministerial de 18/11/1988).

(11) Entre as evidências de cumplicidade do então Governo de Roraima e de políticos locais destacam-se as amplas campanhas de atração de garimpeiros de outros estados (especialmente do Maranhão), lançadas em diversos meios de comunicação, de âmbito regional e nacional, alardeando o grande potencial aurífero do estado, boa parte do qual em territórios indígenas (cf. Mac Millan, 1993), a participação direta de policiais militares de Roraima em atividades garimpeiras, e sua tácita convivência com a introdução de homens, equipamentos, insumos, trabalhadoras do sexo e com o tráfico de armas para o garimpo (cf. VARGA, 1988).

co (e autocrítico) em relação à política de saúde indígena vigente. Diante do que qualificou como “performance pouco convincente”⁽¹²⁾ do modelo Ministério da Saúde/FUNASA/Departamento de Operações/COSAI, e do conflito entre os interesses corporativos dos quadros da FUNAI e da FUNASA (reconhecido como principal causa do imobilismo, duplicação de ações e desperdício de recursos, e da sempre generalizada grave situação de saúde dos povos indígenas no país), esta nova gestão da COSAI teve, entre suas primeiras ações marcantes, a organização e realização do I Fórum Nacional de Saúde Indígena (I FNSI), de 22 a 26 de abril de 1993, em Brasília.

O I Fórum, conforme consta de sua convocatória⁽¹³⁾, comporia-se de todas as instituições e entidades envolvidas em projetos de saúde em áreas indígenas do Brasil, e propunha-se a estabelecer e indicar, em caráter emergencial⁽¹⁴⁾ e em espaço público ampliado, o diagnóstico e as soluções para os principais problemas políticos e operacionais da saúde indígena e, sobretudo, a propiciar a superação das disputas entre FUNAI e FUNASA. Nessa perspectiva, propunha constituir-se no espaço para uma discussão democrática, envolvendo representantes indígenas e funcionários de ambas as instituições, e de todos seus respectivos escalões, sobre suas experiências, dificuldades e propostas, numa perspectiva de real cooperação interinstitucional.

O I FNSI foi bem sucedido, nesse sentido. Dele resultou um documento final, subscrito por todos os participantes, com os seguintes tópicos e conteúdos (em síntese):

I — DIVISÃO DE ATRIBUIÇÕES MS/FNS — MJ/FUNAI

Competiria ao Ministério da Saúde (MS) e FNS (sigla que correspondia, na época, à atual FUNASA) definir as responsabilidades e estratégias do SUS no campo da saúde indígena, a adequação de suas estruturas necessárias, e a capacitação e contratação de profissionais indígenas nesse campo.

Ao Ministério da Justiça (MJ) e à FUNAI caberia a capacitação em indigenismo de todos os quadros técnicos envolvidos com as ações em saúde indígena, bem como oferecer as informações e todo o apoio técnico e logístico necessários às equipes de campo.

II — MEDIDAS ESTRUTURAIS

Vinculação da COSAI diretamente ao Gabinete do Ministro da Saúde.

(12) Cf. FUNASA/COSAI (1993-1).

(13) *Idem*.

(14) Sendo de menores dimensões que uma Conferência Nacional, a realização da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas já estava prevista, na época, para outubro de 1993 (*idem*).

III — ESTRATÉGIAS POLÍTICAS E MODELO DE ORGANIZAÇÃO

Criação dos Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (NISI) como instâncias estaduais de planejamento, articulação interinstitucional e controle social (uma vez que seriam compostos por representação indígena em condição de paridade com a dos técnicos das instituições) do processo de implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), definidos como a base operacional, em âmbito local, das ações de saúde indígena. A CISI⁽¹⁵⁾ desempenharia o mesmo papel, em âmbito federal.

IV — MEDIDAS PARA IMPLEMENTAR UM PLANO CONJUNTO DE TRABALHO

Constituição (até o prazo máximo de 30/4/1993) de comissão conjunta de âmbito central, entre o MS/FUNASA e o MJ/FUNAI, para normatização da aplicação dos recursos disponíveis para saúde indígena, e dos convênios com ONGs e instituições de ensino e pesquisa, de acordo com as diretrizes estabelecidas nos fóruns competentes.

Eleição de comissão paritária (quatro índios e quatro não-índios, sendo destes dois funcionários da FUNAI e dois da FUNASA) de representantes dos participantes do I FNSI, das microregiões Amazônia, Nordeste, Centro-Oeste e Sul-Sudeste, para acompanhar os trabalhos da comissão de âmbito central, inclusive a reunião com a então Ministra da Secretaria de Administração Federal, para estabelecimento do caráter excepcional e emergencial para a contratação de profissionais para o trabalho com saúde de comunidades indígenas.

VI — RELATÓRIOS DAS MACROREGIÕES

Os participantes dividiram-se em quatro grupos de trabalho (correspondentes às macroregiões Amazônia, Nordeste, Centro-Oeste e Sul-Sudeste) que elaboraram relatórios sobre os problemas e respectivas propostas de superação, específicos de cada macroregião (cf. I FNSI, 1993).

Entre as conseqüências mais importantes do Fórum destacam-se duas Portarias da Presidência da FUNASA, ambas baseadas no documento final do I FNSI: a de número 540, que reconhece os NISIs, e a de número 541⁽¹⁶⁾, que indica representantes do Departamento de Operações, da Procuradoria Geral, da Auditoria Geral, da Assessoria de Planejamento Estratégico e do Departamento de Administração da FUNASA para constituir grupo de trabalho para, em conjunto com a FUNAI e os representantes eleitos pelo I FNSI, indicar os mecanismos para nortear a aplicação de recursos disponíveis para a saúde indígena.

Este grupo de representantes eleitos pelo I FNSI teve, na prática, um papel fundamental, acompanhando as negociações entre FUNAI e FUNASA,

(15) Comissão Intersetorial de Saúde do Índio, do Conselho Nacional de Saúde, criada em 1991.

(16) Datadas de 18 de maio de 1993, publicadas no Diário Oficial da União de 9/6/1993.

conferindo-lhes transparência e controle interinstitucional, acima dos interesses corporativos. Os representantes eleitos pelo I FNSI também passaram a freqüentar as reuniões da CISI, vindo a constituir-se em parte da Comissão Organizadora⁽¹⁷⁾ da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, por decisão da CISI⁽¹⁸⁾.

De 25 a 27 de outubro de 1993 realizava-se, assim, em Luziânia/GO, a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (II CNSPI), capítulo específico da IX Conferência Nacional de Saúde (1992). A II CNSPI corroborou as deliberações da I CNPSI no que se refere aos princípios gerais: 1) do reconhecimento e respeito à diversidade cultural dos povos indígenas (inclusive de suas práticas de saúde); 2) da necessidade de sua participação em todos os momentos e espaços de planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde a eles voltadas; 3) da coordenação das ações de saúde indígena pelo Ministério da Saúde.

O documento final da II CNSPI avança, no entanto, sobre as propostas da I Conferência para o modelo gerencial da saúde indígena: corrobora as propostas do I FNSI, determinando a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) em âmbito local, como a base operacional deste "subsistema"; dos Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (NISI) como instâncias de planejamento, articulação interinstitucional e controle social em plano estadual; e ao estabelecer a condição de paridade da representação indígena em todas as instâncias de controle social desse "subsistema"⁽¹⁹⁾.

Parece-nos que o que separa e distingue qualitativamente a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (1986) e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (1993) é, precisamente, a distância histórica e política entre as experiências do momento inicial de configuração de um movimento indígena de âmbito nacional no país, protagonizado por um número mais restrito de lideranças, e o de sua ampliação e conquistas, após sete anos de lutas e aprendizados, com o envolvimento e participação muito mais massivos de representantes indígenas⁽²⁰⁾.

Daí se explica a importância conferida pela II CNSPI (à diferença da I Conferência) à questão da paridade da representação indígena, em todas as instâncias e momentos em que se fizesse ou venha a se fazer presente: na própria Comissão Executiva da II Conferência (de composição já paritária), nas delegações das etapas municipais, estaduais, macroregionais e nacio-

(17) A Comissão Consultiva.

(18) Também foi a CISI que elegeu o coordenador da Comissão Organizadora da II CNSPI, em sua reunião ordinária de 25/6/1993 (cf. CISI, 1993), decisão corroborada pelo Ministro da Saúde (cf. Santillo, 1993), em 19/10/1993.

(19) Cf. II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (1993).

(20) Enquanto a Plenária Final da I Conferência (1986) contou com a participação efetiva de algumas lideranças indígenas, da Plenária Final da II Conferência participaram 200 delegados indígenas, de todas as regiões do país, em condição de paridade com os delegados não-indígenas, além de mais de 50 observadores indígenas (não-delegados, com direito a voz).

nal (todas também paritárias) do evento, e, finalmente, na composição das instâncias de controle social permanente do modelo gerencial proposto (os NISIs e os Conselhos Distritais de Saúde Indígena).

4. POLÍTICA DE SAÚDE PARA OS POVOS INDÍGENAS, NO BRASIL DOS ANOS 1990: A INABALADA SOBERANIA DOS CORPORATIVISMOS

Dentre as deliberações do I FNSI e da II CNSPI, poucas foram colocadas em prática, ao longo dos anos 1990. Quando o foram, ocorreram em experiências isoladas e por períodos limitados (dentre estas, menor ainda é o número das que tiveram continuidade).

As Administrações Regionais da FUNAI e as Coordenações Regionais da FUNASA (assim como várias ONGs e universidades) não demonstraram, de modo geral, empenho efetivo em implementar as propostas do I FNSI e da II CNSPI, a nosso ver, porque esse modelo implica transformações radicais na cultura de trabalho de todas essas instituições e entidades⁽²¹⁾.

Dentre as várias experiências de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, as que tiveram continuidade, na década de 1990, foram aquelas protagonizadas pelos próprios índios, as que implementaram suas instâncias de controle social, com participação indígena efetiva: é o caso do Distrito Sanitário Leste, em Roraima, criado e consolidado pela atuação decidida do Conselho Indígena de Roraima.

A partir da realização da II CNSPI, a FUNASA liderou, em vários estados, iniciativas de formação de comissões interinstitucionais, envolvendo os prestadores de serviços de saúde a comunidades indígenas — sem investir, no entanto, na viabilização da própria participação indígena. Essas iniciativas foram reconhecidas como úteis e necessárias ao planejamento e acompanhamento interinstitucional dessas ações de saúde, mas foram severamente criticadas nos casos em que tentaram se autodenominar “NISI” (como ocorreu no Maranhão, por exemplo), uma vez que tanto o I FNSI, quanto a II CNSPI, que determinaram a criação dos NISIs, estabeleceram que estes deveriam ser de composição paritária, entre prestadores de serviços e representantes de comunidades indígenas. Poucos NISIs, entretanto, mantiveram alguma atuação efetiva.

Em maio de 1994, a FUNAI lograva, por meio do Decreto n. 1.141, revogar o Decreto n. 23 e reconquistar a posição de principal órgão gestor da política nacional de saúde indígena. A resolução n. 2 da CIS (Comissão Intersetorial, criada pelo Decreto n. 1.141 e presidida pela FUNAI), de 27/10/1994, estabeleceu uma divisão de atribuições entre FUNAI e FUNASA no que se refere à saúde das populações indígenas: à primeira caberia o papel

(21) Cf. Varga (1996-1, 1996-2).

de coordenar as ações, a articulação interinstitucional e a assistência propriamente dita, enquanto à segunda caberiam o controle de endemias, as ações de saneamento básico, a capacitação de recursos humanos e a imunização.

Seguiu-se uma desmobilização generalizada das equipes de campo de ambas instituições, e das ações de assistência saúde em andamento, uma vez que toda a responsabilidade pela assistência retornou para o âmbito da FUNAI (que continuava sem recursos para executá-la), enquanto os recursos da FUNASA para saúde indígena passaram a destinar-se exclusivamente às atividades de prevenção. As exceções, nesse panorama, devem-se a Administradores Regionais da FUNAI e a Coordenadores Regionais da FUNASA que souberam colocar sua responsabilidade pela saúde dos índios acima dos interesses corporativos, chegando a entendimentos e acordos interinstitucionais informais, para evitar a interrupção dos trabalhos.

Coerente com os princípios e diretrizes do texto constitucional de 1988, e da nova política indigenista em gestação, o Projeto de Lei (PL) n. 4.681, também de 1994 (mesmo ano do PL n. 2.057, do “Estatuto das Sociedades Indígenas”), de autoria do ex-deputado federal Sérgio Arouca, previa a criação de “... um subsistema de atenção à saúde indígena”, que “... será componente do Sistema Único de Saúde — SUS, tal como foi definido na Constituição Federal e nas Leis n. 8.080, 1990, e n. 8.142, 1990, funcionando em perfeita integração com o mesmo”; ainda conforme o texto do mesmo PL n. 4.681/1994, “este subsistema terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas”⁽²²⁾.

Na realidade, este PL exprime as conclusões da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (1986), e apenas uma das indicações da II Conferência (1993): os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, base operacional desse subsistema de saúde. A implantação dos NISIs e dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CDSI), assim como a questão da paridade da representação indígena em todas as instâncias de controle social desse subsistema, por exemplo, não foram abordadas pela Lei Arouca que, no mais, remete-se à generalidade da Lei Orgânica do SUS.

A X Conferência Nacional de Saúde, de 1996, à exemplo das VIII e IX Conferências, determinou a realização da III Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas — o que, até o momento, ainda não veio a ocorrer por razões não explicitadas⁽²³⁾.

(22) Em sua mais recente versão, como PL n. 63/1997, a chamada “Lei Arouca” manteve, basicamente, a mesma redação do PL n. 4.681/1994, tendo sido, finalmente, aprovada pelo Congresso Nacional, aos 31/8/1999. A diferença da versão de 1994, no entanto, sua versão de 1997 (muito oportunamente) prevê seu acréscimo, como “Capítulo V” ao “Título II — Do Sistema Único de Saúde”, da Lei n. 8.080.

(23) A Resolução 305, do Conselho Nacional de Saúde, de 14/9/2000 (101ª reunião ordinária), determinou a realização da III Conferência Nacional de Saúde, entre 14 e 18 de maio de 2001, em Luziânia/GO.

Referendada, pela X Conferência Nacional de Saúde, a deliberação da IX Conferência, de progressiva descentralização das ações de controle de endemias, sob responsabilidade da FUNASA, para os Estados e Municípios, entre 1996 e 1999 assistiu-se a uma acorrida de funcionários da FUNASA a solicitar transferência, de diversos setores de origem, para as Equipes de Saúde do Índio (ESAI), uma vez que já se sabia que, conforme a política do Ministério da Saúde, a única atribuição da FUNASA que não seria repassada a Estados e Municípios seria a de atenção à saúde dos povos indígenas.

Paradoxalmente, portanto, o campo da saúde indígena, cuja incorporação pela FUNASA vinha sendo alvo de boicotes e resistências por parte de vários Coordenadores Regionais, desde 1993, que nele identificavam (não sem razão...) uma fonte permanente de problemas e desgastes políticos, tornou-se a tábua de salvação para a instituição e para ampla parcela de seus quadros. Com efeito, funcionários sem qualquer experiência, qualificação técnica ou interesse anterior em relação à questão indígena passaram a engrossar as ESAI que se tornaram setores dos mais expressivos da estrutura da FUNASA, em todos os Estados com população indígena.

Em fins de 1998, a direção da FUNASA preparava uma nova investida política para a reconquista da hegemonia no campo da saúde indígena, e propalava a intenção de, finalmente, dar andamento à implantação dos DSEIs, conforme princípios e diretrizes estabelecidos pelas Conferências Nacionais de Saúde para os Povos Indígenas.

Lançando mão, novamente, de um discurso autocrítico em relação ao despreparo dos quadros da instituição para o trabalho específico com comunidades indígenas, e aos resultados insatisfatórios alcançados pelo órgão em experiências de gestão da saúde indígena (caso do Distrito Sanitário Yanomami, implantado desde 1991), quando comparados aos resultados alcançados por várias ONGs atuantes nesse campo, a direção da FUNASA passou a priorizar a estratégia de terceirização da execução das ações de saúde indígena, por intermédio de convênios firmados com ONGs indígenas ou indigenistas, instituições de ensino e pesquisa e mesmo Prefeituras Municipais que demonstrassem competência técnica para tanto.

Essas propostas de convênio da FUNASA vieram de encontro, por sua vez, aos interesses das próprias ONGs com experiência em saúde indígena (a maior parte das quais atuantes na Amazônia), que, de modo geral, vinham enfrentando crises financeiras ao longo dos últimos anos, pelo escaçamento dos recursos provenientes de entidades e agências de cooperação internacionais⁽²⁴⁾.

Seguiu-se uma seqüência de medidas legais nesse campo. Em 29 de julho de 1999 era publicada a Medida Provisória n. 1.911-8, retornando oficialmente à FUNASA, pela segunda vez, a responsabilidade pela saúde dos

(24) Cujos investimentos, sobretudo a partir da segunda metade da década de 1990, passaram a dirigir-se preferencialmente aos países africanos e do leste europeu.

povos indígenas. A publicação, em 27 de agosto, da Portaria Conjunta n. 1 (de 25/8/1999), das Presidências da FUNASA e da FUNAI, determinava e dava providências para a incorporação dos recursos de saúde indígena da FUNAI aos da FUNASA. Em 28 de agosto, a publicação do Decreto n. 3.156 (de 27/8/1999), da Presidência da República, formalizava e detalhava a estrutura e a inserção dos DSEIs no âmbito das Coordenações Regionais da FUNASA, em aparente coerência com o modelo assistencial proposto pela II CNSPI.

A inserção dos DSEIs na FUNASA, sem a precedência ou, no mínimo, a concomitância de uma profunda reorganização da estrutura tradicional do órgão, acarretou, automaticamente, sua inserção na verticalidade de suas tradicionais linhas de mando e mecanismos de tomadas de decisão, todos diretamente subordinados ao seu Presidente — numa perspectiva oposta à da II CNSPI, em que os CDSIs (ou os NISIs) indicariam os responsáveis tanto pela chefias dos DSEIs, quanto pelas gerências regionais deste “subsistema”⁽²⁵⁾.

Em 31 de agosto, o Congresso Nacional aprovava o Projeto de Lei n. 63/1997, de autoria do Deputado Sérgio Arouca, que, como já comentamos, não acarretou modificações substantivas ao que já vinha sendo praticado pela FUNASA.

Longe de conferir à política nacional de saúde para os povos indígenas a necessária supremacia em relação a interesses corporativos específicos, de modo a resguardá-la, sobretudo, das pressões tradicionalmente exercidas por políticos representantes dos interesses das oligarquias regionais (frequentemente anti-indígenas) sobre o aparelho de Estado, essas medidas terminaram apenas reforçando ainda mais a hegemonia da própria FUNASA, sua cultura autoritária e corporativista e, com ela, os mecanismos e o poder de pressão que políticos regionais sempre exerceram sobre o órgão.

Assim, como é fato amplamente conhecido, o atual gerente do Distrito Sanitário do Leste de Roraima, por exemplo, profissional que reconhecia não ter nenhuma experiência anterior no campo da saúde indígena⁽²⁶⁾, foi indicado à FUNASA, já em fevereiro de 1999, pelo próprio Senador Romero Jucá⁽²⁷⁾, que também exerceu fortes pressões (neste caso, fracassadas, graças à pronta articulação e protesto das ONGs, em junho de 1999) no processo de indicação do gerente e de organização do Distrito Sanitário Yanomami.

Especialmente a partir de agosto de 1999, portanto, com a publicação de todas estas medidas, ocorreram várias manifestações e protestos dos índios, em todo o país, em relação à política da FUNASA e às ações das ESAIs.

(25) Cf. II CNSPI (1993) p. 3, diretrizes ns. 3 e 5.

(26) Cf. Conselho Indígena de Roraima (1999), p. 3.

(27) Cf. referências acima.

5. PELA III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

O modelo de DSEI preconizado pela II CNSPI é eminentemente supra-institucional, ao contrário do adotado pela FUNASA (em que os gerentes dos DSEIs têm necessariamente de fazer parte do quadro da instituição, e são nomeados por seu Presidente), e remete ao dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), proposto pela Organização Panamericana de Saúde, em 1988 — a serem definidos, articulados e administrados no bojo de um “processo social”⁽²⁸⁾ permanente e amplamente participativo.

No que se refere especificamente ao processo de delimitação dos DSEIs, a II CNSPI também estabeleceu que deveriam ser considerados os determinantes geográficos (localização, formas e vias de acesso), técnicos (serviços e profissionais disponíveis, capacidade operacional, perfil e dinâmica epidemiológica), populacionais e étnicos, e que estes limites seriam móveis, de modo a adaptarem-se constantemente à dinâmica de todos esses fatores. Nesse aspecto, o que vem sendo praticado pela FUNASA, com seus DSEIs de dimensões gigantescas, estaduais (caso do Maranhão) ou mesmo macrorregionais (caso do “DSEI Litoral Sul”, por exemplo, abrangendo a população Guarani do litoral dos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul), também contradiz abertamente, portanto, o que preconiza a II CNSPI.

Na verdade, a opção dos dirigentes da FUNASA, pela implantação gradual dos DSEIs até o número total de 29 (aumentado finalmente para 34, diante da forte pressão exercida por ONGs, universidades e organizações indígenas), não está respaldada por critérios predominantemente técnicos, mas remete, sobretudo, a interesses e limitações internas da própria FUNASA: o número de cargos de administração superior disponíveis para os gerentes distritais nomeados. Nas palavras de um profissional da própria CO-SAI: “do jeito que está, os DSEIs nada mais são do que as ESAI ampliadas”⁽²⁹⁾.

Apesar de todos esses Decretos e Medidas Provisórias, de todos os recursos humanos contratados e equipamentos adquiridos, e do grande crescimento do setor de saúde indígena da FUNASA, no biênio 1999-2000, o processo de implantação dos DSEIs não foi acompanhado por uma “re-engenharia”, em profundidade, da instituição, de seus mecanismos de tomada de decisão, de suas estruturas e quadros profissionais (conforme indicações presentes em todas as referências documentais sobre a implantação dos

(28) Cf. Mendes (1998, 1999).

(29) Depoimento por nós colhido em 8/6/1999, durante reunião em Brasília, organizada pela FUNASA, para “... discutir a possibilidade de constituição de convênios com organizações indígenas e indigenistas e universidades que atuam no campo da promoção e atenção à saúde indígena” (cf. FUNASA, 1999).

SILOSs e Distritos Sanitários⁽³⁰⁾), ao contrário do que também anunciaram os dirigentes da FUNASA, em fins de 1998.

De modo que, na cena de fundo desse discurso da FUNASA, da busca da “competência técnica”, corre a mesma cultura autoritária e verticalista de sempre (avessa à cultura horizontalizante e participativa instituída pela própria Lei Orgânica do SUS⁽³¹⁾, que enfatiza o controle social e a integração interinstitucional), e a mesma correlação de forças com os interesses corporativos e políticos de sempre — inclusive os notoriamente anti-indígenas — que, ao que parece, já se constituem numa tradição do órgão (o que, como já mencionamos, apenas reflete a tradição patrimonialista do próprio Estado brasileiro).

Discordamos, portanto, da afirmação de *Athias & Machado* (1999), de que “no geral” o modelo adotado pela FUNASA corresponde ao preconizado pela II CNSPI. À parte as semelhanças entre as terminologias adotadas no Relatório Final da II CNSPI e nos documentos sobre o modelo adotado pela FUNASA, do ponto de vista gerencial e, sobretudo, político, trata-se de propostas diametralmente opostas. As posições destes autores, aliás, fazem coro com as de vários dirigentes de ONGs, para os quais a questão da autonomia orçamentário-financeira dos DSEIs tem sido o principal motivo de preocupação, conforme comentamos anteriormente.

Parece-nos bastante significativo que o que mais preocupa os dirigentes de ONGs, segundo vários depoimentos que colhemos, no que concerne às diferenças entre o modelo assistencial adotado pela FUNASA e o preconizado pela II CNSPI, seja a falta de autonomia orçamentário-financeira dos DSEIs, e não tanto a questão dos critérios de escolha e nomeação, pela FUNASA, de seus gerentes e dos membros dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena, por exemplo. A nosso ver, estas são distorções muito mais graves, em relação ao modelo proposto pela II CNSPI, porque conferem à FUNASA plenos poderes para o controle político total dos DSEIs (além do controle gerencial e orçamentário), o qual, segundo preconizado pela II Conferência, deveria estar, em última análise, nas mãos das próprias comunidades indígenas envolvidas.

A realização da III Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (determinação, até hoje não cumprida, da X Conferência Nacional de Saúde) seria a melhor oportunidade para evitar que a esse processo de desgaste da FUNASA, e do modelo por ela adotado, sobrevenha nova seqüência de golpes e contragolpes com a FUNAI, com a conseqüente paralisação das ações de saúde em campo (como ocorrido entre 1994 e 1998) — ou,

(30) Cf. Mendes, *op. cit.*

(31) Característica do modelo SILOS, e que também permeia as propostas da I e da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas.

pior, um aumento do poder de ingerência que políticos anti-indígenas já vêm exercendo no órgão.

Parece-nos especialmente preocupante que os inúmeros problemas constatados no desempenho dos atuais DSEIs da FUNASA (efeitos, precisamente, de todas essas distorções em relação ao modelo preconizado pela II CNSPI) estejam desgastando já não apenas a imagem e a credibilidade das instituições e entidades envolvidas, mas a credibilidade do próprio modelo original dos DSEIs (de maneira semelhante ao que vem ocorrendo com o próprio SUS).

Impõe-se, portanto, demarcar claramente suas incompatibilidades com a atual política da FUNASA⁽³²⁾ e reabilitar a concepção original dos DSEIs. Para que tenha condições de desencadear essa operação — interinstitucional — de saneamento das distorções em curso, a III Conferência deve, à diferença do que ocorreu com a II CNSPI, ser previamente reconhecida pela FUNAI, pela FUNASA, pelos demais poderes e instituições públicas envolvidos, pelas ONGs, universidades — e, principalmente, pelas próprias comunidades indígenas —, como o espaço e o momento para determinar novas diretrizes a esse processo, de modo que as medidas e ações que indique constituam uma pauta conjunta, amplamente reconhecida e legitimada pelo movimento indígena, que venha a ser efetivamente adotada pelo Governo e pelas demais instituições e entidades envolvidas.

Essa necessária legitimação pelo movimento indígena, no entanto, só se viabiliza se forem adotadas metodologias que garantam preparação, representação e participação expressiva de todos os grupos indígenas, inclusive dos índios sem-floresta (quando não “sem-terra” mesmo), sem-mídia e sem-ONG, sobretudo do Nordeste e Sul-Sudeste⁽³³⁾, em todas as etapas preparatórias necessárias (locais/municipais, distritais/estaduais, macroregionais) a uma Conferência Nacional de Saúde.

Em nosso modo de ver, o movimento indígena brasileiro está suficientemente organizado para assumir a direção deste processo, desempenhando, da maneira mais legítima possível, o papel de *tertius* entre todos esses interesses corporativos e institucionais: é por esta razão que documentos de várias organizações indígenas têm enfatizado que, à diferença da I e da II, a III deverá ser uma Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas. As organizações indígenas, e mesmo as ONGs indigenistas e as universidades, teriam um papel fundamental a desempenhar nesse processo.

Entretanto, a mudança da pauta geral dos anos 1980 (da luta pela democratização das instituições e métodos de governo, e pela defesa da

(32) Como o faz, de modo especialmente claro, o documento “Considerações das organizações e lideranças indígenas sobre os Distritos Sanitários Especiais Indígenas”, dos representantes indígenas participantes da “Reunião nacional para a discussão e operacionalização dos DSEIs”, promovida pela FUNASA, de 7 a 9 de junho de 1999, em Brasília.

(33) A periferia da Amazônia “ecológica”, glamourosa e midiática, da esfera de atuação das ONGs hegemônicas e do carro-chefe do modelo de terceirização praticado pela FUNASA.

cidadania de segmentos sociais diferenciados) para a pauta ecológica, predominante nos anos 1990⁽³⁴⁾, coincide, historicamente, com a priorização, por parte das ONGs, da luta pela própria viabilidade econômica⁽³⁵⁾ — o que tende a acentuar ainda mais o componente empresarial na lógica (e na ética) de suas ações e de sua condução. Hoje, as ONGs conveniadas têm, portanto, fortes razões para preservar essas fontes de recursos e, por isso, podem tender a assumir atitudes refratárias a esse processo de crítica sistemática e aprofundada das distorções praticadas pela FUNASA, que a conjuntura político-institucional exigiria de uma III Conferência, abandonando as bandeiras e a pauta política do movimento indígena brasileiro — que lhes serviram, em grande medida, de nascedouro.

Na visão de *Habermas* (1987), o neoconservadorismo em ascensão tende a esvaziar 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 equanimemente todos os interesses...”⁽³⁶⁾. Já ao final dos anos 1980, portanto, *Habermas* parecia nos sugerir ser cada vez mais pelo cotidiano, pela “microfísica do poder”⁽³⁷⁾, que tenderia passar o divisor de águas entre as práticas sociais que ainda se colocariam na perspectiva de uma caminhada humanizante, alimentada pelo que chamou de “energias utópicas”, e o que descreveu como essa “zona cinzenta do neocorporativismo”.

E estaremos a presenciar, finalmente, a consumação do vaticínio de *Habermas*, para além do aparelho de Estado, agora também no varejo da sociedade dita civil?.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AÇÃO PELA CIDADANIA. “Yanomami: A todos os povos da terra”. São Paulo: Comissão pela Criação do Parque Yanomami/Centro Ecumênico de Documentação e Informação/Conselho Indigenista Missionário/Núcleo de Direitos Indígenas, 1990.

ALBERT, Bruce. “Territorialité, ethnopolitique et developpement: à propos du mouvement indien en Amazonie brésilienne”. In *Cahiers des Amériques Latines*, 23. Paris, 1997.

(34) Cf. *Albert* (1997).

(35) Sobretudo das não-religiosas, sem acesso a recursos de Igrejas e, portanto, mais vulnerabilizadas pelo escasseamento de recursos das ONGs européias e agências multilaterais de cooperação, no início dos anos 1990.

(36) *Habermas* (1987, p. 110).

(37) Cf. *Foucault* (1979).

- ATHIAS, Renato; MACHADO, Marina. "A saúde indígena no processo de implantação dos distritos sanitários: discursos antropológicos e médicos (*mimeo*)". Comunicação apresentada à reunião da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina, 1999.
- BOURDIEU, Pierre (trad. CORRÊA, Mariza). "Razões práticas: sobre a teoria da ação". Campinas: Papirus, 1996.
- CENTRO ECUMÊNICO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO. "Povos Indígenas no Brasil 1987/88/89/90". *Aconteceu Especial*, 18. São Paulo: Centro Ecumênico de Documentação e Informação, 1991.
- COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DO ÍNDIO. "Recomendação 9/93". In *Diário Oficial da União*, 95 (21/5/1993). Brasília: Imprensa Oficial da União, 1993.
- COMISSÃO PELA CRIAÇÃO DO PARQUE YANOMAMI/INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. "Em tempos de conflito, em tempos de raiva". Brasília: CCPY/INESC, 1987.
- I CONFERÊNCIA NACIONAL DE PROTEÇÃO À SAÚDE DO ÍNDIO. *Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE PARA OS POVOS INDÍGENAS. *Relatório Final (mimeo)*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 1993.
- CONSELHO INDÍGENA DE RORAIMA. "Chefe do Distrito". In *Anna Yekaré — Nossa Notícia*, ano 7, n. 12. Boa Vista: Conselho Indígena de Roraima, 1999.
- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Brasília: Ministério da Educação, 1988.
- DISTRITO SANITÁRIO YANOMAMI. Relatório da situação sanitária e dos serviços de atenção à saúde das comunidades Yanomami e Ye'kuana (Maiongong). Boa Vista: FUNASA/Coordenação Regional de Roraima/Distrito Sanitário Yanomami, 1994.
- I FÓRUM NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA. *Documento Final (mimeo)*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 1993.
- FOUCAULT, Michel (org./trad. MACHADO, Roberto). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Ofício Circular n. 345/GABDEOPE/FNS (27/5/1999). Brasília: Ministério da Saúde/FUNASA/DEOPE, 1999.
- HABERMAS, Juergen. "A nova intransparência — a crise do estado de bem-estar social e o esgotamento das energias utópicas". In *Novos Estudos*. 18. São Paulo: CEBRAP, set./1987.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. "Presidente da FUNAI entrega carta de demissão". In *Parabólicas* (26/4/2000). Brasília: Instituto Socioambiental, 2000.

_____. Entrevista com Márcio Santilli. In *Parabólicas* 59. Brasília: Instituto Socioambiental, 2000.

MAC MILLAN, Gordon. *Gold mining and land use change in the Brazilian Amazon*. Tese de Doutorado. Edinburg: University of Edinburg, 1993.

MENDES, Eugênio Vilaça (org.). "A organização da saúde no nível local". São Paulo: Hucitec, 1998.

_____. "Distrito Sanitário — O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde". 4ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução 1252. In *Diário Oficial da União*, 199 (19/10/1993). Brasília: Imprensa Oficial da União, 1993.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. "A crise do indigenismo". Campinas: UNICAMP, 1988.

SANTILLI, Márcio. "O Estatuto das Sociedades Indígenas". In *Povos Indígenas no Brasil — 1991/1995*. São Paulo: Instituto Socioambiental, 1996.

VARGA, István Van Deursen. *Viagem de avaliação preliminar da situação sanitária nas áreas de garimpo no território Yanomami de Roraima (18/8-9/9/1988) — Relatório Final (mimeo)*. São Paulo: Comissão pela Criação do Parque Yanomami/Centro de Apoio ao Desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 1988.

_____. "Indigenismo sanitário? Instituições, discursos e políticas indígenas no Brasil contemporâneo". In *Cadernos de Campo — Revista dos alunos de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade de São Paulo*, ano II, n. 2. São Paulo: Universidade de São Paulo/Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas/Departamento de Antropologia, 1992.

_____. "Educação em Saúde: ideologias, racionalidades, discursos e práticas institucionais em 15 anos de indigenismo (Brasil, anos 1980-1995)". In ASSIS, E. (org.). *Educação Indígena na Amazônia: Experiências e Perspectivas*. Belém: UNAMAZ/UFPA, 1996.

_____. "Política pública de saúde para os índios é uma indigesta sopa de letrinhas". In *Povos Indígenas do Brasil 1991-95*. São Paulo: Instituto Socioambiental, 1996.

_____. "Cidadanias e organizações neogovernamentais? Uma discussão a propósito da política pública de saúde para os povos indígenas no Brasil" (mimeo). São Paulo, 1998.