



DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA, REVISÃO E REDAÇÃO

NÚCLEO DE REDAÇÃO FINAL EM COMISSÕES

TEXTO COM REDAÇÃO FINAL

Versão para registro histórico

Não passível de alteração

COMISSÃO DE MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL			
EVENTO: Audiência Pública	REUNIÃO Nº: 2558/15	DATA: 26/11/2015	
LOCAL: Plenário 13 das Comissões	INÍCIO: 09h36min	TÉRMINO: 12h34min	PÁGINAS: 57

DEPOENTE/CONVIDADO - QUALIFICAÇÃO

ANTÔNIO ALVES DE SOUZA - Secretário Especial de Saúde Indígena.
JOÃO PAULO BOTELHO VIEIRA FILHO - Pesquisador do Centro de Diabetes da Universidade Federal de São Paulo — UNIFESP.
FERNANDO SCHIAVINI - Indigenista, escritor e especialista na etnia dos índios krahôs.
LAÉRCIO FIDELIS DIAS - Professor de Antropologia da Universidade Estadual de São Paulo — UNESP.
YEFUKA KAIABI - Indígena da Aldeia Kaiabi, localizada no Parque Indígena do Xingu, em Mato Grosso.
RAFAEL WAREE - Indígena xavante de Marãiwatsédé, em Mato Grosso.
PATRÍCIA CHAGAS NEVES - Coordenadora-Geral de Promoção dos Direitos Sociais da Fundação Nacional do Índio — FUNAI.

SUMÁRIO

Debate sobre a saúde indígena no Brasil.

OBSERVAÇÕES

Houve exibição de imagens.
Houve intervenção ininteligível.
Há palavra ou expressão ininteligível.
Há oradores não identificados.
Houve manifestação na plateia.
Grafia não confirmada: Randu Umbá.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Sarney Filho) - Bom dia, senhoras e senhores.

Declaro aberta a presente reunião de audiência pública da Comissão de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável, destinada a debater sobre a saúde indígena no Brasil. O requerimento para a realização deste evento é de minha autoria.

Comunico a todos que o evento é transmitido ao vivo pela Internet e poderá ser gravado pela *TV Câmara*, para ser exibido posteriormente na grade de programação da emissora.

Convido para ocupar a Mesa os seguintes expositores: Sra. Patrícia Chagas Neves, Coordenadora-Geral de Promoção dos Direitos Sociais da FUNAI. *(Pausa.)* A Sra. Patrícia não está presente. Convido o Sr. João Paulo Botelho Vieira Filho, Pesquisador do Centro de Diabetes da UNIFESP; o Sr. Laércio Fidelis Dias, Professor de Antropologia da Universidade Estadual de São Paulo; o Sr. Antônio Alves de Sousa, Secretário Especial de Saúde Indígena; o Sr. Yefuka Kaiabi, do Parque Indígena do Xingu; o Sr. Rafael Waree, xavante marãiwatsédé, de Mato Grosso; o Sr. Fernando Schiavini, escritor e especialista na etnia dos índios krahô.

Quero reafirmar que esta audiência pública está sendo transmitida ao vivo pela Internet e que estão sendo gravada.

Passamos a palavra ao Sr. Antônio Alves de Souza, da SESAI — Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde.

Se alguém quiser, pode se deslocar à frente, para ver mais confortavelmente a apresentação.

(Pausa prolongada.)

O SR. ANTÔNIO ALVES DE SOUZA - Bom dia a todas e a todos.

Quero saudar o Deputado Sarney Filho e agradecer-lhe o convite feito a nós do Ministério da Saúde para apresentar o panorama da saúde indígena no Brasil. Cumprimento o Dr. João Paulo Botelho, pesquisador da UNIFESP; o Sr. Laércio Fidelis, professor de Antropologia da UNESP; o Sr. Yefuka Kaiabi, companheiro do Parque Indígena do Xingu e liderança do Xingu; o Sr. Rafael Waree, xavante marãiwatsédé, a quem peço que dê um abraço no cacique Damião quando retornar; e o Sr. Fernando Schiavini, indigenista e escritor.



Deputado, neste momento, vou fazer uma apresentação do panorama da caracterização dos povos e falar um pouco da logística com que nós trabalhamos para levar a saúde indígena aos povos indígenas do Brasil.

(Segue-se exibição de imagens.)

Este é o panorama dos povos indígenas do Brasil. O último Censo do IBGE, de 2010, identificou 817.963 indígenas em todo o País. Parte deles vive na área urbana, mas há ainda um grande contingente — 665 mil —, a chamada população aldeada, que vive nas aldeias. São 305 povos que vivem em nosso País, que falam 274 línguas diferentes.

Para os senhores terem ideia, quando a ONU reúne os países, são 200 membros falando 200 línguas diferentes. No nosso País, são 306 povos, incluídos nós que não somos indígenas, falando 275 línguas, incluso o português. Estão distribuídos nos 26 Estados da Federação e no Distrito Federal. Há uma comunidade aqui no Noroeste que reivindica o seu espaço territorial, a comunidade Bananal.

Vivem em 498 Municípios do Brasil, 11% deles de médio porte, acima de 80 mil habitantes, e 50% de pequeno porte. Isso já nos dá o panorama de certa complexidade que temos na relação com o Sistema Único de Saúde, já que o SUS é uma referência importante na atenção à saúde dos povos indígenas.

Vivem em 688 terras: 60% delas já são regularizadas, mas há ainda um contingente de não regularizada. Moram em 5.625 aldeias, ocupando 12,64% do território nacional.

Aqui está a distribuição. A maior concentração é na Região Norte. O Amazonas é o Estado que concentra a maior população; depois vem Mato Grosso do Sul. A Região Nordeste é a segunda em concentração, seguida das Regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste.

Aqui está a pirâmide populacional comparada com a população não indígena. Há certa semelhança. Na base piramidal, há bastantes jovens, mas já há indígenas com mais de 85 anos. O cacique Raoni está com 85 anos e Celestino, com 95. A expectativa de vida deles, felizmente, também está aumentando.

Eis os agravos mais frequentes que afetam a população indígena: doenças do aparelho respiratório, que são muito comuns, muitas delas relacionadas a hábitos de



vida. Muitas famílias de determinadas comunidades vivem na mesma oca, utilizando fogo, o que faz com que o ambiente fechado propicie estas doenças.

Doenças infecciosas e parasitárias, principalmente doenças diarreicas agudas, estão relacionadas à qualidade da água. Além destas, há tuberculose e malária, na área da Amazônia Legal; as Doenças Sexualmente Transmissíveis, as hepatites virais, que ocorrem, por exemplo, no Vale do Javari, mas que não são exclusivas do local. Há também a oncocercose. A única comunidade no Brasil que ainda tem oncocercose são os ianomâmis de Roraima, na divisa com a Venezuela, na região dos Andes.

A hipertensão arterial também já chega, por conta da mudança de hábitos, como a introdução do sal, o cloreto de sódio. Sobre a diabetes, o Prof. João Paulo vai falar bem, já que é pesquisador na área.

Existem comunidades aqui representadas pelo nosso companheiro e xavante marãiwatsédé bastante acometidas pela diabetes. Há também câncer de colo de útero. Alguns cometem suicídio, em algumas regiões, o suicídio multicausal. Cito Dourados, em Mato Grosso do Sul, e a região de São Gabriel da Cachoeira.

Seguem alguns agravos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, principalmente nas regiões onde as aldeias são próximas do centro urbano: Jaguapiru, em Dourado, é exemplo disso. A violência ocorre na disputa pela terra, algo que está sendo noticiado nacionalmente.

Aqui se tem a forma como o Brasil se organizou a partir de 1910 para atender aos povos indígenas, desde a criação do Serviço de Proteção ao Índio e, por último, a criação, no âmbito do Ministério da Saúde, da Secretaria Especial de Saúde Indígena, da SESAI, que eu coordeno desde 20 de outubro 2010, passando pela criação da FUNAI e da Fundação Nacional de Saúde — FUNASA. Em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que contou com a presença do então Presidente Sarney, já se reivindicava a criação, no âmbito do Ministério, de um órgão específico para cuidar da saúde do indígena, o que só se efetivou em 2010, na gestão do Presidente Lula.

Aqui se tem a missão da SESAI, que eu coordeno: implementar um modelo de gestão e de atenção, no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, criado pela Lei Arouca em 1999, descentralizado, com autonomia administrativa,



orçamentária, financeira e responsabilidade sanitária dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Aqui temos a estrutura da SESAI, uma estrutura bastante enxuta, com três departamentos.

Aqui, a estrutura de um distrito sanitário que se repete nos 34 distritos, que tem desde o Serviço de Recursos Logísticos — SELOG, até a Divisão de Atenção à Saúde Indígena.

Aqui, a distribuição nacional dos distritos sanitários, como estão organizados hoje. Há distritos que abrangem cinco Estados, como é o caso do Litoral Sul. E há também um distrito que abrange quatro Estados, ou de um que abrange dois, como o ianomâmi, que engloba Roraima e Amazonas.

Na saúde indígena, a organização tem um controle social muito forte e bem organizado com os chamados Conselhos Locais de Saúde Indígena. São 603 hoje no País. O Conselho Distrital de Saúde Indígena é paritário e deliberativo, existe um em cada distrito, são 34. Em âmbito nacional, existe o Fórum de Presidentes dos CONDISI, que se reúne periodicamente.

Está descrito aqui também o número de conselheiros. Em respeito à Convenção 169, da OIT, ratificada pelo Brasil, é uma área bastante fortalecida e é exigida por parte das comunidades indígenas a participação no chamado Controle Social Indígena, mais bem organizado que o controle social do Sistema Único de Saúde Municipal e do Estadual.

Nós contamos com este conjunto de trabalhadores desde o nível auxiliar, que são os agentes indígenas de saúde e os agentes indígenas de saneamento e com os auxiliares de saúde bucal, cuja característica principal é ser indígena e morar no local onde vai trabalhar. Contamos também com arquitetos, engenheiros, geólogos, médicos e enfermeiros, um conjunto de profissionais quer seja de nível superior, quer seja de nível médio, que nos dão todo o apoio.

Aqui vocês vão ver a composição da nossa força de trabalho. Hoje são 20.435 pessoas trabalhando, incluindo o médico, mas também o vigilante, o motorista, o barqueiro, o intérprete, e quase 50% deles são indígenas. Hoje nós temos aqui trabalhadores indígenas contratados. Nós sempre damos prioridade, quando é possível, para que seja contratado um indígena para o trabalho nas



comunidades indígenas, por conhecer a região, por falar a língua, por ter nascido na aldeia, por não ter a dificuldade que temos de conviver em ambientes mais afastados.

A partir de 2011, primeiro ano de criação da SESAI, tivemos um aporte orçamentário significativo. Naquele ano, eram 350 milhões, como está descrito na primeira linha. À época, o orçamento era encaminhado pela FUNASA. Agora, em 2015, 1 bilhão e 390 milhões de reais. Esperamos que no ano que vem haja mais recursos, justamente para garantir toda a logística que vamos apresentar daqui a pouco.

Aqui temos a parte do custeio. Hoje ainda trabalhamos com convênio, área que tem que ser resolvida pelo Governo Federal. O convênio, que é temporário — geralmente dura 1 ano —, tem que ser renovado a cada ano. É uma instabilidade para os trabalhadores e é difícil a fixação de trabalhador, por causa desta questão.

Mais abaixo estão os dados do saneamento em terra indígena, que é responsabilidade da SESAI.

Aqui mostramos a logística necessária para se trabalhar com a saúde indígena. Nós precisamos de veículos, de hora/voo de helicóptero, de hora/voo de avião menor ou maior. Utilizamos também micro-ônibus para levar os pacientes ao SUS das cidades; com barcos menores, com barcos maiores, com caminhões para levar o sistema de saneamento. A logística é muito complexa na área de saúde indígena. Para se garantir tudo isso, é necessário um orçamento, são necessários recursos.

Aqui são as vias de acesso, mas hoje, para se chegar às aldeias, há regiões com acesso somente fluvial. Em outras, fluvial e aéreo; em outros casos, somente por via aérea, e a maioria por via terrestre.

Isso dá uma noção de como se chega a cada aldeia. No caso do Vale Javari, levam-se até 12 dias de barco. Existe aldeia que, para chegarmos ao polo-base, levamos até 12 dias de barco navegando, parando à noite. É ali que a equipe começa a trabalhar. É o caso do Vale do Javari. Nós reduzimos isso contratando a hora/voo de helicóptero, e se leva uma equipe em 2 horas e meia e se retira um paciente também rapidamente.



Este é um modelo de organização do Ministério da Saúde. A SESAI, criada no âmbito do Ministério, tem nacionalmente 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas; os polos-base, que são as estruturas que dão suporte ao atendimento das equipes nas aldeias; os postos de saúde, que estão nas aldeias; e a Casa de Saúde Indígena — CASAI, uma estrutura na cidade. Quando o paciente vem da aldeia, ele vai para o SUS, se recupera, vai para a CASAI, e o devolvemos para a aldeia. É uma iniciativa importante.

Aqui está o controle social. No âmbito do Conselho Nacional de Saúde, a CISI foi uma das primeiras comissões a ser criada, logo depois da Lei nº 8.080, de 1990. Aqui, o Fórum de Presidentes de CONDISI. Aqui está o controle social dos chamados CONDISI: 34, um em cada DSEI. No âmbito do posto de saúde, em cada aldeia, ou, dependendo da organização em polo-base, temos o chamado Conselho Local de Saúde Indígena. Eles são integrados somente por indígenas. Não são deliberativos, mas são consultivos importantes para dar apoio ao conselho.

Nós também fazemos a parte de saneamento e de edificações, ou seja, construímos as unidades de saúde, os polos-base, os CASAI. Nós construímos o sistema de saneamento ou fazemos a manutenção.

Aqui se pode ver o grande déficit, Deputado Sarney, ainda com relação ao saneamento em aldeia. Hoje atingimos somente 50% das 5.625 aldeias. Então, ainda são necessários mais recursos para continuarmos. Em alguns locais, nós fazemos a captação de rio; em outros, é preciso fazer poços profundos ou poços superficiais, mas o importante é que isso tem a ver diretamente para a qualidade de saúde e com a mortalidade infantil de crianças indígenas.

Aqui mostramos um dos sistemas que foi inaugurado recentemente pelo Ministro Marcelo Castro, construído na Aldeia Belém do Solimões, na região de Tabatinga, no Amazonas. O sistema é bastante completo, com captação de água do Rio Solimões, tratamento e depois distribuição, com ramais em cada casa daquela região. Na aldeia de Ticuna, residem 6 mil indígenas.

Aqui está outro sistema, que está sendo construído pela Norte Energia, na região de Altamira. Cada aldeia vai ter um sistema como este, em função da mitigação da Belo Monte. É um sistema interessante porque já tem filtro acoplado, que faz o sistema de cloração da água automática. Aquele recipiente preto que está



ali, do lado do filtro, é automático e, na medida da necessidade, ele vai colocando o cloro. Ele funciona com energia ou, na ausência de energia, motor a *diesel* ou energia solar. Em algumas regiões, nós também temos isso.

Esta imagem mostra a dificuldade que temos com obras de saneamento e edificações em aldeias. Há um conjunto de obras: são mais de 700 em todo o País, das quais muitas foram iniciadas e paralisadas, depois que a empresa desistiu quando viu a dificuldade de levar material em barcos ou avião. É uma área bastante crítica para a edificação e saneamento no âmbito da saúde indígena.

A seguir, a imagem de uma reforma que fizemos no polo-base de Solimões, mostrando como era antes, na época da FUNASA, e depois como ficou, com a revitalização; outras obras que vimos fazendo e ainda não foi possível concluí-las; e algumas sedes de distritos.

Quanto à gestão de contratos, temos os seguintes contratos: acima de 10 milhões de reais, são 8; entre 5 e 10 milhões, são 14; de 1 milhão até 5 milhões, são 83. A grande maioria, porém, são contratos menores, autorizados pelo próprio coordenador do distrito em cada região.

Estamos fazendo um trabalho de georreferenciamento nas aldeias de todo o País. São 1.504 aldeias georreferenciadas, o que é importante para a logística e para definir a questão de transporte.

Aqui mostramos Manaus, onde a cor verde é como era antes e a cor vermelha o que passou a ser depois do georreferenciamento, ampliando-se a abrangência do distrito. Vemos os locais onde fica cada polo-base, cada CASAI, via satélite.

As imagens mostram o mapa hídrico do DSEI de Manaus, que é bastante complexo e importante para a questão do transporte; o mapa rodoviário, com apenas uma BR, em Manaus; e o mapa político, mostrando quais são os Municípios com população indígena naquele DSEI, o que é importante para a questão da referência.

Aqui a imagem de uma aldeia em que podemos saber, por meio do georreferenciamento, onde há paciente acometido de malária ou de qualquer outro agravo. Isso, para a equipe, é importante para que se possa fazer um controle e monitoramento mais efetivo.



A seguir, alguns avanços, tais como a autonomia do distrito; carteira assinada; e direitos trabalhistas assegurados. Hoje todos os 20 mil trabalhadores que temos conosco estão nesta situação.

Começamos um trabalho de reestruturação das unidades de saúde, dos postos de saúde, trabalho que ainda não foi concluído, porque não houve tempo suficiente.

Hoje, Sr. Deputado, há 540 médicos trabalhando na saúde indígena em todo o País, sendo 327 do Programa Mais Médicos. Estamos conseguindo, por meio deste programa, colocar médico onde antes não havia.

Aqui os sistemas com que trabalhamos: o SIASI — Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena; o Cartão SUS para a população indígena; o GEOSI — Sistema de Georreferenciamento da Saúde Indígena; e o Hórus Indígena — Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica, para o controle e monitoramento do medicamento.

Alguns desafios estão colocados para nós: a garantia da cobertura de atendimento em todas as aldeias, em articulação entre Estados e Municípios, e, ainda, trabalhando-se contra o preconceito e a discriminação que persistem em relação ao indígena. Esta articulação é fundamental, porque assim é possível fazer exames pelo SUS, internar quem precisa em hospital do SUS.

Quanto à reestruturação completa das nossas unidades de saúde, a ampliação do sistema de abastecimento de água leva água de qualidade para todas as aldeias.

Em se tratando da organização do processo de trabalho e dos sistemas de informação, há a questão do instituto, mas, se for preciso, poderemos apresentar depois.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Sarney Filho) - Obrigado pela exposição esclarecedora, Antônio Alves de Souza, nosso Secretário da Secretaria Especial de Saúde Indígena.

Pergunto se alguém deseja usar a palavra. (*Pausa.*)

Concedo a palavra ao Prof. João Paulo Botelho. Como temos um pequeno problema de tempo, peço que tentemos nos ater a, no máximo, 10 minutos. O Prof.



João Paulo foi importante para dar uma abrangência geral e, assim, podermos conhecer os detalhes.

O SR. JOÃO PAULO BOTELHO VIEIRA FILHO - Eu queria agradecer a oportunidade ao Deputado Sarney Filho e à Eliane, e a presença ao Sr. Antônio Alves, da SESAI; ao Sr. Laércio Fidelis, antropólogo; aos índios Yefuka Kaiabi e Rafael Xavante; ao Fernando Schiavini; aos índios e ao público presentes.

(Segue-se exibição de imagens.)

Em minha apresentação, eu vou correr um pouco, por causa do tempo.

Entre 1975 e 1976, eu verifiquei que não havia diabetes entre os índios xikrins, gaviões, do Pará, xavantes e suruís. Eram todos eles delgados, e não havia obesidade. Eles comiam a dieta deles e tinham grande mobilidade com exercícios. Em 1977, fui até os karipunas, na região de Araçá, por causa de um problema de síndrome de defeito adrenal. Lá, constatei uma endemia de diabetes. Havia amputados que atravessavam o Rio Oiapoque em direção à Guiana Francesa, para procurar assistência médica. Verifiquei que havia diabetes em nível endêmico, não epidêmico, e havia muitos amputados. Alguns iam à Guiana Francesa para ser amputados. Naquele momento é que foi descrita, pela primeira vez, no Brasil, a presença de endemia de diabetes.

Em 1981, a FUNAI implantou um projeto de plantio de arroz na área indígena xavante e bororó, e se verificou o início da alteração da dieta alimentar. Eles gostavam muito de arroz, passaram a comer arroz em quantidade grande, e foram abandonando as roças variadas de alimentos e muito sustentáveis. Depois foi abandonada toda aquela aparelhagem no campo, e ficou o arroz e a alteração alimentar entre os xavantes. Entre 1983 e 1984 até 1988, eu já verifiquei hemoglobinas glicosiladas, um indicador melhor do que a glicemia de jejum, porque avalia até 3 meses para trás a presença de glicemias alteradas entre os xikrins, os paracanãs, os gaviões, os xavantes. Em 1988, eu verifiquei que havia casos suspeitos de diabetes. Em 1996, eu vi a emergência, o aparecimento de diabetes entre os xavantes, de Sangradouro e São Marcos, e os bororós.

Então, em 1987, eu descrevi a emergência do diabetes. Em 1988, eu escrevi para o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome para que retirasse da cesta básica o açúcar dos índios, porque eles eram altamente sensíveis a açúcar.



Porém, disseram que não podiam me atender. Mas, por vários anos, eu continuei falando no problema do açúcar.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Sarney Filho) - Isso foi em 1988?

O SR. JOÃO PAULO BOTELHO VIEIRA FILHO - Em 1988. Eu tenho até o documento comigo.

Eu continuei reclamando, em todos os relatórios, que mudassem a merenda para as crianças também, porque era uma merenda com coisa doce, adocicada, e que não deviam fazer isso. Eles têm alimentos excelentes. Os alimentos dos índios são antioxidativos, anticâncer, antienvelhecimento. É o que há de melhor! Foi isto que se deu de comer para nós, os brancos: a batata, a mandioca, o milho e o feijão, entre outros alimentos. Só feijão, milho e batata deram para alimentar o mundo! E isso veio deles.

Quando vi que estava ocorrendo tudo isso, percebi que precisava de ajuda, precisava formar uma equipe de investigação. Todo mundo me perguntava sobre os números: “*Cadê os números?*” Aí, eu pedi ao Prof. Laércio Franco, da USP de Ribeirão Preto, e à Regina Santiago Mello Moises, da Escola Paulista de Medicina, que formássemos uma equipe entre os xavantes, porque de 6 casos registrados, em 1996, em Sangradouro, e 5 em São Marcos, já se estava caminhando para centenas. Já havia 100 casos de diabetes em tratamento em Sangradouro e mais de 200 em tratamento em São Marcos. Assim, nós formamos uma equipe de investigação.

A seguir, a imagem da nossa equipe, do Prof. Laércio Franco e da Regina Santiago Moisés, em Sangradouro.

Isso é para mostrar o básico. É científico. Os índios desenvolveram uma variante genética. Eles tiveram um gene alterado — o que se chama polimorfismo — que era altamente benéfico para que sobrevivessem. É um gene que condiciona o armazenamento de alimento. Eles não perdem peso. No caso meu e no do Fidelis, morreríamos rápido, porque não somos armazenadores de energia. Eles tiveram o gene alterado, e esse gene passou a armazenar energia e a soltar insulina. Isso facilitava a procriação e melhorava o sistema imunológico deles contra certas doenças infecciosas na América.



O gene ABCA1 foi descrito em 2010 por uma equipe multinacional grande, de que eu fazia parte e a Regina Santiago Moises, da Escola Paulista. Verificou-se que toda a população mexicana, os hispânicos, os mestiços de índios tinham muito diabetes, e eles tinham este gene. O gene foi encontrado entre índios do Canadá, e, pesquisando, vimos que só existe na América. Ele condiciona à obesidade, pois se verifica que os portadores deste gene engordam facilmente, ao diabetes, e o bom colesterol deles é baixo. Isso é genético, não dá para mudar. Enquanto eles andam, têm proteção cardíaca; no momento em que param de andar, eles têm acidentes cardiovasculares, com frequência, além da obesidade e do diabetes.

Esse gene não existe na África, na Europa, na Ásia, na Oceania; só existe entre os índios e os descendentes deles. Eles engordam rapidamente e ficam com uma barriguinha.

Os índios delgados, como este paracanã apuiterewa — eu estive lá, pelo Projeto Carajás, onde dei assistência por vários anos —, eram bem nutridos. Eu não vi índios desnutridos, quando chegam para gente. Eles se tornam desnutridos depois.

As imagens mostram que eles contraem tuberculose e outras doenças infecciosas.

Aqui, tem-se um índio com bom corpo. Os índios awá, do Maranhão, onde também estive, não eram gordos.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Sarney Filho) - Guajá.

O SR. JOÃO PAULO BOTELHO VIEIRA FILHO - Guajá ou awá.

Esta imagem é de um índio conhecido, que era do Maranhão. Ele foi se perdendo e acabou na Bahia sozinho, porque pegaram todos, e depois de 15 anos chamaram o filho dele, que ficou preso em uma cerca. Ele falava a língua indígena e foi educado no Maranhão. Ele foi, identificou e voltou. Vejam que ele andou todos esses quilômetros. Não tinha gordo, e agora tem crianças gordas também, porque nunca ninguém os educou. É preciso educação e valorização alimentar deles.

Os rituais e os exercícios que eles praticam são muito importantes, coisa que o brasileiro menospreza. A nossa população diz que é “*programa de índio*”, mas não. É um programa muito valioso de exercícios. Quando eles não praticam exercícios, perdem a proteção cardíaca. Já há mulheres morrendo em Sangradouro,



e com morte súbita. As mulheres iam buscar lenha, começou o projeto social do Governo de dar gás, e as mulheres passaram a não andar mais, a não ir para a roça, e aconteceu uma epidemia de diabetes. Elas não vão mais para a roça, porque compram alimentos; elas têm gás, ficam dentro de casa, não tomam sol e estão com um déficit de vitamina D muito grande.

O exercício é muito importante. Vocês vão ver que são índios com quem se tem pouco contato, mas que já começam a apresentar sinais de obesidade. Na imagem, há um menino gordo usando camisa vermelha.

A obesidade forma esse corpo. Quando há um nível de liderança ou acesso a alimentos, eles começam com refrigerante, que acham bom, mas é um veneno para eles.

Aqui são os paracanãs no ritual do uruboa.

Olhem outro barrigudo na imagem. O índio do meio, de perfil, tem gordura visceral. Ele já está com a obesidade que leva ao diabetes. Eles criam gordura abdominal, que é o que há de pior.

A mulher com corpo bom não come da nossa alimentação.

Na população de Sangradouro e São Marcos inteira, a prevalência do diabetes entre as mulheres é preocupante. Quase a metade das mulheres adultas está diabética, praticamente 40% daquela população; entre os homens, são 18,4%, porque se deslocam mais, continuam seminômades, vão para as cidades, andam um pouco. Já as mulheres ficam dentro de casa. Somando aquelas que têm intolerância à glicose — que já têm glicemia alterada, mas ainda não estão diabéticas —, totalizam 75% de mulheres diabéticas ou com glicemia alterada. Isso acontece entre os índios.

Estamos vendo que no Xingu também há diabéticos, as lideranças estão com o abdome grande. Sou chamado na Escola Paulista até para orientar tratamentos.

A hipertensão não é problema entre os índios, o percentual é baixo perto da população brasileira. Agora, 50% de homens e mulheres são gordos, obesos. A obesidade é uma doença inflamatória crônica.

Quero só chamar a atenção para o fato de que, na população brasileira, a prevalência de diabetes é de 7,6%, enquanto, entre os índios, 40% das mulheres estão abortando, em decorrência de más-formações, como estamos vendo.



Obesidade mórbida. Neste eslaide temos o exemplo de como eles engordam facilmente com o açúcar e a dieta de gordura saturada. É a gordura abdominal.

Aqui aparece a acantose nigricans, doença de pele decorrente da resistência à insulina. Eles engordam e ficam diabéticos em seguida. Sangradouro está com cem diabéticos em tratamento. A maioria só responde com insulina, por infelicidade. Eles não respondem a comprimido, pois cai a capacidade pancreática.

Nesta imagem, vejam que eles ficam como um tambor. Aqui são duas irmãs diabéticas.

Vejam outro exemplo de obesidade mórbida. Aqui é uma pessoa com 120 quilos. É da etnia xikrin, que recebe recursos da Vale. Estou sempre digo que ela não é xikrin, mas gorotire. Esses índios engordam facilmente. Eles devem valorizar a dieta tradicional e cortar o açúcar. Até as crianças deles são gordinhas. Notamos isso quando elas estão perto das crianças de sertanejos.

Esta mocinha está com eclâmpsia. Ela é diabética e obesa, ia morrer, já estava sem enxergar, mas conseguiu fazer a cesárea em São Marcos.

Para essas crianças, uma nutricionista foi lá e resolveu dar para elas farinha de trigo, farinhas para a engorda. Olhem como elas engordaram! É tendência genética. O que essas crianças têm que comer é feijão, milho, cará, abóbora, mandioca, farinha de mandioca. É a obesidade infantil chegando lá.

Nestes eslaides, temos uma mulher já gorda; a outra, engordando.

Olhem como as crianças ficam, porque têm a genética da obesidade.

Neste eslaide estão os amputados e pessoas com o mal perfurante do pé.

Este indígena eu treinei em São Paulo, no Centro de Diabetes. Ele é quase um médico e trata dos diabéticos. Ele entende tudo da doença. É o enfermeiro xavante Constâncio.

Estas imagens mostram o mal perfurante e várias amputações.

Esta é uma índia assurini recém-contratada que ganhava muito dinheiro fazendo peças de barro, mas amputou o dedão do pé.

Este é o dedo de um diabético; este teve a perna amputada; todos que vão para a diálise fazem amputação com mais facilidade do que um descendente de europeu.

Essas duas, da etnia xikrin, fazem diálise.



Estas são mulheres assurinis com diabetes, porque entrou o açúcar na dieta delas.

Nestas imagens, indígenas fazem exame de glicemia. Aqui fazem exames no Rio Araweté.

Estes outros não têm diabetes porque são índios do mato.

Esta é a lista de cem diabéticos em tratamento em Sangradouro.

Aqui temos um índio com catarata diabética de velhos.

Esta é uma menina diabética de 16 anos, que está cega. Isso tudo vai onerar a saúde pública. É uma infelicidade para eles.

Aqui estão alimentos importantíssimos para eles.

Estes são índios kayapós no McDonald's, em Brasília. Eles acham bom, porque nunca ninguém explicou o perigo dessa alimentação para eles.

Esta moça ganhou um jogo, e está com uma garrafa de Coca-Cola do lado.

Este é um índio xavante no McDonald's. Enquanto eles estão com o corpo bom, acostumam-se a comer tudo isso e depois têm problemas. Essa alimentação só traz doenças para eles.

Eles entendem tudo. Nesta imagem sou eu explicando para eles. Eles têm abstração e se interessam pelas informações.

Este é um diabético já murcho, tomando insulina, como outros.

Se não houver um processo de valorização alimentar na escola, a situação vai piorar, porque as crianças assimilam as informações mais facilmente. O adulto tem mais dificuldade em mudar os hábitos alimentares. Isso é importantíssimo, porque senão eles não vão para frente, vão se acabar.

É o importante.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Sarney Filho) - Obrigado, Prof. João Paulo Botelho Vieira Filho, Pesquisador do Centro de Diabetes da UNIFESP — Universidade Federal de São Paulo.

Foi muito esclarecedora sua exposição. Realmente, para mim, foi uma novidade a existência desse gene específico. Isso nos causa muita preocupação.

Muito obrigado.

Concedo a palavra ao Sr. Fernando Schiavini, indigenista, escritor e especialista na etnia dos índios krahôs.



O SR. FERNANDO SCHIAVINI - Inicialmente, vou ler o texto de um livro que eu publiquei em março deste ano sobre o atendimento à saúde indígena.

Vou ler o mais rapidamente possível. Depois, vou tecer alguns comentários sobre o assunto.

Quero apenas adiantar que as críticas não são dirigidas a ninguém, nem mesmo a instituições, apesar de citar alguns órgãos, porque eu entendo que são problemas de um sistema global a que todos nós estamos submetidos.

O texto apresenta resumidamente tudo o que temos para falar. Depois tecerei alguns comentários, se der tempo.

Os povos indígenas são afetados profundamente em suas culturas, assim que estabelecem contatos com a sociedade envolvente. Para terem acesso aos bens industrializados que lhes são apresentados, são obrigados a modificar hábitos e costumes milenares. São hábitos adquiridos em decorrência de um estilo de vida, cuja característica principal era a mobilidade. Mesmo os povos considerados gregários, como os pertencentes ao Tronco Linguístico Tupi-Guarani, realizavam grandes deslocamentos sazonais em busca de determinados materiais e alimentos. Deslocavam-se também para percorrer os limites do território e para praticar guerras intertribais. Muito mais do que eles, os povos habitantes dos cerrados, a maioria pertencente ao Tronco Linguístico Macro Jê, foram considerados nômades ou seminômades pelos antropólogos.

A sedentarização, forçada pelo confinamento em territórios fixos e imutáveis, acarreta complexas transformações, tanto a nível biológico quanto social.

Biologicamente, os indivíduos são afetados pela repentina mudança de hábitos alimentares, que inclui o abandono gradativo da alimentação tradicional e o consumo de novos alimentos e condimentos. Sendo



móveis e dependendo, em grande parte, dos recursos naturais para se alimentarem, tornaram-se também “sazonais”, ou seja, consomem abundantemente determinados alimentos em suas respectivas épocas de produção, passando o restante do período anual sem consumi-los. Em pesquisa realizada pela UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), na década de oitenta, comprovou-se que os povos do Alto Xingu possuem a capacidade de armazenar ferro em seus organismos por longos períodos. Essa capacidade teria sido desenvolvida pelo consumo abundante de ovos de tracajá e tartaruga, ricos em ferro, apenas nos meses de verão (período seco). A grande massa da população brasileira não possui a capacidade de armazenar esse mineral, tendo que consumi-lo diariamente, seja através dos alimentos ou de aditivos. Imagina-se, pois, por este exemplo, o enorme esforço que o organismo das pessoas indígenas precisa realizar para se adaptar aos novos hábitos alimentares.

O pior é que muitos alimentos que são quase imediatamente absorvidos pelos indígenas após o contato e consumidos sem controle são reconhecidamente nocivos à saúde humana. São eles: sal, açúcar, óleo, café, condimentos, bolachas doces e salgadas, refrigerantes, sucos artificiais. Acrescente-se a esta lista o fumo e o álcool e teremos um quadro verdadeiramente “explosivo” à saúde dos indígenas.

Atualmente, as doenças mais comuns em aldeias indígenas são praticamente aquelas que atacam as massas populacionais urbanas: diabetes, hipertensão, cardiopatias, hepatites, gastrites, úlceras, cáries dentárias, câncer, doenças mentais, entre outras. São



doenças ocasionadas, quase exclusivamente, pela ingestão de alimentos, bebidas e outros produtos.

Outras são ocasionadas pelas mudanças de hábitos e estilos de vida, como as escabioses, resfriados, gripes e pneumonias. São, geralmente, provocadas pela exposição do corpo a ataques de fungos e bactérias, que se proliferam no ambiente doméstico. São decorrentes de moradias deficientes, úmidas e escuras, do uso de roupas sem os devidos cuidados, do acúmulo de lixo industrializado e da convivência direta com animais domésticos, principalmente cachorros e gatos. São, portanto, problemas provocados pela sedentarização forçada, sem a devida adaptação.

Pode-se dizer que os indígenas estão vivendo o segundo ciclo de enfermidades que dizimaram grande parte de suas populações, no passado. As primeiras, trazidas pelos europeus, muitas vezes de forma deliberada, foram razoavelmente controladas, pelo desenvolvimento de resistência biológica e pelo advento das vacinas, como a catapora, sarampo, rubéola, coqueluche, tuberculose, entre outras.

É importante registrar que as sociedades indígenas possuíam e ainda mantêm, ao menos parcialmente, hábitos preventivos para grande parte das doenças que hoje sofrem. Esses hábitos, usos e costumes, abrangem as formas de dormir, comer, conservar e preparar alimentos, os cuidados com os dentes, pele, cabelos e unhas, a prática de esportes, os cuidados com as parturientes, os partos, os cuidados com o recém-nascidos, entre inúmeros outros. Possuem, também, conhecimentos profundos da flora e da fauna e métodos de cura, baseados na utilização de ervas e



partes de animais, aliados, eventualmente, a massagens e passes xamânicos. Esses conhecimentos, métodos, usos, costumes e hábitos, estão desaparecendo vertiginosamente, sem contar, o abandono do consumo de alimentos saudáveis, geralmente abundantes nas Terras Indígenas. Isto vem ocorrendo, em grande parte, pela perniciosa dependência criada e cotidianamente alimentada pelo sistema oficial de saúde indígena, como tentaremos demonstrar em seguida.

O atendimento governamental à saúde dos indígenas, atualmente, está sob a responsabilidade da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), subordinada ao Ministério da Saúde. Criada em 2011, em substituição à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) que, por sua vez, assumiu a responsabilidade da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), a partir de 1992. A Funai, por sua vez, havia herdado a função do extinto Serviço de Proteção aos Índios (SPI), fundado em 1910. Apesar desses primeiros órgãos não serem especialistas em atendimento à saúde, desenvolveram, em praticamente cem anos de atuação, estratégias e metodologias adaptadas às várias situações locais e regionais, além de acumularem conhecimentos importantíssimos sobre esta atividade, considerando que seus agentes atuavam diretamente nas aldeias, observando, continuamente, a mudança de hábitos e costumes das comunidades indígenas e os “gargalos” que deveriam ser atacados. Várias tentativas de conciliar o atendimento médico oficial, às práticas tradicionais de prevenção e cura das doenças estavam sendo desenvolvidas por médicos-indigenistas, a partir da década de setenta. Destacam-se, neste período, a



atuação dos médicos Douglas Carrara, da Universidade de São Paulo (UNIFESP), Oswaldo Cid e Nair Tanaka, esses últimos da Funai.

Infelizmente, esses conhecimentos foram totalmente abandonados pela Funasa, quando o órgão assumiu a função, sob a alegação que as práticas da Funai eram assistencialistas. Também sob esse argumento, inúmeras “Chácaras-Ambulatórios” espalhadas pelo país, mantidas pela Funai, foram abandonadas, ocasionando o sucateamento das estruturas construídas pelo próprio governo, dando lugar a locais de atendimento aos indígenas nos centros urbanos, em casas fechadas, localizadas, geralmente, próximas aos centros das cidades.

Até o momento, o que a Sesai vem realizando pode ser considerado, no máximo, um deficiente atendimento às doenças, aliado a um lastimável programa de “saneamento básico”. Seus programas não levam em conta, minimamente, os aspectos culturais diferenciados das populações indígenas. Objetivam implantar nas aldeias, políticas públicas desenvolvidas para centros urbanos. Praticamente inexistem políticas de prevenção, e quando tentam aplicá-las, fracassam, pois não são adaptadas às realidades locais. Pesquisas médicas e antropológicas praticamente não existem nem são incentivadas. Nenhuma campanha sobre controle de zoonoses em Terras Indígenas, nenhuma iniciativa para melhorar os padrões de alimentação, nenhuma campanha consistente sobre o uso do álcool e outras drogas (saúde mental), nada sobre a melhoria das condições de moradia, itens que, sabidamente, fazem parte do conceito de saúde, protagonizado pela Organização Mundial de



Saúde (OMS) e outras instituições. É interessante observar que a Sesai é um órgão do Ministério da Saúde, onde estão localizados outros órgãos, que são responsáveis por essas áreas.

O programa de “saneamento básico” que a Funasa iniciou e que a Sesai continua praticando nas aldeias, é criminoso, para dizer o mínimo. Poços artesianos e semi-artesianos abandonados ou sempre defeituosos, caixas d’água, chafarizes e privadas que, além de agredirem visualmente o ambiente, trazem mais doenças às comunidades indígenas. É muito comum ver nas aldeias, atualmente, crianças brincando em lamas fétidas, provocadas pelos vazamentos de canos, torneiras, descargas, fossas e vasos sanitários, construídos com materiais de última categoria.

Além de inadequadas e ineficientes, as práticas desenvolvidas pela Sesai vêm solapando, rapidamente, os conhecimentos indígenas sobre a prevenção e cura das doenças, enraizados na memória e nos usos e costumes das etnias. Isso vem ocorrendo pela crescente dependência por atendimentos hospitalares e medicamentos alopáticos, alimentada pelo atual sistema.

Assim, o que aconteceu na prática, passados cerca de 20 anos dessas transferências de responsabilidades a que nos referimos, é que, o que representava um atendimento culturalmente especializado, em franca evolução, praticado pela Funai, transformou-se em atendimento massificado, para povos diferenciados.

Onde está o indigenismo, afinal, na questão do atendimento à saúde indígena?

Consideramos, portanto, que a questão do atendimento à saúde indígena é um dos grandes desafios



do indigenismo, que precisa retomá-lo com urgência. Obviamente, isto deverá ser feito em conjunto com as lideranças, movimentos e comunidades indígenas. Mas é importante salientar que estamos falando de políticas de governo, ou seja, coisa de “branco” mesmo, não cabendo as alegações de que os indígenas precisam “caminhar com as próprias pernas”, argumento comumente usado para decretar a morte do indigenismo.

Eu não sei se ainda tenho tempo. Posso falar mais 1 ou 2 minutos?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Edmilson Rodrigues) - Há outros palestrantes e a reunião da CPI FUNAI e INCRA está sendo realizada aqui do lado. Eu e o Deputado Sarney Filho dela participamos e, daqui a pouco, temos que nos dirigir para lá. Inclusive, há requerimento meu na pauta. Eu estou sendo chamado e o Deputado Sarney Filho teve que sair rapidinho.

O SR. FERNANDO SCHIAVINI - Então, só vou fazer uma última consideração sobre o que apresentei por último.

Sou indigenista, tenho 40 anos de atuação direta em terras indígenas, fiz parte de um grupo de indigenistas que militou muito a partir da década de 70. Tenho uma visão atual. O indigenismo é zero na questão do atendimento à saúde indígena. Está havendo uma reprodução: todo o sistema que está nos matando aqui está sendo levado para a aldeia. Não há nenhum respeito às culturas, nenhuma pesquisa.

O importante é que tudo isso está previsto no Ministério da Saúde, com órgãos internos responsáveis pela área, mas nada está sendo feito. Na minha opinião, é preciso urgentemente voltar ao indigenismo, às discussões indigenistas dentro da SESAI.

Eu gostaria de falar mais sobre o assunto, mas infelizmente não há tempo.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Edmilson Rodrigues) - Obrigado, Fernando Schiavini, pela contribuição.

Sou o Deputado Edmilson Rodrigues e estou substituindo o nosso querido Deputado Sarney Filho.



Concedo a palavra ao Prof. Laércio Fidelis Dias, professor de Antropologia da Universidade Estadual de São Paulo — UNESP.

O SR. LAÉRCIO FIDELIS DIAS - Bom dia a todos.

Começo agradecendo ao Deputado Sarney Filho o convite. Fico muito satisfeito de poder estar aqui. Agradeço também à Eliane pelo contato rápido que fizemos ontem.

Vou procurar ser o mais sintético e breve possível, por causa da falta de tempo. Tenho um texto alinhavado, que vai servir para sistematizar e fechar o assunto. Fiquei feliz por preparar esta apresentação, tendo em vista o que já foi dito.

Eu gostaria de começar dizendo que as populações humanas, incluindo as indígenas, estão em constante mudança, e nessas mudanças elas procuram se adaptar biológica e culturalmente aos seus problemas ambientais, econômicos, sociais e culturais.

Assim como o estresse não leva invariavelmente a doenças, as mudanças socioculturais também não provocam necessariamente prejuízos para as populações humanas. Não são intrínsecos o estresse e a doença, a mudança e o prejuízo para as populações humanas.

De todo modo, quando duas ou mais populações se encontram, desequilíbrios podem ocorrer, especialmente quando há diferenças importantes, ou seja, desigualdades na tecnologia. Esse encontro envolve intrusão e dirupção das organizações sociais. Neste caso, toda a população sofre algum tipo de estresse, e o grupo corre risco, de fato, se não forem restaurados os equilíbrios entre sistemas nutricionais, reprodutivos e epidemiológicos. Esses são os três sistemas cruciais para se pensar no equilíbrio, no bem-estar de uma sociedade humana, mais especificamente de uma sociedade indígena, o que nós estamos a tratar aqui.

As populações indígenas atuais são sobreviventes de uma longa história, desde a chegada do colonizador europeu, marcada por intrusões de todo tipo e desorganizações no seu modo tradicional de vida. Ainda que estejam vivas, essa história tem cobrado seus custos em relação à saúde dessas pessoas. Esses custos podem ser mais bem sumarizados subdividindo-se a saúde da população em quatro subsistemas e cruzando-os com a história do encontro entre indígenas e a sociedade envolvente. São estes os quatro subsistemas: primeiro, o subsistema



epidemiológico; segundo, o subsistema demográfico; terceiro, o subsistema nutricional; e quarto, o subsistema recursos terapêuticos.

O subsistema epidemiológico inicialmente era marcado por doenças infectocontagiosas. Atualmente tem havido uma sobreposição de perfis epidemiológicos, como já apareceu nas apresentações do Sr. Antônio Alves, da SESAI, e do Prof. João Paulo Botelho. Essa sobreposição de perfis epidemiológicos significa que as doenças infectocontagiosas estão presentes e tem crescido a incidência das chamadas DANT — Doenças e Agravos não Transmissíveis, notadamente o diabetes, a hipertensão e o consumo abusivo de bebidas alcoólicas. Essas últimas doenças têm relação com mudanças no estilo de vida, conforme já foi apontado aqui.

O subsistema demográfico tem passado por várias fases. Em algumas, as taxas de nascimento e de morte são similares; em relação à periodicidade, os nascimentos crescem e depois diminuem em relação às mortes. Atualmente, há um certo equilíbrio entre nascimentos e mortes, e o crescimento da população tem sido moderado. Evidentemente, as realidades específicas de cada região são diferentes. Estou aqui procurando fazer um esboço um pouco mais geral. Isso vale especialmente para as populações indígenas do Uaçá, com as quais eu tenho contato já há algum tempo.

O subsistema nutricional, conforme já foi apontado aqui, relaciona-se com a substituição, ao longo do tempo, de uma dieta baseada em itens obtidos pela coleta, agricultura de baixa intensidade, pesca e caça, por uma dieta ocidentalizada, basicamente marcada por produtos industrializados, como açúcares simples, gordura, sal, etc.

No subsistema referente aos recursos terapêuticos, atualmente predomina o que a Antropologia chama de pluralismo médico, o que revela a mobilização de múltiplas estratégias para lidar com os problemas de saúde. São tratamentos à base de remédios caseiros nas aldeias, assistência médica nas aldeias e nas cidades, benzedoras, tratamentos xamânicos e assim por diante. A população tenta mobilizar o que é necessário para dar conta dos seus problemas, tanto do ponto de vista físico e biológico quanto do ponto de vista social e cosmológico.



O quadro de saúde no qual se sobrepõem os perfis epidemiológicos, aos quais fiz referência agora, em especial em relação às doenças e aos agravos não transmissíveis, passa por mudanças de hábitos. Para lidar com esse quadro, é necessário mudar hábitos, como já foi apontado aqui. Não se trata, no meu modo específico de entender, de voltar ao passado — a história caminha para frente —, mas de recuperar alguns hábitos alimentares e algumas práticas da cultura tradicional que possam ser armas importantes contra essas DANT.

Eu aponto também o que chamo de reavivamento étnico. Eu não diria orgulho, eu prefiro dizer que é uma satisfação em ser quem se é. Esse reavivamento étnico tem sido uma arma importante contra as insatisfações, as decepções, as dificuldades de inserção social e cultural nas sociedades envolvidas.

Insatisfações, decepções e dificuldades ajudam a entender o uso abusivo de bebidas alcoólicas nas aldeias. Eu tenho um trabalho específico sobre o consumo de bebidas alcoólicas entre as populações indígenas do Uaçá intitulado *O Bem Beber e a Embriaguez Reprovável segundo os Povos Indígenas do Uaçá*. Nele procuro revelar o papel positivo e o papel negativo do consumo de bebidas alcoólicas, como caxiri e bebidas destiladas, principalmente a cachaça, que é a mais presente. Isso mostra o papel relevante que a cultura tem no enfrentamento dos problemas de saúde.

Saúde indígena envolve um bem-estar mais amplo do que a simples ausência de doença. Ela envolve equilíbrio nas relações sociais e equilíbrio nas relações com o sobrenatural. A partir da compreensão, por meio do diálogo com as comunidades acerca do que os próprios indígenas entendem por saúde e por doença, será possível encontrar saídas para encarar os desafios que a saúde indígena enfrenta.

Esse é o recado que eu gostaria de dar no tempo exíguo que temos disponível aqui.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Edmilson Rodrigues) - Obrigado, Prof. Laércio Fidelis Dias, pela contribuição.

Concedo a palavra a Yefuka Kaiabi, da Aldeia Kaiabi, localizada no Parque Indígena do Xingu, em Mato Grosso.

O SR. YEFUKA KAIABI - Obrigado, Deputado Edmilson Rodrigues.



Bom dia aos presentes no plenário. Cumprimento o colega Antônio Alves, o João Paulo, que fez uma excelente apresentação, e o nosso amigo Fernando.

Sr. Deputado, quero aqui colocar primeiro a questão da atenção primária aos povos indígenas.

A Secretaria Especial de Saúde Indígena, através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas — DSEI, já está atuando na questão da atenção primária. Está sendo feito esse trabalho, mas ele precisa ser fortalecido, principalmente em relação à hipertensão, ao diabetes e à obesidade, como dito na apresentação do João Paulo. Essa atenção primária tem que ser aprofundada tecnicamente, com as equipes de área, com as equipes dos polos. É realmente muito assustador o que ocorre com a saúde dos povos indígenas.

Srs. Deputados, esse trabalho está sendo feito, mas precisa ser fortalecido. A SESAI, através do DSEI, precisa aprofundar a atenção primária nessa questão de vigilância epidemiológica, como foi falado aqui na apresentação dos colegas.

O que está pegando para nós, realmente, é que os povos indígenas estão morrendo de doença. Quando se sai da área, principalmente quando se sai da área do polo para as Casas de Saúde Indígena — CASAI, e quando se sai dali para os hospitais, morrem crianças, morrem adultos.

Deputado Sarney Filho — que chegou agora —, o Sistema Único de Saúde não está atendendo a nossa demanda. Os hospitais regionais não estão tendo estrutura para atender os povos indígenas. O nosso povo está morrendo, as nossas crianças estão morrendo de doenças que teriam cura. Estão morrendo de doença respiratória, estão morrendo por desnutrição. O Sistema Único de Saúde não oferece com qualidade o atendimento para os povos indígenas.

Eu quero aproveitar para fazer uma denúncia aqui de que médicos se recusam a atender nossos pacientes. Não só indígenas, mas os médicos também não querem atender os brancos. Se eles se recusam a atender povos indígenas, muito menos atenderão os brancos. Nós temos as CASAI, que nos dão suporte. E os brancos, que estão na fila há mais de mês?

Quando os nossos pacientes chegam às CASAI, de lá eles são encaminhados aos hospitais do SUS. No nosso caso, no Xingu, o Hospital Regional de Água Boa não tem estrutura. O médico faz regulação para qualquer Município



que tem UTI, onde há centro de regulação, para poder tratar nossos pacientes. Demora 1 semana, 2 semanas, e já morre. Volta de quê? Em um caixão!

Quando é um paciente de idade — eu pessoalmente acompanhei um caso —, e esse paciente precisa de UTI, dizem: “*Não, esse aqui já está velho, vai morrer mesmo. Se for criança, aí sim, vamos priorizar. Tem que esperar.*” É assim que os médicos do SUS falam para nós. O próprio médico do SUS entra no Ministério Público contra o Estado para poder conseguir vaga em outra cidade.

Muitas vezes, nós mandamos nossos pacientes para Brasília, para Goiânia, para São Paulo, porque o Estado de Mato Grosso está muito atrasado para dar estrutura aos hospitais regionais. O Estado de Mato Grosso é um dos piores, porque ele não tem boa estrutura. Por isso, os povos do Xingu não querem ir para a capital, Cuiabá, porque o hospital de lá é muito ruim.

Muitas vezes, Dr. Antônio, você tem assumido isso. Você usa o seu CRM e não manda pacientes para cá. E nós temos mandado os índios para cá, mesmo sendo errado, mesmo sabendo que a nossa região é no Estado de Mato Grosso. Nós não confiamos no nosso Estado, porque nosso Estado não oferece a mínima estrutura para atender os nossos pacientes.

Nós continuamos batendo na tecla para que os nossos pacientes continuem sendo referenciados em Brasília, Goiânia, São Paulo. É isso, essa é a nossa bandeira, é isso o que nós vamos defender. É isso o que eu quero registrar aqui.

Por isso, Deputado, ajude-nos a cobrar do Ministério da Saúde que melhore isso. A Conferência Nacional de Saúde vai acontecer em Brasília. É o momento de mudança, é o momento de conferir aquilo que o Sistema Único de Saúde não oferece para os povos indígenas nem para os povos brancos. Nós temos que mudar isso.

Como o tempo é muito limitado, eu quero registrar isso. Muito obrigado pela oportunidade. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Sarney Filho) - Obrigado, Yefuka Kaiabi, do Parque Indígena do Xingu, testemunho vivo de como está essa situação.

Nós vamos passar a palavra agora a palavra ao Rafael Waree, xavante de Marãiwatsédé.



O SR. RAFAEL WAREE - Bom dia, Deputados; bom dia, parentes; bom dia, pessoal que está no plenário.

Eu vou falar aqui de um problema que estamos vivendo também com os xavantes. A situação já foi relatada. Lá está acontecendo diabetes, obesidade. Então, esse é um problema grave para nós. Agora, não existe um trabalho de conscientização, um projeto que resgate o nosso alimento, que incentive o nosso alimento. Em consequência, nós estamos vivendo com esse problema de saúde. E a SESAI, muitas vezes, não dá conta de atender essa problemática.

O que eu questiono é se a Secretaria poderia desenvolver um trabalho de prevenção. Em vez de comprar mais remédios e construir casas, poderia incentivar o trabalho de prevenção. O que é prevenção para nós? É alimento saudável, nossos alimentos tradicionais. Isso preserva a nossa saúde, isso combate doenças, não é remédio. Então, isso está faltando.

O atendimento no Município também não é muito bom. Pelo menos em Mato Grosso, como o parente falou, nós temos enfrentado esse problema nos nossos Municípios, como Barra do Garças. Chega lá o paciente e não existe UTI para doenças graves. Ele tem que esperar muitas vezes no corredor, na sala, ou às vezes tem que voltar para a CASAI naquele estado muito grave para aguardar ser atendido.

O relato que eu vou fazer é o caso do meu pai, que ficou numa CASAI, com doença grave, foi para o hospital e não tinha vaga na UTI. E aí ficou numa salinha qualquer, aguardando uma vaga na UTI. E nós tivemos que acionar o Ministério Público, para que o Ministério Público mandasse ofício para o hospital. Só quando isso aconteceu é que arrumaram vaga para o meu pai, que, infelizmente, não está mais entre nós, se foi.

Como esses, há vários acontecimentos. E aí nós perguntamos: onde está o atendimento à saúde diferenciado nessa hora? Na prática nós precisamos ver isso.

Eu estou falando isso porque eu sinto falta, nós não vemos isso na prática. Nós somos tratados muitas vezes como um cidadão qualquer, como se não existisse uma lei específica de saúde diferenciada, de atenção à saúde. Pelo menos no Município onde nós somos atendidos, não existe isso. E quando nós questionamos o



médico, o médico fala que isso não existe. Nós somos tratados igualmente. Se tivermos que morrer na fila, vamos morrer.

Também existe outro caso: o médico se recusou a atender gestante que teve que ganhar o bebê no banheiro. Esse é o caso de uma xavante de Água Boa.

É muito triste. É muito triste isso. É discriminação de quem está fazendo o trabalho junto com o Município, do Governo Federal. Então, é difícil.

Nós vemos estrutura, transporte, CASAI e equipes, só que nas aldeias, com necessidade real, doenças, a gente sente falta do atendimento. Não adianta nada só ter a estrutura que foi construída — transporte, casa — e pessoas, como os médicos e enfermeiras.

Então, Antônio Alves, Secretário, tem que olhar mais de perto, dar atenção a Mato Grosso também. Até o xavante não gosta do atendimento em Cuiabá. Só que eles são obrigados a ir muitas vezes a Cáceres, a Cuiabá contra a sua vontade. Quando se recusam a ir, ficam abandonados. Ninguém da saúde vai olhar, nem dá outra sugestão, ir para Goiânia, para Brasília. Se quiser, vai para Cuiabá ou Cáceres. Aqueles que se recusam a ir não têm atendimento. Para que existe a estrutura? Não existe outro caminho a se buscar? É falta de respeito isso. É falta de respeito com os povos indígenas, com o ser humano. Eu estou falando isso.

Outro problema é que acabou o papel de nossos caciques. Muitas vezes, eles, que veem esses problemas, levam a reivindicação, e não são atendidos. Por isso nós estamos vivendo com esse problema. Por que não é atendido, muitas vezes? Porque existe conselho, e muitas vezes não funciona isso. Na tradição nossa, a liderança é o próprio cacique. Ele exerce esse papel de reivindicar, de mostrar o problema da comunidade. Ele busca a solução para a comunidade.

Nós precisamos repensar essas coisas. Como o Fernando falou, o modelo branco para dentro da aldeia não funciona, porque nós vivemos de modo diferente, nós temos a tradição, e a tradição deve ser respeitada.

No caso dos marãwaitisés também, hoje têm três aldeias, no total quatro aldeias agora. Como vão ficar essas três aldeias? Uma aldeia está ficando conhecida. Nós ocupamos uma fazenda conhecida como Jordão. Lá está uma aldeia. Em nenhum momento os carros da SESAI vão fazer visitas na aldeia, porque nós estamos com problema interno. A situação do branco entra na aldeia. Isso é



problema. Nossa aldeia na Jordão não é visitada. Não existe transporte nenhum para levar alguém que estiver doente. Só visitam uma ou duas aldeias, ou ficam lá. Quem vai acompanhar isso? A gente reivindica, e muitas vezes isso não chega a Brasília. Então é problema.

O Deputado Sarney Filho precisa dar esse apoio a essa luta, para mudar, respeitar de verdade a nossa população na área de saúde.

Chega de modelo branco! Respeitem a tradição nossa. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Deputado Sarney Filho) - Muito bem, Rafael Waree.

É justamente por isso que estamos fazendo esta audiência pública. Nós vamos tirar uma série de decisões, transformá-las em iniciativas legislativas, requerimentos. Achei muito importante o que o Dr. João Paulo Botelho, nosso pesquisador, falou. O fato de existir um gene específico tem que ser levado em consideração. Até mesmo na distribuição da cesta básica, isso tudo tem que ser revisto.

Tem a palavra a nossa última expositora, Patrícia Chagas Neves, Coordenadora-Geral de Promoção dos Direitos Sociais da FUNAI.

A SRA. PATRÍCIA CHAGAS NEVES - Bom dia a todos e a todas. Bom dia, parente.

Eu vou tentar me ater aos 5 minutos, a pedido do Deputado Sarney.

Queria só fazer um histórico, bem rapidinho. Até 1999, a saúde era prestada diretamente pela FUNAI. De 1999 a 2010, ela passa a ser atribuição da FUNASA. Em 2010, há a criação da Secretaria Especial da Saúde Indígena, que foi uma luta também do movimento indígena. O movimento indígena, em vários momentos, solicitou a criação dessa Secretaria específica, ganhando força dentro do próprio Ministério da Saúde.

Em 2012, houve a reestruturação interna da FUNAI. Com essa reestruturação, foi criada uma coordenação que tem como uma das suas atribuições fazer um monitoramento. Esse monitoramento não seria na linha de fiscalização, mas sim na de construção conjunta, com o Ministério da Saúde e a Secretaria Especial da Saúde Indígena, da garantia do direito à atenção à saúde diferenciada e da valorização principalmente da medicina tradicional.



A FUNAI entende que tem contribuições a dar em relação à saúde indígena, por mais que não preste esse serviço diretamente. A saúde não é uma concepção única de ausência de doença. Ela é muito mais do que isso. Nas ações de monitoramento territorial em que a FUNAI tenta fazer a extrusão daqueles garimpeiros, daqueles madeireiros que estão invadindo a terra indígena, ela está também contribuindo para a saúde, porque aquele rio não vai estar contaminado, não vai estar com mercúrio, os indígenas vão poder utilizar o território deles na sua totalidade.

As ações de gestão ambiental, uso de solo, recuperação de área degradada, isso tudo também dialoga, de certa maneira, com a saúde dos povos indígenas. Tentamos fazer essa ampliação.

Menciono também, é claro, as ações de etnodesenvolvimento, com enfoque sobre segurança alimentar. Se não há comida, é difícil se ter saúde. Obviamente, eu me refiro a comida de qualidade. O que a FUNAI tenta hoje é um resgate das culturas tradicionais, das feiras de troca de sementes. Procura fazer realmente o resgate de uma alimentação mais saudável, mas, óbvio, tentando o diálogo e não desconsiderando a autonomia que aquele povo também tem quanto às decisões sobre o que eles querem para aquele momento.

Também há ações de direitos sociais e cidadania. Por exemplo, o acesso ao dinheiro pode ser um dos itens considerados como de abertura, de entrada de outros hábitos nas terras indígenas. Há hoje os direitos previdenciários, os direitos às políticas de transferência de renda.

O que nós tentamos hoje é conversar com os indígenas sobre o uso daquele recurso, o uso daquele dinheiro, sobre o que vai ser comprado. É para comprar refrigerante, é para comprar doces, ou pode ser utilizado, por exemplo, para comprar um barco para a comunidade, para realizar ações mais integrais?

Queria abordar aqui também a questão das mudanças de hábitos de vida. A entrada do Estado brasileiro nas terras indígenas com os postos indígenas à época, com a fixação de um posto de saúde, com a fixação de uma escola, isso tudo contribui para a fixação daquele povo em torno dessa estrutura de Estado, que também é uma reivindicação desses povos. A entrada dessas estruturas faz com que sejam mudados hábitos desses povos, que, muitas vezes, eram seminômades



ou ainda coletores. Precisamos considerar, entretanto, que essas estruturas não conseguem ser seminômades como eram. O Estado, entrando nessas áreas, promove um pouco essa fixação dos indígenas.

Não dá para falar de saúde sem falar da PEC 215. A relação dos povos indígenas com o seu território, com a terra é intimamente ligada à saúde, e essa PEC vem ferir inclusive a saúde dos povos indígenas. Nós precisamos realmente entender a integralidade da saúde e considerar a terra como um dos itens principais em favor da saúde desses povos.

Então, queria reforçar aqui que essa PEC fere, em grande medida, o direito dos povos indígenas à saúde. *(Palmas.)*

Eu estou tentando falar dentro do prazo de 5 minutos, como foi pedido, mas a apresentação fica um pouco atropelada.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Sarney Filho) - Tem mais 1 minuto.

A SRA. PATRÍCIA CHAGAS NEVES - Quero dizer ainda que nós estamos tentando trabalhar em conjunto com o Ministério da Saúde para tentar pensar em uma política de saúde mental com os povos indígenas. Estamos tentando pensar junto com os povos indígenas também. É um desafio grande que existe hoje fazer a discussão sobre consumo de álcool, sobre consumo de outras drogas dentro das terras indígenas. Há também a questão do suicídio.

É uma área em relação à qual a FUNAI está tentando, junto com a SESAI e o Ministério da Saúde, a Coordenação de Saúde Mental, pensar estratégias de atuação — confesso que não é fácil, não é muito tranquilo trabalhar com isso — e de reforço da atuação.

Neste momento existe um grupo de trabalho de reformulação da política de atenção à saúde dos povos indígenas. A FUNAI faz parte dele, assim como os indígenas por intermédio, acredito, dos Presidentes de CONDISI. É um momento de reformular, de pensar essa política de saúde, saber se é necessário ou não o aumento do escopo de atendimento. Isso fica para reflexão.

Acho que eu consegui.

Muito obrigada. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Deputado Evair Vieira de Melo) - Bom dia a todos.



Estou tendo a oportunidade, dada pelo Deputado Sarney Filho, nosso Líder, de presidir esta reunião.

Eu sou o Deputado Evair Vieira de Melo. Sou do PV do Espírito Santo. É uma alegria estar com vocês aqui.

Terminadas as exposições, eu queria disponibilizar a palavra a quem quiser fazer uso dela pelo prazo de 3 minutos. *(Pausa.)*

Por favor, informem o nome e a ocupação, para que fiquem registrados nos Anais desta Casa e sejam divulgados por meio das transmissões que estão acontecendo.

A SRA. MARLI BOTELHO PEREIRA - Meu nome é Marli Botelho Pereira. Eu sou do Centro Espírita Fraternidade Alan Kardec. Eu já estive em Cuiabá, Mato Grosso. Eu acompanhei e acompanho esse trabalho dos indígenas. Eu nasci em Roraima, e nós temos os nossos índios. Eu trabalhei em Boa Vista, Roraima, na área ianomâmi, em toda a reserva lá. Então, eu tive uma ideia muito clara.

Eu acho que os indígenas poderiam, para nos ajudar e também para ajudar a si próprios, ter a sua plantação. Seria, por exemplo, uma plantação de arroz, de feijão, para ajudar na alimentação deles. Isso não impede que nós brancos... Na realidade, eles podem se considerar menosprezados, e não podemos menosprezar os índios. Os índios são como todos nós. Ninguém é melhor do que o índio. Eles são iguais a nós, e nós somos iguais a eles, somos iguais aos negros.

Vejam bem, se formos pensar em termos de política pública, poderemos pegar esses projetos e leva-los à frente. Para todos que falaram, inclusive para Sarney Filho, dinheiro não falta, mas falta boa vontade dos políticos para fazerem o bem à humanidade, para fazer o bem aos índios, que é o que eles querem. O que eles não têm que podemos oferecer? É o que eles estão pedindo. Não é falta de recurso! Não é falta de recurso. Mas o Brasil tem uma dívida muito grande. Não é assim? Mato Grosso. Os índios pagam a dívida? Pagam, porque Deus é bom. Deus não é bom?

Eu estava olhando ali o índio falando. Como ele falava com carinho, com prioridade, com amor, com alegria, pedindo, solicitando! Mas os projetos ficam engavetados. Eu gostaria de dizer algo claramente aos meus irmãos. Eles são meus irmãos. Eu também tenho sangue de índia. Eu sou roraimense, mas tenho sangue



de índia. Minha avó é índia. Quero deixar claro que precisamos ir avante junto com todas as outras nações, que também têm seus índios, e os seus índios são amparados. Por que o Brasil também não pode amparar os índios da Amazônia internacionalizada pela fome da humanidade? Não é verdade? Temos que aceitar isso. Precisamos aprender a amá-los — vejam o que disseram Sócrates, Platão, Jesus. Eles estão trabalhando, lutando, enfrentando a humanidade, a fome deles e também da humanidade.

Então, eu gostaria de dizer ao nosso representante Sarney, ao nosso representante que está ali que nós devemos retirar os projetos das gavetas e procurar trabalhar em função deles, mas eles podem também fazer a sua plantaçãozinha de 50 hectares de arroz, por exemplo, de feijão. O que eles não têm? Açúcar? Vamos então levar até eles açúcar, bolacha, leite, assim por diante.

Obrigada. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Evair Vieira de Melo) - Agradeço imensamente a participação, que enriquece o conteúdo do debate.

Continua a palavra franqueada a alguém da plenária que queira dizer algo.

(Não identificado) - Bom dia, Mesa. Bom dia, parentes. Eu sou uma liderança jovem indígena e estou aqui acompanhado por lideranças tradicionais.

Estamos aqui hoje participando desta audiência. Como liderança jovem, quero me colocar como liderança indígena também. Temos acompanhando as audiências públicas. Dentro desta Casa realmente acontece muita coisa que não é do jeito que acontece nas comunidades indígenas, não é do jeito que os povos indígenas necessitam para que possam ter boa saúde. Eu acho que tem que haver mais acompanhamento direto de quem vive lá dentro. Os Parlamentares decidem as coisas em relação à saúde e outras questões sem fazer uma consulta aos índios. A decisão da gente é totalmente diferente. Acho que uma clareza seria importante ter.

Outra coisa: a gente vê e fica sabendo que entram milhões e milhões para a saúde pública, não só para a saúde do índio, mas também para a saúde dos brasileiros, da população brasileira. Para onde vai esse dinheiro, esse recurso? Tinha que haver mais vontade de se trabalhar com a questão da saúde, não só dos povos indígenas, mas também do Brasil inteiro, que sabemos que está péssima. Eu quero colocar isso para vocês, para deixar registrado nesta Casa.



Quero também comentar um pouco, como ela, sobre a PEC. Já está difícil a questão da saúde das populações indígenas. Se por acaso a PEC vier, como vamos ficar? Com certeza vai nos prejudicar muito, mais do que já estamos sendo prejudicados. A nossa saúde vai ficar onde, se perdermos as nossas terras, se perdermos os nossos alimentos, se perdermos os nossos rios, se perdermos o nosso direito de vida? Como vai ficar a nossa saúde?

O que eu tenho para colocar é isso.

Obrigado. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Evair Vieira de Melo) - Obrigado pela intervenção.

O senhor tem a palavra.

(Não identificado) - Bom dia, Dr. Antônio Alves, Deputado, demais participantes da Mesa.

Hoje estamos falando, nesta audiência pública, da saúde. Também queremos colocar as nossas preocupações com relação a todo o atendimento que a população indígena no Brasil está enfrentando. Não está sendo contemplado com toda a esperança com que a saúde poderia estar sendo feita para o nosso País, onde as populações indígenas são atendidas.

A SESAI, desde que foi criada, colocou as suas normas e regras de atendimento integrado. Já sabíamos que isso poderia estar causando essa situação de atendimento das populações indígenas.

Também quero questionar um pouco o atendimento às populações indígenas. Sabemos que o atendimento é diferenciado e especial. Por que, então, a SESAI, junto com o Ministério da Saúde, não reconhece e faz esse atendimento reconhecido, especial e diferenciado às populações indígenas?

Quero registrar também que o atendimento às populações indígenas não pode ser regionalizado, não pode ser municipalizado, pois o atendimento da SESAI é federal. Então, não deve ser limitado o nosso atendimento. O atendimento da população indígena teria que ser aberto em todos níveis, em todos os Estados onde a população indígena tem que ser atendida. Eu estou falando isso porque o Estado de Mato Grosso não atende às necessidades das populações indígenas. Ele recebe,



nós somos afetados, e não são resolvidas as situações de saúde dos índios que habitam no Estado de Mato Grosso. Isso eu quero registrar.

Queremos que os Deputados nos apoiem em relação a isso. O subsistema de atenção à população indígena tem que ser reconhecido no nosso País. Que os índios também tenham seus direitos e costumes diferenciados! Todo o atendimento às populações do nosso País, que é o Brasil, tem que ser diferenciado conforme a especificidade cultural de cada povo.

Isso eu quero deixar registrado.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Evair Vieira de Melo) - Agradeço mais uma brilhante contribuição.

Estamos com os horários da Casa bastante apertados, e eu quero passar palavra ao Sr. João Paulo. Temos mais uma vaga para inscrição. (*Pausa.*) Então o Sr. João fala, você fala, e encerramos.

O SR. JOÃO PAULO BOTELHO VIEIRA FILHO - Eu queria dizer do grande valor da batata-doce, que é proveniente dos índios e é um alimento da maior qualidade possível. O nome é batata-doce, mas ela baixa o açúcar do sangue, baixa o mau colesterol, é rica em fibras, é riquíssima em antioxidantes, que evitam o envelhecimento, doenças autoimunes. Os índios também têm que dar sua contribuição com suas roças orgânicas. Nós da cidade queremos comer alimentos orgânicos. E a batata-doce é o que há de melhor. Ela não pode ser esquecida. A outra batata, a frita que vocês comem, a branca, não vale nada. Ela tem nitrosaminas, que são cancerígenas. Nós procuramos não comer a batata frita, essa comum, amarela. A batata-doce é valiosíssima.

O feijão se aproxima da carne. Não podem abandonar o feijão de rama, que eu via na roças dos xavantes. O feijão, a batata-doce não podem ser abandonados, porque são alimentos de primeira.

Quando tiverem que comer arroz, porque já se acostumaram, o melhor é o arroz integral. Eu conhecia o dos xavantes, o arroz de pilão. Agora vem o arroz branco lavado, que não tem vitaminas, não tem valor e promove a engorda.



A batata-doce é o que há de melhor. O feijão, a abóbora e a mandioca ou farinha de mandioca têm que entrar na alimentação diária, misturada com arroz. (Palmas.)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Evair Vieira de Melo) - Muito bem, Sr. João. Eu fui criado com batata-doce. Por isso eu estou com saúde.

Essa salva de palmas é um incentivo.

O SR. JOÃO PAULO BOTELHO VIEIRA FILHO - Eu também como batata-doce todo dia. Os japoneses estão vendendo no mundo a batata-doce caiapó, a *Ipomoea* caiapó, estão ganhando dinheiro no mundo inteiro vendendo batata-doce para diabéticos. Ela é usada também em tratamento de diabéticos.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Evair Vieira de Melo) - Quando eu ainda era criança, o meu trabalho era pegar rama de batata-doce e ir enterrando-a nas margens das estradas, nos morros, para depois sair colhendo.

Tem a palavra o último inscrito.

(Não identificado) - Eu acho que vocês têm que ouvir. Aqui não há um povo só. Nós viemos de muito longe. São 3 dias de viagem. Estamos aqui há mais de 1 semana, há 2 semanas. Eu acho que têm que ouvir um pouquinho de cada, nem que vocês deem 5 ou 3 minutos para cada um. Nós falamos bem rápido.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Evair Vieira de Melo) - Eu abri a palavra, e ninguém se inscreveu.

(Não identificado) - Nós temos mais três inscritos. Ele e o do povo caiapó ali.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Evair Vieira de Melo) - Perfeitamente. Eu tinha dado como encerrada a inscrição porque só havia um inscrito. Só ele havia se inscrito, e eu pedi manifestação.

O SR. KULUMAKA MATIPU - Bom dia a todos. Meu nome é Kulumaka. Eu sou do povo matipu. Estou com 20 anos de pesquisa dentro do subsistema de saúde indígena. Eu comecei a trabalhar como agente indígena de saúde. A minha família é sofrida de doença do índio, e hoje também sofremos doença do homem branco. Eu já perdi muitas famílias. Eu estou muito preocupado com meu povo, com essa redução de população que está acontecendo.

Então, a minha solicitação é esta: eu preciso de julgamento de mortes dentro do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, também dentro do Sistema Único de



Saúde. Eu estive esperando o momento certo para solicitar apoio através da FUNAI, que é órgão do Ministério da Justiça. Realmente, a nossa saúde está abandonada pela Justiça.

No Hospital Regional de Água Boa, um médico está nos matando através de endovenosa. Meu sobrinho foi vítima desse aí. Eu fico doente, eu me interno lá, passo a receber solução fisiológica através de endovenosa; daqui a pouco, outro entra para avaliar e já coloca iodo lá; demora meia hora, e eu morro. Então, antes de eu ser vítima disso, de parentes serem vítimas disso, eu tenho que denunciar isso aqui.

Eu sou um pesquisador de serviço secreto na área da saúde para meu povo. Isso é verdadeiro, eu andei lá, eu dormi lá. No Estado de Mato Grosso, eu articulei, e, através de jornalista, nós denunciamos no Google. Está lá meu nome, Kulumaka Matipu, no Google. Podem acessar que está lá minha denúncia. O Ministério Público já chegou lá, e ignorou isso. A Procuradoria-Geral de Barra do Garças encaminhou isso para o Secretário de Estado de Segurança Pública e para a Procuradoria também.

Eu vim aqui para denunciar isso. Isso não pode acontecer. Eu assumo a responsabilidade de responder isso. Eu falei lá, e, se alguém que for contra essa denúncia, então... Eu posso dizer o nome dele. Ele tem que apodrecer na cadeia. Eu estou segurando, por enquanto. Essa é a minha ética de pesquisa. Aqui eu quebro essa ética de pesquisa.

Era isso que eu queria falar aqui.

Obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Deputado Evair Vieira de Melo) - Está feito o registro. Com certeza, isso está sendo anotado pela Mesa. Ficará registrado nos Anais da Casa e será encaminhado para averiguação.

Quero pedir ao senhor que depois faça oficialmente o registro aqui, forneça os dados certos, o contato, a fim de que possamos fazer o encaminhamento a Comissões, para que ocorram as devidas providências.

O senhor tem a palavra.

O SR. TABATA - Bom dia. Meu nome é Tabata, da etnia cuicuro.



Antônio Alves, você, que está aí, sabe que eu trabalhei na CASAI por 8 anos, quase 9 anos. No começo, o atendimento à saúde lá ficou legal, depois foi caindo, foi caindo.

Eu sei que vocês liberam recursos para atender nosso povo há 5 anos, e não sei para onde isso vai. Eu quero saber sobre o nosso atendimento no Xingu. Existe dinheiro para a saúde, só que o povo que trabalha, que cuida do povo indígena... não sei como eles fazem. É como falamos para você pessoalmente: aquele que não presta, que não sabe trabalhar com o povo indígena tem que ser tirado. Até você mesmo falou lá no Caiapó, uma gravação eu ouvi: *“Aquele que não presta tem que sair”*. Você tem que ouvir. Há aquele que não presta, que não sabe trabalhar, que está roubando o dinheiro do povo indígena, e a gente fala para você: tem que tirar. O Deputado que está aí, vocês que estão aí na Mesa têm que ouvir, escutar o que é sofrimento nosso.

Ouviu, Antônio? É isso que eu quero passar para você. Eu quero que responda o que a gente está falando para você, para a gente ouvir depois.

Obrigado. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Evair Vieira de Melo) - Obrigado pela intervenção.

O senhor tem a palavra.

O SR. PAPRÉ METUKTIRE - Bom dia a todos os parentes. Quero cumprimentar o pessoal da Mesa, o Deputado e o Secretário Antônio Alves.

Quero me dirigir diretamente ao Antônio Alves, que é nosso chefe perante a saúde indígena.

Antônio, o nosso atendimento de saúde não está muito bom na base. Talvez o senhor receba relatório dos coordenadores dos 34 distritos. O relatório foi bem apresentado aqui. Eu estava lendo, e eu não concordo com o relatório.

Dr. Antônio Alves, a nossa população de Mato Grosso — eu vou falar do Distrito Caiapó — está aumentando. Dr. Antônio Alves, o dinheiro que entra para a saúde indígena do Distrito Caiapó, eu não sei para onde ele vai. O atendimento da saúde está precário no Hospital Regional de Colíder. E as demais coisas que precisam ser resolvidas acabam não sendo resolvidas.



Nossa população — eu vou dizer de novo — está crescendo cada vez mais. Então, precisamos que o atendimento da saúde indígena seja verdadeiramente diferenciado. Na lei, a nossa saúde é diferenciada, mas, na prática, Dr. Antônio Alves, como você é representante nosso, do povo indígena, você tem que tomar essa atitude, tem que ver, tem que olhar, tem que conversar com os seus coordenadores que o representam na base.

É isso o que eu coloco aqui para você, Dr. Antônio.

Tenho muitas coisas para falar, mas o tempo está delimitado. Eu estou aqui representando o meu povo caiapó. Sou Vereador daquela região. Estou aqui falando nesta audiência pública que está acontecendo.

Muita coisa tem que ser melhorada na saúde indígena da nossa região. Eu estava acompanhando aqui o relatório. Como eu falei, no papel é muito bem feito, mas, na prática, Dr. Antônio Alves, nós estamos tendo dificuldades de atendimento, estamos tendo dificuldades dentro da aldeia.

Para finalizar, eu quero dizer para você, Antônio, que eu acho que existem médicos indígenas que se formaram junto com aqueles que estão no Programa Mais Médicos. Eu acho que existem indígenas que estudaram e têm que ser vistos, têm que ser contratados para atender a demanda da saúde dos povos indígenas. Eu acho que os parentes que se formaram para cuidar do indígena vão melhorar o atendimento à saúde indígena dentro das bases.

É isso o que eu tenho para dizer a todos aqui.

Muito obrigado. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Evair Vieira de Melo) - Obrigado.

Saúdo aqui o Vereador. É de que Município?

O SR. PAPRÉ METUKTIRE - São José do Xingu.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Evair Vieira de Melo) - Seja muito bem-vindo a esta Casa. Quem sabe vem para cá como Deputado Federal? (*Palmas.*)

O SR. PAPRÉ METUKTIRE - É uma ideia. É um objetivo nosso para 2018.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Evair Vieira de Melo) - Eu sou um incentivador de que venham para a política. Os setores, os segmentos, as categorias, os indígenas precisam vir para a política. Vocês estão jogando muito com jogador emprestado e, na hora de a bola ser dividida, vocês sabem o que



acontece. Eu sou um incentivador disso, porque esta Casa precisa ter, além dos defensores das causas indígenas, legítimos representantes de sangue indígena andando por esses corredores com este pequeno bóton, para que possam fortalecer ainda mais a defesa dos direitos e garantias dos povos indígenas.

O senhor tem a palavra.

(Não identificado) - Eu sou caiapó do DSEI Caiapó, sou assessor de lá. Vou ser bem breve. O que eu tenho a dizer aqui é que, como outros parentes já falaram, estão acontecendo alguns pontos negativos no relacionamento dos povos indígenas com a SESAI.

O principal ponto é uma dinâmica que temos que elaborar para haver um diálogo entre os povos indígenas e a SESAI. O nosso representante dos povos indígenas, o Sr. Antônio Alves, está ali, e eu vou ser bem claro: no DSEI Caiapó, fazemos reuniões nos Municípios e fazemos acontecer o atendimento do subsistema, mas precisamos de um reforço aqui para que o preconceito nos nossos Municípios não aconteça mais.

Lá no DSEI Caiapó está acontecendo isso. Médicos do subsistema não estão querendo atender os nossos indígenas caiapós. Há só uma etnia no DSEI Caiapó, é uma observação que faço.

Como nossos parentes falaram aqui, precisamos de um diálogo, precisamos de um intercâmbio, precisamos da SESAI dentro das aldeias, para que aconteça um trabalho melhor da SESAI.

O que eu tenho a dizer é só isso. Pode passar a palavra para alguém mais que quiser falar. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Deputado Evair Vieira de Melo) - Obrigado pela contribuição.

O SR. RANDU UMBÁ - Bom dia. Eu me chamo Randu Umbá, do povo kisêdjê, conhecido por suiá. Sou do leste do Xingu.

Aproveitando esta audiência pública sobre saúde indígena, sobre saúde pública, quero agradecer ao Fernando, que apresentou muito bem o trabalho sobre a SPDM.

Também quero agradecer ao nosso chefe, Antônio Alves, que vem começando a trabalhar conosco.



Todo mundo já falou dos problemas que estamos enfrentando, Deputado. Eu queria até agradecer a você também, a vocês que nos receberam, ao Deputado Sarney Filho.

O problema da saúde, de que todo mundo falou aqui, Deputado, é que a saúde indígena ainda está longe de avançar. Como é que nós vamos melhorar o atendimento à saúde indígena? Antônio Alves está aí tentando resolver o problema da saúde indígena, só que até agora não conseguimos avançar, ainda. Dinheiro nós temos, mas é muito pouco. A demanda é grande. É por isso que precisamos ter mais recursos, para ver se conseguimos resolver a demanda da saúde indígena.

Outro ponto. Nós indicamos Antônio Alves para olhar para o nosso povo indígena. A gente olhou ele igual o pessoal da SPDM, como o Douglas, que vem trabalhando com a saúde indígena. Então, a gente indicou ele, para ele chegar na aldeia para conhecer as lideranças, conhecer as aldeias, a distância, o tempo que leva para se chegar lá de carro, de barco ou de avião, para ele fazer os cálculos e trabalhar em cima disso. Mas ele não chegou ainda, ele tem muitas demandas.

Então, Dr. Antônio Alves, acho que todo mundo já falou sobre o trabalho nosso. Eu também trabalho com saúde indígena. Sou motorista e trabalho levando os pacientes para as nossas referências.

Quero falar com a FUNAI também, com o pessoal da FUNAI, com a Patrícia. A FUNAI tem que chegar mais perto da saúde também, porque nós estamos enfrentando muitos problemas. Muitos indígenas não têm documento ainda, não têm identidade, certidão, e isso está prejudicando muito o atendimento. Temos que correr para apresentar de qualquer jeito o nome, e o nome fica errado, e a pessoa fica fazendo um processo. Então, é isso que eu quero que o Antônio Alves também veja para nós, para trabalharmos igual à FUNAI vem trabalhando com nós.

Por que falamos isso? Porque a Secretaria Especial tem o nome de “especial”. É isso que eu quero que o pessoal que trabalha com saúde indígena entenda. A FUNASA, que nós reclamamos, ainda nos respeita muito. Mas, agora que criamos a Secretaria Especial, não estão nos respeitando. Eles estão regularizando o nosso atendimento — como o Yefuka já falou —, estão descartando todo o debate da liderança, que brigou para ter atendimento diferenciado.



Então, eu acho que isso tem que ser fortalecido, porque a Lei nº 8.080, de 1990, defende o direito indígena para atendimento diferenciado. E o Antônio Alves sempre falou sobre isso com nós, quando eu ainda estava como Vice-Presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena — CONDISI. Mas só que a turma que trabalha para ele não está fortalecendo. Ela está fortalecendo o Sistema Único. Por isso a saúde está ruim para nós.

Essa apresentação sobre diabetes que o nosso colega fez, isso também não é falta da equipe ensinar. É claro que a equipe que está na área também nos ensina como vamos comer a comida de vocês, porque não é costume nosso. Mas nós não sabemos comer. Nós compramos, buscamos, levamos para a aldeia, e isso está prejudicando os nossos velhos e jovens. Nós vamos ter que ajudar vocês também quanto a isso.

Outro ponto que eu quero falar, Dr. Antônio Alves, Deputados e colegas que estão aqui presentes, é que nós temos que ver outra solução para nós facilitarmos esse negócio de licitação. Eu sei que o Distrito tem autonomia, mas o problema no Distrito é que a licitação é demorada. Qualquer remédio, qualquer copo, para se comprar rápido, tem que licitar por pregão e não sei em quantos meses vão nos entregar esse copo. Isso é um problema que estamos enfrentando.

Por isso nós não queremos que esse Plano Diretor Municipal — PDM conveniado fique longe. Nós brigamos para fazer parceria com a Secretaria Especial, para fazermos convênio novamente, para trabalharmos juntos e para facilitar esse problema que estamos sofrendo.

Esse é o ponto que tenho para falar.

Eu agradeço a vocês. Obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Deputado Evair Vieira de Melo) - Está vendo, Antônio? Missão dada é missão cumprida. O Antônio vai dar as respostas que vocês merecem.

Há mais algum inscrito? *(Pausa.)*

Por favor!

O SR. WAKANHABI - Bom dia a todos! Eu sou Wakanhabi e trabalho na saúde. Eu serei breve. Eu trabalho na saúde e também faço parte da coordenação técnica no polo. O problema que enfrentamos lá na base é a questão de



medicamentos. Nós temos equipe completa lá, mas precisamos de medicamentos todas as vezes. Como vamos trabalhar lá na base, se temos equipe para trabalhar e não temos material para trabalhar? Esse tipo de coisa é que precisamos melhorar para trabalhar na área.

Muitas pessoas falaram da questão da conscientização da alimentação. O professor falou desse PDM. Eu achei muito bom você ter falado isso, mas nós precisamos de capacitação dentro da área. Nós, como os agentes de saúde, precisamos disso. *(Palmas.)*

Vocês precisam estar mais com a gente, ensinando a gente. Nossa população indígena não sabe o que é a alimentação não indígena. A alimentação que a gente consome, que não é nossa, indígena, a gente não sabe, a gente come é de qualquer jeito.

Então, a nossa população precisa de conscientização para consumir esse tipo de comida, viu professor? Eu espero que você continue esse trabalho com nós. Estamos aí para compartilhar e ajudar a fazer esse tipo de coisa.

Muito obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Deputado Evair Vieira de Melo) - Agradeço. O professor já tem uma missão: fazer uma visita lá e compartilhar os ensinamentos.

O senhor está com a palavra.

O SR. EBEMORO - Bom dia, membros da Mesa, demais companheiros de luta e parentes! Meu nome é Ebemoro. Estou aqui em nome do Cacique Raoni, que está viajando pela Europa.

Eu queria falar para o Dr. Antônio Alves, nosso representante na saúde indígena, como todos os parentes já falaram, do nosso problema de atendimento nas bases, porque os Municípios às vezes negam o atendimento aos nossos pacientes. Realmente, lá no Hospital Regional, já morreram muitos parentes caiapós, não só em Barra do Garças e demais Municípios, mas lá também estão morrendo os parentes.

Então, doutor, nós temos recursos na saúde indígena, nós brigamos pela criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena — SESAI, que você está aí representando. Quando houve reunião dos Conselhos, nós comunicamos e mandamos ofício, mas você nunca foi. Principalmente nas aldeias do Cacique



Raoni, a construção do posto de saúde está abandonada, assim como na Aldeia Caiapó também.

E nós aqui — eu, Ebemoro, e meu primo — estamos sendo criticados pelos próprios parentes. Nós representamos os nossos parentes na Casa de Apoio à Saúde do Índio — CASAI e no Distrito Sanitário Especial Indígena — DSEI. E o Presidente do Conselho também está sendo criticado.

Era isso que eu queria falar, doutor. Como o Ministro quer que você continue na SESAI, então você tem que olhar, você tem que ir às bases, você tem que ir às aldeias, para ver a situação pessoalmente, aí sim! Agora, você fica aqui só esperando relatório dos coordenadores! Isso não é bom. *(Palmas.)* Isso não é bom! Você tem que ir lá pessoalmente, tem que ver a nossa situação na base, aí sim! Não precisa ter medo. Como você é homem, então, você tem que ir pessoalmente, tem que participar das reuniões dos Conselhos.

Era isso o que eu queria falar. Muito obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Deputado Evair Vieira de Melo) - Obrigado. Não havendo mais nenhum inscrito...

(Intervenção fora do microfone. Ininteligível.)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Evair Vieira de Melo) - Apareceu mais um. Nós temos problema de horário na Casa, e eu tenho horário para encerrar a reunião. Então, seja bastante breve, para todo mundo ter a oportunidade de participar.

(Não identificado) - Bom dia a todos! Cumprimento a Mesa. Chamo-me *(ininteligível)* e moro no Xingu também.

Quero ser bem breve. Vou contar um pouco aqui a respeito da questão da saúde. Dr. Antônio Alves, acho que o senhor sabe muito bem que o senhor representa as populações indígenas, e eu faço aqui as nossas reivindicações devidamente quanto à saúde: sim, quero que o senhor vá até a base para conhecer a realidade, o sofrimento dos povos indígenas.

Por que eu digo isso? Porque o senhor está à frente dos indígenas, tem a responsabilidade de mostrar esse trabalho. Foi para isso que o senhor foi indicado. O senhor tem que se dedicar nos polos, nas bases, para olhar de perto e resolver nossas situações. O que os companheiros aqui falaram não é brincadeira. Você não



é criança, você já é um senhor, você tem essa capacidade, você tem esse olhar, você tem que chegar às bases.

A nossa unidade de atendimento à saúde está precária, está quase toda caindo. De que forma nós vamos trabalhar, doutor? Nós temos equipes completas, mas sem equipamento, com estrutura que não está servindo para nada (*palmas*), com falta de medicamento. De que forma nós vamos encaminhar nossos pacientes? De que forma nós vamos atender nossos pacientes que chegam das aldeias?

Você tem que ir às aldeias, doutor. Não precisa ter medo. É como o cacique falou: você tem que ir. Nós vamos aguardar. Esse é o seu trabalho. Você não está aqui somente para receber os relatórios dos coordenadores. O seu trabalho é andar em cada localidade para conhecer a realidade dos indígenas do Brasil, para poder resolver a nossa situação.

Muito obrigado. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Evair Vieira de Melo) - Em função do horário, concedo a palavra à última inscrita.

A SRA. ANA TERRA - Bom dia! Não sei que horas são aqui agora. Eu me chamo Ana Terra e também sou do Xingu. Eu não trabalho em nenhuma área da saúde, mas, como o trabalho da saúde lá na nossa área está péssimo, eu acabei me envolvendo aqui por acaso.

Eu vou falar primeiro da obesidade, que vocês foram relatando aí. Na nossa região, não existe tanto esse problema, porque nós ainda temos os nossos alimentos tradicionais. Nós não ingerimos muito a comida de vocês.

Eu vou falar mais pelo povo do Rafael, que é o xavante. Realmente, eles estão com um péssimo alimento, mas eu acho que vocês também deveriam incentivar os povos indígenas a falar que aquele alimento não é bom, mas assim: com um projeto bom, trabalhando juntamente com indígenas. Eu não vejo esse diálogo de vocês com a gente.

O que vocês fazem? Vocês fazem um projeto falando sobre essas coisas, só que o dinheiro só volta. É muito dinheiro para pouca coisa. Vocês deveriam fazer projetos sobre como o indígena deve ensinar a outro indígena. Eles próprios devem se ensinar. A gente não quer ser ensinado sobre o que a gente tem que comer, como a gente tem que viver. Isso a gente não quer. A gente precisa de ajuda para a



gente ensinar os nossos próprios parentes, porque a gente sabe como é que a gente vive, o jeito que a gente lida um com o outro. Então, eu acho que, nessa parte de obesidade, vocês têm razão: é a gente que tem que se educar e se reeducar quanto aos nossos alimentos.

Existe outra coisa também: atendimento pelo SUS — Sistema Único de Saúde. O atendimento pelo SUS não é adequado para os povos indígenas, porque é um atendimento péssimo demais. Nós somos discriminados. E não somos só nós: é o indígena, é o negro, é o branco, todos que são pobres. (*Palmas.*) Os brancos têm preconceito. Muitas vezes, eu vi indígena e branco morrerem porque não tinham nada.

É por isso que a gente tem que voltar a falar do atendimento diferenciado. Esse papel vocês da saúde não estão cumprindo, porque não estou vendo nenhum atendimento diferenciado. Pelo contrário: a gente está sendo tratada pior do que atendimento normal na área da saúde, né? (*Palmas.*)

E também o dinheiro, como eu disse, está voltando. Ele não está sendo aplicado na nossa saúde, na nossa vida, não. O dinheiro está voltando para o Governo. Vocês alugam um monte de carros e o dinheiro volta. Em vez de ir para o atendimento dos índios, não, ele volta para vocês mesmos. Eu acho que vocês deveriam... Assim, eu vou falar já de objetos que atendem o pessoal da saúde. Carro: vocês não compram, vocês alugam. Então, é muito carro, é muito dinheiro que vai para os aluguéis de carro, os aluguéis de avião. (*Palmas.*)

Antes, a saúde era da FUNAI — Fundação Nacional do Índio, era ela a responsável. A FUNAI já tinha o seu próprio avião. Então, não existia aquele negócio de burocracia muito difícil. Eu acho que vocês deveriam fazer isto: ter um avião da saúde para atender cada indígena. Não estou falando só do meu povo, estou falando geral, do Brasil inteiro — carro para eles. Vocês estão comprando coisas que estão parecendo sucata, um carro em cima do outro, quebrando. Eu acho que vocês deveriam trabalhar direito também nessa parte aí.

E, assim, nós estamos morrendo, estamos perdendo muitos parentes por falta de atendimento. O pessoal já falou tudo. É muito dinheiro e não existe resultado, sabe? Nas nossas bases, não temos remédio adequado, não temos equipamento



para eles trabalharem. O Programa Mais Médicos não está muito bom para a gente, sabe? Eles não são brasileiros, eles não entendem.

Então, estamos perdendo demais nossos parentes por falta de estrutura nas nossas áreas. Eu acho que vocês deveriam investir mais, estruturar a nossa área com materiais de medicamento, né? É por isso que a gente está saindo demais para a cidade. Uma pessoa pega uma gripe e já solicitam avião, que custa muitos mil reais só para atender na cidade. Eu acho que vocês também deveriam investir nisso.

Este é um recado para a Dilma, viu: aumentar o salário de quem trabalha nas áreas indígenas (*palmas*), porque é muito pouco o dinheiro dos médicos que trabalham nas áreas indígenas. É um trabalho muito pesado. A gente não regra lei dos brancos. A gente trabalha 24 horas. Não interessa, sabe? Alguém adoeceu a 1 hora da manhã, tem que ser atendido. Então, vocês deveriam valorizar os médicos que trabalham nas áreas indígenas.

O pessoal já falou tudo. Então, era só isso. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Edmilson Rodrigues) - Obrigado.

Vamos ouvir o Dr. Antônio Alves de Souza, que representa a SESAI, para fazer as suas considerações finais, responder aos questionamentos. Depois, vamos encerrar a audiência.

O SR. ANTÔNIO ALVES DE SOUZA - Quero agradecer a todas as contribuições e novamente afirmar: eu nunca disse que a saúde indígena está ótima. Ela está melhor do que quando estava sob a responsabilidade da FUNASA. Isso eu comprovo com dados, e muitos de vocês são capazes de comprovar também.

É muito perigoso chegar a uma Casa onde se aprova o nosso orçamento e dizer que não precisamos de mais recursos. Vocês estão dizendo, na Câmara, que o recurso que está indo para a saúde indígena é suficiente. Não é suficiente! Um bilhão e 390 milhões não deram, ainda, para garantir isso que foi falado agora há pouco. Vários estabelecimentos precisam de reforma e o nosso recurso para reforma não está sendo suficiente.

Outra coisa que foi dita aqui, com a qual eu acho que tem que se ter cuidado também, é a questão do atendimento diferenciado. Gente, o Brasil, hoje, tem 5.625 aldeias. Eu já visitei mais de 4 mil aldeias. É lógico que não deu para ir a todas as aldeias. Existe aldeia que eu levo 14 dias para chegar, navegando pelo rio, dormindo



na beira do rio, para chegar ao polo-base, onde começa o atendimento nas aldeias. Há aldeia que fica tão distante que só se chega por meio de avião. Agora, não dá para comprar avião. Se formos imaginar o custo de um avião, a manutenção de um avião, a equipe que pilota um avião... A SESAI não pode se preocupar com isso, senão nós não vamos ter tempo para nos preocuparmos com medicamento, com doença, com atendimento, com exames.

É por isso que nós alugamos veículo. Por quê? Porque, quando um veículo quebra, se ele for alugado, a empresa é obrigada a repor outro imediatamente. Quando ele é nosso, quando é próprio, se ele quebra num Município em que não há oficina credenciada para fazer a manutenção, ele vai ficar parado. Se não tiverem a peça e eu não tiver uma licitação que for adequada para comprar a peça, esse carro fica parado até que a AGU — Advocacia-Geral da União dê um parecer, numa licitação, para eu comprar essa peça. Eu tenho que fazer cinco licitações para botar um carro para funcionar, se ele for comprado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena — SESAI. Quando eu alugo o carro, eu só faço duas licitações: uma para comprar o combustível e a outra para contratar um carro com motorista. Ela faz o seguro, contrata o motorista, compra a peça, repõe, bota para rodar se quebrar.

Então, por isso é que nós preferimos alugar os carros. O nossos carros, Deputado, têm 2 anos de vida média, porque as estradas não são boas para chegar às aldeias. Depois de rodar 2 anos, o carro acaba. Ele vai para a sucata, porque seu custo de manutenção vai ser mais do que 50% do seu valor. Nós não podemos pagar esse valor. Por isso, nós alugamos os carros.

O Fernando Schiavini colocou aqui a questão da valorização das medicinas tradicionais, das práticas tradicionais. Eu concordo com ele. Mas, infelizmente, Fernando, nós herdamos uma saúde indígena focada no medicamento. Se não houver uma farmacinha abastecida na aldeia, faltará remédio, ou seja, os indígenas abandonaram as práticas tradicionais das plantas, da erva, do xamã. O medicamento passou a ser o grande problema, quando é um grande mal para a saúde indígena. Quando não é bem utilizado, o medicamento é uma droga. Ele pode fazer tanto mal ou mais do que a doença que a pessoa tem.

Eu concordo que nós precisamos ir. Mas, quando se criou a SESAI, já havia o Distrito Sanitário Especial Indígena — DSEI, que tem que fazer esse papel. Nós não



vamos poder nunca estar em todo lugar ao mesmo tempo. Eu sempre visito as aldeias. Eu Gosto de ir às aldeias. Agora, não dá para ir a todas as aldeias. Por isso, há uma coordenação em cada DSEI, que tem responder. Ainda não está bom. É preciso avançar.

Deputado, foi levantada uma questão concreta que poderia ser uma recomendação desta audiência pública. Um grande gargalo que nós estamos vivendo hoje é a relação com o Sistema Único de Saúde — SUS. Coloca-se médico na aldeia, que faz o básico, mas, quando eu precisa de um exame, até para comprovar, por exemplo, uma glicemia, eu preciso do SUS. Quem faz isso é o SUS. A SESAI não pode montar um laboratório nas aldeias. Nunca vai poder fazer isso, então eu preciso do SUS. E o SUS foi aprovado na Constituição de 1988, que garantiu no art. 231 o direito dos povos indígenas, dizendo que não pode haver diferença entre as pessoas. Não se pode passar alguém na frente porque é indígena, porque o negro quer passar na frente, o cigano quer passar na frente, o LGBT quer passar na frente.

Agora, não dá para dizer que vocês não têm um atendimento já diferenciado. Quando eu vou a uma aldeia que fica na calha de um rio, eu passo por comunidades ribeirinhas que não têm carro para socorrer uma mulher gestante que começa a entrar em trabalho de parto, que não têm um médico que visite a comunidade.

Então, vocês não podem desprezar que isso é uma conquista de vocês. É uma conquista. Hoje, nós temos 20 mil pessoas trabalhando para a saúde indígena; só médicos são 540. E não dá para falar também que o Programa Mais Médicos não foi bom. O Programa Mais Médicos resolveu um problema daquelas comunidades que nunca tiveram médicos. Os médicos brasileiros nunca quiseram ir lá. Nós ficamos 3 anos abrindo concurso, seleção, mas ninguém quis trabalhar na saúde indígena. Os médicos cubanos vieram. Há 327 lá trabalhando na saúde indígena, sem reclamar. Eles ficam 20 dias, 30 dias na aldeia, sábado, domingo, o tempo que for necessário, sem reclamar. O médico brasileiro primeiro não quis assumir o emprego e, quando vai lá, se trabalhar um sábado, quer hora extra, quer ganhar mais. O salário pago não é ruim. O enfermeiro recebe o melhor salário do Brasil — o melhor salário do Brasil. Com isso, criamos um problema.



A Constituição de 1988 assegurou os direitos dos povos indígenas, mas as leis que vieram depois não levaram em conta as especificidades de tais povos. Com base nisso, Deputado, eu queria fazer duas recomendações: temos que fazer uma licitação que siga todo um rito burocrático para uma comunidade que não mora na cidade, que não tem parentes na cidade, que não tem uma remuneração, que não tem salário, que precisa ser atendida e voltar logo para a sua aldeia. Mas o sistema foi organizado de tal forma que não contempla isso. Então, a especificidade, que deveria ser atendida, primeiramente os que mais necessitam, que é o princípio da equidade, infelizmente não acontece.

E é verdade o que foi colocado aqui: há ainda um processo de discriminação contra os povos indígenas, assim como há contra o negro. Infelizmente, isso é verdade. O Ministério da Saúde fez uma campanha de combate ao racismo institucional, que abrange não só o negro, mas também o indígena. E aí, quando é índio, muitos já falam: *“Não, isso é coisa da SESAI”*. Mas o SUS é de todos! Ele tem que atender bem tanto o branco quanto o indígena, não pode ser diferente. Essa é uma recomendação.

A segunda recomendação é em relação à questão das leis. A Lei nº 8.666, de 1993, é, para nós, um gargalo — é um gargalo! A nossa dificuldade é quando um processo vai para a AGU, pois ela dá um parecer igualmente para a saúde indígena, para o INCRA, para a FUNAI, para o DNIT, que são áreas diferentes. A saúde não pode esperar. Quando alguém adoece, tem que ter tratamento, porque pode morrer ou a doença causar um mal maior. É o caso do diabetes: se a doença não for bem tratada, pode levar à insuficiência renal e, conseqüentemente, à hemodiálise, ao transplante; pode levar à catarata e, conseqüentemente, à cirurgia; pode levar à amputação, o que já é uma perda para a pessoa que tem parte do seu corpo retirada em função da doença. Infelizmente, ainda temos essa relação difícil com o SUS. E o Ministro Marcelo Castro, que assumiu recentemente o Ministério da Saúde, tem esse compromisso.

Então, a minha recomendação é de que, a partir desta audiência, o CONASS — Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o CONASEMS — Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde tivessem um olhar diferenciado para



os povos indígenas quando eles necessitarem de um tratamento no Sistema Único de Saúde.

A Ana disse que o dinheiro está voltando. O dinheiro não está voltando, não, viu? Se está voltando, não está indo para a SESAI. O nosso dinheiro não dá para garantir toda a demanda do que é necessário. Não dá para garantir. E se por acaso nós fôssemos assumir as questões de média complexidade, aí é que não daria mesmo, porque é necessário muito mais recursos.

Médicos indígenas. Todos os médicos indígenas que se formaram no exterior, que voltaram e quiseram trabalhar no Mais Médicos, estão trabalhando no Mais Médicos. Temos vários colegas médicos trabalhando no Mais Médicos, e são médicos indígenas, desde os macuxis, lá em Roraima, até os ticunas lá em *(falha na gravação)*.

Então, quando se vê que 50% da nossa mão de obra, de quem trabalha conosco, são indígenas, percebe-se que damos preferência aos indígenas. Se houvesse enfermeiro indígena para assumir os mais de 1.500 cargos que nós temos, todos seriam indígenas — logicamente se fossem qualificados. Não é pelo fato de ser indígena que um profissional vai ser melhor. Ele tem que ser melhor de fato, porque há uns que são indígenas e não são melhores do que outros que não são indígenas. No entanto, se são melhores, têm que ficar.

Eu já disse isto e repito: quem não quiser trabalhar com índio não pode ficar, como foi dito aqui por um cacique. Não pode. Esta é a minha recomendação para todos os DSEIs. Trabalhador que não gosta de trabalhar com índio, não está cumprindo o seu papel, não pode ficar conosco, porque ganhar sem trabalhar também é corrupção. Isso não vale só para o branco, não; vale para o índio também. O Agente Indígena de Saúde — AIS ou o Agente Indígena de Saneamento — AISAN que não esteja cumprindo o seu papel também não podem continuar. A comunidade tem que mudar o AISAN, o AIS ou qualquer trabalhador. Acho que essa tem que ser uma regra geral. Sempre recomendamos isso.

Temos muito ainda a fazer. Eu acredito no apoio do Ministro que chegou, sem corte de recursos, e até com a ampliação dos nossos recursos. E é importante a aprovação do Congresso, com emendas dos Deputados destinadas a nós, para construir mais polo-base, para construir postos de saúde, para saneamento. Tudo



isso é importante. Não vamos dispensar as emendas parlamentares. Vem aí uma proposta de orçamento de 1 bilhão e 510 milhões de reais para esse ano que vem. Se os Deputados puderem nos ajudar, aumentar para 2 bilhões, vai ser muito bom, porque vamos poder garantir mais atendimento para as comunidades.

Portanto, o trabalho tem que ser cotidiano, 24 horas por dia, com todos juntos. Estou levando a apresentação que o colega Fernando fez aqui, que achei muito interessante. Acho que precisamos realmente resgatar isso. Nós não temos pessoas formadas para um trabalho com respeito às culturas indígenas. Infelizmente, não temos. Eu dizia ao Ministro, em uma reunião que houve no ano passado, que seria importante uma parceria entre o Ministério da Saúde e o MEC, para que formássemos indígenas para trabalhar com a saúde indígena.

O ideal será o Subsistema todo integrado por trabalhadores indígenas, o médico, o AIS, o AISAN, todos. Aí acho que vamos ter saúde de qualidade. Logicamente, será preciso uma boa relação com o SUS, que não pode acabar. E é preciso também os indígenas entrarem no SUS, para ajudar a mudar a cultura daqueles que não têm ainda o hábito de conviver com os povos indígenas.

Agradeço muito este momento importante. Eu já disse para os suiás que no ano vem a minha primeira viagem, se Deus quiser, vai ser ao Parque Xingu. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Deputado Edmilson Rodrigues) - Obrigado, Dr. Antônio Alves de Souza.

Vou conceder a palavra por 1 minuto para o Sr. Fernando Schiavini fazer a sua despedida. Depois, concluiremos esta audiência.

O SR. FERNANDO SCHIAVINI - Já que o Dr. Antônio Alves disse que gostou da nossa fala, nós nos colocamos imediatamente à disposição para dar continuidade a isso. Como eu disse, nós viemos de um movimento indigenista, de aliados dos indígenas, desde a década de 70, e estamos muito preocupados com o que está acontecendo.

Nós ficamos abismados! O Ministério da Saúde tem um centro de controle de zoonoses, mas você vê nas aldeias cachorros doentes, gatos doentes, transmitindo doenças, sem que nenhum trabalho esteja sendo feito! Por quê? Lá nós vemos casos de alcoolismo, e não há nenhuma campanha, nenhum cartaz, nenhuma



explicação, sendo que o Ministério da Saúde tem um programa de combate a alcoolismo e outras drogas, dentro de um programa de saúde mental.

Quase 100% dos partos indígenas estão sendo feitos em hospitais, sem nenhum respeito às parteiras tradicionais (*palmas*) milenarmente preparadas para fazer partos. As lideranças indígenas dizem que os filhos deles estão nascendo estrangeiros, porque estão nascendo na terra dos brancos.

Então, nós não conseguimos entender por que a SESAI não recorre ao próprio Ministério da Saúde, cuja Secretaria é do mesmo nível das outras, para que seja feito esse trabalho em terra indígena. Já que o Dr. Antônio Alves achou interessante a nossa fala, eu me coloco imediatamente à disposição para nós trabalharmos isso junto com outras pessoas.

Obrigado. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Edmilson Rodrigues) - Muito obrigado. Olha, uma Comissão Parlamentar de Inquérito estava sendo realizada aqui no auditório ao lado. Por isso eu não pude acompanhar esta audiência. Mas o que eu pude ouvir me deixou muito contente. Parabéns a todos!

Eu assisti à palestra do Dr. João Paulo. Realmente, só não se faz certo se não quiser, porque foram apresentados dados de pesquisa científica e, ao mesmo tempo, um trabalho formativo. Nós temos que nos apropriar de tudo isso. Agradeço a contribuição de todos. Alguns eu não pude ouvir. Pude ouvir o Schiavini. Realmente, é uma fala apaixonada, mas com fundamento antropológico, histórico e cultural importante.

Eu creio que dentro dos órgãos do Estado, pessoal, tem gente que não presta. Nós estamos vendo serem presas pessoas que só querem saber de roubar o dinheiro público. Mas nós não podemos colocar todo mundo no mesmo saco e jogar fora. Há muita gente séria. Eu sou Deputado do PSOL, mas há Deputados de outros partidos, neste Parlamento, pelos quais tenho muito respeito. Mas há um bando de vagabundos que não mereciam estar representando o povo. O problema é que eles foram eleitos, porque a democracia é dos brancos aqui. Infelizmente, na hora do voto, há muitos que receberam voto de índio para trabalhar contra índio aqui. Nós sabemos disso!



Muito do que foi diagnosticado como problema o foi de forma intencional. Às vezes, a negação da cultura, a imposição de determinados produtos numa cesta alimentar para uma criança... Um profissional da área da medicina ou um nutrólogo tem obrigação de conhecer aquilo que eu, como arquiteto, não tenho obrigação de conhecer. Às vezes, mesmo sendo graduado numa universidade, tem um grau de ignorância. Em vários âmbitos, nós temos sido permanentemente levados a nos envergonhar do que nós somos. Essa é a grande questão.

Dr. Laércio, qual foi o conceito que o senhor usou, reavivamento étnico?

O SR. LAÉRCIO FIDELIS DIAS - Reavivamento étnico e uma satisfação de ser quem é.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Edmilson Rodrigues) - Eu acho que esse é o grande desafio. Uma vez, Piná Tembê Tenetehara, uma liderança conhecida, que acabou de se formar como professor indígena, Presidente do Conselho, disse: *“Em determinado momento, eu parei de usar minha vestimenta, feita de palha, que é tipo uma saia, porque os brancos começaram a dizer que eu era mulherzinha”*.

Então, a pessoa começa a se envergonhar. Se alguém fala na sua língua, o outro esculhamba, diz que ele é ignorante. Eu sou professor universitário, acabei de ser chamado de ignorante aqui pelo Presidente da CPI. Eu não estou usando outra expressão. Ele disse: *“Ignorante”*.

Aquele que é a favor da vida, que defende os povos indígenas, o direito à terra, à cultura, a esse reavivamento étnico, a esse prazer de ser indígena, é considerado por eles como atrasado, ignorante, porque eles querem acabar com as demarcações. (Palmas.)

Eles dizem: *“Nós queremos levar civilização aos índios”*. O índio tem que ter terra não demarcada, enquanto povo. Cada um tem que ter o seu lote. Sabe para quê? Para que eu possa fazer contrato com ele. O índio será um meeiro, vai produzir para mim. Daqui a pouco eu compro o lote dele, compro outro, compro outro, e sou dono de toda a terra, tudo com base na lei. É isto que eles querem: destruição dos povos. E eles usam vários mecanismos: de negação cultural, através do alimento, da medicação. E nós vamos incorporando tudo isso.

Há um problema que todos nós, indígenas ou não, estamos vivendo: o surgimento de resistências orgânicas a antibióticos. Vejam a carne do boi que nós



comemos. O boi cresce até a hora do corte, sendo alimentado por hormônios e recebendo antibiótico, para não ter doenças, ser exportado logo, gerar lucro. O mesmo ocorre com a galinha. Ao mesmo tempo, banalizou-se o uso de remédios. Daqui a pouco você tem um problema e o remédio não tem efeito, porque você já tem resistência àquele medicamento. E isso foi tomando conta das comunidades indígenas. Realmente, se não houver um medicamento numa aldeia, isso vira motivo para um conflito.

Como reincorporar a cultura tradicional, a sabedoria milenar e ao mesmo tempo não deixar de ter um medicamento mais convencional, porque em determinado momento é ele que salva? É um processo, pessoal.

Acho que vai ser difícil aumentar o volume global de recursos no Orçamento. Eu sou membro da Comissão Mista do Orçamento, mas o que está havendo é corte, corte! Todo mundo sabe disso. Eu pude colaborar com representantes do DSEI do Pará. São 700 mil reais de uma emenda individual. Não é muito, mas são recursos para ajudar a reformar, nas várias aldeias, o que for possível da estrutura da SESAI.

Quero muito agradecer a contribuição de todos, principalmente a presença indígena. Vocês nos dão uma força que nem imaginam, porque aqui temos ouvido falar de tanta violência, de ofensas aos povos indígenas. Alguns que estiveram aqui ouviram latifundiário dizer: *“Ah, são índios genéricos, não são índios, não têm direito à terra”*.

Realmente, ocorrem agressão e violência o tempo todo, mas esta audiência pública mostra que nós temos futuro. As coisas têm que avançar, porque a ciência está a nosso favor. E a nossa história está a nosso favor. Nós temos direitos. Se eu posso ler mesmo o Schiavini, que é indigenista — minha pronúncia está correta, porque Schiavini é italiano; se nós podemos ter aqui Deputados como Valdir Colatto e outros de origem italiana e alemã, como Luis Carlos Heinze, Vice-Presidente da CPI, e temos que respeitá-los, por que então tanto ódio contra aqueles que estão aqui há milênios? Não dá para entender! Nós não temos ódio contra ninguém. Eu não posso ter ódio contra estrangeiro. Meus dois avôs vieram de lá, mas minha avó era indígena, era também tenetehara; a outra avó era mais negra, mas tinha sangue indígena também, da Ilha de Marajó, onde praticamente dizimaram todos os povos indígenas.



Portanto, esta audiência é a expressão da resistência e da afirmação do futuro.

Para falar do futuro, concedo a palavra a Yefuka Kaiabi, que vai terminar com o cântico indígena.

O SR. YEFUKA KAIABI - Eu quero fazer as minhas considerações finais. Estou ouvindo a fala de cada um, mas eu quero colocar para os Deputados Federais que estão presentes, principalmente para o Deputado Edmilson Rodrigues, e para meu povo indígena que está aqui presente, que a gente passou ontem no Ministério para defender o orçamento da saúde indígena. Nós não aceitamos o corte do orçamento. Nós precisamos de mais orçamento para continuar o trabalho da SESAI. Queremos dizer aos Deputados que queremos mais dinheiro e que seja bem aplicado para os povos indígenas. É isso o que queremos.

A índia Ana, minha parenta, falou aqui — e foi falado na primeira audiência com o Ministro, com o Secretário — que a SulAmérica não atende a nossa demanda. Ele está sabendo que vocês têm conversado com a SulAmérica para eles cumprirem o contrato que está no papel. Têm que ver isso logo.

Então, Deputado, quando o índio fala que a saúde está ruim, é porque ele está vendo, ele está lá na aldeia e vê o sofrimento na base. E nós que somos representantes dos povos indígenas temos trazido uma mensagem, e essa mensagem não tem levado retorno para as populações indígenas, como foi dito pelo Bemoro. “Eu fui representado, agora estou sendo ameaçado pelo meu povo, estou sendo cobrado” — ele está falando assim. Isso não pode acontecer.

Os agentes de saúde, que hoje recebem um salário mínimo, vêm aqui para falar: eles não estão passeando, eles estão num movimento contra a PEC 215. Quando eles estão na cidade, é porque têm compromisso como representante dos povos indígenas. Como o Secretário disse, o índio que é funcionário mas que não trabalha tem que ser trocado. Eu quero registrar aqui também que o gestor que não dá conta de gerir a saúde indígena tem que deixar o cargo. Não precisa continuar. Eu acho que a gente não é dono do cargo, a gente é passageiro. (*Palmas.*)

Da mesma forma eu quero registrar, Deputado, que os povos indígenas, quando forem questionar alguma coisa, vão precisar do seu apoio. Nós vamos precisar do apoio dos Deputados. É aqui que nós viremos buscar apoio para



resolver o nosso problema. Se o Ministério não abrir a porta, nós vamos procurar os Deputados e colocar os nossos problemas na mesa. É isso o que a gente quer, e isso o que eu quero registrar.

O que a gente também não aceita, Deputado, no nosso distrito, assim como em todo o Brasil, é que no SESAI não pode ter indicação política, porque o político não conhece a nossa realidade, não conhece a nossa região (*palmas*) e não pode indicar o chefe do nosso distrito. Já existe muito ladrão aqui dentro da Casa, e ainda vão levar eles pra lá? Se é para trocar a chefia, por que não colocam um índio na coordenação dos distritais? (*Palmas na plateia.*)

É isso que eu quero registrar aqui. Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Edmilson Rodrigues) - Enquanto vocês se preparam para a apresentação, vou fazer alguns agradecimentos.

Patrícia Chagas Neves, obrigado. João Paulo Botelho Vieira Filho, muito obrigado. Laércio Fidelis Dias, muito obrigado. Prof. Antonio Alves de Souza, obrigado pela presença mais uma vez. Yefuka Kaiabi, muito obrigado. Rafael Waree e Fernando Schiavini, muito obrigado.

Muito obrigado a todos e a todas. (*Palmas.*)

(*Apresentação musical.*)

(*Manifestação na plateia: PEC 215, não! PEC 215, não! PEC 215, não!*)