



DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA, REVISÃO E REDAÇÃO

NÚCLEO DE REDAÇÃO FINAL EM COMISSÕES

TEXTO COM REDAÇÃO FINAL

TRANSCRIÇÃO *IPSIS VERBIS*

CPI - SUBNUTRIÇÃO DE CRIANÇAS INDÍGENAS		
EVENTO: Audiência Pública	Nº: 0125/08	DATA: 11/03/2008
INÍCIO: 14h51min	TÉRMINO: 17h03min	DURAÇÃO: 2h12min
TEMPO DE GRAVAÇÃO: 2h12min	PÁGINAS: 46	QUARTOS: 27

DEPOENTE/CONVIDADO - QUALIFICAÇÃO

ALINE CALDAS - Nutricionista da Fundação Nacional da Saúde — FUNASA.
WANDERLEY GUENKA - Diretor do Departamento de Saúde Indígena — DESAI.

SUMÁRIO: Tomada de depoimentos.

OBSERVAÇÕES

Houve exibições de imagens.
Houve intervenções fora do microfone. Inaudíveis.
Há falhas na gravação.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Muito boa-tarde, senhoras e senhores. De comum acordo com os Srs. Parlamentares, estamos dando início à nossa sessão ordinária. Reitero a disposição de votar as matérias quando nós atingirmos o *quorum* regimental para tanto. As atas ficam em suspenso, até a conclusão do nosso *quorum* mínimo para deliberação.

Nós temos a presença já dos 2 depoentes. Esta audiência pública destina-se à oitava de 3 convocados. Dom Erwin Krautler, Presidente Conselho Indigenista Missionário — CIMI não poderá comparecer, em virtude de audiência pública no dia de hoje e de compromissos assumidos em Altamira, Estado do Pará, já previamente agendados, conforme expediente que se encontra sobre a mesa, assinado por Dom Erwin. Temos a presença da Sra. Aline Caldas, da Fundação Nacional de Saúde, e do Sr. Wanderley Guenka, Diretor do Departamento de Saúde Indígena — DESAI.

Convido a Dra. Aline e o Dr. Wanderley a tomar assento à mesa. Informo aos senhores que, por motivos justificados, encontra-se ausente desta Capital Federal o nosso eminente companheiro e amigo Relator, o Deputado Vicentinho Alves. *(Pausa.)*

Por força regimental e dentro dos devidos cumprimentos aos dispositivos legais, convido a Dra. Aline Caldas, da Fundação Nacional de Saúde, a prestar juramento, conforme o art. 203 do Código de Processo Penal. A Dra. Aline já preencheu todas as exigências da Comissão, faltando apenas o juramento.

Com a palavra a Dra. Aline para a leitura do juramento.

A SRA. ALINE CALDAS - *“Faço, sob a palavra de honra, a promessa de dizer a verdade do que souber e me for perguntado”.*

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Convido, neste instante, o Dr. Wanderley Guenka a prestar igual juramento nos termos da lei.

O SR. WANDERLEY GUENKA - *“Faço, sob a palavra de honra, a promessa de dizer a verdade do que souber e me for perguntado”.*

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Feitos os juramentos, reitero às Sras. Deputadas e aos Srs. Deputados que todos os requisitos legais para a oitava da Sra. Aline e do Sr. Wanderley já foram completados.

O tempo concedido a cada convocado será de até 20 minutos — V.Exas. já têm conhecimento —, prorrogáveis de acordo com o juízo da Comissão, não



podendo ser apartado. Cada Parlamentar inscrito terá o prazo de até 3 minutos para fazer suas indagações. Nós, na reunião passada, definimos 5 minutos entre indagação e réplica, se for necessário.

Os Deputados interessados em interpelar os senhores convocados poderão se inscrever. Já estão aqui as inscrições abertas. O Deputado Vanderlei Macris chegou 12h30min e já se inscreveu. O Deputado Geraldo Resende também já inscrito está.

Com a palavra, por até 20 minutos, a depoente, Dra. Aline Caldas.

A SRA. ALINE CALDAS - Boa-tarde. Sou Aline Caldas. Sou nutricionista e vou fazer uma apresentação sobre o Projeto de Implantação da Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena. Esse projeto começou em 2003. Eu sou servidora do Ministério da Saúde. Fui cedida à FUNASA em 2003 para colocar o projeto em prática. Na verdade, a autoria do projeto não foi minha. A FUNASA, em 2003, passava por um processo de reformulação inerente à mudança governamental e, dentro do Projeto de Implantação do Sistema de Vigilância Nutricional... na verdade, ele está inserido num projeto maior, que é o Projeto VIGISUS II, que é um projeto de reestruturação, de melhoria da oferta de serviços para a população indígena brasileira. Então, a implantação do SISVAN foi baseada num diagnóstico do próprio Banco Mundial. O Projeto VIGISUS é financiado... é um acordo do Governo brasileiro com o Banco Mundial, para a melhoria das condições de saúde da população brasileira, e foi firmado baseado em um diagnóstico de onde a saúde indígena tinha que se focar para melhorar a qualidade da assistência prestada. E a questão alimentar e nutricional naquela época já era uma demanda grande dos próprios distritos sanitários indígenas, da população indígena, de que ações relativas a alimentação e nutrição precisavam acontecer. Pode passar o primeiro. (*Segue-se exibição de imagens.*) Então, quando eu comecei a trabalhar na FUNASA, no DESAI, no finalzinho de 2003, o próprio DESAI já tinha colocado também no seu PPA a proposta de implantação de um sistema de vigilância alimentar e nutricional. E qual o quadro com que a gente se deparou? Bom, por que um sistema de vigilância alimentar e nutricional para a saúde indígena? Na verdade, o que a gente achou quando encontrou... se viu frente à saúde indígena, foi a ausência de dados e informações nacionais sobre a situação nutricional e alimentar dos povos indígenas



no Brasil. Os povos indígenas não foram incluídos em qualquer pesquisa nacional. Nas 3 grandes pesquisas nacionais — agora 4, com a POF — que o Brasil realizou e que subsidiam políticas de alimentação e nutrição no Brasil, tanto a de 1975, a de 1989 e a de 1996, jamais foram incluídos os povos indígenas como segmento específico de análise. Então, a gente se deparou com uma situação de invisibilidade epidemiológica. Bom, precisava-se fazer alguma coisa, precisava-se ter ações para melhoria das condições nutricionais no âmbito do subsistema da saúde indígena, mas não se tinha informação de onde começar. Então, essa ausência de dados limitava enormemente, tornava uma situação alimentar e nutricional invisível e limitava a possibilidade de ações, uma vez que a gente não sabia quais eram os problemas mais relevantes, onde eles aconteciam e quais os segmentos mais afetados. Então, começar um projeto de suplementação alimentar onde você precisa, na verdade, de saneamento, ou começar um projeto de saneamento onde você precisa, na verdade, de maior recurso à terra, demarcação de terra e maior oferta de alimentos, é desperdício de recurso público e certamente você cairá em ações que não vão ser efetivas. O que a gente achou foi uma pequena quantidade de estudos existentes, em geral de formato acadêmico, na maioria das vezes feito na região amazônica, do tipo antropométrico, ou seja, só avaliando peso e estatura, e as metodologias diferiam muito. Então, a gente não conseguia ter um panorama nacional. Se a gente dizia, em 1996, que a desnutrição no Brasil estava em 5,7%, em relação à população indígena a gente não conseguia dizer nada, exceto pelos dados existentes oriundos de pesquisas. Entretanto, essas pequenas pesquisas, essas poucas pesquisas realizadas por iniciativas acadêmicas, revelavam um quadro de desigualdade e da situação nutricional dos povos indígenas no Brasil. Tal qual a situação de saúde que o Dr. Danilo já apresentou aqui, que é uma situação de saúde desigual em relação à população não-indígena, a situação nutricional acompanha também. Então, os estudos existentes davam conta de uma situação que era desigual. Então, precisava ser feito alguma coisa, mas a gente não sabia exatamente por onde começar, porque a gente não tinha informações. O único estudo nacional foi feito pelo INESC, um instituto... uma ONG, em 1995, que foi o Mapa da Fome dos Povos Indígenas no Brasil. Esse Mapa da Fome, feito em 1994, por metodologia indireta — não foi avaliado o estado nutricional dos índios, eram



feitas perguntas às pessoas que trabalhavam com indígenas sobre sustentabilidade alimentar —, já dava conta de que um terço das terras indígenas tinha graves problemas de sustentabilidade alimentar. Então, a gente já tinha um quadro no Brasil que a gente sabia que era preocupante pelo Mapa da Fome e pelos estudos acadêmicos existentes. Eu acho que aí está um pouco escuro, mas essas barras em amarelo são os estudos localizados, realizados ao longo da década de 90 e em 2000, sobre algumas prevalências de peso para a idade. Peso para a idade é um indicador que a gente usa para avaliar peso baixo, quando a criança está com peso baixo para a idade. Então, essa linha na horizontal é a pesquisa nacional de saúde da população brasileira. Quer dizer, a gente tem aí um quadro de 5,7% de baixo peso para a idade na população brasileira em 1996, e alguns estudos indígenas davam conta de até 60% de crianças com baixo peso para a idade. Então, a gente já sabia que, por esses dados, a situação era muito desigual. Estatura para a idade da mesma forma. Enquanto o Brasil, em 1996, tinha cerca de 10% da sua população com comprometimento de estatura, inadequada para a idade, esses estudos realizados, cada um em uma etnia separada, em épocas diferentes, davam conta de situações que chegavam a até 60%. Entretanto, o sobrepeso — a gente fala tanto em desnutrição — e a obesidade já são emergentes na população indígena brasileira. Então a gente tem quadro hoje que é de desnutrição elevada em vários locais, no Brasil — os estudos revelaram isso —, e já dando conta de uma emergência das doenças crônicas não transmissíveis nos adultos, principalmente em mulheres. Então, a gente tem hoje uma transição nutricional polarizada, que é de obesidade em adultos e desnutrição em crianças, típica de países subdesenvolvidos, de populações marginalizadas e subdesenvolvidas: elevada desnutrição em crianças e elevada prevalência de sobrepeso em adultos. O contexto dessa situação que esses estudos revelavam: as mudanças socioculturais e econômicas associadas à diminuição da diversidade de alimentos. Na verdade, a população indígena hoje sofre as mesmas influências do contato com a população envolvente, tal qual na época do descobrimento. Enquanto, naquela época, o que dizimava as populações eram as doenças e infecções e a diminuição dos territórios, no contexto atual são essas mudanças. O contato faz que haja problema de sustentabilidade alimentar, rápido esgotamento de terras agricultáveis ou de



recursos naturais, que são fundamentais para a sustentabilidade alimentar; não demarcação de terras, posseiros, grileiros, contaminação por mercúrio. Enfim, vários fatores associados à insegurança alimentar, ou seja, falta de garantia de acesso a uma alimentação saudável e de qualidade. Modificações também no estilo de vida, com perda dos valores e conhecimentos tradicionais, que afetam muito a subsistência e a forma tradicional de vida desses povos, vêm sendo problemas relacionados a esses determinantes, no caso dessa situação de insegurança alimentar. Entretanto, uma terceira situação onde há terras e não se registra a existência de conflitos com os não-índios ou sua presença nas terras indígenas é o caso de grande parte da população indígena. Quer dizer, mesmo em lugares em que há terras suficientes e não há posseiros, também a gente se depara com um quadro de maior mortalidade, doenças infecciosas e parasitárias com índices elevados, condições sanitárias precárias e em relação à produção de alimentos também. Então, diante de todo esse quadro... Quer dizer, a FUNASA, quando pensa num sistema de saúde, tem que levar em conta todo esse quadro. Quer dizer, quando a FUNASA assume a saúde indígena, ela já encontra uma população que tem indicadores de saúde muito desiguais em relação à população não-indígena, por conta de todo esse processo de contato, todo esse processo de desenvolvimento, por assim dizer, que os povos indígenas — de enfrentamento com a população envolvente — vêm passando ao longo de todos esses anos. A gente pensa que isso é uma coisa do passado, é uma coisa do descobrimento, mas não é. São povos contemporâneos que estão aí junto conosco numa situação de marginalidade em relação à população não-indígena. Então, diante de todo esse quadro, a FUNASA coloca no PPA e no Projeto VIGISUS a implantação de um sistema de vigilância. O gerenciamento do projeto fica inicialmente com um profissional de nutrição, no caso, essa profissional que vos fala. E a gente começou a trabalhar num sistema que foi proposto pela FAO, em 1974. Quer dizer, a gente não inventou... o SISVAN vem sendo proposto pela Cúpula Mundial de alimentos, desde 1974, como um sistema capaz de promover informação contínua sobre as condições nutricionais da população e os fatores que as influenciam. Essas informações vão fornecer uma base de decisões a serem tomadas pelos responsáveis por políticas públicas, planejamento e gerenciamento de programas, relacionados com a melhoria dos



padrões de consumo alimentar e do estado nutricional da população. Na verdade, o SISVAN foi proposto na década de 70, visando a ações de redução das deficiências nutricionais. Quando a FAO e a OMS pensavam num sistema de vigilância, eles pensaram assim: *“Bom, a gente já sabe que tem fome no mundo, a gente sabe que a América Latina, que a Ásia e a África são os países mais afetados. Mas como é que a gente vai saber onde estão esses problemas, como é a ocorrência desses problemas na população e se as ações que a gente está implementando realmente estão surtindo efeito?”* Então, sem um sistema de informação capaz de diagnosticar, acompanhar, subsidiar ações e também avaliar se as ações estão sendo efetivadas, é impossível você ter qualquer segmento de política pública bem subsidiada. Então a proposta era de garantir acesso aos alimentos, priorizando os grupos de maior risco, com destaque no levantamento de informações para o subsídio de acompanhamento de políticas. O SISVAN baseia-se no diagnóstico e acompanhamento da situação nutricional, identificando a natureza e a magnitude dos problemas: quais são os problemas; as áreas geográficas é o onde; e quais os grupos mais afetados. Então, a implantação do SISVAN é uma ação que aqui, no Brasil, foi assumida principalmente pelo setor saúde. Então, a nossa intenção no projeto era que essas equipes de saúde que estão nos 34 distritos assumissem o acompanhamento nutricional como uma de suas ações prioritárias, a fim de que eles, acompanhando o estado nutricional, diagnosticando a cada mês o estado nutricional de uma criança, de uma mãe, de adultos, eles conseguissem ter uma ação imediata, que é a do próprio setor saúde, mas também subsidiar outros órgãos que lidam com a população indígena, nos quais a saúde não pode interferir, que é a distribuição de alimentos, a demarcação de terras, para subsidiar os demais órgãos a dizerem assim: *“Olha, aqui está o problema. O problema aqui é oriundo desse e desse determinante, e a gente precisa agir em articulação.”* Então, o SISVAN, quando foi proposto pela FAO, foi proposto como um sistema intersetorial, só que no Brasil ele foi assumido pelo setor saúde. Então, o SISVAN, no Brasil... a gente se baseou na Lei Orgânica do SUS; ele está proposto no SUS. O subsistema está dentro do Sistema Único de Saúde. Ele foi critério... Isso não na saúde indígena. Eu estou colocando aqui o panorama, o contexto de onde a gente se baseou para fundamentar a importância de implantar o SISVAN na saúde indígena. Primeiro, que



a gente está no subsistema do SUS e a gente tem que seguir a Lei Orgânica do SUS. Em 1993, ele foi um critério para adesão ao Programa Leite é Saúde, ou seja, só recebiam leite as crianças que eram acompanhadas pelo SISVAN; em 1997, o ICCN, o Programa de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais; em 1999, ele se tornou uma portaria da Polícia Nacional de Alimentação e Nutrição; e hoje ele é um dos módulos de acompanhamento do Programa Bolsa-Família. Na verdade, o que a gente pensa para o SISVAN indígena não é meramente um sistema de acompanhamento de pessoas que recebem alimentos. A gente quer mais do que isso. A gente quer que o SISVAN seja um sistema de vigilância epidemiológica nutricional, ou seja, que ele, constantemente, acompanhe o estado nutricional dos indígenas, subsidiando políticas, programas, ações e também tentando avaliar se as políticas implementadas estão realmente surtindo efeito, dando retorno para os profissionais de saúde, para saber se o que eles estão coletando de dados, as ações que eles estão fazendo, estão sendo realmente efetivas. O SISVAN indígena foi proposto no Fórum Nacional de Segurança Alimentar para os Povos Indígenas. As lideranças de todo o Brasil, reunidas em 17 oficinas regionais, recomendaram um sistema capaz de levantar dados para se produzir conhecimento sobre a real situação dos povos indígenas brasileiros. A II Conferência Nacional de Segurança Alimentar também apontava para ações que contemplassem a especificidade dos povos indígenas, e foi o eixo temático da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena. Bom, agora a estratégia. Bom, então, a gente sabia que a gente precisava de um sistema que fizesse um acompanhamento nacional. Tinha que ser em todos os distritos. O único distrito que a gente encontrou, em 2003, que já havia implantado o SISVAN por conta do próprio distrito foi o Mato Grosso do Sul. Nós fomos lá conhecer, visitamos e começamos a elaborar o projeto. O ano de 2004 foi todo de elaboração. A gente tinha recursos do Banco Mundial, então a gente era sabatinado pelo Banco Mundial, os indicadores a gente tinha que apresentar se realmente o que a gente estava propondo era factível de ser feito, e a meta era a gente implantar, em 4 anos, em 10 distritos. Quer dizer, pelo Banco Mundial, a avaliação era que a FUNASA não conseguiria fazer em menos de 4 anos em mais de 10 distritos. Então, toda a nossa estratégia foi para fortalecer os níveis locais da FUNASA. Ou seja, os distritos sanitários é que iam fazer esse acompanhamento?



Então o nível central tinha o papel de subsidiar os distritos para que o SISVAN realmente acontecesse. Então foi feita uma... A gente pensou na normatização, em diretrizes para o SISVAN acontecer, que indicadores a gente iria usar, que formulários. Porque o sistema, o nome já diz, é um sistema padronizado e sistematizado para que as informações fossem coletadas e os procedimentos fossem idênticos no Brasil todo. Então a norma do SISVAN, capacitação e qualificação de recursos humanos... Porque a nossa intenção no nível central era fortalecer o nível local. As ações acontecem lá na ponta, não são aqui em Brasília. Então, normatizar o SISVAN, qualificar as pessoas, contratar profissionais, adquirir equipamentos. Não dá para fazer SISVAN, não dá para pesar e medir criança se não tiver balança de qualidade, se não forem todas iguais, se não forem todas da mesma marca e se não estiverem todas aferidas. Vamos ter dados errôneos, e dados errôneos levam a gente a ter ações erradas e avaliações erradas também de suas políticas. Realização de pesquisa. A gente também entendeu que nunca tinha sido feita uma pesquisa nacional. Quer dizer, a gente tem os dados do serviço, mas era necessário fazer uma pesquisa nacional e desenvolvimento de módulo informatizado. Depois de um ano que eu estava na FUNASA, o DESAI conseguiu uma outra pessoa para trabalhar comigo, e a gente começou a trabalhar em articulação com outros órgãos do Governo Federal, para tentar fazer ações de promoção de segurança alimentar e nutricional em articulação. O manual de diretrizes está disponível no *site* da FUNASA. Todos os distritos receberam. Essa norma diz assim: como é o SISVAN indígena, como ele tem que acontecer. Era importante que tivéssemos isso padronizado e validado. Submetemos a consulta pública, vários pesquisadores e trabalhadores em saúde contribuíram e saiu o Manual de Diretrizes. Qualificação de Recursos Humanos. Bom, nós começamos a viajar, não é? Tínhamos que sair Brasil a fora capacitando os profissionais dos distritos a saber como que se fazia o SISVAN indígena. Como que eles iam coletar esses dados, como que eles iam analisar, processar e como que eles iam agir, no caso de encontrar pessoas com deficiência, com distúrbios nutricionais. Aí é o quadro de junho de 2005, efetivamente quando a gente começou a viajar. Porque 2004 foi todo de elaboração do projeto. Em junho que o Banco Mundial... realmente o recurso saiu, porque o projeto demanda assim muita estrutura para ele ser



aprovado. O banco não libera recurso assim. Então de junho de 2005 a dezembro de 2006 a gente conseguiu capacitar 252 profissionais nesses 9 distritos. Depois que eu saí, porque em 2007 eu já saí da gerência do projeto, as meninas continuaram e hoje já é... o número é de 662 profissionais capacitados diretamente. A gente indo lá, viajando. Aí a gente já tinha uma equipe de 4 pessoas e a gente se deslocava e fazia uma oficina de capacitação para que o SISVAN acontecesse nos distritos, já com formulários padronizados, já com os equipamentos comprados, enfim. *(Pausa prolongada.)* Bom, a gente sabia também... Aí foi uma importante dica da gestão, porque somos um grupo técnico dentro da FUNASA. Então foi fundamental o papel do gestor da saúde indígena na época em dizer para a gente assim: *“Olha, não basta vocês capacitarem profissionais nos distritos. Nós temos que chamar esses gestores aqui em Brasília”* — os gestores são os chefes dos distritos — *“e comprometê-los com a implantação do SISVAN, porque você pode ter técnico treinado, mas o técnico não ter condição de ir para a aldeia. Não ter carro, não ter combustível, não ter apoio para fazer o trabalho que ele tem que fazer”*. Então foram chamados os 34 distritos aqui, em julho de 2006, num trabalho que foi feito pela presidência da FUNASA da época, pela direção do DESAI, de sensibilizar esses gestores para a implantação do SISVAN, e foi publicada pela FUNASA a Portaria nº 984, de julho de 2006, que estrutura e diz assim: é para fazer acompanhamento nutricional na saúde indígena, sim. Então essa portaria foi importantíssima para nós da equipe técnica, porque realmente corrobora a necessidade de se fazer o SISVAN. E também estimular a contratação de profissionais responsáveis técnicos na FUNASA. *(Pausa.)* Depois dessa oficina de capacitação... Ah, sim, nós identificamos também nos 34 distritos profissionais... Pedimos indicações dos distritos. Pedimos que eles contratassem ou indicassem servidores do próprio quadro da FUNASA para se responsabilizarem pelo SISVAN. Então a gente formou essa rede de implantação do SISVAN indígena. Quer dizer, depois de capacitar, de chamar os gestores, formamos uma rede de pessoas responsáveis pelo SISVAN, a quem a gente pudesse se reportar para que esses dados começassem a ser coletados e que as ações pudessem ser implementadas. *(Pausa.)* Aquisição de equipamentos. A gente sabia que não era possível também fazer vigilância nutricional sem adquirir balanças de qualidade. Então foram



adquiridos, pelo projeto, 507 *kits* com balanças e antropômetros, que são os aparelhos para medir a estatura das crianças, e 2.600 balanças pediátricas portáteis para os agentes indígenas de saúde. Foram comprados também computadores portáteis para os responsáveis do SISVAN e houve compra também de Hemocue, que é um dosador de hemoglobina — anemia também é muito prevalente na saúde indígena — e também para ser utilizado no inquérito nutricional. Um dos aspectos mais importantes do projeto é essa parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública. Eu conversava, antes da apresentação... A gente está com um Curso de Especialização em Vigilância Alimentar e Nutricional no âmbito da Escola Nacional de Saúde Pública. É um curso a distância. São 241 alunos matriculados, em 33 distritos. Esses alunos são acompanhados, semanalmente, por tutores da Escola Nacional de Saúde Pública para se formarem e serem capazes de trabalhar num contexto diferenciado de atenção, que é o da saúde indígena, e fazer acontecer a vigilância do estado nutricional e ações que possam melhorar as condições nutricionais dos povos indígenas. No segundo curso, com 400 inscritos, nesta semana, amanhã, começamos a abrir os envelopes desses 400 novos inscritos para mais 250 alunos, nos 34 distritos. Alunos, também profissionais de outros órgãos, como FUNAI, MDS, Prefeituras e Estados também puderam se inscrever, de forma que a gente ampliasse essa visão de uma necessidade de ação intersectorial para resolver a questão, quer dizer, para tentar melhorar a condição nutricional dos povos indígenas. Então a gente está selecionando mais 250 alunos a partir de amanhã. Então esse curso acontece no âmbito da Escola Nacional de Saúde Pública, pelo projeto. Foi definida a realização do Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, em parceria com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. A gente está há 3 anos tentando que esse projeto saia, que o Banco Mundial aprovasse a liberação dos recursos. Finalmente foi aprovada agora no início de 2008. E a licitação internacional... Pelo volume de recursos o projeto teve que abrir uma licitação internacional. E a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva — ABRASCO foi a selecionada, através da licitação, para realizar esse inquérito que vai avaliar 4.853 crianças, por amostra. A gente não tinha condição de avaliar mais de 50 ou 100 mil crianças indígenas; o valor de recurso ia ser muito alto. Então, por amostra, vamos avaliar 4.853 mulheres e 4.553



crianças menores de 5 anos, avaliando estado nutricional — peso, estatura, anemia —, categoria de aleitamento materno, recebimento de benefícios sociais, hipertensão arterial, diabetes, acesso aos serviços de saúde, programas sociais existentes e estudos de hábitos e práticas alimentares, para tentar entender como intervir melhor — intervenção talvez não seja a melhor palavra —, mas como atuar melhor dentro desse contexto diferenciado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Dra. Aline, a senhora tem mais 3 minutos para concluir.

A SRA. ALINE CALDAS - Bom, outras ações acho que também são muito importantes a gente dizer... que a gente não trabalhou só com projeto. Ao longo desses 3 anos, nós também procuramos, dentro do DESAI, articulação com os demais órgãos do Governo Federal: MDS, Ministério do Meio Ambiente. Então a gente faz parte hoje da Comissão de Avaliação de Projetos da Carteira Indígena, do Ministério do Meio Ambiente, que foi uma demanda dos índios; a gente faz parte do CONSEA; e da Comissão Permanente de Segurança Alimentar e Nutricional dos Povos Indígenas. O nosso trabalho vem sendo acompanhado semestralmente pela CISI — Comissão Intersetorial de Saúde Indígena, pelo Banco Mundial, pela CDDPH, que é a Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana. Então, ao longo desses 3 anos, a gente tem apresentado o projeto e a evolução do projeto ao longo desse tempo para todas essas comissões. Então a gente tem ampliação dos programas de suplementação de micronutrientes em parceria com o Ministério da Saúde. Então a gente já tem hoje suplementação de megadose de vitamina A em crianças menores de 6 meses, em toda a Região Nordeste, no Distrito Xavante, no Distrito Mato Grosso do Sul. Começamos em Tocantins também e em Minas Gerais. Suplementação de sulfato ferroso em crianças menores de 18 meses e gestantes, seguindo também o programa do Ministério da Saúde. Vitamina A, que eu já falei. Distribuição emergencial de cestas de alimentos. Então a gente se deparou com uma situação que era assim: tem gente morrendo de fome. Então a gente precisa ter uma ação rápida até que a gente possa ter ações mais estruturais. Então, em parceria com o MDS, a FUNASA vem distribuindo... As cestas fornecidas pelo MDS são distribuídas pela FUNASA, e a gente tem tido, em média, 20.300 cestas de alimentos, por mês, para 18 distritos. Isso desde 2005. Ação emergencial de



identificação nutricional. Tão logo houve o problema em Dourados, o gabinete do DESAI se mudou para Dourados, e uma pessoa da minha equipe foi para lá, e durante 1 mês todinho, todas as crianças foram pesadas, medidas. As crianças mais graves foram encaminhadas para os hospitais, e foi feita uma articulação com o Instituto Materno Infantil de Pernambuco, através de um convênio com o Ministério da Saúde, para capacitar as equipes de saúde do hospital no Protocolo de Atendimento ao Desnutrido Grave. Porque a gente sabia que as crianças estavam morrendo muito no hospital. Então a gente precisava ter uma ação também hospitalar. Apesar de não ser foco da FUNASA a atuação hospitalar, nós também trabalhamos com o protocolo da OMS em parceria com a IMIP. Essa evolução do acompanhamento... Até quando eu saí, em 2006, a gente tinha uma média de acompanhamento de 8.900 crianças acompanhadas, em janeiro de 2005. Conseguimos chegar a 15 mil, em setembro de 2006. Hoje a gente já tem uma média de 25 mil crianças sendo acompanhadas mensalmente na saúde indígena. Cada acompanhamento desse significa que essa criança foi pesada, foi medida e que alguma intervenção do profissional de saúde foi feita, mesmo que ele não consiga resolver todos os problemas que estão inerentes à multideterminação da desnutrição. Esse é o quadro de desigualdade dos nossos dados. A gente tem a POF 2004. Quatro por cento da população brasileira tem baixo peso para a idade, enquanto que nos distritos indígenas pode chegar a até 30%. O estado nutricional decresce à medida que a criança vai crescendo. Com 6 meses tem uma elevada prevalência de crianças com estado nutricional adequado. A partir dos 6 meses, ou seja, quando a criança já começa a necessidade de alimentos, esse estado nutricional vai caindo, o que faz com que a gente possa, através dos dados do SISVAN, saber onde exatamente a gente vai agir. Então a gente sabe que até 6 meses o aleitamento materno em áreas indígenas, pelo menos é o que se supõe, pelos dados, ele está atendendo as necessidades nutricionais. A partir disso, a gente tem que ter uma ação para crianças pequenas. Então essa que eu acho que é a essência do SISVAN, que a gente fala, fala, é técnico, mas para vocês entenderem. É a gente saber onde a desnutrição está acontecendo. Onde, regionalmente, e onde, em que faixas etárias e quais os problemas mais que são atingidos. Então a gente tem um quadro que diz: olha, a partir dos 6 meses e até os



24 meses, que é onde a desnutrição está maior, é que a gente tem que agir, o setor saúde precisa agir, quer suplementando alimentos, quer tendo uma atenção maior para as diarreias, para as infecções respiratórias, para o estímulo ao aleitamento materno até os 2 anos, enfim, ações que podem ser feitas pelo setor saúde. O setor saúde recebe esses indivíduos afetados por problemas que são multideterminados. Mas uma ação que pode ser feita pelo setor saúde é identificar se há um comprometimento nutricional e se esse comprometimento é oriundo da sua própria ação, ou seja, se uma criança teve diarreia, se ela teve pneumonia ou se ela está propensa a ter uma diarreia, uma pneumonia e piorar ainda mais o seu quadro nutricional. Essa é a essência do SISVAN, tal como ele foi proposto pela FAO. Esse é um quadro de cegueira, de ceratomalácia, que foi identificado em Mato Grosso do Sul, que é a deficiência clínica de vitamina A — um caso em 10 mil. Foi achado esse caso em uma adolescente de 17 anos. Nesse mutirão de identificação nutricional, nós achamos essa adolescente com ceratomalácia e imediatamente começamos a suplementação com megadoses de vitamina A, porque a gente sabe que 1 caso em 10 mil há justificativa de se fazer a suplementação pelas regras da OMS. Acabamos. Bom, quais são os desafios? Vou deixar só os desafios para o SISVAN indígena. É o reconhecimento do SISVAN como uma política pública de Estado e não de Governo. Eu acho que o SISVAN tem que continuar, independentemente dessa gestão ou da outra. A gente tem feito isso. Eu já peguei 3 presidentes e 4 diretores e todos eles têm confirmado, corroborado a necessidade de essa ação continuar. A rotatividade muito elevada de profissionais nos distritos, tanto de gestores como de funcionários, prejudica um pouco. A gente tem 250 alunos, hoje, estudando, fazendo esse curso de especialização. Não são pessoas do quadro. Muitas são contratadas, são de ONGs, são de Prefeituras. Então isso... Claro que a gente está disseminando a informação, mas isso prejudica um pouco. A gestão do SISVAN também seria interessante que fosse por pessoas do quadro da FUNASA. Uma política de divulgação de informações mais definida pelo próprio Ministério da Saúde e utilização das informações por outros setores envolvidos com a segurança alimentar dos povos indígenas. A gente não pode ter... Há pouco tempo, um outro Ministério quis fazer um outro inquérito. A gente falou: *“Não, não precisa fazer. A gente já vai fazer.”* Então, acho que a gente é órgão de um único Governo. Então, que as



ações... que as informações coletadas pela FUNASA também sejam utilizadas pelos demais órgãos do Governo para subsidiar as ações também. E articulação com os outros sistemas de informação do Ministério da Saúde, para a gente ter um sistema de informação de qualidade, que realmente consiga orientar e avaliar as políticas públicas.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Agradecemos a Dra. Aline Caldas, que nos oferece uma série de informações importantíssimas ao desempenho do nosso trabalho nesta CPI.

Com a palavra, por tempo igual, o depoente Wanderley Guenka.

Continuam abertas as inscrições.

O SR. WANDERLEY GUENKA - Boa-tarde a todos. (*Segue-se exibição de imagens.*) Este primeiro *slide* é para mostrar a diversidade dos povos indígenas aqui no Brasil: mais de 200 etnias e 170 línguas faladas no País. Quando se trata da questão indígena, temos que pensar na diversidade étnica, senão fica muito difícil entender o processo da questão indígena. Temos que levar em consideração as etnias, a dispersão, a cultura e também o território que esses povos indígenas vivem. Essa população está distribuída em 12% do território nacional. O Brasil é um dos maiores países do mundo, e 12% do território nacional são terras indígenas. E a população indígena representa 0,2% da população nacional. Atualmente, estamos com 490 mil indígenas cadastrados pela Fundação Nacional de Saúde; 4 mil e pouco em 95 aldeias. Pólos básicos são referências para atenção à saúde indígena. Esta é a distribuição por faixa etária da população indígena. A pirâmide populacional ainda é de base larga, e a parte superior é mais estreita. Na questão da saúde, tem os avanços na Constituição Federal de 1988; a Lei Orgânica da Saúde, de 1990; o Decreto nº 3.156, de 1999, que dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do SUS — Sistema Único de Saúde e estabelece que a Fundação Nacional de Saúde é o órgão responsável pela execução das ações dentro do Ministério da Saúde; a Lei 9.836, também de 1999, de setembro, Lei Arouca, porque foi o Deputado Federal Sérgio Arouca que batalhou bastante para se criar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena dentro do âmbito do Sistema Único de Saúde, alterando a Lei 8.080, de 1990; e tem uma Portaria 2.656, de 17 de outubro de 2007, regulamentando o fator de incentivo à atenção



básica aos povos indígenas e o fator de incentivo para a assistência ambulatorial e hospitalar de apoio diagnóstico à população indígena, que foi criado pela Portaria 1.163, em 1999. Essa regulamenta os recursos que vão do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde para, complementarmente, atuar na saúde indígena. Esse é o mapa que foi discutido em 1999, 1998, para a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. São 34 distritos, respeitando a questão étnica, cultural. Esses distritos muitas vezes estão dentro do próprio Estado. Há alguns Estados com 4, 5 e 7 distritos, e alguns distritos abrangendo vários Estados, como é no Sul e Sudeste. Dos 34 distritos... Eu tenho aqui o modelo organizacional do distrito de Mato Grosso do Sul, porque sou oriundo lá do Estado e por muito tempo trabalhei nessa questão da saúde indígena. A organização, através da Coordenação Regional da FUNASA... O distrito sanitário está dentro da Coordenação, e nós temos aqui do lado o controle social, que se chama Conselho Distrital de Saúde Indígena. Esse é um grande avanço da Fundação Nacional de Saúde na questão da assistência à saúde. E os conselhos locais que fazem parte em todas as aldeias... e o conselho local tem um representante para o conselho distrital, que é como se fosse o Conselho Municipal de Saúde: tem os usuários, os trabalhadores e, também, os prestadores de serviços. E os distritos organizados em pólos-base e também as casas de apoio à saúde indígena. O que se espera que cada aldeia tenha é esta estrutura mínima. Agente indígena de saúde. A maior força de trabalho nossa na assistência à saúde das populações indígenas são os agentes indígenas de saúde, pertencentes à própria comunidade, similares aos agentes comunitários de saúde da área urbana. Fica responsável por uma determinada região da aldeia, e é o que relaciona a equipe de saúde com o usuário indígena. Postos de saúde, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem, radiocomunicação, viatura para levar a equipe de saúde à aldeia — viatura, ou barco, ou aviões — e a questão de prestação de socorro. E a equipe que fica lotada próxima ao pólo-base... O pólo-base pode ser dentro da aldeia, quando a aldeia é muito extensa, ou próximo a uma cidade que presta assistência dentro dessa aldeia mais próxima do município. E referência é o Sistema Único de Saúde dentro do município e também do Estado. A equipe de saúde... a equipe multidisciplinar de saúde é parecida com o Programa Saúde da Família, da área urbana, e todos os



programas da atenção básica do Ministério da Saúde têm que ser feitos na atenção à saúde indígena, logicamente com algumas adequações e adaptações, e respeitando as suas especificidades locais e culturais. Quando, na aldeia, não é possível ter resolutividade com a equipe da saúde, isso é referenciado a um pólo-base, para a rede do SUS e, em alguns casos, a referência para a média e alta complexidade. Como a CPI é voltada muito para o Mato Grosso do Sul e principalmente Dourados, estou mostrando o pólo-base de Dourados. Desde 1999 nós fazemos o monitoramento. Em 2000 já tem dados mais fidedignos. Esses são os nascidos vivos no pólo de Dourados. Os óbitos, ano a ano, óbitos da população geral, não só crianças. *(Pode passar.)* Óbitos de crianças de 1 a 4 anos e óbitos de crianças menores de 1 ano de idade. *(Pode passar.)* A população indígena de Dourados é de aproximadamente 11 mil indígenas. Essa é a taxa de mortalidade infantil de 2000 a 2006. Quando a Fundação Nacional de Saúde começou a atuar na saúde indígena, nós não tínhamos muitas informações, mas o que havia era uma taxa de mortalidade infantil muito alta, próxima de 140 por mil. Em 2001, já com melhor atendimento da equipe e maiores informações, foi sendo reduzida essa taxa de mortalidade infantil. Fechamos 2006 com 24,12 mortes por mil — isso em Dourados, o que chamou muito a atenção da mídia internacional em 2004, 2005 e 2006. Então, em 2006, fechamos em 24,12, o que é até próximo da mortalidade infantil nacional. *(Pode passar.)* Óbitos de menores de 1 ano por causa — são aquelas 11 crianças que faleceram: prematuridade, nascendo antes do período da gestação; broncoaspiração, crianças recém-nascidas que não mamaram e depois não foi feita a... Me faltou a palavra aqui... Que vomita e aspira o próprio leite...

(Intervenção fora do microfone. Inaudível.)

O SR. WANDERLEY GUENKA - Faltou a palavra aqui. É a gente colocar a criança para arrotar. Então, o que acontece? Você tem uma criança pequena, dá de amamentar e você, depois, pós-mamar, você coloca para arrotar, para sair o gás, o ar. E, muitas vezes, não acontece isso, coloca o neném de costas, e ele acaba vomitando e aspirando o próprio leite. *(Pode passar.)* Essa mortalidade por patologia é de 2001. Nós tínhamos muitos óbitos aqui por desidratação, desnutrição, doenças infecto-contagiosas. E o segundo caso aqui era o suicídio por enforcamento. Depois, alcoolismo e prematuridade. Em 2006, isso se inverte: as grandes causas de óbitos



são acidentes cérebro-vascular, e o suicídio permanece aqui também, como a segunda causa de óbito, inclusive aumentando, e traumas e fraturas, muitas vezes por agressões e brigas. *(Pode passar.)* Então, a gente percebe que inverte o perfil epidemiológico de 2001 para 2006. Colocando aqui a tuberculose, porque Dourados, no passado, era tida como um..., principalmente os indígenas, davam a entender que todos os indígenas tinham tuberculose, tanto é que havia um hospital na missão evangélica lá específico para internação de pacientes com tuberculose, de todo o Cone Sul, dos kaiowá-guarani. Então, eram altos os casos de tuberculose. Passamos a agir, e começaram a tirar esses pacientes da internação e fazer o tratamento que é recomendado pela Programa Nacional de Controle da Tuberculose, que é o tratamento domiciliar. E, com isso, começamos a melhorar as informações, os diagnósticos, diminuindo os casos positivos, de baciloscopia positiva pulmonar. Você faz o tratamento e você diminui os casos. *(Pode passar.)* Desativamos aquele hospital que tratava a tuberculose, porque não precisavam mais ficar internados, e aquele local, com a questão da nutrição, nós passamos a internar as crianças para tratamento lá, que hoje chamamos de Centrinho. Então, era um hospital que tratava tuberculose e que. com o tratamento domiciliar dos pacientes com tuberculose, aquele local ficou inoperante, passamos a colocar as crianças lá. *(Pode passar.)* O nosso primeiro levantamento em Mato Grosso do Sul foi em 2001, foi o primeiro distrito a contratar um profissional nutricionista, primeiro levantamento, porque nós, a equipe de saúde que fazia os tratamentos percebia que havia a questão social, a questão da desnutrição. Então, contratamos um profissional nutricionista, fizemos um levantamento para diagnosticar, melhorar as informações e buscar as parcerias e as propostas de intervenção. Isso aqui a Aline já falou, que nós começamos em 2001, na verdade; em 2003, praticamente esse único distrito aqui é Mato Grosso do Sul, que fazia a vigilância nutricional. Foram agregando outros distritos, e hoje 25 mil crianças são avaliadas na questão nutricional e alimentar. *(Pode passar.)* Isso aqui é a avaliação nutricional em Mato Grosso do Sul também, 2002 a 2006. Aumentamos a cobertura: em 2006 está em 95, em 2007 está em 98 de cobertura das crianças menores de 5 anos de idade, que perfazem aí 10 mil e poucas crianças — isso mensalmente. E aqui o percentil, a classificação nutricional das crianças avaliadas ano a ano, de 2002 a 2005, e 2006 logo aqui



embaixo. Então, caiu o número de crianças abaixo do percentil 10, que está em risco nutricional. Essa classificação, antigamente, nós trabalhávamos só com abaixo do percentil 3. Hoje já se melhorou, quer dizer, trabalha com percentil 01. Aumentaram as crianças com peso adequado. *(Pode passar.)* Essa aqui é a questão de desnutrição, os fatores etiológicos. Então, desnutrição em população urbana, quer dizer, baixo nível socioeconômico — a população urbana, podemos considerar a aldeia de Dourados e de Amambai como um perímetro urbano —, a questão de habitação e saneamento precários, desemprego ou subemprego, luta pela sobrevivência, violência, promiscuidade, educação precária, falta de acesso a sistema de saúde eficaz, família nuclear, falta de apoio familiar; baixa renda, alcoolismo; criança descuidada, abandonada; família desestruturada, família numerosa; hábitos, costumes e crenças e tabus; ausência de cuidados pré-natais adequados; falta de alimento em casa, desmame precoce, erro alimentar, higiene inadequada, *(falha na gravação)*, baixo peso de nascimento e separação mãe/criança — todos são fatores *(falha na gravação)* que levam à questão da desnutrição ou doenças associadas à desnutrição, doenças infecciosas *(falha na gravação)* baixa ingestão calórica e carência afetiva, falta de circulação, vários desses fatores nós podemos identificar na região de *(falha na gravação)*. *(Pode passar.)* O programa de imunização que o Departamento de Saúde Indígena e todos os distritos procuram executar. *(Pode passar.)* Graças a Deus, nós não vamos ver essa imagem, que é a poliomielite, graças ao programa de imunização do Governo brasileiro, que é um dos melhores programas do mundo, que é a questão do Programa Nacional de Imunização. Nós temos um sistema de informação que permite saber a demografia, a população, por faixa etária, e também permite acompanhar a vacinação dia-a-dia. O sistema acusa crianças que estão em falta de algum tipo de vacina. E, hoje, na saúde indígena, são 15 tipos de vacinas aplicadas mensalmente. Nós chegamos à perfeição de acompanhar crianças de 6 a 11 meses, quer dizer, crianças com 6 meses teriam de ter várias vacinas em dia. Então, nós chegamos a 100% de BCG, que é unidose, e é possível verificar se foi vacinada ou não, porque tem a cicatriz vacinal; a poliomielite em 99%... *(Pode passar.)* Isso de 1 a 4 anos também sendo bem acompanhado. A população indígena, grande parte vive na região amazônica. Nós não tivemos nenhum caso de febre amarela em



população indígena, quando aqui próximo nós tivemos alguns casos. Tivemos um caso notificado no Mato Grosso, mas de uma pessoa que tomou a vacina; então, não sabemos por que não foi protegida. *(Pode passar.)* Mostrando novamente a taxa de mortalidade infantil no Pólo de Dourados, fechamos em 24,12 em 2006. *(Pode passar.)* A taxa de mortalidade em Mato Grosso do Sul é muito parecida com a de Dourados, só que temos algumas áreas mais difíceis do que a de Dourados. Fechamos em 38,17, em 2006. Essa é a taxa de mortalidade infantil no Brasil e Unidades Federadas em 2004. Então, nessa área mais clara, a taxa de mortalidade infantil é 13,6 a 15,5; o amarelo, 15,5 e 22,5; essa um pouquinho mais escura é 22,5 a 30, que é a região amazônica aqui; 30 a 37, o Acre, Maranhão, Bahia, Sergipe, Pernambuco, Paraíba e Rio Grande do Norte. E, acima de 47, Alagoas. *(Pode passar.)* E isso é a taxa de mortalidade infantil e o IDH. Então, fechamos 2006 com um índice muito alto ainda; 38,17, menor que alguns Estados. E, quando se fala em Dourados, ficamos próximos à média nacional, a taxa de mortalidade infantil. *(Pode passar.)* Apresentando o que a Fundação Nacional de Saúde procurou fazer em Mato Grosso do Sul e do qual fui chefe de distrito *(falha na gravação)* no início da implementação do Distrito, trabalhei em Mato Grosso do Sul de 1993 até 2002, final de 2002. Em 2003, 2004 e 2005, estive fora do distrito e retornei no final de 2006. E fechamos com esses indicadores. A organização de serviço lá em Mato Grosso do Sul está muito bem. Temos aproximadamente 800 funcionários, há organização de serviço, há disciplina, há metas e propostas. Esta CPI, parece-me, é a quarta de que participamos. Houve a CPI da desnutrição da Assembléia Legislativa de Mato Grosso do Sul, presidida pelo Picarelli, há o relatório da Bela Barros; houve a Comissão Externa da qual os Deputados Geraldo Resende, João Grandão, Fernando Gabeira e Perpétua Almeida participaram também em 2005, e houve outra reunião que foi da Câmara Federal no ano passado, dos Direitos Humanos e Minorias, que foi presidida pelo Deputado Luiz Couto. Então, de levantamento em Mato Grosso do Sul da questão de desnutrição, acho que foi bastante levantado pela Câmara dos Deputados e Assembléias Legislativas. Agora, temos de considerar a situação que citei: a questão indígena. Nós não podemos entender que atender à população indígena é igual a atender a um bairro do município. Se não pensarmos nas especificidades dessa população indígena, as dificuldades, o



tamanho do território, a dispersão e mecanismo de melhorar esse atendimento e ter essas adequações específicas para a população indígena, nós vamos ficar tendo mais CPIs aqui.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Dr. Wanderley, o senhor concluiu o seu tempo. Tem mais 3 minutos.

O SR. WANDERLEY GUENKA - Por que a gente fala isso? Porque atender a população indígena não é fácil. Temos o caso do Vale do Javari, um território com 8 milhões e 500 hectares, o tamanho do Estado de Santa Catarina. Para você sair de Atalaia do Norte, que é um município pequenininho, que é nossa base, para chegar no Alto Ituí, são 1.200 quilômetros. Os rios do Vale do Javari não são iguais aos do Alto Solimões, que é navegável e você entra com barcos maiores. Você tem de entrar com canoinha. Nossa equipe sai de Atalaia do Norte e leva em média 10 dias para chegar no Alto Curuçá e Alto Ituí, no meio da mata, sem nenhuma estrutura de apoio, porque é mata virgem, e com medo dos bichos. O Vale do Javari é um território que tem a maior concentração de índios sem contato, índios isolados. Há lá mais de 30 evidências de que existem índios que nunca tiveram contato com o branco e ainda conseguem fazer fogo através daqueles pauzinhos. A FUNAI tem um bom trabalho na proteção dessa população que está isolada. No passado, havia as Frentes de Atração, que atraíam os índios para a comunidade. Hoje a FUNAI tem a Frente de Proteção: protege o território e fica a opção de o índio isolado ter o contato ou não. A experiência tem mostrado que o contato com o homem branco sempre é perverso para a população indígena. Temos área ianomâmi com 9,5 milhões de hectares, também com muita dificuldade de acesso. Então, dirigindo hoje o Departamento de Saúde Indígena, a gente enfrenta esses obstáculos. Somos bastante criticados, muitas vezes com razão. Mas há de se entender a dificuldade que é atender essa população. Esta CPI, que apura causas, conseqüências e culpados, eu acho, tem também de apontar propostas e, aqui na Câmara dos Deputados, apresentar alternativas também. Por quê? Porque nós estamos... Na saúde indígena, temos de respeitar as mesmas regras de atuação das leis normais para atender a população não índia, como atender no Javari, no ianomâmi, em São Gabriel da Cachoeira, com dificuldade acesso, com dificuldade de fornecimento de materiais. Você tem de ter um comércio que tenha SICAF, e nem sempre você



encontra, porque muitas vezes é comércio pequeno. Então, é preciso que saíamos daqui, no final desta CPI, com propostas também. Culpados? Culpados acho que foram de Dourados, eu acho que foi o Rondon. Foi o Rondon que fez as reservas indígenas na década de 1920 e colocou os índios ali, porque os índios eram espalhados em todo o sul do Mato Grosso do Sul. Com a colonização, o Rondon, que era descendente de índios, achava que criando aqueles núcleos próximos às cidades de Dourados, Amambai, Caarapó e Iguatemi, se colocasse os índios lá, haveria uma integração entre índio e não-índio. Isso não aconteceu. E hoje temos essa situação toda agravada. Logicamente, estou brincando porque Rondon foi um dos maiores defensores da questão indígena. Se não fosse o Rondon, talvez não tivéssemos tantos índios com existem hoje. E Mato Grosso do Sul tem a segunda população indígena, com 60 mil índios. É só. Esta é a apresentação. Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Sras. e Srs. Deputados, passamos à lista dos inscritos, reafirmando que tanto o Dr. Wanderley quanto a Dra. Aline já assinaram os termos de cessão dos direitos autorais das suas exposições. Elas estão à disposição da CPI.

Com a palavra, pela ordem de inscrição, o Deputado Vanderlei Macris.

O SR. DEPUTADO VANDERLEI MACRIS - Sr. Presidente, em primeiro lugar, eu gostaria de deixar uma questão de ordem, para que V.Exa. pudesse encaminhar. Acho que vai ficar muito difícil conduzirmos esta CPI com seriedade e, mais do que isso, com competência, a competência que o próprio Dr. Wanderley espera da gente, e apresentar propostas para resolver essa questão da mortalidade infantil nas aldeias, até porque a 5 minutos da Ordem do Dia, não teremos oportunidade nenhuma de aprofundar o debate e as discussões sobre essa questão tão importante para o Brasil, que é a questão indígena. Então, acho que há a necessidade de uma reformulação dessa mecânica de depoimentos que temos aqui na Casa, sob pena de comprometermos seriamente os trabalhos desta Comissão. Essa é a questão de ordem que eu queria levantar para que possamos encaminhar de maneira mais acertada os trabalhos desta Comissão.

Não sei se terei tempo, em 5 minutos, de fazer essas indagações e discutir um pouco, com os meus colegas aqui, sobre essas questões. Agora, eu queria falar com o Dr. Wanderley um pouco sobre a questão orçamentária. A pergunta que eu



gostaria de fazer — e tenho aqui alguns dados do SIAFI, informações que falam sobre a execução de despesas da Fundação Nacional de Saúde, especificamente sobre os povos indígenas. Aqui se fala em gastos da gestão e administração do programa. E temos, por exemplo, o item nº 39, elemento de despesa, dizendo que foram gastos R\$6.317.133,26 em outros serviços de terceiros, pessoa jurídica.

Eu queria saber se o Dr. Wanderley poderia me informar do que se trata um gasto dessa ordem, num orçamento que está colocado na faixa de R\$269 milhões — recursos que são gastos pela Fundação Nacional de Saúde na área de gestão administrativa do programa. V.Sa. tem conhecimento disso e poderia especificar o que quer dizer “*outros serviços de terceiros de pessoas jurídicas*”, no que são gastos os recursos nessa área, Dr. Wanderley? Por favor.

O SR. DEPUTADO GERALDO RESENDE - Sr. Presidente, uma questão de ordem.

O SR. PRESIDENTE (Vital do Rêgo Filho) - Tem V.Exa. a palavra.

O SR. DEPUTADO GERALDO RESENDE - Eu acho que, até pela seriedade com que o Deputado Vanderlei Macris está cobrando — e todos nós estamos envolvidos nesse objetivo, para podermos dar celeridade ao trabalho —, S.Exa. pode fazer o conjunto das perguntas e, depois, deixar para o depoente dar as respostas. Seria até para acelerar também, para podermos fazer um rol de 3 Deputados, que fariam as perguntas para, depois, ele responder.

O SR. PRESIDENTE (Vital do Rêgo Filho) - Nós podemos definir. Eu questiono o Deputado Macris se deseja...

O SR. DEPUTADO VANDERLEI MACRIS - Eu gostaria que o Dr. Wanderley, dentro do meu tempo, pudesse...

O SR. PRESIDENTE (Vital do Rêgo Filho) - No seu tempo de 5 minutos, V.Exa. dispõe da integralidade...

O SR. DEPUTADO VANDERLEI MACRIS - Outra coisa que talvez fosse interessante o Dr. Wanderley especificar é o seguinte: o orçamento de que V.Sa. dispõe é suficiente para o atendimento tal qual o projeto e o programa estabelecidos pelo Governo? Quer dizer, há demandas maiores do que os gastos que são feitos, gastos orçamentários, despesas realizadas pelo seu departamento, por exemplo? Existe deficiência de recursos nessa área?



O SR. DEPUTADO SEBASTIÃO MADEIRA - Sr. Presidente, antes da resposta ao orador, eu gostaria de fazer uma questão de ordem.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Vou descontar o tempo do Deputado Vanderlei Macris aqui.

O SR. DEPUTADO VANDERLEI MACRIS - Muito obrigado, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Pois não, Deputado Madeira, a questão de ordem de V.Exa. tem prioridade.

O SR. DEPUTADO SEBASTIÃO MADEIRA - Como V.Exa. sabe, sou um dos autores do requerimento para instalação desta CPI e confesso que estou extremamente insatisfeito com o desenvolvimento da CPI. Está virando uma Comissão Especial. As pessoas vêm, os convidados, os convocados, fazem a exposição, e não temos tempo de dizer nada, não temos tempo de falar nada. Vimos aqui a frustração, na semana passada, quando o Presidente da FUNASA fez a sua exposição e foi embora — não por culpa dele, mas pelos trabalhos. E, depois, fomos para uma Ordem do Dia em que não houve nada, absolutamente nada. Então, uma CPI desse jeito será uma desmoralização, será nula. Nós perdemos tempo, inclusive, de entrar com um mandado de segurança para instalar resta CPI, porque o resultado será nulo, até porque a CPI não é para Dourados, a CPI é para o Brasil. Em Dourados, depois daquele escândalo, claro que houve uma melhora lá, mas os cricatis no Maranhão, os guajajaras, os ianomâmis, aqueles outros em que não houve um escândalo tão explícito e que estão morrendo lá por absoluta falta de assistência, a culpa não é de Rondon, a culpa é de uma política de Governo que não cuida dos índios.

Quero aqui registrar a minha insatisfação com o desenrolar desta CPI.

O SR. DEPUTADO JOSÉ GUIMARÃES - Sr. Presidente, pela ordem.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Deputado Madeira, como não é questão de ordem a participação de V.Exa., eu me permitirei dar uma explicação a V.Exa. do caso passado e do presente, até porque vamos levar esta CPI da melhor forma possível.

O Deputado Macris está com a palavra. Eu gostaria que S.Exa. concluísse as suas indagações, para que tentássemos objetivar mais.



O SR. DEPUTADO VANDERLEI MACRIS - Quanto tempo tenho ainda, Sr. Presidente?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Deputado Macris, V.Exa. tem mais 3 minutos.

O SR. DEPUTADO VANDERLEI MACRIS - Pois é, Sr. Presidente. Quero vir em socorro a meu colega Madeira. Realmente, não vamos ter condições de trabalhar aqui, Sr. Presidente. Precisamos reformular essa mecânica de discussão. Tenho aqui uma infinidade de perguntas a serem feitas aos nossos depoentes, que, tenho certeza, são funcionários zelosos de um setor importante.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Deputado Vanderlei Macris, pode fazer as perguntas, que esta Presidência garante as suas perguntas.

O SR. DEPUTADO VANDERLEI MACRIS - Porque não é possível...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Com a palavra V.Exa. Faça as suas perguntas, Deputado.

O SR. DEPUTADO VANDERLEI MACRIS - Muito obrigado. Agradeço a V.Exa.

A essas perguntas que fiz — e não sei se o Dr. Wanderley já anotou para poder responder — acrescento ainda mais: quais as razões da definição gerencial da estrutura do subsistema de atenção à saúde indígena? Essa é uma outra pergunta.

Uma outra: os distritos sanitários especiais indígenas estão funcionando? Eles têm autonomia administrativa? Como são feitas as indicações das chefias? Existe participação de representantes das populações indígenas? Existe acompanhamento por parte das ONGs ou entidades indigenistas? Quero saber se é possível também resposta nesse sentido.

Outra questão: como é feito o repasse de recurso para os distritos? Acho importante também nós avaliarmos, porque eu estou aqui com toda a estrutura orçamentária da fundação, e nós temos muita dúvida sobre como é a distribuição dessas questões do ponto-de-vista dos gastos na região, ou, melhor, no setor. E esse repasse de recursos para os distritos, como é que se dá? Qual é a mecânica de autorização para os repasses desses recursos?



Eu tenho uma outra questão: segundo os documentos e declarações apresentados por dirigentes da FUNASA e da FUNAI uma das metas é a busca pela humanização do tratamento da saúde do índio e uma compreensão global desta, no sentido de prover condições mais dignas a essas populações. O senhor pode explicar, por exemplo, o que significa essa “humanização”? Quer dizer, é uma outra questão que fica aqui colocada para o senhor me responder.

E uma outra questão é a respeito da sua colocação. O senhor disse claramente o seguinte: *“Nós não temos nenhuma estrutura de apoio para encaminhar as questões de interesse dos indígenas”*, referindo-se principalmente àquela evolução do trabalho pela florestas etc. *“Há dificuldade de acesso”* — isso, evidentemente, coloca claramente a falta dessa estrutura de apoio, para que haja dificuldade no acesso às próprias populações indígenas.

Então, Dr. Wanderley, é o que queria perguntar a V.Sa. — e não sei se a Dra. Aline também pode responder algumas dessas questões —, por enquanto, pelo tempo escasso que tenho, mas outras avaliações gostaria de fazer.

V.Sa. tem algum partido político? É filiado a algum partido político? Queria também saber da sua resposta. E se também usa cartão corporativo? Que pessoas na sua área de influência, no seu setor, na sua diretoria, quantos funcionários usam cartões corporativos para atuar nos gastos com as necessidades que tem o seu departamento para a utilização da política de Governo para o setor indígena?

Eram essas as perguntas que eu gostaria de fazer, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) – Concluindo as perguntas do Deputado Macris, vamos ouvir blocos de 3 Parlamentares, e os depoentes haverão de responder.

Se os Parlamentares não se sentirem, com as suas respostas, atendidos, eles haverão de voltar. Mas, dentro desse processo de otimização de resultados, com a palavra o Deputado Geraldo Resende.

O SR. DEPUTADO JOSÉ GUIMARÃES - Sr. Presidente, antes do Deputado Geraldo, só uma questão de ordem.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Questão de ordem. Deputado.



O SR. DEPUTADO JOSÉ GUIMARÃES - Eu havia solicitado, após a fala do Deputado Arnaldo, e V.Exa. não prestou ...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Perdoe-me, Deputado Guimarães.

O SR. DEPUTADO JOSÉ GUIMARÃES - Eu quero só levantá-la ao final, para não atrapalhar o ritmo. Ao final, quero apresentar uma questão de ordem, que quero interpor antes do encerramento da reunião.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Com certeza.

Deputado Geraldo Resende, com a palavra V.Exa. para as suas indagações.

O SR. DEPUTADO GERALDO RESENDE - Vou ser bem rápido. Eu gostaria que o depoente Wanderley Guenka pudesse nos enumerar as várias ações que possibilitaram a reversão do quadro da crise que se abateu em Mato Grosso do Sul, quando lá ele foi chamado para prestar seus serviços profissionais. Desde quando ele é servidor da FUNASA? E quais foram as ações? Foi devido a essas ações é que se chegou àqueles números que ele nos apresentou? Em Dourados, segundo o reporte dele, hoje o índice de mortalidade infantil chega próximo ao índice de mortalidade infantil do País como um todo.

Gostaria de perguntar também aos depoentes a que se deveu a crise de 2005? Por que se chegou a números tão alarmantes de mortes de crianças indígenas? E perguntar também ao depoente se hoje ele entende que, sendo o responsável pela saúde da população indígena em todo o País, a principal ação da saúde na população indígena é relacionada à desnutrição ou nós temos que enfrentar outros desafios, tais como alcoolismo, suicídio, violência, que estão se abatendo sobre a população indígena?

Quanto à questão orçamentária — e, inclusive, amanhã deverá haver o desfecho —, eu fico preocupado, porque vimos que, na própria elaboração do Orçamento, tivemos Relatorias que cortaram recursos da Fundação Nacional de Saúde, e inclusive há destaques amanhã para tentar recompor. E nós precisamos também verificar de onde que partiu tal corte e por que se dão cortes tão substanciais no orçamento da Fundação Nacional de Saúde, inclusive dentro da própria saúde indígena, para nós termos esses dados e, logicamente, a população ter conhecimento acerca desses valores.



Acho que algumas perguntas que já foram feitas e que os depoentes devem responder podem nos dar clareza da intervenção que se fez no Estado e do que podemos fazer doravante, enquanto entidade responsável por cuidar da saúde indígena, e nós, enquanto Parlamento, para podermos realmente celebrar momentos melhores do que os que tivemos no passado. Em que nós podemos, em conjunto, trabalhar para, daqui a algum tempo, superarmos esse quadro tão obscuro que tivemos durante estes últimos 2 anos?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Com a conclusão do Deputado Geraldo Resende, neste primeiro bloco, passo a palavra ao Deputado Sebastião Madeira, dizendo a S.Exa. que já comecei a bolar algo que possa proporcionar a S.Exa. diminuir um pouco a sua inquietude. Com relação aos depoentes, S.Exa. tem o direito de perguntar dentro do tempo regimental de que dispõe.

Com a palavra o Deputado Madeira.

O SR. DEPUTADO SEBASTIÃO MADEIRA - Dr. Wanderley, fiz uma reunião, no sábado, no Maranhão, com os coordenadores e os representantes indígenas da Coordenação dos Movimentos Indígenas, até preparando para a ida da CPI ao Maranhão. E quero discutir com a Presidência, porque vi lá o roteiro: sai 9h da manhã de Campo Grande, para chegar ao Maranhão à tarde e voltar às 6h da tarde. Se for desse jeito, vamos economizar para o Governo a despesa, porque é só para ir ao Maranhão e voltar.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Não, ficaremos no Maranhão o tempo que o senhor quiser, Deputado Madeira.

O SR. DEPUTADO SEBASTIÃO MADEIRA - Certo. Então, eu gostaria de perguntar, primeiro, se o doutor tem a informação — se não tiver, nós vamos apresentar um requerimento para termos essa resposta — sobre o mapa da cobertura vacinal das crianças indígenas nos últimos 8 anos, no Brasil. Essa cobertura é inexistente no Maranhão.

Segundo: quais as informações sobre o acompanhamento das gestantes indígenas, nos últimos 8 anos? Estou perguntando do Brasil, e não apenas de Dourados. Qual a informação sobre o número e causas de óbito de crianças indígenas nos últimos 8 anos? Também solicitamos que V.Sa. possa nos apresentar



a busca de casos ativos de tuberculose em crianças e gestantes, também nos últimos 8 anos.

Para a Dra. Aline: que informações pode nos dar sobre as articulações da FUNASA junto a entidades públicas e privadas visando ao fortalecimento das comunidades indígenas no tocante a plantio de roças.

Temos mais outras perguntas, mas vamos nos ater a essas. E, quanto às outras, vamos transformar em requerimento de informação.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Concluso o primeiro bloco, já comunico ao Srs. Deputados Waldir, Ilderlei e José Guimarães que fazem parte do bloco seguinte de intervenções, segundo a ordem de inscrição.

Com a palavra os depoentes para responderem a esse bloco.

O SR. WANDERLEY GUENKA - Respondendo aqui ao Deputado Vanderlei Macris, a questão da autonomia distrital... Essa é uma proposta de quando foi pensado o subsistema da saúde indígena, quando se pensou em 34 — e, na verdade, não eram nem 34 distritos, seriam 30 distritos sanitários. O Deputado Sergio Arouca pensava que deveria haver autonomia distrital e fundo distrital de saúde, que o recurso fosse para um fundo, e esse distrito tivesse autonomia. Tanto é verdade que esses distritos que eu apresentei não respeitam limite municipal nem estadual. Eles ultrapassam, muitas vezes, aquele limite estadual. E se respeitou a questão étnica e dos povos indígenas. Esse é o sonho dos indígenas e também de quem trabalha com a questão indígena, desde a 2ª Conferência Nacional de Saúde, que foi em 1993; a terceira, em 2001, e a quarta conferência, em 2006. Estamos trabalhando para isso. Isso se discutiu muito nas conferências, e há esse controle. O controle social existe. Nós estamos, em respeito ao Sistema Único de Saúde, à Lei nº 8.080 e à Lei nº 8.142, que propõe não só na saúde de uma forma geral, e adaptamos a questão à saúde indígena. Então, em cima da Lei nº 8.142, que é o controle social, há o Conselho Distrital de Saúde e o Fórum dos Presidentes, em que 4 vezes por ano nós reunimos os Presidentes dos Conselhos. O senhor perguntou se tenho cartão corporativo. Não. Nós temos cartão de pagamento. A qual partido político eu sou filiado. Não, não sou filiado, não. A pergunta do Geraldo Resende: desde quando trabalha na saúde indígena? Desde 1987, na antiga Fundação SESP, que, depois, se transformou na Fundação Nacional de Saúde, juntamente com a



SUCAM. Então, eu estou em Brasília, no Departamento de Saúde Indígena, Deputado Vanderlei, talvez pelo trabalho há muito tempo na saúde indígena. A questão do orçamento. O orçamento de R\$260 milhões é suficiente? Na saúde, os gastos são... Para se prestar assistência com qualidade, os recursos sempre são escassos. Há 10 meses aqui no departamento, o que nós estamos procurando é otimizar os recursos. Tanto é verdade que há um recurso que é da Secretaria de Assistência em Saúde, Secretaria do Ministério da Saúde, que repassa aos municípios R\$150 milhões, isso desde 99. Começou com recurso de R\$20 milhões; hoje são R\$150 milhões. O que fizemos em 6 meses de departamento? Procuramos, junto com a Comissão Tripartite, que reúne o CONASS, o CONASEMS e o Ministério da Saúde, e a população indígena também, através dos conselhos, regulamentar essa portaria, que era a 1.163, que é de 99 e foi regulamentada em 17 de outubro de 2007. É um repasse de R\$150 milhões que vão fundo a fundo. O que acontece? Há critérios de distribuição desses recursos. Foi discutido na tripartite. A região amazônica, onde há mais dificuldade de acesso, pelo tamanho territorial e dispersão da população, vai receber R\$300,00 *per capita*; as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, R\$150,00, e as Regiões Sul e Sudeste, onde se entende que é mais fácil o acesso à população indígena, R\$100,00 *per capita*. Então...

O SR. DEPUTADO VANDERLEI MACRIS - Dr. Wanderley, como são repassados esses recursos para os distritos?

O SR. WANDERLEY GUENKA - Não. Primeiro, esses recursos não vão para o distrito. Esses recursos da Portaria nº 2.656 vão do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde.

O SR. DEPUTADO VANDERLEI MACRIS - Diretamente.

O SR. WANDERLEY GUENKA - Então, essa portaria cria critérios de aplicação, de distribuição, de informações, e também tem de ter a população indígena na pactuação da aplicação desses recursos. Esses recursos não passam pela FUNASA, porque é fundo a fundo do Ministério da Saúde.

O SR. DEPUTADO VANDERLEI MACRIS - Está bem.

O SR. WANDERLEY GUENKA - O Deputado Geraldo Resende perguntou...

O SR. DEPUTADO VANDERLEI MACRIS - Só uma pergunta, Dr. Wanderley.

O SR. WANDERLEY GUENKA - Pois não.



O SR. DEPUTADO VANDERLEI MACRIS - Existe acompanhamento de parte das ONGs das entidades indígenas sobre essas questões? Existe acompanhamento?

O SR. WANDERLEY GUENKA - Se existe acompanhamento das ONGs?

O SR. DEPUTADO VANDERLEI MACRIS - Sim.

O SR. WANDERLEY GUENKA - Sim. O Dr. Danilo publicou a Portaria nº 126, criando mecanismos de acompanhamento da aplicação do recurso que vai via organizações não-governamentais, na aplicação naquele distrito. Então, o chefe do distrito e o coordenador regional e o Conselho Distrital de Saúde, que está muito mais próximo do local das ações, têm de acompanhar a aplicação desses recursos.

O SR. DEPUTADO VANDERLEI MACRIS - Está bem. Muito obrigado.

O SR. WANDERLEY GUENKA - Continuando...

O SR. DEPUTADO GERALDO RESENDE - Até para ajudar, porque é importante que o Deputado Vanderlei Macris também tenha conhecimento. Lá no Mato Grosso do Sul, inclusive, a contratação de servidores que atendem a população indígena é através de uma ONG. Inclusive, nós vamos ouvir o Presidente para...

O SR. WANDERLEY GUENKA - O coordenador.

O SR. DEPUTADO GERALDO RESENDE - O coordenador da ONG lá, para que, depois, não paire dúvidas acerca disso aí. É uma ONG ligada à Igreja Presbiteriana de Dourados.

O SR. WANDERLEY GUENKA - Continuando o questionamento do Deputado Geraldo Resende, entende-se que hoje as principais causas da desnutrição... Lendo o relatório do Deputado Luiz Couto e também da CPI lá da Assembléia Legislativa e da Comissão Externa, vemos que a questão da desnutrição passa pela questão social, pela questão da terra, principalmente em Mato Grosso do Sul. Em Dourados, existem 11 mil indígenas num território de 3.600 hectares. Então, é uma situação gravíssima, de superlotação, superpopulação, num determinado território, sem terras para a produção, o que cria um caos social muito grande, a desestruturação familiar associada às violências e também ao alcoolismo. Então, a questão da desnutrição não só passa pela atenção à saúde indígena; passa pela questão social como um todo. O Deputado Sebastião Madeira...



(Intervenção fora do microfone. Inaudível.)

O SR. WANDERLEY GUENKA - Pois não.

O SR. DEPUTADO GERALDO RESENDE - Eu perguntei, talvez... V.Sa., logicamente, veio para Brasília depois da sua passagem no Departamento de Saúde Indígena do Estado. Ou seja, foi convocado nessa nova gestão que está à frente da FUNASA aqui. Logicamente, se o resultado do trabalho não tivesse sido a contento, V.Sa. não estaria aqui e não estaria aqui também hoje respondendo pela saúde indígena. Então, eu perguntei a V.Sa. se hoje, com o conhecimento e com o manejo que está tendo, se hoje V.Sa. acha que o principal problema da saúde indígena se reporta à questão da desnutrição ou se há problemas mais graves, sob a sua ótica.

O SR. WANDERLEY GUENKA - Talvez o que tenha motivado o Presidente da FUNASA a me convidar para dirigir o Departamento de Saúde Indígena aqui em Brasília tenha sido o trabalho exitoso lá em Mato Grosso do Sul, mesmo porque... À pergunta do Deputado Macris, se eu tinha algum vínculo partidário, respondo: não tenho. A pergunta do Deputado Geraldo Resende sobre essa questão é muito complexa. A questão da desnutrição e a questão da atenção à saúde indígena têm a sua complexidade, têm as suas características. Se, na Região Amazônica, nós temos dificuldade de chegar, na Região Sul e em alguns lugares do Centro-Oeste há dificuldade de território, dificuldade também quanto a essa questão cultural. Não sei se respondi a pergunta do Deputado.

O SR. DEPUTADO GERALDO RESENDE - Eu sou lá de Dourados, conheço bem a realidade. Hoje me parece que está superada a questão da desnutrição. Pelo menos está, de modo geral, igual à população não índia, está sofrendo o mesmo... os indicadores estão mostrando isso. Hoje, pra mim, em Dourados — eu sou médico, V.Exa. sabe —, entendo que os principais problemas que nós estamos vivenciando nas reservas indígenas de Dourados e do Mato Grosso do Sul é a questão da violência, a questão do suicídio e do alcoolismo. Estou perguntando a V.Exa. se há políticas do seu departamento pra poder enfrentar essa situação.

O SR. WANDERLEY GUENKA - Quanto ao alcoolismo, nós já realizamos várias reuniões e vários encontros no sentido de discutir a questão não só do alcoolismo, mas a questão da saúde mental nas populações indígenas. Confesso que é difícil, tem uma certa dificuldade, mas já estamos avançando, principalmente a



região caiuí-guarani, na questão de resgatar as tradições dos povos indígenas caiuí-guarani. Recentemente, nós participamos da inauguração de uma casa de reza e patrocinamos também a reunião dos rezadores, daqueles Nanderus, lá em Amambai. Eu acho que a proposta de mudança desse perfil epidemiológico na população indígena passa pelas populações indígenas. Na semana passada, o Dr. Danilo relatava um depoimento de um índio, que é *moirun*. *Moirun*, no tupi-guarani, seria como se você estivesse tentando assistir à televisão e tivesse alguém lá na frente te incomodando. E ele até disse que um dos motivos que levava ao grande número de suicídios lá nos caiuí-guarani seria o *moirun*, que seria o índio não enxergar bem o que está na sua frente porque sempre tinha alguém interferindo nessa atitude. Esse depoimento foi lá com a Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara, esteve lá também o Deputado Biffi, e foi feito pelo Silvio Ortiz. A questão do suicídio, nós não conseguimos ainda fazer um trabalho que pudesse reverter, além desses estudos com os rezadores, com os anciões, no sentido de eles mesmos buscarem essa proposta. Na questão do Maranhão, Deputado Sebastião Madeira, a solicitação dos últimos 8 anos. O sistema de informação que controla a parte demográfica e também a imunização — e vamos ter também vigilância nutricional e saúde bucal — está sendo aperfeiçoado. Então, precisamos resgatar todos esses dados. Temos essas informações, mas não com a fidelidade que nós temos nestes últimos 2 anos. Como o senhor pede uma retrospectiva de 8 anos de vários itens, de cobertura vacinal, de pré-natais, de acompanhamento à gestante, vamos passar isso através... solicitar ao Departamento de Informação, de Informática lá, e passar essas informações para o senhor.

O SR DEPUTADO SEBASTIÃO MADEIRA - Sr. Wanderley, lá eu conversei com um dentista de um programa de saúde bucal da Aldeia Krikati, e ele disse: *“Deputado, eu fui contratado, estou ganhando salário e fico lá sem fazer nada, porque não tem material”*. Aí, deram outros exemplos. Às vezes, não é falta de pessoal. Tem o pessoal, tem o médico, tem o dentista, tem outros profissionais e não trabalham por falta de material. Até falaram em um poço artesiano que fizeram lá. Tem bomba, tem tudo mas está há 3 anos sem funcionar porque nunca conseguiram que fizessem a ligação da energia. Não é que não tem energia na aldeia, não. É a ligação no poço. E o que me disseram é que realmente não há



cobertura vacinal no Maranhão. A FUNASA do Maranhão é loteada politicamente, isso é público e notório, e não está aparelhada pra fazer a assistência médica dos índios do Maranhão.

O SR. WANDERLEY GUENKA - Deputado Sebastião Madeira, nós conseguimos, depois de 7 anos, ano passado, em julho, o primeiro Conselho Distrital de Saúde Indígena no Maranhão, e hoje o Presidente é o Arão, o senhor deve conhecer, o Vereador Arão. Foi uma dificuldade ter um Conselho Distrital de Saúde Indígena. O senhor sabe a dificuldade que é no Maranhão, com aqueles vários grupos de indígenas, você colocar numa sala e discutir saúde indígena. Então, foi um grande avanço. Tem uma pessoa lá hoje como chefe do distrito, Licínio Brites Carmona. Agora, o Maranhão não é fácil não. O senhor mora lá e sabe da dificuldade que é trabalhar com aquela população indígena. Mas estamos avançando. Pelo menos o Conselho Distrital nós já temos lá.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Com a palavra a Aline, para responder à pergunta que lhe cabe.

A SRA. ALINE CALDAS - Deputado Madeira, em relação às ações intersetoriais, o que aconteceu foi o seguinte: ainda em 2002, os próprios índios, lideranças indígenas, na época que eu estava no Ministério da Saúde, começaram a demandar no Ministério da Saúde ações que o Ministério tinha, que era o Programa Bolsa-Alimentação. Então, eles começaram a ir no Ministério e dizer: *“Olha, que história é essa de a gente não poder entrar no Bolsa Alimentação? A gente também quer.”* E aí a gente reuniu, na época, no Ministério, todos os distritos, várias lideranças indígenas pra saber, afinal de contas, se era adequado ou não ter um Bolsa-Alimentação para a população indígena. E aí a gente começou a perceber que as ações e as soluções para melhorar a sustentabilidade alimentar dificilmente seriam únicas. E o que se fez? Se fez um movimento, na época o MESA — Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Nutricional, o Ministério do Meio Ambiente, o Ministério do Desenvolvimento Agrário, a FUNAI, a FUNASA e o próprio Ministério da Saúde, coordenado pela Dra. Zilda Arns, que na época coordenava a CISI, e resolvemos fazer 17 oficinas macrorregionais pra ouvir das lideranças indígenas quais as propostas que eles mesmos tinham para a sua sustentabilidade alimentar. Então, quando a gente fala assim: plantio de roça. Por que plantio de



roça? Tem comunidade que não vai se beneficiar com plantio de roça porque eles não são agricultores. As soluções para as populações indígenas dificilmente passam pelo que a gente acha que vai ser bom pra eles. Então, a gente resolveu ouvi-los primeiro. Então, essas 17 oficinas compilaram mais não sei quantas mil propostas. Essas propostas foram entregues aqui, na Câmara dos Deputados, em 2003. Eu não lembro, porque eu não acompanhei, quem entregou foi a Dra. Zilda, mas esse documento foi entregue, eu acho, à Comissão, com as propostas compiladas para a segurança alimentar e nutricional dos povos indígenas. Então, roça e plantio estavam lá e algumas lideranças sinalizavam o que gostariam de plantar. Mas aí, tudo bem. As 17 oficinas fizeram essas propostas. O que se fez no âmbito da CISI — Comissão Intersetorial de Saúde Indígena? Os Ministérios envolvidos com aquelas propostas, cada um pegou o que os índios falaram o que queriam e “vamos fazer o que eles estão demandando que é a solução”. Então, o Ministério do Meio Ambiente, que cabia o projeto de sustentabilidade alimentar, elaborou esse Projeto Carteira Indígena. Então, esse projeto hoje tem um financiamento do MDS. Os índios apresentam o projeto, o projeto é aprovado. São projetos de 10, 30 e 50 mil reais. E a comunidade indígena recebe o recurso para executar o projeto. Então, a nossa articulação com a Carteira Indígena para apoiar isso tem sido o quê? A FUNASA tem ajudado a Carteira Indígena a divulgar o nome do projeto, quer dizer, que é no âmbito do MDS, a Carteira de Desenvolvimento Sustentável e Fome Zero em terras indígenas. Então, a FUNASA, o que ela faz em articulação? A gente procurou fazer contato com os distritos. Cada vez que a Carteira Indígena do Meio Ambiente e MDS ia a uma comunidade indígena, a FUNASA apoiava deslocando os técnicos do Ministério do Meio Ambiente, oferecendo as salas da FUNASA, oferecendo auditórios da FUNASA, oferecendo pra pagar a passagem dos índios, para os índios irem onde a Carteira Indígena estava divulgando. Porque o Projeto Carteira Indígena você tem que oferecer um projeto que seja viável, do que os índios acharem que seja para resolver o problema deles. Se for artesanato, vai ser artesanato. O importante é que siga lá as regras do Ministério do Meio Ambiente: não pode ferir o meio ambiente, não pode ser gado, que tenha poluição, enfim, tem vários critérios. Então, quando o índio vai apresentar, a comunidade indígena vai apresentar o projeto, ela precisa entender como é que ela oferece o projeto. Então, a



FUNASA, ao longo destes anos, a gente tem oferecido as gestões locais da FUNASA para divulgar a carteira. Além disso, os próprios técnicos da FUNASA têm participado, ajudando na elaboração dos projetos. E a gente ainda participa, a gente...

O SR. DEPUTADO JOAQUIM BELTRÃO - Em todos os Estados?

A SRA. ALINE CALDAS - Olha, a Carteira Indígena é nacional. Ela dispõe de recursos de maneira nacional e, dependendo da região, ela sai fazendo, quer dizer, isso é o Ministério do Meio Ambiente que faz, eu não tenho todos os detalhes, mas eu acompanhei. São feitas oficinas regionais, baseadas no Mapa da Fome. Como a gente não tinha informação, naquela época, onde eram as áreas mais vulneráveis, se baseou na informação que se tinha, que era o Mapa da Fome. Então, foi feita uma oficina nacional, chamaram várias lideranças aqui, do Ministério do Meio Ambiente. E onde que se iria priorizar o desenvolvimento da Carteira Indígena? Chegaram a algumas áreas prioritárias: Pernambuco, Mato Grosso do Sul, os distritos xavantes, no Mato Grosso, Rio Grande do Sul. Então, algumas áreas são prioritárias pelas informações que se tem do Mapa Da Fome. Agora estão esperando o inquérito nutricional que a gente vai fazer para subsidiá-los mais. Então, são oferecidos esses projetos. As próprias comunidades indígenas apresentam projetos, que podem ser de artesanato, podem ser de casa de... por exemplo, em Pernambuco foi concebido um projeto de beneficiamento de arroz. Eles já tinham um grupo que plantava arroz, mas o arroz não era beneficiado. Então, a carteira financiou que eles montassem um projeto de beneficiamento de arroz. Então, a FUNASA tem ajudado nessa articulação, fazendo com que os órgãos consigam ir até as comunidades e as comunidades também irem aos órgãos e tentar trabalhar em articulação: a gente fornecendo dados de onde são as áreas mais vulneráveis e os demais órgãos trabalhando, entrando com os projetos de sustentabilidade, onde eles devem ser mais prioritários, onde as situações são mais graves.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Deputado Edio Lopes, antes do Deputado Waldir, o senhor pediu a palavra rapidamente, para uma colocação.

O SR. DEPUTADO EDIO LOPES - Uma questão de ordem, Sr. Presidente.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Tem a palavra V.Exa.

O SR. DEPUTADO EDIO LOPES - Sr. Presidente, em decorrência do anúncio da Ordem do Dia e sabedores que somos de que, por determinação da Mesa Diretora, a partir deste momento, todo e qualquer trabalho de Comissão seria nulo, eu requeiro a V.Exa. a observação desse ditame da Mesa Diretora e, conseqüentemente, a suspensão dos trabalhos desta Comissão, haja vista que não teria sentido nós aqui continuarmos se os nossos trabalhos convalidados não seriam. Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Eu reconheço, inclusive, que a convocação já está sendo feita, mas gostaria de entender que nós temos 2 inscritos presentes, o Deputado Waldir e o Deputado José Guimarães. E temos o Deputado Joaquim Beltrão, o Deputado Luiz Couto e o Deputado Urzeni. E para que a gente não se fruste, Deputado Edio, vamos tentar tencionar um pouco, mesmo sabendo dos rigores regimentais. Estou aqui com os arts. 46 e seguintes para discutir com os senhores com relação a isso. Vou pedir vênias a V.Exa., pois sei que V.Exa. fez seu pedido exatamente em cima do nosso Regimento Interno, ao tempo em que passo a palavra ao Deputado Waldir, para, rapidamente, perguntar. E depois o Deputado José Guimarães.

O SR. DEPUTADO WALDIR NEVES - Sr. Presidente, primeiramente queria fazer uma sugestão. Eu gostaria, até para que não houvesse essas frustrações, que têm sido uma seqüência aqui nesta CPI, que V.Exa. estudasse a possibilidade de marcar um outro horário na parte da manhã.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Vamos tentar. Essa seria...

O SR. DEPUTADO WALDIR NEVES - Porque sempre começa atrasado...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Nós temos um problema...

O SR. DEPUTADO WALDIR NEVES - ...e os oradores falam sempre além do tempo.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - V.Exa. tem toda a razão. Faça a pergunta para depois a gente discutir esse assunto...

O SR. DEPUTADO WALDIR NEVES - O.k. Sim, senhor.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - ...para não nos perdermos.

O SR. DEPUTADO WALDIR NEVES - Pois não. Sr. Presidente, no dia 5 de março, o Presidente da FUNASA, Francisco Danilo Bastos Forte, afirmou à CPI que, desde 2004, com o início dos programas específicos para combater a desnutrição, as mortes de crianças indígenas diminuiram aproximadamente 70%. Ele acrescentou, ainda, que a desnutrição também está associada a vários outros fatores, como a falta de terra, condições degradantes de trabalho, alcoolismo e a falta de condições sanitárias adequadas. Dados do DESAI/FUNASA, apresentados em audiência pública realizada na Câmara dos Deputados em 2007, indicam uma queda da mortalidade infantil acentuada no período de 1998 a 2002, de 73,8%; e, do final de 2002 a 2004, de apenas 17,30%. Quais os índices de 2005, 2006 e 2007? Essa é uma pergunta. Por outro lado, o Relatório Anual de Atividades de Atenção à Saúde Indígena de 2007, elaborado pelo SIASI/FUNASA, apresenta uma queda da mortalidade infantil de 33,9% entre 2000 e 2002, e de 14,85% entre o final de 2002 e 2006, coincidentemente, no Governo do Presidente Lula. Como podemos observar, em nenhum dos índices apresentados houve uma queda da mortalidade infantil de 70%, ou seja, o Presidente da FUNASA veio aqui e não deu uma declaração que condiz com os dados feitos pela própria instituição. Há aí uma divergência de dados. Além do mais, em alguns anos, os índices não são iguais, conforme demonstramos. Os relatórios 2003, 2004, 2005 e 2006, DESAI/FUNASA, SIASI/FUNASA, 49,29%, 47,48%, 54,60%, 41,60%, 53,10% e 48,50%. Portanto, pergunto: qual a metodologia de medição desses índices atualmente? E mais: solicito a V.Sa. os dados da mortalidade infantil por Estado ou por população indígena.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - O Deputado José Guimarães está com a palavra.

O SR. DEPUTADO JOSÉ GUIMARÃES - Sr. Presidente, vou insistir que, ao final — não vou fazer agora até em respeito a V.Exa., que não permitiu que as questões de ordem fossem levantadas no meio da inquirição — quero levantar uma questão. Mas, Sr. Presidente, primeiramente quero justificar o meu atraso. Estava numa sessão do Senado. Obrigatoriamente, tinha de estar lá e também estava fazendo uso do Grande Expediente no tempo de 25 minutos, daí o meu atraso aqui



na CPI. Acho que a CPI está funcionando e tem mais é que funcionar mesmo. Portanto, eu não ouvi a exposição particularmente da Dra. Aline no que diz respeito à questão do SISVAN. Vou fazer umas 3 perguntas direcionadas, e as considere respondidas se já tiver tocado, porque eu considero importantíssima essa questão, que é exatamente desde quando o SISVAN começou a atuar no Mato Grosso do Sul e como se deu a sua implantação desse sistema. Desde quando e como se deu essa implantação deste Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional? A segunda: qual é a metodologia que norteia os trabalhos do SISVAN e qual o impacto disso no processo, vamos dizer assim, do trabalho que é feito junto às aldeias indígenas? É uma outra questão. E como é, de que forma as crianças são assistidas através desse programa? De que forma as crianças são assistidas? Essas são as perguntas direcionadas a V.Sa. A segunda é para o Wanderley. Eu assisti ao final da sua exposição e agora às 5 perguntas feitas pelo Macris e as respostas dadas, com muita simplicidade, por V.Sa., até mesmo na questão da filiação partidária. V.Sa. é um técnico, nem o conheço pessoalmente, mas sei do trabalho que V.Sa. desenvolve à frente desse departamento que cuida de uma área das mais difíceis da FUNASA. Por isso que eu vou fazer essas perguntas a V.Sa., porque, por exemplo, no meu Estado, tem algumas aldeias e comunidades quilombolas. É tão difícil, a partir da questão da cultura. Tem uma comunidade lá no Município de Amontada que sequer aceita receber pessoas que não sejam da aldeia. Então, as dificuldades são extremas, porque a cultura é outra. O medo, a não interlocução. Eu imagino as dificuldades que existem para desenvolver políticas públicas para enfrentar esse problema da saúde indígena. De qualquer maneira, eu queria saber de V.Exa. que outras ações de prevenção são desenvolvidas pela FUNASA, principalmente uma questão que foi levantada relativamente à saúde bucal, que acho que o Deputado Sebastião levantou; a questão sobre esse trabalho de assistência, como é feita a distribuição dos filtros para o abastecimento de água, o tratamento de água, e se V.Sa. tem os dados de quanto a FUNASA repassa para a saúde indígena, particularmente no Mato Grosso do Sul, que foi, evidentemente, o foco que originou esta CPI. Faço essas perguntas aos 2 percebendo a boa vontade que têm V.Sas. de responder com tanta humildade e delicadeza as perguntas feitas por nós, Parlamentares desta CPI.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Deputado Joaquim Beltrão, tem a palavra V.Exa.

O SR. DEPUTADO JOAQUIM BELTRÃO - Sr. Presidente, acompanho a questão dos indígenas, mas com um olhar um pouco crítico. Eu não concordo com a política indígena. Na minha opinião, eles vêm sendo explorados, os indígenas, a cada ano que se passa no Brasil; explorados pelos madeireiros, explorados pelos contrabandistas de minérios, pelos ambientalistas, na minha opinião, porque os ambientalistas querem preservar a cultura indígena, os índios lá dançando, cantando, mais para preservar o meio ambiente do que propriamente preocupados com o indígena, com o seu futuro e com sua perspectiva de futuro. Os estudiosos intelectuais também, que querem defender suas teses e manter aqui uma cultura indígena viva, mas no choque, onde há o conflito entre o índio em frente à televisão, o índio assistindo à novela e o índio na sua terra, na sua tribo, na sua gente.

Eu, vendo tudo isso aí, não sei o que os governos, do passado até hoje, os intelectuais e tudo mais deixam para o índio em termos de uma perspectiva de futuro. O que é que ele pensa para o futuro? O que ele pensa ser no futuro? O que ele quer que seus filhos sejam? Como quer que sua família cresça e se desenvolva? E daí, na minha opinião, vem o alcoolismo, vem o suicídio. Para quem não tem uma perspectiva de futuro, vem o suicídio, vem o alcoolismo. E vem a falta de nutrição, porque depende do governo para sobreviver. O índio hoje, com pouca terra para muito índio, termina dependendo do governo para sobreviver: da cesta básica, do Bolsa-Família, do Bolsa-Alimentação. Vem dependendo de tudo isso, em vez de se dar uma independência ao índio, se fazer o que foi feito no passado, trazer o índio para a cultura local e tentar preservar a religião do índio, preservar a forma de ele viver.

Eu, quando era criança, vivi numa comunidade, no interior, onde o povo vivia como índio. Vivia umas 300 famílias ao longo de uma propriedade atrás da outra, e ninguém estudava, se contava nos dedos. Estudava eu, meu irmão e mais 3 amigos. Era só quem estudava. E o povo não tinha perspectiva de futuro nenhum. Era praticamente o que é hoje. Vivia da caça e da pesca, trabalhava um dia por semana para comprar farinha. E hoje vemos que mudou muito, está bastante mudado, porque veio o progresso.



Eu não sei como será o nosso índio no futuro. Mas queria a opinião de vocês: será que não chegou a hora de construirmos uma nova política indígena para o futuro? Ou a gente vai deixar que cada vez mais fique tanto índio para pouca terra, tanto índio para pouco recurso e termos que sustentar os índios? Não que ele não mereça ser sustentado, mas ele merece muito mais. Merece um futuro muito melhor do que apenas o governo estar dando o remédio, o médico, a cesta básica, isso e isso e querer preservar ele ali, para que o meio ambiente seja preservado ou coisa parecida. Então, a minha pergunta é se nós não deveríamos mudar essa política.

O SR. DEPUTADO ANÍBAL GOMES - Sr. Presidente, começou a Ordem do Dia. Como vamos fazer?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Deputado Aníbal, só tem mais 2 Deputados para indagar, Deputado Luiz Couto e Deputado Urzeni. Os depoentes vão, em bloco, responder às perguntas e a gente estica um pouquinho essa corda. O Deputado Edio, com toda a propriedade, já levantou essa questão. Peço vênia e desculpas a V.Exa., mas estou esticando um pouquinho para não frustrar os 2 Deputados inscritos.

O SR. DEPUTADO ANÍBAL GOMES - Sr. Presidente, acho que estamos aqui procurando fazer o melhor. Acho que nessa celeridade, no jeitinho que V.Exa. está querendo levar, nós não vamos produzir aquilo que queremos.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Vamos levar. Deputado Luiz Couto, com a palavra V.Exa., pedindo vênia aos Deputados Aníbal e Edio, que sabem que eles têm razão.

O SR. DEPUTADO LUIZ COUTO - Sr. Presidente, Dr. Wanderley, Dra. Aline, em primeiro lugar, é importante perceber que há hoje um projeto para a questão da saúde dos índios, isso é importante, e as diversas ações que são realizadas. É claro que por mais que a gente faça com relação à causa indígena, a gente precisa verificar que é uma situação em que nossos indígenas foram cada vez mais sendo dizimados por doenças levadas pelos brancos, as suas terras tomadas e invadidas, e aí nós verificamos que é fundamental... Inclusive, posso parabenizar pela pesquisa que vai identificar uma série de situações, inclusive da cultura alimentar de cada tribo, de cada etnia. Porque, na realidade, o que acontece lá com os guaranis de Dourados é que a cultura daqueles índios era de coletores de frutas, era de viver da



pesca. Quando eles vêm para perto da cidade, enxotados, e ficam recebendo uma cesta básica que nada tem a ver com a cultura alimentar deles, é claro que eles vão trocar aquela coisa por outras coisas. Então, na realidade, o problema da saúde indígena está na saúde da terra indígena, ou seja, a demarcação de terras indígenas, para que eles possam desenvolver as suas culturas e possam daí tirar o sustento. Porque há uma cultura também, em algumas etnias, onde efetivamente, por exemplo, a criança é a última a comer, a se alimentar, não sei se tem isso.

(Intervenção fora do microfone. Inaudível.)

O SR. DEPUTADO LUIZ COUTO - Não tem, não é? Mas muitas vezes a mãe, por exemplo, não quer levar a criança para o médico porque ela acha que com o curandeiro ou com o pajé resolve tudo. E depois nem o tratamento que é feito, ela tira antes de terminar aquele tratamento. Eu estive lá no hospital e verifiquei que muitas crianças... Sai a manchete "*Crianças morrem desnutridas*", só que algumas dessas crianças têm problemas cardíacos, outras têm hidrocefalia, outras nasceram antes do tempo, ou seja, tem tudo isso. Agora, a manchete coloca que foi tudo desnutrição. Então, acho que, nesse sentido, é importante essa pesquisa, para que efetivamente possamos ter um planejamento em cima da cultura alimentar dos nosso indígenas no sentido de que alimentação possa trazer. Eu estava vendo um relatório onde diz: "*Crianças desnutridas morrem*"... E aí tem o caso de uma criança que morreu afogada num balde, e entra como desnutrição.

Nesse sentido, quero parabenizar pela ação que está sendo feita. Acho que muita coisa ainda tem que ser feita. Temos que ter pessoal cada vez mais capacitado para poder atuar. Por exemplo, a FUNASA precisa de técnicos que possam fazer o trabalho de reconhecimento das terras indígenas. Há dificuldade para demarcação por decretos, muitas vezes, porque há pessoas que adentraram nas terras e entram na Justiça, que muitas vezes não permite e o processo demora muito. Mas na nossa ida lá verificamos, de fato, que há uma série de fatores que levam àquela situação; não é um fator único, e a gente precisa aprender. Acho que essa pesquisa vai revelar para nós o quadro e como enfrentar essa situação.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Com a palavra o Deputado Urzeni Rocha.



O SR. DEPUTADO URZENI ROCHA - Sr. Presidente, primeiro quero justificar minha chegada atrasada aqui em função de outros compromissos em outras Comissões. Mas gostaria de fazer um breve comentário, porque acho que essa questão da saúde indígena é tratada pelos órgãos responsáveis de uma maneira, às vezes, fantasiosa, fora da realidade. Nós, que somos da Amazônia e conhecemos verdadeiramente a realidade dos indígenas do Brasil, sabemos perfeitamente que a coisa não corresponde aos discursos de gabinete e às colocações que se fazem dentro de 4 paredes, nos escritórios que administram essa questão indígena.

No Estado de Roraima especificamente, temos 2 tipos de indígena. Tem os indígenas da selva e tem os indígenas das savanas, que são etnias diferentes. Tem os ianomâmis e tem as outras etnias que são das savanas, que tem os macuxis, tem os taurepans, tem os wapixanas, enfim, várias. Conhecemos profundamente, de cor e salteado, de cima para baixo, de baixo para cima. E a realidade da saúde indígena no Brasil — e quando falo isso falo em relação a Roraima — é totalmente diferente do que se propaga, do que se diz nos órgãos responsáveis e na imprensa. No meu Estado, quando a FUNASA... A saúde indígena de Roraima foi terceirizada e acho que no Brasil quase todo também foi terceirizada. Antigamente, só para vocês terem uma idéia, quando a FUNASA era responsável pela saúde indígena, os recursos que a FUNASA dispunha para o ano giravam em torno de 3 milhões de reais ao ano. Quando foi terceirizado e passou para a mão das ONGs — e aí está o grande mal do Brasil e talvez o grande mal dos indígenas —, no primeiro ano que passou para as organizações não governamentais gerenciar a questão da saúde dessas comunidades indígenas, saltou de 3 milhões para 12 milhões. Você vê a diferença de tratamento no sentido de recursos quando era gerido por uma entidade e passou para outra.

Eu, sinceramente, Dr. Wanderley, quero dizer para o senhor que eu conheço todas as malocas do meu Estado. Eu poderia até dizer nome de tuxaua. E nunca vi nenhum programa de assistência, de suplementação alimentar ou de melhoria alimentar em nenhuma comunidade indígena — em nenhuma! Tirando o apoio que o Governo do Estado dá às comunidades indígenas das savanas, dos lavrados, como se diz em Roraima, eu não conheço pela FUNAI, pela FUNASA, a não ser malocas que estão se implantando. Lá em Roraima hoje tem muito aquele negócio



de tirar o índio de um lado e botar ele para o outro. Aí, quando ele está implantando aquela maloca, a FUNAI chega com uma carrada de farinha, de comida lá, mas só para a fase de implantação, até o índio plantar a roça dele.

Eu estava brincando como Deputado Sebastião Madeira: lá, em Roraima, se os índios não se virarem para comer macaco, comer cobra, comer alguma coisa; se esperarem das entidades responsáveis, não existe isso lá não. Não vou nem dizer dos ianomâmis. Os ianomâmis hoje estão morrendo de malária, estão sofrendo de problema de oncocercose nas vistas, estão sofrendo de toxoplasmose, enfim, várias doenças que acometem os ianomâmis e que a gente não vê nenhuma atitude por parte dos responsáveis em coibir essa situação. Saem notícias focais, regionais, mas a imprensa nacional nunca tratou desse assunto, mas temos conhecimento dessa situação, que é grave. Então, só para perguntar ao Dr. Wanderley se ele tem conhecimento, se ele tem dados sobre as doenças que ocorrem no Distrito Sanitário Ianomâmi de Roraima e nas comunidades indígenas da savana de Roraima. Quais os tipos de doenças e que providências têm sido tomadas em relação a essas doenças, à mortalidade, enfim, se ele tem esses dados, para que possa passar para esta Comissão. Muito obrigado, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Eu peço objetividade aos depoentes, até porque nós estamos no período delicado da Ordem do Dia, para que a gente conclua esta reunião, com a satisfação de todos os Deputados que puderam indagar e que serão respondidos.

Com a palavra o Dr. Wanderley e depois a Dra. Aline. Aliás, vamos fazer o contrário, pois a Dra. Aline começou. A Dra. Aline com a palavra e depois o Dr. Wanderley.

O SR. DEPUTADO SEBASTIÃO MADEIRA - As mulheres primeiro.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Até pela preferência das mulheres.

O SR. DEPUTADO SEBASTIÃO MADEIRA - E pelo Dia Internacional da Mulher.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - E ainda comemorando o Dia Internacional da Mulher.



A SRA. ALINE CALDAS - Obrigada. Eu vou responder ao Deputado José Guimarães, que me fez uma pergunta objetivamente. Bom, a gente começou a elaborar o projeto de implantação do SISVAN no final de 2003. Durante todo o ano de 2004, ele foi sendo concebido junto a... É um projeto que foi feito dentro de um acordo com o Banco Mundial, então, ele não pode... O papel para ser feito ele tem que ir e voltar. Quer dizer, então, durante 2004 todinho, estivemos na fase de elaboração do projeto, em parceria com a FIOCRUZ. Em 2005, nós começamos a fazer as primeiras capacitações, e os dados de cobertura de atendimento começaram a aumentar depois que nós começamos a fazer as capacitações. O projeto não está finalizado, tanto que a gente tem Estados que ainda não têm responsável técnico e que a gente não conseguiu que a ação fosse totalmente implementada, porque isso depende também de estrutura local da FUNASA. Não depende só de a gente ir lá, capacitar os técnicos e os técnicos vão começar a pesar e a medir as crianças todos os dias. Depende de ter carro, de ter gasolina, enfim, depende da gestão da FUNASA. Por isso que a gente envolveu gestores e a portaria. O senhor perguntou da metodologia. O SISVAN é um sistema que visa o diagnóstico e o acompanhamento nutricional das populações, dos grupos mais vulneráveis ou de que grupos você especificar como prioritários, o acompanhamento nutricional para subsidiar uma ação que é do próprio setor saúde, como pegar esse banco de dados e subsidiar outros órgãos para agir. Então, a nossa metodologia é pesar e medir prioritariamente crianças menores de 5 anos e gestantes. À medida que o diagnóstico nutricional é feito, deve ter uma ação imediata da equipe de saúde...

O SR. DEPUTADO WALDIR NEVES - Por favor, Sr. Presidente, só para uma informação urgente. Acabaram de me ligar, está havendo votação de painel.

A SRA. ALINE CALDAS - Então, a metodologia é pesar, medir, classificar o estado nutricional e intervir imediatamente no ato do diagnóstico, e depois utilizar os dados para uma ação coletiva. Então, ele tem desde a ação individual, que é coletar o dado nutricional e agir imediatamente, e a ação coletiva, que é usar o dado coletivo para uma ação de outros órgãos, uma ação mais efetiva.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Dr. Wanderley com a palavra. Vamos responder aos Srs. Deputados, para não ficar nenhuma pergunta sem resposta.

O SR. WANDERLEY GUENKA - Deputado Waldir Neves, do Mato Grosso do Sul, lá de Miranda. Olha, em Aquidauana, ano passado, 2007, nas aldeias de Aquidauana, por exemplo, que tem 7.500 mil indígenas, nós não tivemos nenhum óbito de criança menor de 1 ano. Mortalidade zero. Queria que no Mato Grosso do Sul toda a situação fosse igual a dos terenas, que têm uma produção. Embora as terras não sejam tão extensas, eles têm produção de alimentação, e nós temos indicadores muito positivos. O que piora é quando mistura no Estado todo — Bananal, Cachoeirinha, Limão Verde, Lalima. Quisera que o Mato Grosso do Sul tivesse esses indicadores. Nisso aí, Deputado, talvez entre o componente cultural. Os caiuíá-guarani não sabem produzir como os terenas. Dizem que os terenas aprenderam a plantar com os japoneses — não sei se é o contrário. Tem uma produção muito grande de alimentação lá. Tem essa questão da falta de terra e do alcoolismo. Agora, alcoolismo também tem na região terena. Nós já tentamos várias ações. Montamos em Nioaque, por exemplo, os índios montaram os Alcoólicos Anônimos lá. Deu certo o resultado, mas também foi muito incipiente. O José Guimarães perguntou sobre a questão da saúde bucal. Nós estamos implementando ações de saúde bucal em todos os distritos do Brasil, e começamos pelo mais simples, que é a parte preventiva. Então, o que seria isso? É fornecer escovas e cremes para os indígenas; educação nas escolas, com as crianças; o trabalho preventivo com o flúor. Então, essas são ações dentro da saúde de uma forma geral que a Fundação Nacional de Saúde tem feito. E, de um modo geral, todas as ações da atenção básica são feitas nas populações indígenas. Logicamente, adequando as suas especificidades, que não são fáceis.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - Dr. Wanderley, permita-me interromper. Eu já combinei aqui com o Deputado Joaquim que a resposta ao Deputado Joaquim e ao Deputado Luiz Couto V.Sa. encaminhe por escrito, até porque os Deputados estão ansiosos, precisando participar da votação nominal, que já está para ser encerrada.

O SR. DEPUTADO URZENI ROCHA - A minha resposta também.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - E a resposta do Deputado Urzeni. Que V.Sa. mande por escrito para eles.

O SR. DEPUTADO SEBASTIÃO MADEIRA - E para a Comissão.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Vital do Rêgo Filho) - E para a Comissão. Desculpe, Madeira.

Agradeço a presença aos Srs. Deputados. Agradeço a presença ao Dr. Wanderley e à Dra. Aline. Peço desculpas pelo encerramento. Tenham todos uma boa tarde.

Está encerrada a reunião.