COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO DESTINADA A INVESTIGAR AS CAUSAS, AS CONSEQÜÊNCIAS E OS RESPONSÁVEIS PELA MORTE DE CRIANÇAS INDÍGENAS POR SUBNUTRIÇÃO DE 2005 A 2007

RELATÓRIO

Relator: Deputado Vicentinho Alves

"Houve um incêndio na floresta e enquanto todos os bichos corriam apavorados, um pequeno beija-flor ia do rio para o incêndio levando gotinhas de água em seu bico. O leão, vendo aquilo, perguntou para o beija-flor: 'Ô beija-flor, você acha que vai conseguir apagar o incêndio sozinho'. E o beija-flor respondeu: 'Eu não sei se vou conseguir, mas estou fazendo a minha parte'.".

(Fábula utilizada pelo sociólogo Betinho)

MAIO/2008

AGRADECIMENTOS

Ao Sr. Presidente da Câmara dos Deputados, Deputado Arlindo Chinaglia, pelo apoio dado à realização desta Comissão Parlamentar de Inquérito; ao Sr. Presidente da Comissão, Deputado Vital do Rego Filho, pelo trabalho preciso, pela confiança e colaboração para com esta relatoria; a todos os senhores parlamentares integrantes da Comissão, por suas contribuições inestimáveis.

Aos servidores da Câmara dos Deputados cuja atuação foi fundamental para o andamento dos trabalhos: Manoel Amaral Alvim de Paula e demais servidores lotados na CPI; aos consultores legislativos Alessandra Valéria da Silva, Fábio de Barros Correia Gomes e Gustavo Silveira Machado; ao consultor de orçamento Mário Luis Gurgel de Souza; a todos que prestaram o indispensável apoio nas assessorias dos gabinetes parlamentares, nas equipes de taquigrafia, de som, da Rádio Câmara e da TV Câmara.

Agradecimentos especiais à Força Aérea Brasileira, que ao prestimosamente disponibilizar suas aeronaves conferiu aos trabalhos muito mais celeridade e permitiu ao mesmo tempo a otimização do uso de recursos públicos.

À Polícia Federal, que acompanhou os parlamentares durante as diligências.

Aos Presidentes das Câmaras Municipais de Dourados, de Imperatriz, e de Cruzeiro do Sul, e aos Presidentes das Assembléias Legislativas do Mato Grosso do Sul e do Tocantins, pela generosa cessão de suas instalações para os trabalhos da CPI.

A todos os depoentes que contribuíram com seus conhecimentos e experiência para fundamentar os debates e as conclusões da Comissão, incluindo os presidentes da Funai, Márcio de Meira, e da Funasa, Francisco Danilo Bastos Forte, por meio dos quais agradecemos aos servidores dessas instituições.

Às comunidades indígenas, que transformaram os trabalhos em uma experiência enriquecedora.

SUMÁRIO

RELATÓRIO 1
Relator: Deputado Vicentinho Alves 1
RESUMO 5
LISTA DE SIGLAS 7
Fotos – diligência no Maranhão 9
1 INTRODUÇÃO 11
2 DOCUMENTOS DE INSTITUIÇÃO E ATIVIDADES DA CPI 12
2.1 Requerimento de instituição nº 03/2007 12
2.2 Ato da presidência 23
2.3 Composição da CPI 24
2.4 Reuniões, diligências e audiências da CPI 25
3 ATIVIDADES PRÉVIAS DO LEGISLATIVO RELACIONADAS AO TEMA DA CPI 28
3.1 Comissão Externa da Câmara dos Deputados 28
3.2 CPI da Assembléia Legislativa do Mato Grosso do Sul 32
3.3 Audiência pública na CAINDR 32
3.4 Audiência pública da CDHM em Dourados 34
3.3 Atuação do TCU 39
4 RESUMO DOS DEPOIMENTOS REALIZADOS NA CÂMARA DOS DEPUTADOS (POR ORDEM CRONOLÓGICA DE OITIVA) 46
4.1 Francisco Danilo Bastos Forte, presidente da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) 46
4.2 Aline Caldas e Wanderley Guenka, representantes da Funasa 52
4.3 Márcio de Meira, Fundação Nacional do Índio (Funai) 67
4.4 Deborah Duprat, subprocuradora-geral da República da 6ª Câmara de Coordenação e Revisão 69
4.5 Ariadne de Fátima Cantú da Silva, promotora da Infância e da Juventude do Mato Grosso do Sul e Presidente da Comissão Nacional de Defesa dos.... 70
Direitos da Criança Indígena, junto à ABMP. 71
4.6 Gaspar Hickman, Coordenador Regional da Funasa - MS entre março de 2003 e maio de 2005 76
4.7 Willian Cesar Lopes Domingues, Presidente do Conselho Distrital de Altamira, no Pará e Coordenador do Fórum de Presidentes de Condisi 81
5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES COLETADAS 86
5.1 Desnutrição entre crianças indígenas do Brasil e a atuação da Funasa..... 86
Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade — SIM, DASIS/SVS/MS . 98
Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade — SIM, DASIS/SVS/MS . 99
5.2 Determinantes sociais da desnutrição e a atuação da Funai 99
5.2.1 - Evolução da política indigenista brasileira 99

5.2.2 - A atuação da Funai 102
5.2.3 - Direitos territoriais indígenas e a demarcação de terras indígenas..104
5.2.4 - Questões sociais 109
5.3 Situação no Mato Grosso do Sul 113
5.3.1 – Audiência pública em Dourados 116
5.4 Situação no Maranhão 126
5.4.1 – Audiência pública em Imperatriz 126
5.4.2 – Informações encaminhadas à CPI 140
5.5 Situação no Acre 142
5.5.1 – Audiência pública em Cruzeiro do Sul 142
5.5.2 – Informações encaminhadas à CPI 153
5.6 Situação no Tocantins 154
5.6.1 – Audiência pública em Palmas 154
5.6.2 – Informações encaminhadas à CPI 169
6 CONCLUSÕES 186
7 RECOMENDAÇÕES 196
7.1 Para o Legislativo 196
7.2 Para o Executivo 196
7.2.1 Recomendações para a Presidência da República, Ministério da Justiça e Funai 196
2. 198
7.2.2 Recomendações para o Ministério da Saúde e Funasa 198
7.2.3 Recomendações para o Ministério do Desenvolvimento Social 199
7.2.4 Recomendações para o Ministério Público Federal 199
7.2.5 Recomendações para o Tribunal de Contas da União 200
7.2.6 Recomendações para o Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena 200
7.3 Encaminhamento de cópia do relatório da CPI 201
Anexo I – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas 202
Anexo II – Sugestões relacionadas à reestruturação da funasa 226

RESUMO

A Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar as causas, conseqüências e responsáveis pelas mortes de crianças índias por subnutrição de 2005 a 2007 foi instalada em 19 de dezembro de 2007 e operou até 06 de junho de 2008. Esta comissão realizou 18 reuniões e diligências aos Estados do Mato Grosso do Sul, Maranhão, Acre e Tocantins.

Tendo por base trabalhos prévios de fiscalização do Legislativo e informações coletadas em documentos e durante as audiências públicas, a CPI avançou no conhecimento da desnutrição entre as crianças indígenas, destacando os problemas e as soluções e focalizando as instituições federais responsáveis pela saúde indígena (a Funasa) e por determinantes sociais relacionados à saúde indígena (a Funai).

Dentre as principais conclusões destacam-se: **a)** o entendimento de que o problema da desnutrição entre crianças indígenas não se resume ao que ocorre no Mato Grosso do Sul; **b)** uma melhor organização das informações desse distrito o destacou perante os demais e permitiu a detecção de aumento de mortes por desnutrição em 2005, mas atualmente, enquanto a situação nutricional no Mato Grosso do Sul melhorou bastante, há distritos em que o quadro permanece grave, como no Maranhão; **c)** o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) Indígena, quando bem implantado, apresenta sugestivo “efeito protetor” sobre a situação nutricional das crianças; **d)** as comunidades indígenas do Mato Grosso do Sul, devido à persistência de problemas socioeconômicos não resolvidos, como a escassez de terra, enfrentam recrudescimento de outros agravos à saúde, como o alcoolismo e a violência, que terminam por influir na situação nutricional das crianças; **e)** os órgãos responsáveis pela atenção aos indígenas - Funasa e Funai - apresentam grave restrição de recursos humanos estáveis, o que tem prejudicado a abrangência e a qualidade da atenção oferecida; **f)** a integração operacional entre esses dois órgãos é deficiente; **g)** há deficiências administrativas na Funasa, confirmadas por auditoria do TCU, relacionadas aos convênios firmados com ONGs; **h)** O excesso de centralização da Funasa, exemplificada pelo gerenciamento dos veículos destinados às coordenações regionais e Dsei, tem resultado em falta de veículos e prejuízo a ações de saúde (como no Maranhão, onde a cobertura vacinal foi prejudicada).

Com base nesse diagnóstico, são apresentadas recomendações a vários órgãos, inclusive do Legislativo, destacando-se as medidas para fortalecimento da Funasa e da Funai, por meio da realização de concursos públicos, da elaboração de planos de cargos e salários e de reorganização administrativa. Nos locais onde a desnutrição é mais grave, como no Maranhão, foi recomendada a criação de comitês gestores, a exemplo do que foi implantado com sucesso pelo Governo Federal em 2005 no Mato Grosso do Sul, mas, dessa vez, por meio de instrumento formal. No campo específico da segurança nutricional, destacam-se as recomendações para: acelerar a implementação do Sisvan Indígena em todos os Dsei; uma melhor previsão orçamentária do Ministério de Desenvolvimento Social para uma adequada distribuição de cestas básicas e uma atuação mais incisiva da Funai para promover a produção de alimentos pela própria comunidade indígena.

LISTA DE SIGLAS

ABMP	Associação Brasileira de Magistrados e Promotores de Justiça da Infância e da Juventude
AIS	Agente Indígena de Saúde
Aspar	Assessoria Parlamentar
Astec	Assessoria Técnica
CAINDR	Comissão da Amazônia, Integração Nacional e de Desenvolvimento Regional
Casai	Casa de Saúde Indígena
CDDPH	Conselho de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana
CDHM	Comissão de Direitos Humanos e Minorias
CISI	Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
CNPI	Comissão Nacional de Políticas Indigenistas
Core	Coordenação Regional
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
Coapima	Coordenação das Organizações e Articulações dos Povos indígenas do Maranhão
Conanda	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
Condisi	Conselho Distrital de Saúde Indígena
Consea	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CFFC	Comissão de Fiscalização Financeira e Controle
CSSF	Comissão de Seguridade Social e Família
Desai	Departamento de Saúde Indígena – da Funasa
Dsei	Distrito Sanitário Especial Indígena
Funai	Fundação Nacional do Índio
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
IAPI	Programa de Incentivo à População Indígena
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate á Fome
MMA	Ministério do Meio Ambiente
MPF	Ministério Público Federal

MPT	Ministério Público do Trabalho
MS	Mato Grosso do Sul
ONG	Organização não governamental
Siafi	Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal
Siasi	Sistema de Informação em Saúde Indígena
Sisvan	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SPI	Serviço de Proteção aos Índios
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
Unicef	The United Nations Children's Fund

FOTOS – DILIGÊNCIA NO MARANHÃO

As imagens e seus conteúdos foram entregues à CPI durante a diligência realizada no Maranhão em abril de 2008.

Criança com desnutrição (Bananal)

Criança amarrada em árvore por falta de medicação (Ponta D´Água)

1 INTRODUÇÃO

O requerimento para criação da Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar as causas, conseqüências e responsáveis pelas mortes de crianças índias por subnutrição de 2005 a 2007 foi apresentado em 29 de maio de 2005, conforme informações apresentadas no item 2 desse relatório, contando com o apoio de 176 Deputados.

O Presidente da Câmara dos Deputados criou a CPI em 19 de junho de 2007 e determinou sua constituição nos termos regimentais em 15 de outubro de 2007. A CPI foi instalada em 19 de dezembro de 2007, quando foram eleitos o Presidente e os Vice-Presidentes.

As reuniões deliberativas iniciaram em 13 de fevereiro de 2008. A CPI teve seu prazo prorrogado até **06 de junho de 2008**. Durante seu período de funcionamento foram realizadas 18 reuniões, incluindo 13 realizadas em Brasília (apresentadas no item 4) e 5 reuniões realizadas no Mato Grosso do Sul, Maranhão, Acre e Tocantins (apresentadas no item 5).

Essa CPI insere-se no contexto de participação do Legislativo na fiscalização das ações governamentais relacionadas à saúde indígena. Destacam-se as recentes atuações da Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados (CDHM), da Comissão Externa da Câmara destinada a investigar a morte de crianças indígenas (2005) e da Comissão da Amazônia, Integração Nacional e de Desenvolvimento Regional (CAINDR), bem como o trabalho realizado pela CPI da Assembléia Legislativa do Mato Grosso do Sul (2005) e a atuação do Tribunal de Contas da União, resumidos no item 3.

Os membros da CPI objetivaram apresentar um relatório propositivo, destacando-se os problemas e as soluções e focalizando as instituições federais responsáveis pela saúde indígena (a Funasa) e por determinantes sociais relacionados à saúde indígena (a Funai).

Buscou-se um relatório equilibrado e pautado pelo senso de justiça, visando agregar mais uma contribuição do Legislativo para melhorar a condição de vida dos nossos povos indígenas. Para tanto, esse relatório foi organizado de modo a destacar as contribuições prévias do Legislativo ao tema em análise e as informações coletadas pela CPI (nas audiências públicas, nas oitivas realizadas em estados selecionados e nos documentos encaminhados), a fim de fundamentar as conclusões e recomendações apresentadas.

2 DOCUMENTOS DE INSTITUIÇÃO E ATIVIDADES DA CPI

2.1 Requerimento de instituição nº 03/2007

(Dos Srs. Sebastião Madeira, Waldir Neves e outros)

Requer a criação de Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar as causas, conseqüências e responsáveis pelas mortes de crianças índias por subnutrição de 2005 a 2007.

Senhor Presidente:

Requeremos a Vossa Excelência, nos termos do § 3º do art. 58 da Constituição Federal e na forma dos arts. 35, 36 e 37 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, a instituição de Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar as causas, conseqüências e responsáveis pelas mortes de crianças índias por subnutrição de 2005 a 2007.

A Comissão será composta por 23 membros e igual número de suplentes, terá o prazo de 120 dias, prorrogável por até metade. As despesas decorrentes do funcionamento desta Comissão correrão à conta de recursos orçamentários da Câmara dos Deputados.

JUSTIFICAÇÃO

É do conhecimento público a ocorrência de mortes de crianças índias em Mato Grosso do Sul, principalmente em decorrência de subnutrição.

O jornal Folha de São Paulo, no dia 3 março de 2007, publicou notícia sob o título: “Desnutrição matou 6 crianças indígenas em MS, diz Funasa - Relatório da Funasa aponta novos casos de mortes entre crianças guaranis e caiuás com até dois anos, em Mato Grosso do Sul”. Diz a notícia:

"Relatório da Funasa (Fundação Nacional de Saúde) aponta desnutrição como causa da morte de seis crianças indígenas guaranis e caiuás com até dois anos de idade, em Mato Grosso do Sul, apenas em janeiro e fevereiro deste ano.

Em todo o ano de 2006, a desnutrição apareceu entre as causas da morte de 14 crianças guaranis e caiuás de até quatro anos. Em 2005, foram 27 casos.

O relatório diz que, neste ano, a Funasa atendia às crianças, mas não conseguiu salvá-las devido a desajustes na família indígena. Em dois casos, a desnutrição aparece como única causa da morte; em quatro óbitos, está associada a doenças. No total, 22 crianças indígenas morreram em janeiro e fevereiro em MS, sendo 20 das etnias guarani e caiuá.

Além das seis mortes relacionadas a desnutrição, outros 16 indiozinhos foram mortos por pneumonia, gastroenterite, insuficiência cardíaca, prematuridade e até agressão física.

Em 2007, houve três mortes relacionadas a desnutrição em Dourados. Até anteontem, a Funasa confirmava duas, mas o relatório trouxe novos dados. Durante todo o ano de 2006, ocorreu apenas uma morte por desnutrição em Dourados. (...)"

A mesma Folha de São Paulo, no dia 4 de março de 2007, publicou:

"Desnutrição e alcoolismo assolam aldeias em MS - Prostituição, filhas grávidas do pai, violência e suicídio são registrados na região - Famílias dependem de cestas básicas oferecidas por governos estadual e federal; MS suspendeu distribuição em janeiro". Diz a notícia:

"Donos de menos de 40 mil hectares de terra, cerca de 30 mil índios guaranis e caiuás de Mato Grosso do Sul estão confinados. Falta terra em um ambiente de miséria.

Há casos de desnutrição infantil, alcoolismo, prostituição, filhas grávidas do pai, violência (ao menos 60 índios são presidiários), suicídios (11 enforcamentos em 2006) e conflito pela posse da terra (uma índia de 70 anos foi morta a tiros em janeiro dentro de uma fazenda).

Com esse quadro, as famílias dependem de cestas de alimentos dos governos estadual e federal. Apesar disso, algumas famílias trocam cestas por bebida alcoólica, segundo lideranças. Nas duas etnias, a desnutrição causou a morte de 47 crianças indígenas menores de quatro anos de 2005 a fevereiro deste ano, segundo a Funasa (Fundação Nacional de Saúde). (...)"

No dia 8 de fevereiro de 2006, a Folha de São Paulo já havia noticiado:

"Questão indígena - Desnutrição mata 17 crianças em aldeia de MT". Diz a notícia:

"Dezessete crianças xavantes morreram de desnutrição em uma aldeia de Mato Grosso entre 2006 e o começo de janeiro deste ano, informou a Funai.

Mato Grosso do Sul, que no começo de 2005 teve ao menos 15 mortes de crianças guaranis e caiuás por desnutrição, contabilizou um caso durante 2006, segundo o médico da Funasa Zelick Trajber.

A aldeia dos xavantes está localizada em Alto do Boa Vista (1.100 km de Cuiabá). Das 160 crianças xavantes menores de cinco anos, 60 estão desnutridas (17 em estado grave).

A mortalidade infantil na aldeia é de 235 por mil nascidos vivos, nove vezes o índice nacional."

O jornal Folha de São Paulo de 28 de fevereiro de 2007 publicou:

"Bebê indígena morreu por falta de comida, dizem pais – Funasa afirma que deu cesta alimentar à família

HUDSON CORRÊA - DA AGÊNCIA FOLHA, EM DOURADOS (MS)

A índia guarani Salete Benites, 20, mãe do bebê Cleison, de dez meses, disse ontem que a criança morreu no domingo por falta de comida na aldeia Bororó, em Dourados (210 km de Campo Grande).

Ela afirma que também falta água em sua casa. 'Eu não tinha comida para dar para ele', afirmou Salete.

Folha visitou ontem a aldeia e constatou, porém, que na casa de Salete ainda havia meio pacote de leite em pó, 5 kg de farinha de trigo, ao menos 1 kg de arroz, um saco de açúcar, 3 kg de feijão e uma lata de óleo. Ela disse que, desses alimentos, só consegue comer o arroz, mas não soube explicar os motivos.

A casa é um barraco de terra batida, no matagal, coberto com sapé e onde mal cabe a cama, único móvel. O fogão à lenha fica do lado de fora.

Responsável pela assistência nas aldeias, a Funasa (Fundação Nacional de Saúde) diz que Salete e seu marido, o caiuá Brasil Lopes, 19, receberam no dia 9 uma cesta com 44 kg de alimentos. O casal tem outro filho, Cleimar, 4. No atestado de óbito de Cleison consta 'desnutrição severa' como causa da morte. Além de Cleison, a Funasa confirma a morte relacionada a desnutrição neste mês de Nandinho Fernandes, 2.

O médico Zelick Trajber, da Funasa, voltou a afirmar ontem que uma doença, como pneumonia ou diarréia, pode ter matado Cleison.

Durante consulta da criança no dia 14, foi constatada 'desnutrição moderada', mas a mãe, segundo Trajber, não voltou ao posto. Salete confirma que recebeu a cesta de alimentos no dia 9, mas diz que já não tinha comida no dia 14, quando levou Cleison ao posto de saúde.

Ela, porém, entra em contradição. Primeiro disse que recebeu muita água, algo que não alimenta. Em seguida, confirma que o médico do posto deu um saco de leite em pó, que ainda está em sua casa. O líder da aldeia Bororó, Luciano Arévolo, disse anteontem que pais indígenas trocam cestas de alimentos por bebidas alcoólicas. Ele citou Salete como exemplo. 'Eu bebo, sim, mas não de cair. Não fiz isso.' 'Eu tive o bebê com dois quilos e dez gramas, ele sempre foi desnutrido', disse Salete."

Em 16 de março de 2006, o Conselho Indigenista Missionário – CIMI, divulgou a seguinte Nota:

"Saúde Indígena: Uma Realidade de Abandono

O Conselho Indigenista Missionário vem a público manifestar sua apreensão e preocupação com a realidade de abandono a que as comunidades indígenas estão submetidas, de modo especial no que se refere à política de assistência à saúde.

No estado do Tocantins, nos últimos cinco meses, morreram 15 crianças do povo Apinajé, em função de diarréia, vômito, gripe e febre. No Mato Grosso do Sul, morreram dezenas de crianças Guarani-Kaiowá devido à desnutrição. No Pará sete crianças do povo, Munduruku morreram vítimas de infecções intestinais. No Amazonas, as organizações indígenas vêm denunciando de forma sistemática o descaso nos serviços de saúde e o alastramento de doenças infectocontagiosas.

Em Roraima, entre os Yanomami, os índices de malária voltam com intensidade, em função do abandono nas ações preventivas em saúde, especificamente nos serviços para o combate ao mosquito transmissor da doença. No Acre, 10 crianças Kaxinawá, do Alto Juruá, morreram em conseqüência da diarréia. Nos estados do Sudeste e do Sul, foram registrados dezenas de casos de desnutrição em crianças Guarani e Kaingang, com casos de mortes em aldeias que, na sua maioria, encontram-se localizadas em pequenas áreas de terras devastadas pelo processo colonizador. No Mato Grosso, o governo assistiu passivamente a morte de crianças Xavante, da terra indígena Marawatsede. Esta área, já demarcada e homologada, continua fora do domínio do povo Xavante, invadida por fazendeiros da região. No estado do Maranhão, 14 crianças da aldeia Bananal morreram em 2005, e em janeiro de 2006, foram registradas mais seis mortes, as causas foram diarréia e desnutrição. Em Rondônia, a ausência de uma intervenção consistente por parte da Funasa tem causado o alastramento de doenças infecto-contagiosas, a exemplo das hepatite tipos B e C.

Ao quadro de mortalidade infantil e do alastramento de doenças, somam-se dezenas de óbitos de adultos por malária, tuberculose e hepatite. Doenças essas que deveriam estar erradicadas em nosso país, mas que pela omissão do Estado e pelo fracasso de suas políticas voltadas para a assistência à saúde, às atividades produtivas e pela paralisia nos processos de demarcação das terras indígenas e falta de proteção destas terras, tornam-se devastadoras. Mesmo nos estados em que os povos indígenas encontram-se articulados e suas organizações têm tido maior controle social sobre a assistência na área de saúde, verifica-se o total sucateamento dos equipamentos médicos e dos veículos que atendem as comunidades.

Em diversas localidades, funcionários são obrigados a cruzar os braços devido ao atraso no pagamento de seus salários, a exemplo do

que acontece no Distrito Sanitário Yanomami. A situação é de uma gravidade sem precedentes e exige do poder público providências enérgicas e ações contundentes para combater a fome, a desnutrição e as doenças causadas por parasitoses, por mosquitos e a intensificação das endemias e epidemias. Ao contrário disso, assiste-se a omissão e a negligência do órgão responsável pela assistência à saúde indígena, a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), entregue a grupos políticos e usada como instrumento de aliança política. A Funasa tem sido morosa na implementação de projetos de saneamento e de construção de postos de saúde nas aldeias em todo o Brasil, bem como na perfuração de poços para assegurar água potável nas comunidades. A falta de água de qualidade nas comunidades indígenas é um desencadeador de doenças que poderiam ser facilmente evitadas. (...) Diante de tudo isso, o Cimi entende que o governo brasileiro terá que reformular a política de saúde em curso, tendo como referência as diretrizes gerais da II Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1993, possibilitar o controle social sobre as ações do órgão responsável pela saúde indígena, bem como disponibilizar recursos financeiros e humanos adequados para atender de forma digna e responsável as comunidades indígenas de todo o país. Entende também que a IV Conferência Nacional de Saúde Indígena só terá legitimidade quando houver a participação efetiva dos povos e organizações indígenas e indigenistas. Luziânia (GO), 16 de março de 2006."

Em 02 de fevereiro de 2007, o Conselho Indigenista Missionário divulgou em seu sítio na rede de computadores a seguinte informação:

"Mortes de crianças indígenas e doenças revelam falta de assistência governamental

Três crianças do povo Oro Wari´, da aldeia Lage Velho, Terra Indígena Lage, em Guajará-Mirim, RO, morreram entre as últimas três semanas. As aldeias de Guajará-Mirim vêm sendo assoladas, nestes últimos meses, por epidemias de gripe, diarréias e surtos de malária como nunca aconteceram nos últimos 20 anos. O pico ocorreu entre dezembro de 2006 e a primeira quinzena de janeiro de 2007. 42 crianças indígenas foram internadas no hospital Bom Pastor, em Guajará-Mirim, entre 1 a 20 de janeiro. A maioria tinha diarréia e sintomas de desidratação. Destas crianças, 12 vinham de Lage Velho, aldeia com 250 índios. Em dezembro, haviam sido 39 internações, número já alto

para o universo de 4 mil atendimentos realizado pelo pólo base de Guajará-Mirim.

A aldeia Lage Velho, distante apenas 36 km de Guajará-Mirim, é a aldeia mais próxima e de acesso mais fácil do município. Entretanto, é uma das aldeias menos assistidas, não é acompanhada por profissionais de enfermagem da Funasa (Fundação Nacional de Saúde). Há falta de transporte do Pólo-Base que prejudica o atendimento e a remoção dos pacientes; a comunicação é aleatória por falta de radiofonia e o orelhão da aldeia nem sempre funciona e falta medicação básica. O cacique da aldeia, Valdito, há sete anos reivindica, através dos conselhos, a construção de um Posto de Saúde."

O jornal Folha de São Paulo, em sua edição de 26 de março de 2007, publicou notícia sob o título "Funasa gasta R$ 4,5 mi com táxi no MA":

"Carros levam índios a cidades para serem tratados pelo SUS, mas lideranças indígenas dizem que há desvio de recursos Valor gasto é maior que orçamento total da Funasa em 12 Estados; para líderes de etnias, ações de saúde nas aldeias são esquecidas A Coordenação Regional da Funasa no Maranhão pagou R$ 4,5 milhões em 2006 à Coopersat, cooperativa de táxi de São Luís, para o transporte de índios que fazem tratamento médico fora das aldeias e das equipes multidisciplinares de saúde indígena. Em 2005, a Funasa-MA havia pago à mesma cooperativa R$ 1,82 milhão. O valor gasto com táxi no Maranhão em 2006 foi maior que o orçamento total -e não só para transportes- da Funasa em 12 Estados, entre eles São Paulo (R$ 3,83 milhões), Rio Grande do Sul (R$ 3,99 milhões) e Paraná (R$ 3,01 milhões). O orçamento 2006 total da Funasa do Maranhão, onde vivem 28 mil índios, é de R$ 11,68 milhões.

Em 2006, a Funasa-MA alugou 36 carros com motorista. O pagamento é feito por quilômetro rodado, com base em guias preenchidas pelos motoristas e, segundo a Funasa, sob fiscalização de um servidor do órgão. O valor pago em 2006 corresponde a 3,224 milhões de quilômetros rodados.

Lideranças indígenas ouvidas pela Folha disseram que não há fiscalização e que há fraudes na anotação da quilometragem. As lideranças reclamam de que o atendimento à saúde feito pela Funasa limita-se a transportar índios às cidades, onde são assistidos pelo SUS, enquanto ações de saúde nas aldeias são deixadas de lado.

"O dinheiro da Funasa está indo pelo ralo com o aluguel dos carros, enquanto não acontecem ações de saúde dentro das aldeias", disse Marinete Guajajara, líder que representa sete aldeias em Amarante. O guajajara Uirauchene Alves Soares, que representa 34 aldeias e cerca de 2.400 índios do município de Arame, disse que há quatro anos a Funasa não faz ações para prevenção de câncer uterino nas aldeias.

"Questionamos a política de saúde da Funasa, que, em vez de construir postos de saúde nas aldeias gasta com transporte para poder desviar recursos", disse Soares.

No início do mês, ele fez um termo de declaração na Procuradoria Geral da República, em Brasília, no qual relatou o suposto desvio de recursos.

O procurador federal Luiz Carlos Oliveira Jr., responsável pela questão indígena no Maranhão, diz que o uso dos táxis não é fiscalizado pela Funasa, mas que o órgão diz que começou a reduzir o uso dos carros.”

O mesmo jornal Folha de São Paulo, em 09 de abril de publicou:

“Funasa distribui pílula anticoncepcional a índios Programa de planejamento familiar em aldeias de MS é tocado com discrição

Médico defende ação do órgão, que acontece em região atingida por miséria e palco de seguidas mortes de crianças por desnutrição

HUDSON CORRÊA

DA AGÊNCIA FOLHA, EM CAMPO GRANDE

A Funasa (Fundação Nacional de Saúde) desenvolve um programa de planejamento familiar nas aldeias indígenas de Mato Grosso do Sul, atingidas pela miséria e pela desnutrição.

O programa inclui distribuição de pílulas anticoncepcionais e cirurgias de laqueaduras (esterilização feminina pelo corte ou ligamento das trompas de falópio) e é tocado com discrição há dois anos. A Funasa o considera polêmico por levantar -erroneamente, segundo o médico Zelick Trajber- a questão de genocídio (destruição de um grupo étnico).

"Não tenho notícia de que se faça [no país] um trabalho [de planejamento familiar indígena] do tamanho que temos aqui", disse Zelick. O

médico da Funasa coordena a assistência médica nas aldeias do sul do Estado, onde vivem mais de 30 mil guaranis e caiuás.

Eles são o alvo principal do programa de planejamento familiar e da assistência médica. Neste ano, sete crianças guaranis e caiuás de até dois anos morreram por desnutrição. Em 2006, a desnutrição apareceu entre as causas da morte de 14 indiozinhos de até quatro anos. Em 2005, foram 27 casos.

Liberdade

Zelick e o também médico Helder Ganacin, que há seis anos trabalha na reserva indígena de Dourados (MS), afirmam que o programa de planejamento familiar visa dar informação às mulheres grávidas e em idade fértil sobre os métodos contraceptivos. Ninguém, afirmam eles, é obrigado a aceitar o planejamento. "Orientamos inclusive sobre laqueadura, no caso em que a lei permite. Encaminhamos [a índia] para a equipe de planejamento familiar do município, que tem psicólogo", disse Ganacin.

A lei federal 9.263, de janeiro de 1996, define planejamento familiar como "conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal". Por ela, a esterilização só pode ser feita em mulheres com mais de 25 anos de idade ou com pelo menos dois filhos vivos.

"Isso [o planejamento familiar] tem toda uma polêmica. Se for entrar nessas discussões com antropólogos, a coisa fica feia. Tenta-se divulgar que não se pode fazer isso porque seria genocídio", disse Zelick. "É uma questão de direito. A mulher tem o direito de optar."

Pobreza

Confinados em 40 mil hectares de terra, distribuídos em mais de 20 aldeias, os guaranis e caiuás dependem de cestas de alimentos do governo federal para sobreviver. Violência e alcoolismo fazem parte de sua rotina dessas áreas indígenas.

Conforme a Funasa, o Estado de MS fechou 2006 com uma população de 60,9 mil índios, incluindo as etnias terena, cadiuéu, guató, ofaié e camba.

Em 2006, nasceram 2.386 crianças indígenas no Estado. Esse número é 29,5% maior do que o de nascidos em 2001. Há seis anos, a mortalidade infantil era de 68,37 por mil nascidos vivos -ou seja, naquele ano 126 crianças indígenas menores de um ano morreram. Em 2006, o índice caiu para 40,44 (morreram 90 bebês).

No total, incluindo adultos, foram 480 óbitos. Subtraídas as mortes dos 2.386 nascimentos, resulta que a população cresceu em 1.906 habitantes indígenas no ano passado.

"Isso sem contar a migração", disse Zelick, referindo-se à vinda de índios guaranis do Paraguai para Mato Grosso do Sul em busca de moradia e assistência médica. Na área indígena, o número de habitantes subiu de 2.800 para 4.300."

O Relatório da Anistia Internacional, divulgado em 2004, "Estrangeiros em nosso próprio país: Povos Indígenas do Brasil", já havia atribuído ao governo federal a responsabilidade pelo aumento de mortes entre populações indígenas. Os índices revelados pelo estudo impressionam por que contrariam a tendência natural de que a morte ocorra na terceira idade e, ainda, o aumento da longevidade na população brasileira, conforme mostrou o último censo do IBGE.

Segundo o relatório da Anistia Internacional, em 2003 de cada cinco índios que morriam, um não havia completado 12 meses. Foram 458 bebês, exatos 21,9%. Num universo maior, de crianças de até cinco anos, os números são ainda mais assustadores. Em três regiões – Sul, Centro-Oeste e Norte – morrem mais crianças com menos de cinco anos do que índios adultos com mais de 65. Em 2004, a proporção caiu mas, mesmo assim, manteve-se em índices considerados muito altos (47,7% dos bebês). (Fonte: Anistia Internacional).

Na apresentação do mencionado Relatório, Dom Franco Masserdotti, Presidente do CIMI, diz: "(...) O resultado está neste texto e ele é, de certa forma, um testemunho documental e cronológico de uma grande frustração política, humana e indigenista: aquela referente às igualmente grandes esperanças levantadas com a eleição do primeiro presidente operário da história brasileira, Luís Inácio Lula da Silva. Imaginamos, sonhamos um dia que, com este governo, os indicadores de violência contra os povos indígenas iriam retroceder aos seus níveis mínimos e uma nova era de boas novas se anunciaria

para as comunidades indígenas de todo o país. Como poderão constatar ao logo destas páginas, a violência não só não regrediu, mas, ao contrário, aumentou até atingir níveis nunca antes alcançados historicamente, em determinados aspectos. (...)" "os dados oficiais sobre mortalidade infantil indígena no Brasil dão conta de que, em 2003, de cada mil crianças nascidas vivas, 56,6 faleciam antes de completar um ano de idade; em 2004, o índice caiu para 47,71 por mil e, em 2005, voltou a subir para 50,85 por mil."

Grande parte dessas mortes de crianças ocorreu por desnutrição: "o levantamento sobre desnutrição encontrou, em 2003, casos nos estados de Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Alagoas e Roraima, apresentando um cenário de mais de 4.000 pessoas com problemas de desnutrição".

A insuficiência de ações do poder público em relação à complexa situação das demarcações, invasão de áreas já demarcadas, a desassistência já indicada no Relatório do CIMI, a insuficiência de interlocução no governo, a descontinuidade dos programas de saúde e educação indígena, aliados à adoção pelos índios de práticas de movimentos sem terra, certamente trarão grave retrocesso que, nesse caso, significa a própria sobrevivência física e cultural desses povos e, neste momento tem resultado em mortes - por falta de comida - da parte mais frágil: as crianças.

Em 2005, o Ministro da Saúde considerou "dentro da normalidade estatística" as mortes de crianças índias (Fontes: Jornal do Brasil, de 09/03/2005). Depois, em entrevista publicada pelo jornal Gazeta Mercantil, de 4/4/2005, disse: "Fui mal compreendido em relação às mortes de crianças índias. O quadro da saúde indígena no Brasil é escandaloso, terrivelmente preocupante. Qualquer indicador negativo de saúde nas populações indígenas é quase o dobro em relação à população em geral. O que está acontecendo é que aquelas mortes que sempre ocorreram estão vindo a público. Foi isso que quis dizer. Não houve incremento de uma situação que já é escandalosa. É um problema complexo. Envolve uma ação que precisa ser intersetorial. Em muitas dessas áreas indígenas não há produção de alimentos para suprir a população da reserva."

A situação é de tal ordem que exige solução imediata, sob pena de rápido e expressivo agravamento dos prejuízos de proporção nacional nas esferas socioculturais, como conseqüência da possível desorganização e paralisia deste setor estratégico.

Assim, a solução desta grave crise exige a cooperação entre os diversos Poderes da República. Dado que a questão é de relevante e urgente interesse nacional, os parlamentares signatários desta proposta, cientes da complexidade do processo, esperam contribuir para a análise das causas e conseqüências do problema.

Por esses motivos, solicitamos a instituição desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

Sala das Sessões, em de abril de 2007.

Deputado SEBASTIÃO MADEIRA

Deputado WALDIR NEVES

2.2 Ato da presidência

Satisfeitos os requisitos do art. 35, caput e § 4º, do Regimento Interno, para o Requerimento de Instituição de CPI nº 3, de 2007, do Sr. Sebastião Madeira e outros, esta Presidência dá conhecimento ao Plenário da criação da Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a investigar as causas, conseqüências e responsáveis pelas mortes de crianças índias por subnutrição de 2005 a 2007.

A Comissão será composta de 23 (vinte e três) membros titulares e de igual número de suplentes, mais um titular e um suplente, atendendo ao rodízio entre as bancadas não contempladas, designados de acordo com os §§ 1º e 2º do art. 33, combinado com o § 5º do art. 35, todos do Regimento Interno.

Brasília, de junho de 2007.

ARLINDO CHINAGLIA

Presidente da Câmara dos Deputados

2.3 Composição da CPI

CPI destinada a investigar as causas, as conseqüências e os responsáveis pela morte de crianças indígenas por subnutrição de 2005 a 2007.

Presidente: Vital do Rêgo Filho (PMDB/PB)

1º Vice-Presidente: João Magalhães (PMDB/MG)

2º Vice-Presidente: Urzeni Rocha (PSDB/RR)

3º Vice-Presidente: Davi Alcolumbre (DEM/AP)

Relator: Vicentinho Alves (PR/TO)

TITULARES	SUPLENTES
PMDB/PT/PP/PR/PTB/PSC/PTC/PTdoB	
Antônio Carlos Biffi (PT/MS)	Aníbal Gomes (PMDB/CE)
Carlos Souza (PP/AM)	Bernardo Ariston (PMDB/RJ)
Dr. Rosinha (PT/PR)	Henrique Afonso (PT/AC)
Edio Lopes (PMDB/RR)	Joaquim Beltrão (PMDB/AL)
Geraldo Resende (PMDB/MS)	Jusmari Oliveira (PR/BA)
Janete Rocha Pietá (PT/SP)	Luiz Couto (PT/PB)
João Magalhães (PMDB/MG)	6 vagas
José Guimarães (PT/CE)	
Pastor Manoel Ferreira (PTB/RJ)	
Rebecca Garcia (PP/AM)	
Vicentinho Alves (PR/TO)	
Vital do Rêgo Filho (PMDB/PB)	
PSDB/DEM/PPS	
Davi Alcolumbre (DEM/AP)	Antonio Carlos Mendes Thame (PSDB/SP)
Francisco Rodrigues (DEM/RR)	Vanderlei Macris (PSDB/SP)
Ilderlei Cordeiro (PPS/AC)	5 vagas
Marcio Junqueira (DEM/RR)	
Sebastião Madeira (PSDB/MA)	
Urzeni Rocha (PSDB/RR)	
Waldir Neves (PSDB/MS)	
PSB/PDT/PCdoB/PMN	
Dagoberto (PDT/MS)	3 vagas
Osmar Júnior (PCdoB/PI)	
1 vaga	

PV	
Edson Duarte (PV/BA)	Edigar Mão Branca (PV/BA)
PRB	
Cleber Verde (PRB/MA)	1 vaga

Suporte administrativo e técnico

- Secretário da CPI: Manoel Alvim.

- Consultores Legislativos: Alessandra Valéria da Silva, Fábio de Barros Correia Gomes e Gustavo Silveira Machado.

2.4 Reuniões, diligências e audiências da CPI

1ª Reunião - 19/12/2007. Pauta: instalação da Comissão e eleição do Presidente e dos Vice-Presidentes.

2ª Reunião - 13/02/2008. Pauta: elaboração do roteiro dos trabalhos.

3ª Reunião - 19/02/2008. Pauta: 1) continuação da elaboração do roteiro dos trabalhos da Comissão; e 2) deliberação de requerimentos.

4ª Reunião - 26/02/2008. Pauta: 1) deliberação de requerimentos; e 2) informações do Sr. Presidente e do Sr. Relator sobre cronograma de audiências e diligências.

5ª Reunião - 05/03/2008. Audiência pública com a presença do Sr. Francisco Danilo Bastos Forte, Presidente da Funasa.

6ª Reunião - 11/03/2008. Audiência pública para tomada de depoimentos, com a presença da Sra. Aline Caldas, da Funasa, e do Sr. Wanderley Guenka, Diretor do Dsai - Departamento de Saúde Indígena.

7ª Reunião - 12/03/2008 - Pauta: 1. audiência pública para tomada de depoimento, com a presença do Sr. Márcio Augusto Freitas de Meira,

Presidente da Funai - Fundação Nacional do Índio. 2) deliberação de requerimentos.

8ª Reunião - 25/03/2008 - Pauta: 1) audiência pública para tomada de depoimento da Drª. Deborah Macedo Duprat de Brito Pereira, Subprocuradora-Geral da República da 6ª Câmara de Coordenação e Revisão - Índios e Minorias. 2) deliberação de requerimentos.

9ª Reunião - 27/03/2008. Oitivas na Câmara Municipal de Dourados/MS: Sr. Josemar Nunes, Coordenador do Conselho Tutelar dos Direitos da Criança e do Adolescente no Município de Dourados/MS; Srª Margarida de Fátima Nicoleti, Chefe do Núcleo de Apoio Local da Fundação Nacional do Índio – Funai; Sr. Demétrios Lagos Pareja, Missão Caiuá; Sr. Fernando de Souza, Presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena – Condisi; e Srª Bela Barros, ex-Deputada Estadual, Relatora da CPI - Desnutrição Indígena.

Diligência - 27/03/2008. Local: Estado de Mato Grosso do Sul. Visita às Aldeias Indígenas Bororo e Jaguapirú (Postos de Saúde e Médicos); visita ao Casai – Missão Caiuá e visita a autoridades locais (reunião com lideranças indígenas – Casa de Reza – Aldeia Panambizinho).

10ª Reunião - 28/03/2008. Oitiva na Assembléia Legislativa do Estado de Mato Grosso do Sul: Sr. Zelik Trajber, Responsável Técnico pela Saúde Indígena no Estado do Mato Grosso do Sul da Funasa.

11ª Reunião - 01/04/2008 - Pauta: deliberação de requerimentos.

12ª Reunião - 08/04/2008 - Pauta: 1) audiência pública com a Dra. Ariadne de Fátima Cantú da Silva, Promotora de Justiça da Infância e Juventude do Estado de Mato Grosso do Sul. 2) deliberação de requerimentos.

13ª Reunião - 09/04/2008. Audiência pública com o Sr. Gaspar Hickman, ex-Coordenador Regional da Funasa em Mato Grosso do Sul.

14ª Reunião - 15/04/2008. Audiência pública para tomada de depoimento do Sr. Willian César Lopes Domingues, Coordenador do Conselho Distrital de Saúde Indígena - Condisi.

15ª Reunião - 17/04/2008. Audiência pública na Câmara Municipal de Imperatriz/MA, com a presença dos Senhores: José Leite Piancó

Neto, Administrador Regional da Administração Executiva Regional de Imperatriz (MA), da Fundação Nacional do Índio – Funai; Marconi José Carvalho Ramos,

Coordenador Regional da Funasa no Estado do Maranhão; Jonas Gavião, Representante da etnia Gavião, da Aldeia Governador; Licínio Brites Carmona, Coordenador do Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão – Dsei/MA; Lourenço Krikati, Representante do Conselho Estadual de Educação Indígena Aldeia São José, Montes Altos/MA; José Arão Lopes, Vereador, membro da Comissão Nacional de Políticas Indigenistas - CNPI, representante da etnia Guajajara de Grajaú/MA e Antônio Kakrose, Chefe do Sub-pólo de Saúde Kanela da Fundação Nacional do Índio - Funai, em Barra do Corda/MA.

Diligência - 17/04/2008. Local: Imperatriz/MA. Visita à Casa do Índio (encontro com lideranças indígenas) e visita à sede da Funai.

16ª Reunião - 19/04/2008. Audiência pública na Câmara Municipal de Cruzeiro do Sul/AC, com a presença dos Senhores: Davi Wany Ashaninka, Presidente do Conselho Distrital Indígena de Marechal Thaumaturgo/AC; Paulo César de Almeida Tourinho, Representando o Sr. José Carlos Pereira Lira, Coordenador da Funasa no Acre; José Maria Pereira, Representando o Sr. José Nogueira da Cruz, da Associação do Povo Arara; Luiz Alberto Fernandes, Agente de Saúde Pública da Funasa/AC; José Francisco Correia de Araújo, Agente de Saúde Pública; e Gelcimar mota da Cruz, Chefe do Dsei do Alto do Rio Purus.

Diligência - 19/04/2008. Local: Cruzeiro do Sul/AC. Encontro com lideranças indígenas.

17ª Reunião - 23/04/2008 - Pauta: assuntos internos.

18ª Reunião - 29/04/2008. Audiência pública na Assembléia Legislativa do Estado do Tocantins, para oitiva dos Senhores: Dr. João dos Reis Ribeiro Barros, Coordenador da Funasa; Dra. Selestina Delmundes Bezerra, Chefe do Departamento da Saúde Indígena (Funasa); Dr. Antônio Marcos Leal Senna Carajá, Presidente do Distrito de Tocantins/TO; Líder Indígena José Ribeiro Apinajé, da Aldeia Botica / Tocantinópolis / TO; Líder Indígena Lazaro Calixto Xerente/TO, da Aldeia Paraíso, Tocantínia/TO e Cleso Fernandes Moraes, Coordenador da Funai / Araguaína.

3 ATIVIDADES PRÉVIAS DO LEGISLATIVO RELACIONADAS AO TEMA DA CPI

São destacadas nesse item as ações mais recentes do Legislativo relacionadas à desnutrição em populações indígenas.

3.1 Comissão Externa da Câmara dos Deputados

Em 2005, a Comissão Externa da Câmara dos Deputados sobre as mortes de crianças indígenas no Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, constatou que as mortes associadas à desnutrição nos dois estados relacionavam-se a fatores plenamente evitáveis, dentre os quais se destacaram o precário abastecimento de água para a população, o inadequado saneamento, a deficiência na capacidade de prevenção e assistência à saúde, além da óbvia insuficiência de ingestão de alimentos entre as crianças menores de cinco anos, causada pela incapacidade de suas famílias obterem alimentos em quantidade e qualidade adequadas.

A Comissão Externa verificou que, particularmente no Mato Grosso do Sul, ocorreram entraves no fluxo administrativo da Funasa, nos meados de 2003 e no ano de 2004, relacionados à continuidade de convênios para contratação de profissionais de saúde. Além disso, nesse período foram inexplicavelmente suspensas atividades de grande relevância para a nutrição das crianças indígenas, que eram realizadas em parceria com instituições não governamentais, como a distribuição da farinha multimistura e do sopão comunitário.

A insuficiência numérica das equipes de atenção à saúde impediu que as mesmas pudessem se dedicar mais a atividades preventivas. A falta de água limpa impedia que as famílias adotassem medidas básicas de higiene. Diante da frágil situação sanitária dessas comunidades e da desnutrição endêmica, o aumento da ocorrência de diarréias, favorecidas pelo consumo de água contaminada por coliformes fecais, e de outras patologias, como infecções respiratórias, teriam potencial para rapidamente deteriorar a saúde de crianças sob risco nutricional, produzindo a morte.

A Comissão também considerou que a relação da Funasa com as ONGs, para fins de contratação de profissionais de saúde, não permitia a

garantia de atendimento adequado às populações indígenas e também constatou que, infelizmente, o problema da desnutrição **não estava restrito** aos indígenas do MS e do MT. Também salientou a necessidade de atuação diante de outros problemas de saúde observados, como o alcoolismo, gravidez na adolescência e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a Aids.

Várias sugestões para melhorar o quadro sanitário das populações indígenas foram apresentadas, destacando-se:

a) para a Câmara do Deputados - recomendar à CDHM e à CSSF que promovessem visitas a outras reservas indígenas a fim de verificar a situação das crianças, realizassem seminários, estabelecessem uma subcomissão para acompanhamento da situação e promovessem debates, objetivando dar oportunidade às lideranças indígenas opinarem na revisão do Estatuto do Índio.

b) para o Ministério da Saúde e Funasa - treinamento imediato de todos os agentes de saúde, com adequação aos costumes e tradições das aldeias indígenas; integração das lideranças espirituais nas ações de prevenção de doenças e tratamentos de saúde; resolução do problema do abastecimento de água nas aldeias do MS e ampliação das equipes de profissionais de saúde; considerar a opção de ampliar os quadros da Funasa em todo o País, por meio da realização de concurso público, com lotação nos Distritos Sanitário Especial Indígena; divulgação quinzenal dos dados sobre desnutrição e óbitos relacionados; realização de estudos sobre as doenças para as quais haveria maior resistência para o tratamento e adotar medidas visando sua redução, ao invés de apenas comunicar o fato à Funai; adoção com a maior brevidade de programa de atenção à saúde mental, abordando a questão do suicídio e do alcoolismo; implantação de projeto de prevenção às DST/Aids; buscar a integração com outros órgãos, como a Funai, como determina a Lei Orgânica da Saúde; para uma melhor organização das atividades de assistência à saúde indígena, resolver conflitos de competência e aumentar a eficiência das ações complementares de estados e municípios, o Ministério da Saúde poderia viabilizar ou fortalecer, caso exista instância similar, a implantação de comissão ou subcomissão de gestores do SUS específica para a saúde indígena, que permita programação conjunta e regular por parte da União, Estados e Municípios, com base nas prioridades que atualmente já são estabelecidas pelos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.

c) para a Presidência da República: criação da Secretaria Especial para Assuntos Indígenas, com status de Ministério, com poder normativo para definição da política indigenista; fortalecimento das ações da Fundação Nacional do Índio, com melhoria de seu quadro pessoal através de concurso público e orçamento apropriado às necessidades; definição e implementação transversal de políticas indígenas em todos os órgãos do Governo Federal; ampla campanha publicitária enfocando a valorização dos povos indígenas, com contribuições para o resgate do respeito e solidariedade dos não índios aos indígenas; acionar a Controladoria Geral da União para que patrocine uma tomada de contas especial, com levantamento e auditoria pormenorizadas acerca do fluxo de recursos do Governo Federal, sua liberação e respectivos empenhos e liquidações, referentes a ações estruturantes, assistencialistas e de saúde nas aldeias dos Estados do Mato Grosso e Mato Grosso do Sul.

d) para a Funai - implementação de Centros de Atendimento aos indígenas nas proximidades, ou nas aldeias, favorecendo o acesso ao órgão; celebrar convênios com Estados e Municípios, descentralizando as ações de apoio e assistência às Comunidades Indígenas; adotar providências administrativas no sentido de assegurar espaço territorial suficiente e adequado para os povos indígena Guarani, Kaiowá e Terena, que se encontram confinados na terra indígena de Dourados, concluindo-se os procedimentos administrativos de demarcação das terras por eles tradicionalmente ocupadas, revendo-se os limites das atuais terras já demarcadas; apurar responsabilidades e providenciar a assistência adequada para os índios Guarani-Kaiowá-Terena que trabalham na agro-indústria da cana-de-açúcar em condições análogas ao trabalho escravo; tomar as providências, no âmbito de sua competência, a fim de erradicar o consumo de bebidas alcoólicas pelos índios; envidar esforços para que as sociedades indígenas encontrem alternativas de sustentabilidade, promovendo políticas públicas que contenham assistência técnica e financiamento para melhora da produção agrícola; celebrar convênios com órgãos estaduais e municipais competentes, a fim de combater o comércio clandestino de madeira, de mineração, arrendamentos de terras e outras ações claramente prejudiciais aos interesses indígenas; comunicar, imediata e incontinente os ilícitos e ilegalidades à Polícia Federal, sob pena de prevaricação e omissão, a exemplo das declarações do representante do órgão em Dourados que afirma ser a Funai conhecedora do arrendamento de terra e das condições de trabalho nas usinas e não encaminhou as providências

necessárias; apurar e encaminhar solução legal às denúncias coletadas pela Comissão que indígenas estão arrendando suas terras à produtores agrícolas não índios.

e) para o Ministério Público Federal - promover inquérito e ação civil pública, em defesa dos direitos e interesses das populações indígenas, relacionadas a retenção de cartões magnéticos dos aposentados, em estabelecimentos comerciais, financiamentos bancários feitos por comerciantes, em nome dos aposentados, favorecimento do alcoolismo, direito irrestrito ao uso e ocupação das terras tradicionalmente ocupadas e omissão da Funai sobre a contratação de mão-de-obra indígena análoga ao trabalho escravo.

f) para o Tribunal de Contas da União - realizar auditoria nos recursos da Funasa e Funai destinados ao atendimento das necessidades básicas e saúde dos povos indígenas do Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, considerando as destinações dos convênios realizados com os entes estaduais e municipais e o agravamento da desnutrição nas áreas indígenas; realizar auditoria nos recursos do Sistema Único de Saúde repassados às prefeituras em cuja circunscrição existem áreas indígenas, objetivando averiguar se o percentual destinado à saúde indígena tem aplicação condizente; promover análise dos convênios pelo Governo Federal, para a realização de ações estruturantes, assistenciais e de saúde nas aldeias indígenas dos Estados de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, firmados com os respectivos estados e/ou com as prefeituras municipais, especificamente quanto a devida aplicação dos recursos pertinentes, sua liberação e respectivos empenhos e liquidações.

g) para o Ministério do Trabalho - fiscalizar os contratos de trabalho entre índios da Reserva de Dourados e os produtores de cana-de-açúcar e fazendas; acompanhar a proposta de capacitação de mão-de-obra indígena para agricultura mecanizada, sugerida pela Secretaria de Trabalho Emprego e Cidadania de Mato Grosso.

h) para o Ministério do Desenvolvimento Social: facilitar o cadastramento das populações indígenas para o recebimento dos benefícios do Programa Fome Zero; revisar o conteúdo das cestas básicas distribuídas às populações indígenas, adequando-as no que se refere à qualidade e quantidade dos alimentos, atentando, em particular, para a adequada oferta de proteínas e proporcional ao número de membros componentes da família beneficiada.

3.2 CPI da Assembléia Legislativa do Mato Grosso do Sul

Além do nível federal, o Legislativo estadual tem atuado na área da desnutrição de crianças indígenas. Também em 2005, ocorreu a CPI da desnutrição e mortalidade indígena da Assembléia Legislativa do Mato Grosso do Sul, presidida pelo Sr. Mauricio Picarelli e relatada pela Sra. Bela Barros. Utilizando auditoria contábil contratada para verificar a atuação da Funasa entre 2003 e 2004, a CPI concluiu que ocorreram negligência e desvios de finalidade. Sobre a Funai, constatou o esvaziamento orçamentário e de recursos humanos e materiais. Verificou-se falta de registro de nascimento e a presença do crime organizado nas aldeias (drogas e armas). Foram apresentadas várias sugestões para órgãos locais e nacionais. Na conclusão, citou que "o Sistema Único de Saúde precisa ser estruturado, equipado e capacitado para prestar atendimento pleno e de qualidade para todos os indígenas". Também destacou a necessidade de incluir os indígenas nas definições de políticas a eles relacionadas.

3.3 Audiência pública na CAINDR

Em 10 de maio de 2007, realizou-se audiência pública na CAINDR com a participação da CDHM, em que foram convidados: o Sr. Márcio Augusto Freitas de Meira - Presidente da Funai (que não compareceu); Sr. Francisco Aires - Coordenador Regional da Funasa do Amazonas; Sr. Zelik Trajber - coordenador das equipes de saúde da Funasa; Sr. Clóvis Ambrósio - presidente do Conselho Distrital do Leste de Roraima; Sr. Jecinaldo Barbosa Cabral - coordenador geral da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira; e Sr. Paulo Daniel Moraes - pastoral indigenísta da Diocese de Roraima - CIMI.

O Sr. Rafael Michelson, Procurador Federal da Funai, representando o presidente da Funai, Márcio Meira, mencionou que tinha "pouca experiência na questão indígena" e limitou-se a reconhecer brevemente que existem problemas logísticos e de gestão.

O Sr. Francisco Aires mencionou que: há vários casos de hepatite B no Javari e que 6 indígenas recebem tratamento com interferon; há insuficiência de sistemas de comunicação da Funasa (rádio); as ONGs são utilizadas porque ainda não se recebeu autorização para realizar concurso

público. Antes do concurso seria preciso aprovar um plano de cargos e salários. “Um médico de carreira ganha R$1.200,00, e ninguém com esse salário vai trabalhar com saúde indígena”. Lembrou que o orçamento da União não prevê recursos suficientes para investimento, de modo que se utiliza o que se tem, ou seja, recursos para custeio. Isso explicaria a deficiente compra de equipamentos e uso excessivo de locações, para atender às demandas.

O Sr. Clóvis Ambrósio defendeu a autonomia dos Dsei, que atualmente estão subordinados à Funasa, bem como a rejeição à municipalização da saúde do índio. Mencionou que há equipes de saúde que trabalham quando querem, sem a fiscalização da Funasa.

O Sr. Jecinaldo Cabral destacou que a Funasa está desestruturada. Mencionou tentativa de implantação da TV Funasa, que não seria uma prioridade para os indígenas e teria alto custo (o Deputado Urzeni Rocha informou que o projeto custaria 96 milhões de Reais e que, diante de oposições, foi cancelado). O depoente também declarou intenção de denunciar o Brasil a organismos internacionais.

O Sr. Paulo Moraes informou que a Infra-estrutura da Funasa está sucateada. Por exemplo, no Distrito Sanitário do Leste (Roraima) há 20 caminhonetes com mais de 6 anos de uso para atender a 35 mil indígenas. Faltam carros e rádios. Há óbitos de crianças por dificuldade de remoção. Desde 2004 não se compram carros, barcos, microscópios, rádios, equipamentos como balança, etc. Considerou urgente a instituição de uma equipe de recursos humanos estatutária, que preencha as funções estratégicas de gestão. Também referiu que não há acompanhamento dos incentivos para atenção hospitalar ao indígena nos municípios, como o IAPI.

O Sr. Zelik Trajber defendeu a criação do fundo distrital de saúde. Mencionou que o Mato Grosso do Sul dispõe de 73 postos de saúde, 151 rádios transmissores, 130 viaturas e 39 motos. Destacou a melhoria dos indicadores de saúde da região, após melhorias de gestão ocorridas depois de 2005. Ressaltou que não existe programa estruturante que combata problemas intersetoriais (como a violência).

No período de discussão, o Deputado Henrique Afonso destacou que continua o problema de gestão da Funasa e que boa parte do dinheiro não está chegando aonde é necessário. Também mencionou a questão do infanticídio em algumas etnias. O Deputado Márcio Junqueira mencionou

gastos de 4 milhões de Reais com taxi pela Funasa no Maranhão e que a fatura em setembro da empresa Roraima Táxi aéreo foi de 500 mil Reais, quando um avião pode ser comprado por 240 mil dólares. Assim, com o que pagaram em um mês se compraria um avião. A Deputada Vanessa Grazziotin concluiu que a ação prática da saúde indígena está terceirizada.

3.4 Audiência pública da CDHM em Dourados

Em 31 de agosto de 2007, foi realizada audiência pública da CDHM no Município de Dourados (MS) com 18 depoentes, para debater "as causas que levaram à desnutrição e, em alguns casos, evoluíram para a morte de crianças indígenas, em especial às da etnia Kaiowá e Guarani. Essa atividade representou uma parceria do Legislativo nos níveis federal, estadual e municipal. Participaram do evento: Pedro Teruel – Presidente da Comissão de Trabalho, Cidadania e Direitos Humanos da Assembléia Legislativa de Mato Grosso do Sul; Pedro Kemp – Presidente da Comissão de Desenvolvimento Agrário e Assuntos Indígenas da Assembléia Legislativa de Mato Grosso do Sul; Elias Ishy de Matos – Vereador e Presidente da Comissão de Direitos Humanos da Câmara Municipal de Dourados; Ramon Almiron da Silva – Índio Terena, de Dourados; Carlos Antônio Duarte – Cacique-Coordenador da Aldeia Jaguapiru, MS; Margarida Gaigher – Vereadora do Município de Dourados; Tânia Mara Garib – Secretaria de Assistência Social e representante do Governador André Puccineli; Laerte Tetila – Prefeito do Município de Dourados; Maria Auxiliadora – Diretora da Funai; Zelik Trajber – Funasa; Márcio Ricardo – representante da Ordem dos Advogados do Brasil – OAB; Egon Heck – representante do Conselho Missionário Indigenista – CIMI; Getúlio Juca de Oliveira – Cacique Kaiowá; Denis Figueredo – Representante da Aldeia Guarani-Kaiowá (MS); Rodolfo Ricardo – Capitão da Aldeia de Amambaí, MS; Nito Nelson – representante da Comissão de Defesa dos Direitos do Índio, em MS; Fernando Souza – Presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena e Paulo Ângelo – representante do Conselho de Defesa dos Direitos Humanos Marçal de Souza.

O Sr. Carlos Duarte, cacique coordenador da Aldeia Jaguapiru sugeriu: "por que não fazem um hospital dentro da nossa aldeia para internar a mãe com seus filhinhos? É um desrespeito; tiram as crianças para colocar em hospital. Onde está nossa liberdade de ficar todo dia com os filhos, estando internados no hospital?"

O Sr. Zelik Trajber mencionou que a construção de centros de referência nas aldeias e, na medida do possível, sem necessidade de internação, seria muito mais prático que uma internação nos moldes em que temos hoje.

Sobressaiu-se a discussão sobre: a demarcação de terras, a lentidão para solucionar esse problema, a falta de incentivo à produção, corte de programas sociais mantidos pelo nível estadual, ações insuficientes da Funai em aldeias da região de fronteira e a violência nas aldeias indígenas. Mencionou-se a morte de lideranças da tribo Guarani. Em um ano teriam ocorrido **20 assassinatos** de indígenas no Mato Grosso do Sul, a maioria por disputa de território tradicional. Desde a morte de Marçal de Souza nenhum assassino teria sido preso.

Destacou-se que já há cerca de 250 indígenas jovens, cursando universidade em Dourados. Mencionou-se que o Presidente Lula teria sugerido a compra de terra para aumentar a reserva em Dourados. Foram realizadas demandas de apoio à educação e lazer para crianças e jovens, as maiores vítimas da violência na região e que estão sem perspectivas. Também identificou-se indefinição na área da segurança pública, uns dizem que compete à Polícia Federal, por se tratar de área indígena; outros dizem que compete ao Estado.

Mencionou-se que o **Comitê Gestor do Governo Federal -** para gerenciar as políticas públicas de forma harmônica entre os Governos do Estado e do Município na região sul do Mato Grosso do Sul foi uma decisão acertada e que tem dado bons resultados. Entretanto, ainda faltam servidores, inclusive na Funai.

A CDHM elaborou relatório sobre essa audiência pública, registrando 8 conclusões e 17 propostas para a região de Dourados, mencionadas a seguir, que incluíram a criação de grupos de trabalho pela Funai a respeito da questão fundiária.

Propostas da CDHM:

1. Houve uma convergência e praticamente consenso de que a questão central a ser enfrentada com urgência e eficácia é a demarcação e garantia das terras dos Kaiowá Guarani. Sem essa decisão política, as demais ações e considerações tendem a cair no vazio.

2 Solicitar à Funai a formação de grupos de trabalho para uma força tarefa no sentido de agilizar o processo de identificação e demarcação das terras indígenas Kaiowá-Guarani, bem como de ampliação de algumas áreas marcadas pelo crescimento populacional e insuficiência de terras, em especial da reserva indígena de Dourados-MS.

3 Sugerir à Funai, ao Governo do Estado e as Prefeituras onde estão localizadas as áreas indígenas a celebração de parcerias para o desenvolvimento de políticas de geração de renda e de produção agrícola nas aldeias com o objetivo de garantir a auto-sustentabilidade das comunidades.

4 Seja promovido, por parte da Funai, um rigoroso e criterioso trabalho de catalogação dos aspectos etnogênicos, demográficos e sócio-culturais das comunidades indígenas que compõem a região de Dourados, Mato Grosso do Sul;

5 Solicitar à Funai, providências no sentido publicizar junto aos Poderes Públicos, a identidade indígena fornecida pelo órgão, assegurando, desse modo, o direito das comunidades o pleno acesso aos órgãos públicos federal, estadual e municipal;

6 Oficiar a Funai no sentido de estudar e providenciar a ampliação de escolas de ensino médio dentro das comunidades indígenas;

7 Interceder junto ao Ministério da Justiça e a Secretaria de Segurança Pública do Estado de Mato Grosso do Sul, para que seja instalada base logística na parceria entre as Polícias Civis e Federal, no sentido de dar melhor eficácia no combate a violência e a criminalidade na região;

7.1 No trabalho das Policiais em epígrafe é de fundamental importância que se promova palestra e elaboração de materiais impressos em relação aos direitos e deveres do cidadão nativo em termos de responsabilidade civil e constitucional;

8 Promover um Seminário, juntamente com Executivo, no sentido de discutir e formular políticas que visam promover ações estruturantes, relacionadas à inclusão social;

9 Envolver o Ministério do Meio Ambiente no sentido de se promover um programa de educação e profissional de desenvolvimento auto-sustentável para a população indígena;

10 Interceder junto ao Ministério do Desenvolvimento Social no sentido de restabelecer o programa emergencial de segurança alimentar. A retomada da bolsa família torna-se imprescindível para o combate à desnutrição as crianças indígenas;

11 Estabelecer uma parceria com a Procuradoria da Funai no sentido de promover assessoria jurídica mais eficaz e célere para os índios presos na região, quiçá no restante do País;

12 Solicitar informação processual junto ao Poder Judiciário do Estado do Mato Grosso do Sul sobre andamento de ações relacionadas aos assassinatos de lideranças indígenas;

13 É importante envolver organismo do Ministério do Meio Ambiente para desenvolver uma política de combate a exploração ilegal dos recursos naturais na região e ao mesmo, uma política educacional de desenvolvimento sustentável junto às povos indígenas;

14 Sob a Coordenação da CDHM e Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, promover o Primeiro Encontro Nacional das Comissões Parlamentares Estaduais e Distrital de Direitos Humanos, para discutir e promover sugestões ao Congresso Nacional, propostas de aperfeiçoamento e implementação dos direitos dos povos indígenas no território nacional;

15 A exemplo da boa experiência do que foi a Caravana de Direitos Humanos e Minorias sobre questão indígena, a missão oficial sugere uma nova Caravana no sentido de se trabalhar, de forma contínua, a questão da superação das acirradas disputas internas entre lideranças indígenas, bastante sintomáticas nas diversas tribos do território brasileiro, o que acaba inibindo os organismos governamentais em termos de adoção de políticas públicas por questionáveis ilações sobre a legitimidade dos atos do próprio Poder e do agente público;

16 A Comissão de Direitos Humanos e Minorias deve promover a retomada do debate sobre o projeto de lei que trata do Estatuto do Índio no sentido de estimular a retomada do debate no Congresso Nacional em busca da caminhos que possam superar as divergências em torno da proposição ora estagnada; e

17 Finalmente, a missão oficial sugere a realização de um Encontro Nacional para tratar discutir as Experiências Exitosas das Atuais Terras Demarcadas.

As considerações finais do relatório da CDHM bem refletem o conhecimento já acumulado pelas diversas ações empreendidas pelo Legislativo.

> *"Os problemas que afetam a maioria da população indígena do País, não é só uma questão que desafia o governo brasileiro, é uma questão que diz respeito à própria sociedade de como ela pretende tratar o problema dos direitos dos povos indígenas. O dilema que temos que enfrentar é saber se o conjunto da sociedade reconhece estes povos, como povos que fazem parte da construção do nosso processo civilizatório ou se o caminho é destituí-los de a sua forma de existencial e ontológica em nome de uma identidade monolítica. Estamos convictos de que os direitos dos povos indígenas, enquanto proprietários originários desta terra brasileira, só será reconhecido quando houver uma autocrítica do conjunto da sociedade. Não obstante, entendemos que a sociedade brasileira não pode continuar indiferente e eqüidistante diante dos graves problemas que afetam os diversos grupos indígenas em termos de dignidade, cidadania e diversidade humana desses povos."*
>
> *(...) "O que ficou evidenciado nas reflexões, por parte dos movimentos sociais, representantes civis e lideranças indígenas, foi a crítica pontual sobre a descontinuidade nas políticas públicas e a falta de uma sistemática mais eficaz em termos de ação institucional mais coordenada e cooperativa." (...) "Finalmente, de forma incisiva e repetitiva, compreendemos que enquanto o conjunto da sociedade não aceitar a idéia de que os povos indígenas fazem parte do processo de construção da civilização e identidade do ´ser brasileiro´, os problemas de violação de direitos humanos destes povos irmãos continuarão a perdurar com sério de risco de ter que assistir, em escala crescente, o fim de dezenas de grupos nativos por falta de assistência governamental aos seus reclamos exaustivamente conhecidos".*

3.3 Atuação do TCU

Esse item será concluído com a apresentação de atividades desenvolvidas pelo TCU, órgão auxiliar do Congresso Nacional na fiscalização de contas públicas.

O TCU tem realizado diversas atividades tendo como foco a Funasa. O processo 007.572/2005-0, sobre aplicação de recursos de saúde indígena no MS e MT, decorreu de representação formulada pela Comissão Externa da Câmara dos Deputados. Resultou em auditoria na Funasa e na Funai e análise de convênios. O acórdão 1593/2005 recomendou a averiguação dos convênios 1333/04 e 1340/04 (relacionados à contratação de recursos humanos por meio de ONG).

O acórdão 931/2006, referente ao processo 004.460/2006-8, teve como interessado o Senador Mozarildo Cavalcanti, focou a atuação da Funasa na saúde indígena por meio de convênios e recomendou estudo de viabilidade para realizar auditoria de natureza operacional no âmbito da ação Governamental 6501 – Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

O acórdão 1411/2006, referente ao processo 003.358/2006-0, abordou representação da Comissão Externa para indicar o recebimento de relatório da CGU (ação de controle 00190.001045/2005-96).

O acórdão 1734/2006, referente ao processo 002.152/2006-0, tratou de ações da Coordenação Regional da Funasa no MS. Detectou que o comitê gestor federal com atuação no MS funcionou em caráter informal. Verificou que os convênios com a ONG da Missão Caiuá, eram: o convênio 1333/2004 (para atuar no MS, com valor de R$ 7.189.399,83, sem irregularidades na prestação de contas) e o convênio 1340/2004 (para atuar em MG e ES, com valor de R$ 1.158.810,62). Foi indicada audiência do Presidente da Funasa para que o mesmo esclarecesse a necessidade de contratar ONG de um estado para atuar em outro.

O TCU detectou irregularidades nos contratos de manutenção de automóveis no MS. Peças foram adquiridas sem processo licitatório. Recomendou-se tomada de contas especial para verificação de dano ao erário.

O acórdão 534/2008, referente ao Processo 027.917/2007-3, originado por demanda da Comissão de Fiscalização Financeira e Controle da Câmara dos Deputados, mencionou que, em decorrência da atuação da Comissão Externa da Câmara dos Deputados, constituída em 2005, auditorias foram programadas pelo Tribunal para tratar do tema saúde indígena em três estados (MT, MS e RR), sendo que no MT a auditoria estava em andamento e, tão logo as referidas fiscalizações fossem concluídas, os resultados seriam encaminhados à CFFC/CD.

Verificou-se que em Rondônia e Roraima não há uma única aldeia que esteja contemplada com tratamento e/ou monitoramento da qualidade da água, situação agravada pelo fato de terem recebido recursos para tanto: CORE/RO - R$ 88.660,27, R$ 20.507,00 e R$ 123.480,00 nos exercícios de 2004, 2005 e 2007, respectivamente; CORE/RR: R$ 203.817,68, no exercício de 2005.

Mencionaram-se indícios de malversação na aplicação dos recursos públicos pela Funasa no estado do Maranhão, em especial, no que se refere ao transporte de índios e de equipes multidisciplinares de saúde indígena por intermédio de cooperativa de táxi de São Luís.

Citou-se o TC nº 009.240/2007-5 - Levantamento de auditoria de natureza operacional realizado pelo Tribunal (SEPROG/4ª SECEX) nos meses de abril e maio de 2007, programada ante a identificação de aparente desproporção entre os gastos operacionais e os resultados alcançados pela Funasa e o volume de repasse de recursos por convênios a ONG e municípios para consecução das ações de sua responsabilidade.

Não foi incluída a Funai como entidade a ser auditada pelo TCU, pois o objeto da auditoria dizia respeito exclusivamente à saúde indígena, ação de responsabilidade da Funasa.

Em 16 de abril de 2008 foi divulgado o acórdão 668/2008, referente ao processo 009.240/2007-5, tendo como Relator o Ministro Guilherme Palmeira, que avaliou a atuação da Funasa. Trata-se de atividade de avaliação de programas de governo, visando contribuir para a melhoria do desempenho desses programas e, ainda, aumentar a efetividade do controle, por meio da mobilização de atores sociais no acompanhamento e na avaliação dos objetivos da implementação e dos resultados das políticas públicas. Esse acórdão encontra-se disponível na Internet:

(https://contas.tcu.gov.br/portaltextual/MostraDocumento?lnk=(Acordao+COM+668/2008+COM+Plenario)[idtd]).

O voto do acórdão 668/2008 é transcrito a seguir.

"*Consoante registrado no Relatório, a Funasa recebeu entre 2005 e 2007, no âmbito da função pertinente, aproximadamente 8% dos créditos aprovados no orçamento da Saúde (cerca de R$ 3,5 bilhões/ano), percentual inferior apenas aos 88% destinados ao Fundo Nacional de Saúde, gestor financeiro, na esfera federal, dos recursos do Sistema Único de Saúde - SUS. As atividades da entidade são desenvolvidas por meio dos Programas "Identidade Étnica e Patrimônio Cultural dos Povos Indígenas" e "Saneamento Ambiental Urbano", sendo também participante do Projeto Vigisus. Sua atuação ganhou destaque com a previsão de ser responsável por R$ 4 bilhões do Plano de Aceleração do Crescimento (PAC), a serem aplicados no saneamento de municípios de até 50 mil habitantes.*

Diante de tais atribuições e dos valores movimentados pela instituição, o presente trabalho de fiscalização já se revela extremamente importante. Mais que isso, torna-se oportuno, quando se vivencia inúmeros problemas de saúde em comunidades indígenas - noticiados pela imprensa e também trazidos ao Tribunal por meio de denúncias e representações - e epidemias em áreas urbanas causadas, entre outros, por falta de saneamento básico, uma das atribuições precípuas da Funasa, como já visto.

Voltando-se para os achados de auditoria, observo que alguns chamam especial atenção.

O primeiro deles diz respeito à sobrecarga administrativa no orçamento da Fundação, já que se constatou que, na média dos anos de 2004 a 2006, para cada R$ 1,00 do recurso aplicado na área finalística, gastou-se R$ 1,83 para a operacionalização da área meio, evidenciando uma baixa eficiência administrativa. Mais preocupante ainda é constatar que tais índices não levam em consideração que parte dos recursos repassados para as ONGs - computados como finalísticos - são usados, na verdade, para financiar a administração dessas entidades.

O segundo ponto importante a ser destacado refere-se ao descontrole na área administrativa e na de formalização de convênios, bem como à ineficácia do controle interno da entidade, que, conforme

demonstrado, não tem capacidade operacional para atuar de forma tempestiva.

Relativamente à área administrativa, somente a título de exemplificação, vale ressaltar que, em três versões de arquivos encaminhadas, os números relativos a quantitativo de pessoal se mostraram díspares.

Constatou-se, além disso, que quase 30.000 servidores da Funasa, constantes de sua folha de pagamento, estão à disposição da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e também cedidos a estados e municípios, circunstância que, além de onerar indevidamente o orçamento da entidade, prejudica a transparência dos dados relativos a desempenho.

Nesse particular, cabe salientar que as atribuições iniciais da Funasa relacionadas com o combate e controle de endemias passaram a ser, a partir do Decreto nº 4.726/2003, de competência da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS. Contudo, os servidores que atuavam nessa área não foram efetivados nessa nova unidade, estando, como já dito, à disposição da SVS ou cedidos a estados e municípios. A propósito, no que se refere a essas cessões, observo que o referido decreto não tratou especificamente sobre o tema, parecendo-me oportuno encaminhar determinação à 4ª Secex no sentido de que aprofunde o exame dessa questão nas contas da entidade.

Além disso, consoante assinalado, os registros constantes do Siape não permitem identificar o local exato da lotação do servidor, quadro que demanda determinação saneadora a respeito.

Verificou-se, outrossim, que os pagamentos de indenização de campo, de que trata a Lei nº 8.216/1991, estão em desconformidade com a legislação pertinente, além de não haver padronização dos critérios adotados pelas coordenações regionais para envio à sede dos valores de tais indenizações.

No tocante à execução das atividades finalísticas da Fundação, notadamente aquelas voltadas à saúde dos povos indígenas, foram identificadas deficiências na aplicação dos critérios de seleção das ONGs, as quais, em muitos casos, revelaram não deter estrutura para consecução dos

objetivos pactuados. Concluiu também a equipe encarregada dos trabalhos ser insuficiente o acompanhamento das atividades executadas pelos convenentes. A título de ilustração, apurou-se expressiva variação nos custos finalísticos por beneficiário atendido pelas ONGs - de R$ 70,97 a R$ 1.440,10 - nada obstante a semelhança dos objetivos acordados e a proximidade geográfica das ações a serem implementadas.

Restou evidenciada, ademais, prática utilizada no âmbito da entidade, denominada de "sobrestamento", que garante a continuidade do repasse de recursos para instituições conveniadas que não tiveram as prestações de contas parciais aprovadas. O procedimento consiste no registro como pendência (sobrestamento) dos valores gastos pelos conveniados sem a devida comprovação, sendo tais quantias abatidas da parcela seguinte a ser liberada. Consoante bem assinalado pela unidade técnica, tal mecanismo não encontra amparo legal na IN/STN nº 01/1997, além de comprometer a realização das atividades programadas para o período nos planos de trabalho.

Vê-se, pois, que os problemas detectados são graves, demonstrando a necessidade de providências urgentes, as quais, a propósito, já começaram a ser adotadas no âmbito da própria Funasa, porquanto firmado contrato com a Fundação Getúlio Vargas para avaliar a reestruturação da entidade. Entretanto, não havendo tempo hábil para resultados significativos, afiguram-se-me pertinentes as determinações e recomendações sugeridas pela equipe de auditoria."

Dentre as recomendações apresentadas, destacamos algumas direcionadas ao ministro da saúde:

a) "agilizar a reestruturação da Fundação Nacional de Saúde, ante a ineficácia de seus controles internos, principalmente na área de administração de pessoal e de formalização de convênios, bem como seus gastos excessivos na área administrativa, em comparação com os dispêndios em sua atividade finalística"; e

b) "solucionar definitivamente a questão dos servidores cedidos pela Funasa para desenvolver ações do Sistema Único de Saúde (SUS), examinando a possibilidade de transferência dos mesmos para o Quadro da Secretaria de Vigilância em Saúde".

Destacam-se, ainda, mais alguns trechos selecionados desse relevante acórdão.

> *"A principal forma de execução da ação Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é o estabelecimento de convênios com universidades, ONG indígenas e indigenistas. As exceções são os Estados da* ***Bahia e de Rondônia****, que executam as ações de forma direta. Segundo a Fundação, isso ocorre porque, após a extinção da Fundação Serviços de Saúde (Fsesp) e da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), a estrutura deixada nesses estados propiciou o desempenho das atividades pela própria Fundação. Segundo a Funasa, esse arranjo possibilita o envolvimento de profissionais de saúde, Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e instituições com tradição nas questões culturais, sociais e de atenção à saúde indígena. O modelo de descentralização de recursos para a saúde indígena adotado pela Funasa dá margem à ocorrência de irregularidades e desvios de recursos, além de não garantir o atendimento adequado à saúde dessas populações.*
>
> *(...)*
>
> *Ao analisar a execução orçamentária da Fundação de 2000 a 2006, verifica-se que a despesa executada anual média é de R$ 3,15 bilhões. O Rio de Janeiro acumulou a maior execução orçamentária, nos anos de 2002 a 2006, R$ 1.281 milhões, seguido pela Bahia (R$ 608 milhões) e pelo Ceará (R$ 605 milhões). Durante o período de 2002 a 2006, na Funasa, o Programa Identidade Étnica e Patrimônio Cultural dos Povos Indígenas (0150) teve execução orçamentária de R$ 953 milhões. Excetuando o DF, os cinco estados que mais receberam recursos estão nas regiões Norte e Centro-Oeste, onde se concentra a maior parte da população indígena. Nesses estados os recursos totalizam 52% do montante executado.*
>
> *(...)*
>
> *O relatório elaborado pela 4ª Secex (TC 012.718/2004-9, Acórdão 2.075/2007-Plenário) relata que a Fundação não tem a prática de acompanhar in loco a execução dos objetos de termos firmados, seja sob o aspecto financeiro, de competência da Coordenação-Geral de Convênios (CGCON), seja sob o aspecto técnico, de responsabilidade conjunta do Desai e dos Dsei.*

(...)

...a Fundação não tem alcançado resultados satisfatórios na execução das ações que estão sob sua responsabilidade. No ano de 2005, o Programa Saneamento Ambiental apresentou indicadores de desempenho com índices apurados de 17,2% e 11,5%, referentes, respectivamente, à ações de melhorias sanitárias e apoio à gestão do saneamento nos municípios. Na área de saúde indígena não tem sido diferente, como se observa por meio do indicador ***"implantação de unidades de vigilância nutricional", com índice apurado de 23,8%****.*

(...)

Nos anos de 2005 e 2006, a Fundação firmou 24 convênios com organizações que executam ações de saúde indígena."

Finalmente, destacam-se os dados de execução orçamentária da Funasa no programa de saúde indígena de 2000 à 2006. Em 2000, a execução foi de R$ 50 milhões; em 2001, de R$ 99 milhões; em 2002, de R$ 124 milhões; em 2003, de R$ 137 milhões; em 2004, de R$ 179 milhões; em 2005, de R$ 218 milhões e em 2006, de R$ 295 milhões.

4 RESUMO DOS DEPOIMENTOS REALIZADOS NA CÂMARA DOS DEPUTADOS (POR ORDEM CRONOLÓGICA DE OITIVA)

Esse item apresenta a síntese dos depoimentos à CPI realizados em Brasília, salientando os problemas, bem como as soluções destacadas pelos depoentes. Os depoimentos realizados nas visitas realizadas pelos membros da CPI a estados selecionados serão apresentados no item 5 deste relatório.

4.1 Francisco Danilo Bastos Forte, presidente da Fundação Nacional de Saúde (Funasa)

Na audiência pública realizada em 05 de março de 2008, o presidente da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), Francisco Danilo Bastos Forte, expôs as dificuldades e os avanços conquistados no âmbito da saúde indígena no Brasil. Destacou que mesmo não dispondo de todos os recursos humanos e técnicos indispensáveis para atender às populações indígenas, o Brasil tem motivo para se orgulhar de sua política indigenista, que busca se redimir de um processo de colonização que reduziu uma população de quase 10 milhões de indivíduos para cerca de 250 mil em 1900. Atualmente, existem cerca de 480 mil índios, distribuídos em 230 comunidades indígenas, de 210 etnias, que falam 195 línguas, representando aproximadamente 0,25% da população brasileira. Além desses, estima-se que existam entre 100 a 190 mil indígenas vivendo fora das terras indígenas, inclusive em áreas urbanas. Há também referências a 63 comunidades indígenas ainda não contatadas pela Funai.

Desde setembro de 1999, a saúde dos povos indígenas passou a ser responsabilidade da Funasa, que criou em sua estrutura administrativa os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei). Entre os 34 distritos organizados em todo o País, está o Dsei de Mato Grosso do Sul, que passou a organizar o Sistema de Vigilância Nutricional para os índios daquele Estado. Esse modelo virou uma política nacional e hoje se encontra em implantação o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional — Sisvan indígena em todo o País, possibilitando uma crescente cobertura no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças indígenas.

Considerou que os óbitos infantis ocorridos em Dourados, entre 2005 e 2007, vão além da desnutrição, mostrando um lado mais perverso:

a fome social. A população indígena de cerca de 30 mil índios Guaranis e Caiuás do Mato Grosso do Sul foi acossada pela especulação rural e ficou confinada em menos de 40 mil hectares de terra. Apesar disso, os números registrados nos últimos 3 anos mostram que as ações técnicas desenvolvidas pela Funasa vêm surtindo efeito positivo. No Pólo Indígena de Dourados, a mortalidade infantil caiu. Em 2000, a taxa era de 141,56 para cada mil nascidos vivos. Em 2001 caiu para 85,97; em 2002 caiu para 46,31. Em 2003 e 2004, subiu, respectivamente, para 51,75 e 66,01. No ano de 2005, registrou queda, com 36,28. Em 2006, ficou abaixo da média nacional, com 24,83. Como conseqüência, a mortalidade entre 1 e 5 anos também caiu. Em Dourados, foram 34 mortes de crianças menores de 1 ano em 2004; em 2005, 16; e em 2006, 11. No ano seguinte, em 2007, o total foi de 7 óbitos associados à desnutrição.

A taxa de natalidade da população indígena local está em torno de 3,5 ao ano, enquanto que na população não-índia atinge apenas 1,2, em média. Apesar do acerto das ações técnicas, os resultados em saúde também são determinados pela questão social, ou seja, a desestrutura familiar, ocasionada, por exemplo, pela ausência dos homens, que trabalham fora nas usinas; pelo alcoolismo, que acomete cada vez mais cedo a população jovem; pela falta de terra e pela violência generalizada. São questões decorrentes da "urbanização" das aldeias, que passam a assimilar vícios e costumes alheios à cultura nativa. O "lado social" e a questão da sustentabilidade nas aldeias são os seus principais problemas. Essa situação exige uma mobilização e ação de outros atores institucionais.

Segundo o presidente da Funasa, o mais grave é que o cenário aponta para uma piora da situação, com a implantação de mais 40 usinas de açúcar e álcool no Mato Grosso do Sul. Já existem 17 mil índios trabalhando nas 9 usinas lá existentes. A solução dos problemas em Dourados passa, necessariamente, pela ampliação do território indígena. O resultado trágico de tudo isso é um grande problema de saúde: famílias desagregadas e violência desenfreada, que ceifa a vida e mutila fisicamente os índios. Desse modo, a solução da questão indígena é bem mais complexa que fornecer alimentos. É preciso ter uma visão mais abrangente sobre o que significa saúde.

O conceito preconizado pela Organização Mundial de Saúde e adotado pela Funasa é baseado na promoção da saúde, entendida como o produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade

de vida. Isso inclui um padrão adequado de alimentação e nutrição; de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo da vida; e ambiente físico limpo. Além disso, apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável e um conjunto de cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo de ambiente físico, social, político, econômico e cultural.

Dentre as medidas em implementação pela Funasa, destacou parceria com a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva — ABRASCO para a realização de um inquérito nutricional em todo o País, com recursos captados junto ao Banco Mundial. Os dados coletados e tabulados formarão um mosaico de informações sobre a realidade da saúde das mais de 200 etnias que serão pesquisadas. Também citou outra ferramenta para conhecer o perfil epidemiológico da população indígena, baseada na análise dos dados do Sistema de Informações de Atenção à Saúde Indígena — Siasi, programa desenvolvido pela Funasa. O Siasi monitora a situação da saúde dos índios aldeados, incluindo algumas comparações com dados da população geral, assim como informações referentes ás ações saneadoras implementadas.

Citou ações relevantes para a saúde indígena como a elaboração da Portaria nº 2.656, de 17 de outubro de 2007, que regulamenta o repasse, às Prefeituras, dos recursos dos incentivos de atenção básica aos povos indígenas e da Portaria nº 2.759, de 25 de outubro de 2007, que estabelece as diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas. Esta portaria tem ainda o mérito de estabelecer a criação de um **comitê gestor** — formado por representantes do Conselho de Comunidades Indígenas das 5 regiões do País e dos diversos órgãos e instituições de saúde ligadas à questão — que irá supervisionar a implementação de todas as ações propostas.

As ações desenvolvidas pela área técnica da alimentação e nutrição do Departamento de Saúde Indígena visam à implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Essas ações consideram o contexto demográfico e de saúde desses povos, o tipo de influência decorrente do contato com as áreas urbanas.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (ver anexo I), integrante da Política Nacional de Saúde, que

compatibiliza as determinações da Lei Orgânica da Saúde com as da Constituição Federal, reconhece aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos sociais e territoriais. O propósito dessa política é assegurar o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política. Cabe à Funasa, autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, a execução dessa política, executando atividades de planejamento, organização e operacionalização de ações, baseadas nas necessidades locais de saúde e nas diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Convocadas pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena — CISI, lideranças indígenas e representantes dos Ministérios organizaram, entre dezembro de 2002 e novembro de 2003, 17 oficinas regionais. Foi também realizado um Fórum Nacional, em novembro de 2003, sobre segurança alimentar e nutricional, com aproximadamente 700 lideranças indígenas de todo o Brasil. O evento resultou em um documento intitulado “Documento Final do Fórum Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional para os Povos Indígenas”. Esse documento foi entregue por lideranças indígenas e pela CISI, representada pela Dra. Zilda Arns, à Câmara dos Deputados. Baseados nas propostas do Fórum, alguns Ministérios, como o do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e o do Meio Ambiente, em parceria com a Funasa, desenvolveram ações como a Carteira Fome Zero de Desenvolvimento Sustentável de Povos Indígenas. O Programa financia projetos de desenvolvimento sustentável elaborados pelos próprios indígenas.

As informações sobre a situação alimentar e nutricional dos povos indígenas no Brasil não eram coletadas de forma sistematizada pelos Dsei. Diante do quadro descrito, o Desai/Funasa estabeleceu a implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) como ação prioritária. O objetivo do Sisvan indígena é realizar o diagnóstico e acompanhar o estado nutricional da população indígena, principalmente por meio de visitas domiciliares, priorizando crianças menores de 5 anos e gestantes. Permite, assim, conhecer como se apresentam os agravos nutricionais nesta população, propondo medidas imediatas ao diagnóstico e articuladas em âmbito intersetorial, incluindo políticas e ações eficazes para os grupos de maior vulnerabilidade.

As ações planejadas e realizadas para a implantação do Sisvan indígena, para o período de 2004 a 2008, incluem a elaboração de diretrizes técnicas para a Vigilância Alimentar e Nutricional nos Dsei; a capacitação e formação de recursos humanos; oficinas de capacitação nos Dsei; e oficinas de capacitação para a implantação do Sisvan Indígena nas sedes dos distritos para os profissionais das equipes multidisciplinares e gestores locais da saúde indígena. Os profissionais de saúde estão sendo capacitados para coleta, tratamento, análise e divulgação de informações sobre o estado nutricional da população indígena.

Para 2008, está prevista a realização de 4 oficinas nacionais. Para melhor qualificação e formação de recursos humanos foi assinado, em setembro de 2005, um contrato entre a Funasa e a Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, autarquia do Ministério da Saúde. O contrato visa ao apoio técnico da FIOCRUZ e à elaboração de 2 cursos: 1 de especialização e outro de aperfeiçoamento e desenvolvimento em vigilância alimentar e nutricional na saúde indígena, que utiliza metodologia de ensino à distância.

Uma terceira estratégia de formação de profissionais é a criação de uma rede de responsáveis técnicos pelo Sisvan nos Dsei. A rede tem como atribuição principal ser o elo articulador entre o desenvolvimento do Sistema e o uso das informações geradas para a intervenção nos níveis locais de atenção à saúde indígena. Para a formação dessa rede foi formulado, em parceria com a FIOCRUZ Brasília, o Curso de Atualização para Formação da Rede de Implantação do Sisvan Indígena.

Em julho de 2006, realizou-se, em Brasília, uma reunião sobre as diretrizes para Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena para os chefes de Dsei e assessorias indígena. O objetivo foi sensibilizá-los sobre a importância da implantação do Sisvan Indígena. Houve a presença de 31 dos 34 Dsei e das 3 assessorias de saúde indígena. A reunião contou com o apoio do Presidente do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea). Naquela ocasião, foi assinada, pelo então Presidente da Funasa, a Portaria nº 946, de julho de 2006, que regulamenta o Sisvan.

Sobre o Distrito Especial Indígena do Maranhão — que é formado por 6 pólos-base e possui uma extensão territorial de 19 mil quilômetros quadrados, além de uma população de quase 27 mil índios, de 9 etnias, distribuídos em 20 municípios —, informou que há 1.024 profissionais de saúde,

sendo 128 por meio de convênios e 872 da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Portanto, considerou que há uma boa estrutura para aquela população. Com relação às taxas de natalidade, nos últimos 5 anos permaneceram estáveis, com uma média de 500 nascidos vivos por ano. O coeficiente geral de mortalidade no Dsei do Maranhão, apresentou as seguintes variações por mil hab.: 5,3 em 2000; 7,2 em 2001; 4,1 em 2002; 4,0 em 2003; 3,7 em 2004; 2,4 em 2005; 2,6 em 2006 e 4,3 em 2007. Já o coeficiente de mortalidade infantil, no Dsei do Maranhão, por 1.000 nascidos vivos, apresentou a seguinte variação decrescente: 115,5 em 2000; 104,6 em 2001; 53,5 em 2002; 98,0 em 2003; 60,3 em 2004; 109,0 em 2005; 67,5 em 2006 e 17,5 em 2007.

No nível nacional, desde o estabelecimento da Política Nacional de Saúde Indígena, identifica-se uma tendência de crescimento populacional, com incremento de 4,6% no período de 2002 a 2006. O acumulado nesse período foi de 18,5%. Com relação ao índice de nascimento, a variação foi respectivamente de 3,3% e 13,1% no mesmo período. Já a população indígena cadastrada no Siasi, em 2007, é de 488.441 índios. Considerou que o aumento da população demonstra o impacto da redução da mortalidade, a evolução no número de nascimentos e também os acertos na condução do Subsistema de Saúde Indígena, como processo de reafirmação étnica e mudanças na aceitação da diferença e respeito à cultura destes povos, estabelecidos pela Constituição de 1988. Finalizou solicitando aos Parlamentares que apóiem as gestões para realização de concurso público e reestruturação da Funasa.

Em resposta aos questionamentos dos Parlamentares esclareceu que a Funasa desenvolveu um sistema de abastecimento da água que hoje atende a 100% dos domicílios de duas aldeias da região de Dourados, além de realizar um trabalho de educação e saúde sobre o uso dos equipamentos sanitários. Mencionou que a Funasa participou de um grupo, que foi criado pelo núcleo do Governo Federal, para a criação de uma política de atendimento imediato em função da crise gerada em Dourados. A experiência obtida no Mato Grosso do Sul foi levada a outras regiões e atualmente a Funasa, por meio das suas equipes de vigilância alimentar e nutricional, acompanha o desenvolvimento de 24 mil crianças indígenas no Brasil inteiro.

Entretanto, a região em que há maior deficiência na aplicação dessa política é a Norte, devido ao problema logístico. O acesso às comunidades indígenas do Amazonas é difícil, principalmente na região Yanomami, aonde o acesso ocorre exclusivamente por via aérea.

A integração com a Funai aumentou, por exemplo, uma parte das cestas básicas destinadas ao Mato Grosso do Sul é distribuída pela equipe da Funasa e outra parte pela equipe da Funai, para atender a uma melhor logística de cada uma das duas instituições.

Mencionou que em 2008 foram formados 380 agentes de saúde indígenas e que no País inteiro essa política está sendo estimulada, inclusive por meio do Projeto VIGISUS, que é um programa de parceria da Funasa com o Banco Mundial, que, por exemplo, financia esse treinamento.

Com relação às ações mais eficazes no combate à desnutrição, mencionou: a expansão das equipes multidisciplinares, a implementação do Sisvan (instalado em 28 dos 34 Dsei) e o sucesso da imunização. Os números com relação à mortalidade infantil são decrescentes a nível nacional. Pontualmente existem elevações, mas cada vez mais essa taxa tem diminuído. No caso específico do Mato Grosso do Sul, hoje o Sisvan atende a 95% da comunidade indígena do Mato Grosso do Sul, sendo o Estado com o maior índice de acompanhamento alimentar e nutricional.

Com relação às cestas básicas, há uma continuidade. Há parcerias com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, a Conab e com o Governo do Estado do Mato Grosso do Sul. Com relação à questão dos agentes de saúde indígenas, é crescente o número e a participação da comunidade indígena na formação desses agentes. Alguns questionamentos não foram respondidos devido ao início da Ordem do Dia no Plenário da Câmara dos Deputados.

4.2 Aline Caldas e Wanderley Guenka, representantes da Funasa

Aline Caldas, nutricionista e representante da Funasa, realizou apresentação sobre o projeto de implantação da vigilância alimentar e nutricional para a saúde indígena. O projeto iniciou em 2003, no contexto de reformulação inerente à mudança governamental e inserido num projeto maior, o VIGISUS II, que visa à reestruturação e melhoria da oferta de serviços para a população indígena brasileira.

A questão alimentar naquela época já era uma demanda grande da população indígena. Entretanto, deparou-se com a ausência de dados e informações de nível nacional sobre a situação nutricional e alimentar dos povos indígenas no Brasil: uma situação de “invisibilidade epidemiológica”. Nas quatro grandes pesquisas nacionais que o Brasil realizou e que subsidiaram a

política de alimentação e nutrição no País, desde a década de 1970, não foram incluídos os povos indígenas como segmento específico de análise. Se em 1996, afirmava-se que a desnutrição no Brasil era de 5,7%; em relação à população indígena esse dado não era válido.

O que havia era uma pequena quantidade de estudos acadêmicos do tipo antropométrico (apenas avaliando peso e estatura), em geral, realizados na região amazônica e com metodologias diferenciadas. Mesmo assim, essas pesquisas já sugeriam um quadro de desigualdade da situação nutricional dos povos indígenas em relação à população não-indígena. O único estudo nacional foi realizado pelo INESC, em 1994: o Mapa da Fome dos Povos Indígenas no Brasil. Esse estudo usou metodologia indireta — não foi avaliado o estado nutricional dos índios, mas realizadas entrevistas com pessoas que trabalhavam com eles — e sugeriu que em um terço das terras indígenas havia graves problemas de sustentabilidade alimentar. Por exemplo, alguns estudos indicavam locais com até 60% de crianças com baixo peso para a idade e comprometimento de estatura.

O quadro atual é de desnutrição elevada em vários locais no Brasil associada à emergência de sobrepeso, obesidade e das doenças crônicas não transmissíveis nos adultos, principalmente em mulheres. Observa-se uma transição nutricional polarizada, que consiste em obesidade em adultos e desnutrição em crianças, típica de países subdesenvolvidos, de populações marginalizadas e subdesenvolvidas.

O contexto desses estudos associa-se a mudanças socioculturais, econômicas e à diminuição da diversidade de alimentos. O contato com as áreas urbanas dificulta a sustentabilidade alimentar devido ao rápido esgotamento de terras agricultáveis ou de recursos naturais. Vários são os fatores associados à insegurança alimentar, ou seja, falta de garantia de acesso a uma alimentação saudável e de qualidade, incluindo as modificações no estilo de vida. Entretanto, observa-se uma situação em que mesmo em locais em que há terras suficientes e não há posseiros, há elevada mortalidade, ocorrência de doenças infecciosas e parasitárias, condições sanitárias precárias e deficiente produção de alimentos.

Quando a Funasa assumiu a saúde indígena, encontrou uma população com indicadores de saúde muito desiguais em relação à população não-indígena, por conta de todo esse processo de contato que os povos indígenas vêm passando ao longo de nossa história. A filosofia da

vigilância nutricional e alimentar foi proposta pela Cúpula Mundial de Alimentos (Roma, 1974), como um sistema capaz de promover informação contínua sobre as condições nutricionais da população e os fatores que as influenciam. Essas informações fornecem 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.

A proposta é 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 sistema de vigilância alimentar e nutricional (Sisvan) baseia-se no diagnóstico e acompanhamento da situação nutricional, identificando a natureza e a magnitude dos problemas.

A intenção inicial era de que as equipes de saúde que estão nos 34 distritos assumissem o acompanhamento nutricional como uma de suas ações prioritárias, a fim de que elas, acompanhando o estado nutricional a cada mês conseguissem realizar ações imediatas para a promoção da saúde e também pudessem subsidiar outras ações para a população indígena nas quais o setor saúde não se destina a interferir, como na distribuição de alimentos e na demarcação de terras. O Sisvan foi proposto pela FAO como um sistema intersetorial, mas no Brasil ele foi assumido pelo setor saúde.

O Sisvan para a população em geral está inserido no Sistema Único de Saúde (SUS) e para a população indígena também. Para a população geral, em 1993, o Sisvan foi usado como um critério para adesão ao Programa Leite é Saúde, ou seja, só recebiam leite as crianças que eram acompanhadas pelo Sisvan. Em 1997, estava associado ao Programa de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais; em 1999, foi incorporado à Polícia Nacional de Alimentação e Nutrição; e hoje ele é um dos módulos de acompanhamento do Programa Bolsa-Família.

Segundo Aline Caldas, o que se pensa para o Sisvan indígena não é meramente um sistema de acompanhamento de pessoas que recebem alimentos. Deseja-se mais que isso, ou seja, um sistema de vigilância epidemiológica nutricional, que acompanhe o estado nutricional dos indígenas, subsidiando políticas, programas, ações e também tentando avaliar se as políticas implementadas estão surtindo efeito.

O Sisvan indígena foi proposto no Fórum Nacional de Segurança Alimentar para os Povos Indígenas (2003). 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 (2004) também apontava para ações que contemplassem a especificidade dos povos indígenas, e foi o eixo temático da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena (2006).

Quanto à implantação, o único distrito que havia implantado o Sisvan por conta própria foi o do Mato Grosso do Sul e serviu de inspiração para o projeto (elaborado em 2004). A meta inicial foi de implantar o Sisvan indígena em 10 distritos num período de 4 anos. A estratégia foi a de fortalecer os níveis locais da Funasa (nos distritos). Foi realizada a normatização (diretrizes, indicadores e formulários). Além disso, foi preciso qualificar as pessoas, contratar profissionais e adquirir equipamentos. Também se considerou necessário realizar uma pesquisa nacional e desenvolver um módulo informatizado. O manual de diretrizes do Sisvan indígena está disponível no site da Funasa.

Quanto à qualificação de recursos humanos, entre junho de 2005 e dezembro de 2006 foram capacitados 252 profissionais de 9 distritos. Atualmente, o número de profissionais capacitados diretamente é de 662. Os gestores dos distritos foram reunidos em Brasília pelo Desai para se comprometerem com o Sisvan, em julho de 2006.

Foi publicada pela Funasa a Portaria nº 984, de julho de 2006, que estrutura o Sisvan, que estimulou a contratação de profissionais responsáveis técnicos na Funasa. A partir daí identificaram-se profissionais de contato em cada distrito, formando-se uma rede de implantação do Sisvan indígena.

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 pelo Sisvan, além de dosadores de hemoglobina (para detectar anemia).

Um dos aspectos mais importantes do projeto é a parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública para implantar um Curso de Especialização em Vigilância Alimentar e Nutricional. Trata-se de um curso a distância com 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. Um segundo curso será iniciado para atender mais 250 alunos, nos 34 distritos. Há, inclusive, alunos de outros órgãos, como Funai, MDS, Prefeituras e Estados, de forma que a ampliar a visão de uma necessidade de ação intersetorial.

Foi definida recentemente 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 liberação dos recursos foi finalmente aprovada pelo Banco Mundial para licitação internacional. A Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) foi a selecionada para realizar esse inquérito que estudará uma amostra de 4.853 mulheres e crianças indígenas 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.

A respeito de outras ações desenvolvidas ao longo desses 3 anos, mencionou que o Desai procurou articulação com outros órgãos do Governo Federal, como o MDS e o Ministério do Meio Ambiente. Por exemplo, o Desai integra: a Comissão de Avaliação de Projetos da Carteira Indígena, do Ministério do Meio Ambiente, o Consea e a Comissão Permanente de Segurança Alimentar e Nutricional dos Povos Indígenas. O trabalho do Desai vem sendo acompanhado semestralmente pela CISI — Comissão Intersetorial de Saúde Indígena, pelo Banco Mundial e pelo Conselho de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana (CDDPH). Ocorreu a ampliação dos programas de suplementação de micronutrientes em parceria com o Ministério da Saúde. Administra-se megadose de vitamina A em crianças menores de 6 meses em toda a Região Nordeste, no Distrito Xavante, no Distrito Mato Grosso do Sul, Tocantins e em Minas Gerais. Também há suplementação de sulfato ferroso em crianças menores de 18 meses e gestantes. Além disso, há distribuição emergencial de cestas de alimentos, necessária enquanto as ações mais estruturais se fortalecem. As cestas fornecidas pelo MDS são distribuídas pela Funasa e uma média de 20.300 cestas de alimentos por mês foram distribuídas para 18 distritos de outubro de 2005 a setembro de 2006.

Com relação a Dourados, quando houve o problema em 2005, o gabinete do Desai mudou-se para lá e todas as crianças foram pesadas

e medidas. As crianças mais graves foram encaminhadas para os hospitais e foi realizada capacitação das equipes de saúde do hospital no Protocolo de Atendimento ao Desnutrido Grave por meio de convênio entre o Ministério da Saúde e o Instituto Materno Infantil de Pernambuco.

Em janeiro de 2005, a média de acompanhamento mensal pela saúde indígena era de 8.900 crianças. Em setembro de 2006, era de 15 mil crianças e atualmente, de 25 mil crianças acompanhadas mensalmente na saúde indígena. Cada acompanhamento significa que a criança foi pesada, medida e que alguma intervenção do profissional de saúde foi feita, mesmo que não se consiga resolver todos os problemas inerentes à multideterminação da desnutrição.

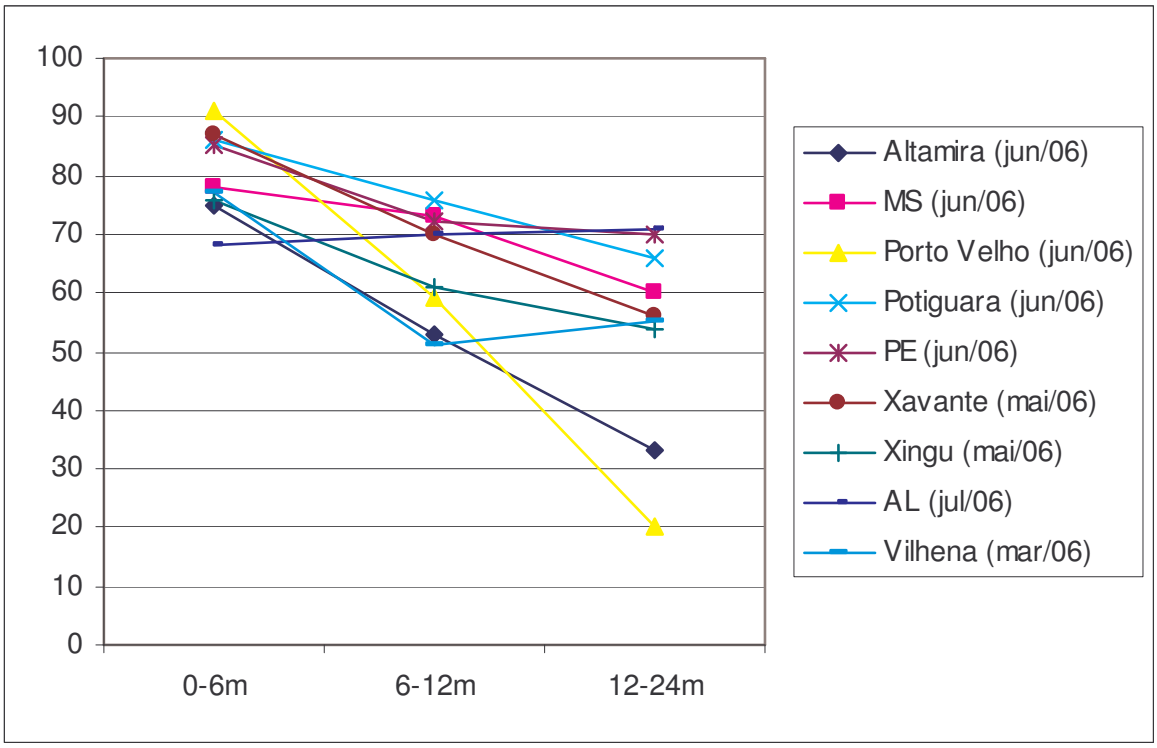
Segundo a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF-IBGE) de 2004, 4% da população brasileira tem baixo peso para a idade, enquanto que nos distritos indígenas pode chegar a até 30%. O estado nutricional decresce à medida que a criança vai crescendo. Com 6 meses há uma elevada prevalência de crianças com estado nutricional adequado. Supõe-se que até os 6 meses de idade o aleitamento materno em áreas indígenas esteja atendendo às necessidades nutricionais. A partir dos 6 meses, ou seja, quando a criança já começa a necessidade de alimentos, o estado nutricional vai deteriorando. A faixa etária de 12 a 24 meses tem apresentado o pior quadro nutricional para a maioria dos Dsei que enviam dados, como apresentado no gráfico 1.

Dentre os desafios do Sisvan indígena, Aline Caldas destacou: o seu reconhecimento como uma política pública de Estado e não de Governo (para que tenha continuidade); a rotatividade muito elevada de profissionais nos distritos, tanto de gestores como de funcionários; a falta de profissionais do quadro permanente da Funasa ou Ministério da Saúde para assumir a gestão do Sisvan; 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.

Na mesma audiência pública, Wanderley Guenka, diretor do Departamento de Saúde Indígena (Desai) da Funasa, destacou a diversidade dos povos indígenas do Brasil: mais de 200 etnias e 170 línguas faladas no País. Para tratar da questão indígena é preciso considerar as etnias, a dispersão, a cultura e também o território aonde vivem. Essa população está distribuída em 12% de nosso vasto território nacional, representando 0,2% da população brasileira. Atualmente, há 490 mil indígenas cadastrados pela Funasa. Quanto à

distribuição por faixa etária da população indígena, há mais jovens que idosos, de modo que a pirâmide populacional ainda é de base larga.

Gráfico 1. Estado nutricional **adequado** entre crianças indígenas por faixa etária e Dsei. Sisvan Indígena. 2006



FONTE: Funasa. Sisvan Indígena.

Na questão normativa da saúde, destacam-se 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 e estabelece que a Fundação Nacional de Saúde é o órgão responsável pela execução das ações dentro do Ministério da Saúde; a Lei nº 9.836, também de 1999, de setembro, que criou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena dentro do âmbito do Sistema Único de Saúde, alterando a Lei nº 8.080, de 1990; e a Portaria nº 2.656, de 17 de outubro de 2007, que regulamenta 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 nº 1.163, em 1999. Essa portaria regulamenta os recursos que vão do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde para, complementarmente, atuar na saúde indígena.

Quanto aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, são 34 e sua divisão considera a questão étnica e cultural. Esses distritos muitas vezes estão dentro de um estado. Há estados com vários distritos, mas alguns distritos podem abranger vários estados, como no Sul e no Sudeste. Considerando-se o modelo organizacional do Distrito de Mato Grosso do Sul, verifica-se que o distrito sanitário está dentro da Coordenação Regional da Funasa. O controle social é realizado pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena e os conselhos locais (das aldeias). O conselho local tem um representante no conselho distrital, que é como se fosse o Conselho Municipal de Saúde: estão presentes os usuários, os trabalhadores e os prestadores de serviços. Os distritos estão organizados em pólos-base e contam com o suporte das casas de apoio à saúde indígena. O que se espera é que cada aldeia tenha uma estrutura mínima. O Agente indígena de saúde é a maior força de trabalho na assistência à saúde das populações indígenas e pertence à própria comunidade, de modo semelhante aos agentes comunitários de saúde da área urbana. O agente é responsável por uma determinada região da aldeia e é quem relaciona a equipe de saúde com o usuário indígena.

O pólo-base pode estar dentro da aldeia, quando ela é muito extensa, ou próximo a uma cidade que presta assistência a aldeia. A referência do pólo é o SUS. A equipe multidisciplinar de saúde é parecida com a do 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, com algumas adequações e adaptações e respeitando as suas especificidades locais e culturais. Quando, na aldeia, não é possível resolver o problema com a equipe da saúde, o caso é referenciado a um pólo-base, deste para a rede do SUS (em alguns casos é realizada a referência para a média e a alta complexidade do SUS).

Sobre o Mato Grosso do Sul e principalmente Dourados, informou que desde 1999 era realizado monitoramento da saúde da população, dos nascimentos e óbitos. A população indígena de Dourados é de aproximadamente 11 mil indígenas. Quando a Funasa começou a atuar na saúde indígena, não havia muitas informações, mas a taxa de mortalidade infantil era 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. Em 2006 chegou-se a 24,12 mortes por mil nascidos vivos em Dourados — o que é próximo da mortalidade infantil nacional. As causas dos 11 óbitos de menores de um ano observados em 2006 incluem a prematuridade e a

broncoaspiração (crianças recém-nascidas que vomitam e aspiram o leite materno).

Em 2001 havia muitos óbitos por desidratação, desnutrição, e doenças infecto-contagiosas. Incluindo outras faixas etárias, destacam-se os óbitos por suicídio (enforcamento) e alcoolismo. Em 2006 as grandes causas de óbitos são acidentes cérebro-vascular. O suicídio permanece como a segunda causa de óbito, além de traumas e fraturas, muitas vezes por agressões e brigas. Houve uma inversão do perfil epidemiológico de 2001 para 2006. Houve grande redução nos casos de tuberculose devido ao tratamento adequado, que resultou na desativação do hospital que tratava a tuberculose, o qual passou a receber crianças desnutridas para tratamento.

O primeiro levantamento nutricional em Mato Grosso do Sul foi realizado em 2001. Foi o primeiro distrito a contratar um profissional nutricionista, pois a equipe de saúde percebeu que havia a questão social associada à desnutrição. Em 2003, praticamente o único distrito que realizava a vigilância nutricional era o Mato Grosso do Sul. Outros distritos foram se agregando e hoje 25 mil crianças são avaliadas do ponto de vista nutricional e alimentar.

A avaliação nutricional em Mato Grosso do Sul alcançou em 2007 uma cobertura de 98% das crianças menores de cinco anos de idade, cerca de 10 mil crianças mensalmente. O acompanhamento detectou queda no número de crianças que está em risco nutricional, logo aumentaram as crianças com peso adequado.

Dentre os fatores associados à desnutrição na população localizada no perímetro urbano de Dourados destacou: baixo nível socioeconômico, habitação e saneamento precários, desemprego ou subemprego, luta pela sobrevivência, baixa renda, violência, promiscuidade, educação precária, falta de acesso a sistema de saúde eficaz, falta de apoio familiar; família desestruturada, família numerosa; alcoolismo; criança descuidada, abandonada; hábitos, costumes e crenças e tabus; ausência de cuidados pré-natais adequados; falta de alimento em casa, desmame precoce, erro alimentar, higiene inadequada, baixo peso de nascimento e separação da mãe e da criança.

Destacou o sucesso do programa de imunização que o Desai e todos os distritos executam. Há um sistema de informação que fornece dados de população, faixa etária e também permite acompanhar a vacinação dia-

a-dia. O sistema acusa crianças que estão em falta de algum tipo de vacina. Hoje, na saúde indígena, são 15 tipos de vacinas aplicadas mensalmente. Chegou-se a uma cobertura de 100% de BCG, que é de dose única e é passível de verificação, devido à cicatriz vacinal. Para a poliomielite a cobertura é de 99%. Não se detectou nenhum caso de febre amarela na população indígena, que vive, em grande parte, na região amazônica, endêmica para febre amarela.

A taxa de mortalidade infantil em Mato Grosso do Sul, de 38,17 por mil nascidos vivos em 2006, é semelhante à de Dourados, embora mais alta. Entretanto há algumas áreas mais difíceis que a de Dourados. Comparando-se com a taxa de mortalidade infantil para toda a população do Brasil e Unidades Federadas em 2004, há um grupo de Estados com taxas de 13,6 até acima de 47 (Alagoas). Embora a taxa de mortalidade infantil em 2006 seja elevada, já é menor que a de alguns Estados. A taxa de Dourados aproxima-se do valor nacional.

A organização de serviço no Mato Grosso do Sul conta com aproximadamente 800 funcionários e é orientada por metas. Considerou que o Legislativo federal e estadual colaborou para o diagnóstico da situação no Mato Grosso do Sul, mas que é preciso atentar para as dificuldades associadas à questão indígena, principalmente as grandes distâncias envolvidas. Por exemplo, no Vale do Javari, para se deslocar de Atalaia do Norte, que é um município 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. É preciso entrar em canoinha. A equipe leva em média 10 dias para chegar no Alto Curuçá e Alto Ituí, no meio da mata, sem nenhuma estrutura de apoio. A área Ianomâmi com 9,5 milhões de hectares, também apresenta muita dificuldade de acesso. Também há dificuldades para aquisição de materiais em localidades com comércio pouco desenvolvido.

Finalizou destacando que Rondon, um dos maiores defensores da questão indígena do Brasil, criou as reservas na região do Mato Grosso do Sul na década de 1920 na esperança de que haveria uma integração entre índio e não-índio, entretanto isso não aconteceu.

O Deputado Vanderlei Macris, baseado em dados do SIAFI, indagou sobre a execução de despesas da Funasa, especificamente sobre os povos indígenas. Por exemplo, nos gastos da gestão e administração do programa, num orçamento na faixa de R$269 milhões, gastou-se R$ 6,317 milhões em outros serviços de terceiros, pessoa jurídica. Também questionou

sobre a adequação dos recursos orçamentários e de estrutura para atingir os objetivos da atenção à saúde indígena. Wanderley Guenka esclareceu que a questão da autonomia distrital foi defendida pelo Deputado Sergio Arouca, que também recomendava a criação de fundo distrital de saúde, para receber recursos diretamente. Esse seria o sonho dos indígenas e também de quem trabalha com a questão indígena, desde a 2ª Conferência Nacional de Saúde (1993); a terceira (2001) e a quarta conferência (2006). O controle social existe. Há o Conselho Distrital de Saúde e o Fórum dos Presidentes dos Conselhos, que se reúne quatro vezes por ano.

Sobre a adequação do orçamento informou que na saúde, para se prestar assistência com qualidade, os recursos sempre são escassos. Tem procurado otimizar os recursos. Por exemplo, há um recurso da Secretaria de Assistência em Saúde, do Ministério da Saúde, que repassa aos municípios atualmente R$150 milhões. Em 1999, quando iniciou, era de R$20 milhões. Procurou-se junto com a Comissão Tripartite do SUS, que reúne o CONASS, o CONASEMS e o Ministério da Saúde, e a população indígena, através dos conselhos, regulamentar a Portaria nº 1.163, de 1999, o que ocorreu em 17 de outubro de 2007. Esse repasse de R$150 milhões é transferido fundo a fundo. Por meio de critérios de distribuição. 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. Esses recursos da Portaria nº 2.656, de 2007, não vão direto para o distrito. Saem do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, não passam pela Funasa. A portaria cria critérios de aplicação, de distribuição, de informações, e também inclui a população indígena na pactuação da aplicação desses recursos.

Também esclareceu que a Portaria nº 126, de 2008, cria mecanismos de acompanhamento da aplicação de recursos por organizações não-governamentais, na aplicação em determinado distrito. Assim, o chefe do distrito, o coordenador regional e o Conselho Distrital de Saúde, que estão mais próximos do local das ações, terão maiores condições de acompanhar a aplicação desses recursos.

Wanderley Guenka, em resposta ao Deputado Geraldo Resende, lembrou que em Dourados existem 11 mil indígenas num território de 3.600 hectares, constituindo uma situação gravíssima de superpopulação, sem terras para a produção, o que cria um caos social grande, desestruturação

familiar associada às violências e também ao alcoolismo. Então, a questão da desnutrição não só passa pela atenção à saúde indígena, mas pela questão social como um todo.

O Deputado Geraldo Resende questionou quais outros problemas de saúde ameaçam a população indígena, uma vez que o problema da desnutrição em Dourados foi atenuado e já se compara ao enfrentado pela população não-indígena. Quanto ao alcoolismo, Guenka informou que foram realizadas reuniões sobre o tema e também sobre a questão mais ampla da saúde mental das populações indígenas. Referiu avanços na região Caiuá-Guarani, visando resgatar suas tradições. Houve inauguração de casa de reza e patrocinou-se reunião dos rezadores. Mencionou depoimento na Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara por Silvio Ortiz, segundo o qual um dos motivos que leva ao grande número de suicídios seria o “moirun”, quando o índio não enxerga bem o que está na sua frente, devido à interferência de alguém. Destacou, contudo, que não se está conseguindo fazer um trabalho que reverta esse problema. Procura-se trabalhar com os rezadores, com os anciões, no sentido de eles mesmos buscarem uma proposta.

O Deputado Sebastião Madeira alertou para o fato de que a CPI não é apenas sobre Dourados, mas sobre o Brasil. Reconheceu que em Dourados, depois do escândalo, houve melhora, mas os Cricatis no Maranhão, os Guajajaras e os Yanomâmis enfretam problemas de falta de assistência. Questionou sobre o mapa da cobertura vacinal das crianças indígenas nos últimos 8 anos, no Brasil. Afirmou que essa cobertura é inexistente no Maranhão. Indagou sobre o acompanhamento das gestantes indígenas, número, causas de óbito de crianças indígenas e busca de casos ativos de tuberculose em crianças e gestantes nos últimos 8 anos no Brasil e não apenas de Dourados. Também declarou que há falta de material para o programa de saúde bucal da Aldeia Krikati. Muitas vezes há o profissional de saúde, mas não outros recursos necessários. Há uma bomba de água que não funciona há três anos por falta de ligação à rede elétrica, que existe na aldeia. Comentou que a Funasa no Maranhão é loteada politicamente e que não está aparelhada pra fazer a assistência médica aos índios.

Wanderley Guenka esclareceu que o sistema de informação sobre dados de demografia e imunização passará a incluir a vigilância nutricional e saúde bucal e está sendo aperfeiçoado. Existem as informações para oito anos, mas não com a fidelidade que os dados dos últimos 2 anos. Comprometeu-se a repassar os dados posteriormente. Mencionou que apenas no ano passado

instalou-se o primeiro Conselho Distrital de Saúde Indígena no Maranhão. O entendimento entre os diversos grupos não tem sido fácil.

Para Aline Caldas, o Deputado Sebastião Madeira solicitou informações sobre as articulações da Funasa junto a entidades públicas e privadas visando ao fortalecimento das comunidades indígenas no tocante ao plantio de roças. Foi informado que, ainda em 2002, as lideranças indígenas demandaram ações do Ministério da Saúde e o que havia era o Programa Bolsa-Alimentação. Em seguida, o 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, com a participação da Dra. Zilda Arns, que na época coordenava a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena - CISI, realizaram 17 oficinas macrorregionais pra ouvir das lideranças indígenas sobre as propostas que eles tinham para a sua sustentabilidade alimentar. Essa estratégia foi relevante, pois há comunidades que, por exemplo, não vão se beneficiar com plantio de roça, porque eles não são agricultores. As soluções para as populações indígenas dificilmente passam pelo que consideramos ser bom pra eles. Essas 17 oficinas compilaram milhares de propostas, que foram entregues à Câmara dos Deputados, em 2003.

Os Ministérios envolvidos com aquelas propostas trataram de implementá-las. O Ministério do Meio Ambiente, a quem cabia o projeto de sustentabilidade alimentar, elaborou o Projeto Carteira Indígena, que hoje tem um financiamento do MDS. Os índios apresentam um projeto entre 10 e 50 mil Reais, que se aprovado, a comunidade indígena recebe o recurso para executá-lo. A Funasa tem divulgado esse projeto nos distritos e oferecido apoio para deslocamentos e reuniões. O Projeto Carteira Indígena busca oferecer atividades viáveis. Pode ser que a solução seja o artesanato ou o beneficiamento de arroz para algumas comunidades. O importante é que seja preservado o meio ambiente. Não são financiadas a atividade pecuária ou a que polua e agrida o meio ambiente. Os projetos são priorizados para as regiões mais críticas do mapa da fome, como: Pernambuco, Mato Grosso do Sul, os distritos xavantes, no Mato Grosso e Rio Grande do Sul. Os dados do inquérito nutricional que será realizado oferecerão mais subsídios.

O Deputado Waldir Neves questionou sobre o acerto dos dados sobre apresentados pelo presidente da Funasa à CPI. Uma vez que 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. Indagou sobre a

metodologia de medição desses índices e solicitou dados de mortalidade infantil por Estado ou por população indígena. Guenka informou que em Aquidauana, em 2007, por exemplo, que tem 7.500 mil indígenas, não houve óbito de criança menor de 1 ano: mortalidade zero. Infelizmente a situação no Mato Grosso do Sul não é igual a dos Terenas, que têm uma produção de alimentos, ainda que suas terras não sejam tão extensas. Talvez o componente cultural seja importante nessa diferença. Os Caiuá-Guarani não sabem produzir como os Terenas. Mesmo assim há o problema do alcoolismo também entre os Terena.

O Deputado José Guimarães solicitou mais esclarecimentos sobre o funcionamento do Sisvan. Aline Caldas reforçou que o projeto para conseguir recursos do Banco Mundial foi elaborado em 2004. Em 2005 iniciaram os treinamentos. O projeto não está finalizado, tanto que há Estados que ainda não têm responsável técnico pelo Sisvan. Isso depende também de estrutura local de gestão da Funasa. O Sisvan tem como metodologia pesar crianças menores de 5 anos, medi-las, classificar seu estado nutricional, intervir imediatamente no ato do diagnóstico e utilizar os dados para uma ação coletiva.

Para o diretor do Desai, indagou sobre que outras ações de prevenção são desenvolvidas pela Funasa, principalmente em relação à saúde bucal, a distribuição dos filtros para o abastecimento de água e o tratamento de água. Também questionou sobre o montante de recursos repassados para o Mato Grosso do Sul. Guenka informou que a Funasa está implementando ações de saúde bucal em todos os distritos do Brasil, e iniciou pela ação mais simples, a preventiva (fornecimento de escovas e cremes para os indígenas; educação nas escolas e o trabalho preventivo com o flúor). De um modo geral, todas as ações da atenção básica são realizadas nas populações indígenas, adequando-se às suas especificidades, o que não é fácil.

O Deputado Joaquim Beltrão mencionou seu olhar crítico em relação à questão dos indígenas. Acredita que os indígenas vêm sendo explorados pelos madeireiros, pelos contrabandistas de minérios, pelos ambientalistas (que querem preservar a cultura indígena mais para preservar o meio ambiente) e pelos estudiosos e intelectuais também (que querem defender suas teses e manter aqui uma cultura indígena viva). Todos esses agentes não têm se preocupado efetivamente com a perspectiva de futuro. Na sua opinião é da falta de perspectiva que vem o alcoolismo, o suicídio e a desnutrição. Considera que o índio merece um futuro muito melhor do que apenas receber do governo o remédio, o médico, a cesta básica, para preservá-lo ali ou para que o meio ambiente seja preservado. Indagou sobre a opinião dos depoentes sobre a

perspectiva de futuro para os índios e se não chegou a hora de se construir uma nova política indígena. Devido ao encerramento da audiência em função das votações no Plenário da Câmara dos Deputados a resposta ao Deputado deveria ser encaminhada por escrito.

O Deputado Luiz Couto, salientou a importância de perceber que há hoje um projeto para a questão da saúde dos índios e que 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. Lembrou dificuldades geradas pela cultura. Muitas vezes a mãe, por exemplo, não quer levar a criança para o médico porque ela acha que resolve com o curandeiro ou com o pajé. Algumas também retiram as crianças dos serviços de saúde antes de terminar o tratamento. Destacou a necessidade de técnicos para acelerar o trabalho de reconhecimento das terras indígenas.

O Deputado Urzeni Rocha comentou que a saúde indígena muitas vezes é tratada pelos órgãos responsáveis de uma maneira irreal. A realidade da saúde indígena em Roraima é totalmente diferente do que se propaga, pelos órgãos responsáveis e pela imprensa. Alertou que a saúde indígena de Roraima foi terceirizada e talvez em todo o Brasil. Segundo o Deputado, quando a Funasa era a responsável pelas ações de saúde, os recursos eram da ordem de 3 milhões de Reais ao ano. Quando foi terceirizado para as ONGs saltou para 12 milhões de Reais. Confessou que nunca viu programa de assistência, de suplementação alimentar ou de melhoria alimentar em nenhuma comunidade indígena de Roraima. Reconheceu o apoio que o Governo do Estado dá às comunidades indígenas das savanas, dos lavrados e considerou insuficiente o apoio da Funai à implantação de malocas. Destacou que os Yanomâmis estão morrendo de malária, estão sofrendo de complicações oculares da oncocercose, de toxoplasmose, mas não estão recebendo a devida atenção. Questionou se Wanderley Guenka tem conhecimento dessa situação e sobre as providências adotadas. Devido ao encerramento da audiência em função das votações no Plenário da Câmara dos Deputados a resposta ao Deputado também deveria ser encaminhada por escrito.

4.3 Márcio de Meira, Fundação Nacional do Índio (Funai)

Iniciou salientando que a subnutrição das crianças indígenas tem relação com uma série de fatores que dizem respeito à vida dos

índios. Historiou a relação do Estado com a proteção dos indígenas, relatando que sempre se optou pelo monopólio das ações por parte de um órgão (Funai e, antes, SPI – Serviço de Proteção as índios) até a Constituição de 1988, quando, principalmente as ações de educação e saúde tiveram suas atribuições transferidas para outros órgãos.

A saúde indígena passou a ser de responsabilidade do Ministério da Saúde, por meio da Fundação Nacional de Saúde em 1999. Argumentou que em função dessa mudança, hoje, a garantia da saúde das crianças indígenas é responsabilidade da Funasa. Asseverou, também, que, para os povos indígenas, a influência do contexto social na saúde do indivíduo é ainda maior que entre os não-índios, e que o tratamento dado a eles deve ser diferenciado, inclusive entre as etnias, respeitando as diferenças culturais existentes. Identificou como mais evidente o caso de desnutrição dos Guaranis-Kaiowas em Mato Grosso do Sul, e associou isso à ausência histórica do órgão indigenista na região, ao fervor religioso da etnia e à reduzida área destinada a eles.

Segundo ele, a Funai tem intensificado suas ações na região nos últimos cinco anos e é responsável pela distribuição das cestas básicas do Ministério do Desenvolvimento Social. Informou, também, que o orçamento para a região vem aumentando paulatinamente, tendo triplicado no ano passado em relação a 2006 e com previsão de dobrar este ano em relação ao ano passado. Relatou que a demarcação dessas terras se deu em uma época que a população indígena na região era pequena. Sucede que o crescimento populacional deles foi acentuado e, atualmente, a população é de cerca de 40 mil índios.

Relatou a existência de um acordo com o Ministério Público Federal para a realização de estudos visando à ampliação da área dos guaranis, em Dourados, que acontecerão ainda este ano, de modo a resolver os conflitos existentes na região de forma pacífica. Iniciado o debate, o deputado Geraldo Resende asseverou que só a ampliação do território não resolverá o problema, mesmo porque as terras da região são improdutivas. Para ele, faltam projetos estruturantes. Em resposta, Márcio Meira reforçou a importância da questão fundiária para a melhoria da qualidade de vida dos Guarani-Kaiowas.

Ao ser questionado pelo deputado Geraldo Resende se a Funai tem conhecimento de problemas de alcoolismo entre os indígenas do Mato Grosso do Sul, Márcio de Meira disse considerar um problema de saúde pública,

não restrito aos indígenas. Ele afirmou também que há indígenas trabalhando em situação de vulnerabilidade em usinas de cana-de-açúcar no estado e que essa questão tem de ser enfrentada por meio de uma ação conjunta de diversos órgãos públicos. O presidente da Funai voltou a afirmar que a saúde indígena não é uma questão simples, e que a subnutrição é um reflexo de uma série de problemas, como o impacto da urbanização em terras indígenas. Segundo ele, a urbanização é um fenômeno novo para os índios, e tem repercussões na cultura e na saúde desses povos. Questionado sobre a quantidade de cestas básicas que são distribuídas, ficou de enviar esses números.

Falou sobre a política da Funai para os índios isolados e relatou o caso de uma etnia no Acre que está crescendo por conta de índios peruanos que estão atravessando a fronteira fugindo dos desmatamentos que são intensos naquele País. Reiterou a necessidade de implementar ações apontadas nas recomendações emanadas pela CPI Estadual e pela Comissão Externa desta Casa, que funcionou em 2005.

Em relação a convênios da Funai com ONGs disse serem poucos e que, a pedido do Ministro da justiça está se fazendo um levantamento desse com a finalidade de “separar o joio do trigo”. O Deputado Sebastião Madeira (PSDB-MA) destacou que a CPI não pode focar seus trabalhos apenas nas etnias do Mato Grosso do Sul. Ele reforçou que, no Maranhão, também há problemas de subnutrição de indígenas, como na região de Barra do Corda. Márcio Meira declarou que a coordenação da Funai em Barra do Corda passa por uma reestruturação para ampliar sua presença na área. O Deputado também disse ter recebido denúncias de que, no Maranhão, as vacinas não estão tendo a cobertura devida. O Sr. Márcio asseverou que houve avanços na saúde indígena, com a criação do subsistema de saúde indígena e dos 34 distritos sanitários especiais indígenas.

4.4 Deborah Duprat, subprocuradora-geral da República da 6ª Câmara de Coordenação e Revisão

Iniciou afirmando não haver dados sobre desnutrição de crianças indígenas na 6ª Câmara por ser a situação de desnutrição em Mato Grosso do Sul uma questão pontual, que não se reflete no restante do País. Segundo ela, na região amazônica não há problema de desnutrição severa, há vários outros problemas de saúde e de má condução da política pública por parte

da Funasa, principalmente na execução dos convênios para prestação de assistência aos indígenas.

Esclareceu que a 6ª Câmara é um órgão de coordenação da atividade dos procuradores no Brasil todo, não sendo um órgão de execução. Para a Subprocuradora as terras indígenas nunca foram pensadas como espaço para sobrevivência das comunidades. Segundo ela, a subnutrição de crianças indígenas decorre da inadequação da demarcação de territórios para essas populações, isso porque, até 1988, o Brasil tinha um regime constitucional que impunha aos índios a progressiva integração à comunidade nacional. Diante dessa concepção, as terras indígenas eram encaradas como espaços transitórios, em que os grupos pudessem viver até serem integrados.

Destacou a aldeia de Dourados como reflexo dessa mentalidade, já que se o território ocupado fosse dividido pela população indígena caberia menos de 1/4 de módulo rural para cada habitante. "Falta espaço para os grupos se reproduzirem, o que gera problemas como a desnutrição e outras doenças", destacou ela. Asseverou, ainda, que a reserva de Dourados abriga grupos étnicos que, na sua origem, jamais tiveram entre si maiores afinidades. A área é dominada por um grupo de indígenas que arrendou a área, já em si pequena, para terceiros. Então ela não tem espaço agricultável. A fome vem como conseqüência desse quadro.

A Reserva de Dourados é uma excrescência dentro de um quadro de direitos, de autodeterminação, de soberania dos povos indígenas. E não é uma situação isolada, mas sim que se reproduz em outras tantas áreas. Questionada pelo Deputado Ilderlei Cordeiro sobre as dificuldades para efetivar a demarcação de terras indígenas, Deborah Duprat afirmou que, em termos normativos, pouco falta.

Ela lamenta que a Justiça ainda adote concepções da propriedade privada na demarcação territorial para indígenas, enquanto o correto seria levar em conta um espaço suficiente para garantir o modo de vida tradicional desses povos. Ressaltou, ainda, que a Constituição é muito clara sobre o que são povos indígenas e sobre seus direitos. "Além disso, há acordos internacionais, como a Convenção 169 da OIT (Organização Internacional do Trabalho), que não deixam dúvidas sobre o assunto", sustentou.

4.5 Ariadne de Fátima Cantú da Silva, promotora da Infância e da Juventude do Mato Grosso do Sul e Presidente da Comissão Nacional de Defesa dos

Direitos da Criança Indígena, junto à ABMP.

Segundo a promotora, em todo o território nacional, há dificuldades para garantir os direitos fundamentais das crianças indígenas, entre outros motivos pelo próprio desconhecimento da questão cultural indígena.

Destacou ser grave a situação das crianças indígenas em Mato Grosso do Sul, segundo dados levantados pelo Unicef, pelo Conselho Missionário Indígena, pela Funasa e pela Relatoria Nacional para os Direitos Humanos, impondo o acompanhamento sistêmico de órgãos responsáveis para a garantia dos seus direitos fundamentais.

A depoente situou a origem do problemas na questão da demarcação das terras indígenas, esta na área de atuação do Ministério Público Federal. Ressaltou que o Ministério Público Estadual de Mato Grosso do Sul, atento a violações de direitos, tem planos estratégicos nas devidas áreas de atuação. No caso de Dourados, o principal complicador é que ali vive um grande número de índios desaldeados em uma exígua extensão territorial, praticamente em área urbana, o que deve necessariamente ser levado em conta para enfrentar o problema. O desaldeamento desses índios, afirmou, gera e alimenta uma série de conseqüências: pobreza, alcoolismo, miséria e a fragmentação da sua própria cultura.

Segundo informou, com base em dados que considera legítimos, dos 45 assassinatos de indígenas registrados em 2005, no Brasil, 28 ocorreram em Mato Grosso do Sul. De 31 suicídios de indígenas no Brasil, em 2005, 28 ocorreram em Mato Grosso do Sul. De 43 mortes de crianças indígenas por subnutrição no Brasil, nos meses de janeiro a julho de 2005, 31 foram em Mato Grosso do Sul. Existem cerca de 15 acampamentos em beira de estrada no Estado inteiro de Mato Grosso do Sul.

A maior vulnerabilidade das crianças torna necessária a ação dos atores do sistema de Justiça, no caso, os próprios promotores de Justiça como garantidores do direito fundamental à vida. A estrutura existente para defesa da saúde indígena, ainda que significativa, não é suficiente, pois o cerne do problema está na falta de demarcação de terras, que faz a família perder os fragmentos da sua cultura e por razões, até mesmo culturais, rejeitar crianças. A Funasa e a Funai não têm condições de oferecer um programa, uma opção de retorná-las ao seu ambiente cultural e elas passam a crescer em abrigos, sem que se dê alguma opção.

Sobre isso, os operadores do Direito teriam o posicionamento claro de defender os direitos fundamentais da criança, entre eles, o direito fundamental especial à família. Não havendo condições de a criança se desenvolver no seio da sua família biológica e de ter preservados seus laços culturais, essa criança merece então ser colocada em outro ambiente familiar, para que possa crescer.

Segundo a depoente, a Comissão que preside, dentro da ABMP, realizou um projeto piloto, apresentado à Presidente do Conanda (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente), para ser levado a todos os operadores do Direito em território nacional onde existem populações indígenas, para criar uma diretriz única de enfrentamento não só do problema das crianças subnutridas, mas também daquelas comunidades onde haja indígenas já próximos da cidade e praticando atos infracionais. No Mato Grosso do Sul há parcerias entre o Ministério Público e chefes de aldeias na aplicação de medidas socioeducativas, transferindo à própria comunidade indígena a administração dos seus problemas quanto à responsabilização por prática de atos infracionais. Isso é, afirmou, uma demonstração clara de que se está a respeitar a cultura indígena, no sentido de trazer essa integração plena para o funcionamento melhor do sistema de Justiça.

A Presidência da CPI recebeu uma cópia desse projeto piloto e também do inquérito recentemente instaurado, sob a presidência do Promotor de Justiça Renzo Siufi sobre vários casos de crianças que vieram a óbito por subnutrição.

Em resposta a questionamento do Relator, Deputado Vicentinho Alves, a Dra. Ariadne afirmou que o Ministério Público tem acesso a informações detalhadas sobre óbitos de crianças indígenas por desnutrição, e acompanha a evolução de vários inquéritos civis e procedimentos de caráter penal, entre eles o inquérito cuja documentação foi entregue à Presidência da CPI, que abrange documentação sobre mortes e depoimento do médico responsável pela assistência (Dr. Zelik Trajber), “caracterizando uma certeza da ocorrência dessas situações”. No âmbito penal, disse, essas situações também são objetos de inquéritos e estão sendo apuradas. Segundo ela, o Promotor Renzo Siufi, atua diretamente perante a comarca de Dourados, onde se verifica a problemática maior da questão da desnutrição dos índios, e seria a pessoa mais adequada para discorrer sobre o tema. Quanto à efetiva responsabilização civil e penal pelas mortes, ainda não foi concluída, porque os inquéritos ainda estão em andamento.

Às perguntas formuladas pelo Deputado Waldir Neves, declarou atribuir a mortalidade infantil indígena principalmente, à falta de demarcação das terras e de solução dos conflitos jurídicos que se arrastam há muito tempo na Justiça Federal e à insuficiência de programas de enfrentamento na área da saúde. Reconheceu a necessidade de adoção de medidas nessas áreas, além de capacitar os atores do sistema de justiça.

Ao Deputado Ilderlei Cordeiro, que inquiriu como se atenderiam as populações indígenas respeitando seus costumes, respondeu ser o problema o sistema jurídico misto, pois vigem o Estatuto Indígena e o Estatuto da Criança e do Adolescente, em alguns casos divergentes, e surgem situações cuja avaliação de caráter subjetivo, segundo seu entendimento, cabe ao operador de Direito. Mas, afirmou, de maneira inequívoca, como recomendação do próprio Conanda, que os direitos fundamentais da criança têm prioridade, ainda que em conflito com a sua cultura. Exemplificou com os casos, freqüentemente divulgados pela imprensa, de infanticídio em algumas tribos, em caso, por exemplo, de crianças gêmeas. Ao contrário dos antropólogos, que têm posição bastante firme no sentido de respeitar as tradições e a indígena da maneira mais pura possível, os operadores do Direito, avaliam objetivamente que a vida é direito fundamental, acima de qualquer valor cultural. Os casos que chegam ao conhecimento da Justiça, conforme afirmou, são prontamente atendidos de maneira bem direta, como recentemente ocorrido na comarca de Ponta Porã; a Funasa recorreu ao Ministério Público para efetuar a vacinação de uma determinada tribo, cujo pajé disse ser a vacina malévola. Eis o âmbito do projeto anteriormente citado, aproximar os agentes da cultura indígena e os operadores do Direito, sem intermediários, para obter um consenso.

Sobre adoções, explicou que a legislação determina que a criança seja mantida no seio da sua família biológica; não sendo possível, na sua família parental extensa; e, excepcionalmente, através de adoção; e em condição excepcionalíssima, em adoção internacional, raciocínio seguido no caso das crianças indígenas. Afirmou não ter registro de adoção internacional de indígena, mas sim de alguns casos esparsos e pontuais, no Estado de Mato Grosso do Sul, de crianças indígenas por famílias não-indígenas, porque o direito à família é um direito fundamental, especial, introduzido no Estatuto da Criança e do Adolescente.

A Dra. Ariadne, sobre os problemas de alcoolismo e responsabilidade parental, explicou ser a situação de Dourados pontual bem mais grave do que a presente no restante do Estado, onde há comunidades

indígenas em condições adequadas, com melhores condições de vida. Por haver ali um contingente de pessoas “que estão em espaço menor que o reservado para gado”, como conseqüências surgem o alcoolismo e outros problemas sociais, e também problemas de ordem penal “extremamente significativos”, como crimes praticados em série por indígenas que vêm das fazendas e do trabalho com cana-de-açúcar, que “ficam muito tempo longe de suas aldeias e, quando voltam para a cidade, ou quando vêm para perto das suas aldeias, praticam estupros em série de mulheres, de adolescentes e até de crianças”. A depoente atribui a existências de tais problemas à proximidade da cidade e à interferência do homem branco na cultura indígena. Então, segundo seu diagnóstico, a situação de Dourados justifica uma interferência externa.

Em resposta a indagação do Deputado José Guimarães, a depoente afirmou ter havido melhora na situação dos indígenas de Dourados desde 2005, porém ainda insuficiente, o que se evidencia pelo registro de casos recentes de morte por desnutrição. Sobre redução da maioridade penal, ela declarou acompanhar o entendimento majoritário da própria Associação Brasileira de Juízes e Promotores, de que a legislação existente é adequada, contanto que seja cumprida. A Promotora exemplificou com situações em que o Estatuto da Criança é até mais rigoroso do que a Lei de Execuções Penais.

Às questões encaminhadas pelo Deputado Geraldo Resende, sobre a responsabilização dos dirigentes das instituições de assistência aos indígenas até 2005, e sobre as questões mais emergentes de alcoolismo, suicídio e trabalho indígena nas usinas de cana-de-açúcar, respondeu que aquelas instituições são todas organismos federais, e portanto compete ao Ministério Público Federal processar e apurar eventuais responsabilidades; que no Mato Grosso do Sul o Ministério Público Estadual e Ministério Público Federal têm parcerias bem sucedidas, porém há número exíguo de membros do MPF e um grande volume de ações de demarcação de terras e outros conflitos. Disse que o Ministério Público Federal tem comissões específicas, mas, no Estado, o cenário que se vê hoje é um número pequeno de Procuradores da República para enfrentamento de uma questão dessa magnitude. As ações de responsabilização são da esfera do Ministério Público Federal, portanto o Dr. Charles (Stevan da Mota Pessoa, Procurador da República responsável) poderia informar melhor. Sobre inquéritos civis, informou que em 2005, respondia pela comarca a Dra. Jiskia (Sandri Trentin, Promotora de Justiça), que instaurou um inquérito civil. A depoente comprometeu-se a remeter à CPI informação atualizada sobre o inquérito, atualmente a cargo do

promotor Renzo Siufi. Informou ainda que o Centro de Apoio das Promotorias de Justiça de Defesa da Criança e do Adolescente está tentando implantar alguns projetos na região de Dourados para aperfeiçoar o trato dos temas pertinentes à população indígena. Para tanto, considera necessário capacitar os conselheiros tutelares, promotores e juízes para uniformizar uma conduta, pois as situações com que se deparam são por vezes muito difíceis de resolver. A Dra. Ariadne confessou que a própria ABMP tem grande dificuldade no trato dessas questões.

Ao Deputado Édio Lopes, respondeu que após os fatos ocorridos em 2004 e 2005, a Funasa vem fazendo um trabalho mais intensivo nessa região de Dourados, que no entanto considera insuficiente, pois "a problemática [...] é bem mais extensa". Portanto, reconheceu ter havido providências, mas não de caráter efetivo definitivo.

Como exemplo de ameaças a nações indígenas citou a experiência australiana de adoção em massa de aborígenes, que descaracterizou a cultura local, sem resolver os demais problemas. Portanto, defende que a adoção de crianças indígenas seja feita "em caráter extremamente excepcional e tão-somente naqueles casos em que foram esgotados os meios possíveis de manutenção da criança na sua família biológica e tentada aí, por intermédio da própria Funai e Funasa, a manutenção até mesmo em famílias extensas".

Sobre conhecer ações baseadas em recomendações do Ministério Público, respondeu afirmativamente, que somente não vê avanços na recolocação de crianças. Respondeu também que a assistência médica prestada pela Funasa aos indígenas tem melhorado muito, devido a um grande esforço despendido, principalmente após 2005.

Ao questionamento feito pelo Presidente da CPI, Deputado Vital do Rêgo Filho, sobre como o Ministério Público trata a questão do infanticídio, respondeu que a questão é muito presente nos debates de natureza jurídica, e não há ainda um consenso sobre até onde deve intervir a atuação da Justiça na cultura. Mas nos casos em que a cultura se choca com direitos fundamentais importantes — se é que se pode haver uma escala dentro dos direitos fundamentais — o Estatuto da Criança e do Adolescente deve interferir. Em tais situações, o sistema legal "abraça a criança como uma criança que não seja indígena". Mas vê ainda grande necessidade de diálogo com as populações e comunidades indígenas.

4.6 Gaspar Hickman, Coordenador Regional da Funasa - MS entre março de 2003 e maio de 2005

O depoente afirmou que a desnutrição indígena sempre representou um problema, porém tornou-se mais visível a partir de 2002, quando a Funasa fundou, em parceria com a Missão Evangélica Caiuá, o centro de saúde indígena, o chamado Centrinho, para tratar de crianças indígenas com desnutrição grave. Em 2003, esse centro de recuperação passou por uma reforma e teve sua capacidade de atendimento bastante ampliada, passando a ser referência para todo o Estado. Portanto, atribuiu o súbito e agudo aumento da mortalidade infantil registrado em Dourados seria devido a óbitos de crianças provindas de aldeias situadas em outros municípios, encaminhadas para lá já com a saúde comprometida.

Em seguida, apresentou autos do inquérito civil promovido pelo Ministério Público Estadual à época, o qual teria concluído não ser possível atribuir-se uma única causa à mortalidade que estava acontecendo e que, malgrado o número de óbitos ocorridos, os índices de mortalidade infantil eram os menores dos últimos 5 anos.

Segundo o depoente, o tratamento do problema apresenta várias dificuldades, uma delas a resistência cultural dos próprios indígenas, que em muitos casos recusam tratamento, até mesmo evadindo-se com os filhos das instituições de saúde. Destacou também o problema do alcoolismo. Segundo ele, muitas vezes, as cestas de alimentação são trocadas por bebidas alcóolicas ou artigos não destinados à nutrição.

O Sr. Gaspar chamou atenção para a mudança na gestão da saúde indígena feita pelo Governo Federal; até meados de 2004, as ações eram executadas pelas ONGs. No caso de Mato Grosso do Sul, pela Missão Evangélica Caiuá, mediante convênio pelo qual a Missão respondia pela contratação de pessoal e também pela manutenção da estrutura, por exemplo, na recuperação de veículos. A partir de então, houve uma inversão no modelo de gestão, e a Funasa passou a executar diretamente a maior parte das ações, através do seu próprio quadro de pessoal, que contudo não tinha preparo nem condições de rapidamente assimilar toda a estrutura com a mesma agilidade de um órgão da iniciativa privada, dispensado de fazer licitações.

Houve à época uma CPI na Assembléia Legislativa do Estado. Segundo o depoente, a CPI “tinha dificuldade de entender como funciona a estrutura de um órgão público federal”, e contratou uma empresa de auditoria,

que teria cometido equívocos ao analisar a documentação da Funasa, por também não compreender o funcionamento do órgão, o que resultou no apontamento de irregularidades inexistentes. A esse respeito, afirmou haver remetido ofícios, relatórios e documentos àquela CPI, que não lhes teria dado atenção.

O Sr. Gaspar manifestou convicção de que a Funasa lançou mão de todos os recursos disponíveis, e que nenhum dos casos dos óbitos de crianças se deveu a omissão ou falta de assistência, o que se teria confirmado por várias auditorias, até do Tribunal de Contas e da CGU. Foram apontadas uma série de irregularidades do ponto de vista formal, que não se teriam confirmado do ponto de vista material. Atribuiu “praticamente todas” as denúncias a disputas internas por poder e cargos, internas à instituição.

Esclareceu que foi Coordenador Regional da Funasa de março de 2003 a maio de 2005. Sobre os recursos, indicou que sempre foram utilizados através do orçamento e liberados com rubricas específicas pela Presidência da Funasa, e que, portanto, ao chegarem à Coordenação Regional já tinham sua finalidade especificada. Não era possível utilizar um recurso de uma finalidade para outra, o que teria causado várias dificuldades, por exemplo, com relação a veículos, porque a frota era extremamente antiga, e as coordenações regionais não tinham (e disse acreditar que não têm até hoje), autonomia para adquirir novas viaturas, o que sempre foi feito pela Presidência da Funasa. Também afirmou que a maior parte dos recursos utilizados na área indígena eram destinados ao convênio com a Missão Evangélica Caiuá para contratação de profissionais que a Funasa não tinha no seu quadro. À época, afirmou, eram cerca de 130 servidores do quadro e 512 servidores no total, atuando na área indígena, contra 957 atualmente, praticamente dobrando desde 2005.

O Sr. Gaspar declarou haver solicitado afastamento do cargo ao serem publicadas as denúncias de supostas irregularidades em sua gestão, para facilitar as investigações.

Sobre as causas das mortes por desnutrição, destacou as peculiaridades culturais das diferentes populações indígenas. O problema, afirmou, ocorreu de forma relevante apenas na população Guarani-Caiuá, e não entre os Kadiwéus, entre os Terenas, entre os próprios Ofaié Xavantes, que habitam outra região do Estado. Além da questão cultural, ressaltou a questão socioeconômica. O depoente registrou, ainda, que na época não cabia à Funasa a distribuição de cestas básicas, atribuição que sempre foi da Funai, a qual,

afirmou, que devido a deficiências “públicas e notórias”, nunca conseguiu atender à demanda.

O Deputado Vanderlei Macris perguntou ao depoente se seria filiado a partido político. A resposta foi afirmativa, de filiação ao Partido dos Trabalhadores (PT), embora afastado da militância. O Deputado perguntou então se na época em que o era dirigente da Funasa seus assessores diretos também eram filiados ao partido, obtendo resposta negativa, de que todos pertenciam ao quadro da Funasa. Declarou que após afastar-se da coordenação regional da Funasa, retornou a seu cargo de servidor de carreira do órgão, de agente de saúde pública, e que por ser bacharel em Direito presta atualmente assessoria jurídica ao setor de engenharia.

Relatou que em sua gestão foi assinado convênio com a ONG Missão Caiuá, especificamente para contratação de recursos humanos, pelo qual na época transferiam-se cerca de 7 milhões de reais anualmente, valor hoje em torno de 11 milhões. Afirmou que as mudanças ocorridas em sua gestão foram determinadas pela presidência da Funasa, e que não teria havido agravamento das condições, porém “conflitos de interesses de alguns profissionais que, não concordavam com o novo modelo de gestão”.

O Deputado Geraldo Resende perguntou ao depoente: se tinha consciência de que os próprios números que ele fornecia apontavam ter havido em 2005 um acréscimo da mortalidade infantil por desnutrição em Mato Grosso do Sul, durante a sua gestão; se entendia ser ainda a desnutrição um problema grave no Mato Grosso do Sul, ou se outros se fazem presentes, como o alcoolismo; e a quais processos em andamento ele estaria respondendo, dado terem ocorrido diversas denúncias de irregularidades em sua gestão.

O Sr. Gaspar Hickman afirmou que até 2002 não havia sequer índices para avaliar o nível de desnutrição em áreas indígenas, porém sabia-se haver “muita mortalidade, em decorrência da desnutrição”. Em 2002, foi feito um primeiro diagnóstico, em Mato Grosso do Sul, que acompanhou 7.103 crianças com idade até 5 anos. Informou que houve redução do número de casos de desnutrição e também dos de risco nutricional, que haveriam caído de 17%, em 2002, para 16% em 2003, e 15% em 2004. Então, houve uma migração das crianças que estavam com desnutrição grave para desnutrição moderada.

Em relação às denúncias sobre superfaturamento em conserto de bombas submersas de poços artesianos, relatou que processo disciplinar instaurado pela Presidência da Funasa constatou não haver

fundamento, o mesmo tendo ocorrido em relação aos veículos. Segundo ele, ocorreram erros formais, que atribuiu à insuficiência de servidores em número e treinamento, pois a Funasa desde 1985 não realiza um concurso público. Afirma que em um dos processos houve extravio de documentos, inclusive de notas fiscais que entregara ao Tribunal, e que, mesmo sob investigação da Polícia Federal, até o momento não se esclareceu o ocorrido.

O depoente relatou haver sofrido uma penalidade de advertência, por ter autorizado a doação de peças velhas para o grêmio dos servidores da Funasa, e também por haver autorizado representantes de uma igreja retirar, do local de demolição de um prédio (da Casai) material que não seria aproveitado, o que configurou uma ilegalidade administrativa. A própria demolição, acrescentou, estaria sendo também contestada, por ter sido efetuada sem a expedição de um termo formal de autorização. Afirmou não poder dimensionar a situação da desnutrição, por desconhecer os números atuais.

O Deputado Waldir Neves perguntou se haveria fundamento nas denúncias ocorridas sobre sua gestão, e se existe uma comissão ou departamento na Funasa responsável por fiscalizar o cumprimento dos convênios firmados pelo órgão. À primeira pergunta, respondeu haver fundamento em parte das denúncias, mas nega existência de corrupção; que nenhuma das irregularidades constatadas (formais, destaca) envolveu desvio de recursos, e afirmou que distorções havidas em volumes de pagamentos deveram-se a razões de administração orçamentária, além de interpretação errônea de pagamentos a uma só empresa feitos por serviços de diferentes naturezas. Sugeriu que há interesse de várias ONGs para que os distritos sanitários tenham autonomia financeira para que possam estabelecer contratos diretamente com esses órgãos. À segunda pergunta, respondeu que a fiscalização do convênio com a Missão Caiuá é feita pela Presidência da Funasa, e que tem conhecimento de auditorias feitas pela Funasa e pela CGU sobre o convênio da Missão.

Esclareceu ao Deputado Dagoberto que no período em que foi Coordenador o último convênio era de cerca de 7 milhões de Reais, e que atualmente seria entre 11 a 12 milhões de Reais por ano. Em sua gestão, a Secretária de Assistência à Saúde repassava 133 mil reais por mês para hospitais e Prefeituras que atendiam também a saúde indígena, quantia que hoje estaria em torno de 1 milhão de Reais. Esse recurso é destinado diretamente para hospitais e para Prefeituras Municipais atuarem também na área indígena. Há ainda o orçamento próprio da Funasa, investido na aquisição de medicamentos e todos insumos necessários. Segundo sabe, os recursos que vão

para a Missão Caiuá, pagam os profissionais contratados, diárias de servidores e outras pequenas despesas. Portanto, há pelo menos essas 3 fontes de recursos para manter a saúde indígena.

Segundo o depoente, 95% da força de trabalho da saúde indígena estaria contratada pelas ONGs, pois a Funasa não tem profissionais suficientes. Negou, contudo, ter conhecimento sequer de indícios de desvio de recursos por parte da Missão Caiuá. Esclareceu que tais convênios têm duração de um ano, renováveis por mais um ano — portanto uma contratação precária, sujeita a mudanças.

O Relator da CPI perguntou se haveria salários atrasados por parte de prestadores de serviços a algumas das ONGs, e se seria verdade que o custo operacional das ONGs é, como informado, zero. O Sr. Gaspar Hickman respondeu que um dos motivos pelos quais a Funasa fez a opção pela Missão Caiuá é que, por ser uma entidade filantrópica, o custo trabalhista é reduzido, em razão de isenção de contribuição ao INSS. Acresceu que, nas planilhas, a Missão não tem remuneração pelo trabalho executado, que a Missão Caiuá e as ONGs são apenas intermediárias, que possibilitam à Funasa contratar recursos humanos sem fazer concurso público e pagando bons salários, “um salário de mercado”. A Missão Caiuá não tem, portanto, remuneração, porém o repasse do convênio paga o salário de todos os funcionários que a Missão emprega para atuar na reserva, inclusive do administrador, as despesas de água e luz e o assessor jurídico da entidade. Sobre se a Missão presta serviços que não à Funasa, respondeu afirmativamente, que mantém outro hospital, porém com recursos não provindos da Funasa.

Sobre atrasos em pagamentos de salários, disse não estar informado sobre a situação atual, mas que quando foi Coordenador, “várias e várias vezes ocorreram atraso no pagamento”, em razão do atraso na liberação de recursos por parte da Presidência da Funasa, o que chegou a causar várias paralisações, greves e até invasão do pólo de Dourados por índios e por funcionários.

Perguntou o Deputado Osmar Junior se de fato o depoente afirmara que a criação do centro de saúde (Centrinho) na reserva tornou visível um problema que já existia, mas não era identificado. Ele confirmou, dizendo que até 2002 ignora a existência de um centro de referência ou de uma política voltada para a questão dos indígenas desnutridos, e que considera importante notar que somente a partir de 1999 passou a haver registros oficiais dos dados

de saúde indígena, e que desde então os indicadores vêm melhorando, com oscilações que atribui situações locais, mas que de um modo geral eles "vêm reduzindo-se drasticamente". O depoente considerou que devido à precariedade na contratação de profissionais, "era comum a gente perder 3, 4, 5, às vezes, até 10 médicos ou outros profissionais fundamentais para o desenvolvimento das atividades" dada a incerteza da continuidade do contrato e de receber os salários regularmente.

A outras intervenções dos Deputados Vicentinho Alves e Waldir Neves, pedindo esclarecimentos sobre a gestão da Funasa e sobre a gestão terceirizada, o depoente respondeu que a partir das denúncias e investigações em 2005 houve um aporte de recursos muito grande, aumentou o quantitativo de recursos humanos e passou-se a distribuir cesta básica de modo que não faltasse. Destacou que uma forma de se viabilizar o fim da terceirização na saúde indígena é através da parceria com os municípios. "A Funasa não precisa executar diretamente tudo, mas ela pode coordenar, pode ter um papel nesse sentido para que a saúde indígena possa ser executada de outra forma". "Além disso, a própria Funasa precisa promover concurso de forma a contratar profissionais que possam fazer esse papel de gestão, que ela não tem hoje nos seus quadros".

4.7 Willian Cesar Lopes Domingues, Presidente do Conselho Distrital de Altamira, no Pará e Coordenador do Fórum de Presidentes de Condisi

Informou ser um dos coordenadores do Fórum de Presidentes, que reúne os presidentes dos 34 Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena, funcionando há 2 anos.

Em resposta às perguntas do Relator da CPI, o depoente esclareceu as ações dos Condisi. Relatou que o Conselho Distrital de Saúde Indígena é a instância deliberativa dentro da política de saúde indígena, que delibera como gastos os recursos, mediante a elaboração de um plano distrital, o Plano de Ações da Saúde Indígena. Sua composição é de 50% de usuários e os outros 50% são divididos entre prestadores de serviços e a Funasa, órgão de execução da saúde, e os parceiros que atuam na saúde indígena. Os recursos destinados a cada distrito são definidos a partir de dois fatores, a população (destinação "per capita") e características regionais. Exemplificou com o caso do Dsei de Altamira, onde há 3.500 indígenas, a maioria não falando português, pertencentes a 9 etnias e distribuídos em 16 aldeias espalhadas por uma área

superior a 160.000 km2, o que demanda grandes gastos com transporte, que devem ser adicionados ao valor “per capita”.

As sedes dos Condisi (um para cada Dsei) normalmente ficam nas coordenações regionais da Funasa ou nas sedes dos distritos. A Portaria nº 644 instituiu o Fórum de Presidentes de Condisi, que se reúne em Brasília, e cuja sede é no Desai. Em cada distrito o Condisi atua conforme as particularidades regionais. Por exemplo, o de Tapajós trabalha somente com a etnia munduruku; no Dsei Kayapó Colíder, só com os kayapó. Existem os Conselhos Locais de saúde indígena, que funcionam dentro das aldeias, são formados só por indígenas e fazem o controle social das ações, dentro das aldeias, e repassam as informações e as demandas para o Conselho Distrital.

O relacionamento dos Condisi com a Funai é limitado, dadas as limitações atuais do órgão. Com a Funasa “não é uma relação complicada, a Funasa vem, na medida do possível, menos do que o controle social entende, empenhando-se para nos dar condições de trabalhar”.

O depoente ressaltou a importância do Fórum de Presidentes pela grande diversidade regional, que exige soluções díspares. Em Altamira, relatou, desde o ano passado existe um programa de capacitações dos Conselhos Locais, nas próprias aldeias, sobre as questões pertinentes à saúde, tanto para melhorar a atuação do controle social como para diminuir resistências às ações de saúde da Funasa.

Considera elogiáveis as iniciativas da Funasa de haver criado, em resposta a demandas da base, um curso de capacitação em vigilância alimentar e nutricional, e de haver implantado o Sisvan (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), que elogiou com ênfase, por representar um importante trabalho preventivo. Ressaltou, porém, que a saúde depende de uma multiplicidade de fatores, entre eles a segurança da permanência nas terras, a integridade das terras e a manutenção do modo de vida. Atribuiu o aumento dos casos de doenças e suicídios às conseqüências dos choques culturais causados pela alteração no modo de vida.

Respondendo ao Deputado Geraldo Resende, afirmou que nem todos os Condisi têm logrado cumprir as atribuições previstas na Portaria nº 70, por faltar capacitação, por existirem barreiras culturais, inclusive a da língua, que atrapalha a própria compreensão de documentos.

Referiu-se também a “questões políticas dos próprios povos indígenas”, como de comunidades que abrigam culturas distintas, ocasionando

conflitos. Existem, segundo ele, conselhos que não têm sequer onde se instalar, e que por não disporem de informatização enfrentam limites de comunicação.

Segundo o depoente, o aumento das mortes de crianças, em 2005, foi debatido no Condisi. Em Altamira não há problemas de desnutrição graves. Existe desnutrição em todos os distritos do Brasil, porém não ocorrem mortes por desnutrição. Com a implantação do Sisvan, disse, a mortalidade infantil diminuiu bastante desde 2000, o que se reflete no crescimento populacional. Informou que a Funasa pretende realizar um inquérito nutricional nas aldeias ainda este ano, e considera a iniciativa muito positiva, porém tardia em 7 anos. Afirmou ter sido informado de casos de desnutrição infantil entre os Apinajés, no Tocantins. Referiu-se à Portaria nº 2.656, do Ministério da Saúde, que regulamenta os recursos a serem repassados fundo a fundo para as Prefeituras para a contratação de pessoal, e que os Condisi têm participado da discussão, porém sofrem limitações por falta de recursos físicos, financeiros e de pessoal. O fórum tem pleiteado junto à Funasa que haja uma rubrica específica para o controle social, para funcionar ininterruptamente.

Relatou experiências positivas de capacitação mediante dramatização, que vai ao encontro do modo de entender dos indígenas em Altamira.

Afirmou atribuir o aumento do alcoolismo, da desnutrição e do suicídio entre índios “à questão da desintegração do nosso mundo”, à rápida introdução de elementos externos sem controle, como a televisão, interferindo com os hábitos e valores. Por exemplo, o alcoolismo também se deve à incompreensão e à insegurança gerada pela iminente construção da usina hidrelétrica de Belo Monte. A população local, disse, sente-se ameaçada, com medo de perecer no alagamento da região, o que motiva também o êxodo de habitantes. Outro fator é o da demarcação de terras. Todos fatores são concorrentes e atingem diferentemente as diversas comunidades, conforme a sua cultura e resistência.

Em resposta ao Deputado Vicentinho Alves, informou ser da etnia Xacriabá, mas há 10 anos mora com os Assurinis-do-Xingu, na aldeia Koatinemo. Sobre hábitos de rejeição de crianças por defeitos ou marcas de nascença, afirmou existirem entre os Parakanãs e entre os Arawetés, mas não entre os Kaiapós Xikrin do Bacajá, Mrotidjam, Kaiapó, Potikro e Kararaô, etnias com as quais convive e que conhece. Afirmou que na aldeia em que vive a prática não ocorre há mais de 10 anos, devido ao trabalho de conscientização, no

entanto precisa vencer fortes resistências culturais. Citou o caso de uma criança deficiente que por receber pensão passou a ser uma fonte de recursos financeiros para a família, e destacou o fato de não serem as culturas índias estáticas, tendo passado ao longo do tempo por diversas mudanças. Relatou haver casos esporádicos entre os Arawetés, mas que agentes da Funai têm resgatado crianças abandonadas.

Sobre acompanhamento da aplicação de recursos, fiscalização e destino, informou que o fórum de presidentes de Condisi é contrário a terceirizar ou municipalizar a saúde indígena no País, por entender que a saúde indígena é dever do Governo Federal, e por ser a previsão legal. O Fórum também pleiteia autonomia política, administrativa e financeira para cada distrito, para minorar as indicações político-partidárias nas chefias de Dsei e garantir a continuidade e a qualidade técnica do trabalho.

Respondendo aos Deputados Cleber Verde e Edio Lopes, informou não haver no Dsei de Altamira contrato com ONG, e sim com a Prefeitura de Altamira. Porém a prefeitura somente faz contratação de pessoal, que não é feita pela Funasa, e a manutenção da Casai. Mesmo assim, segundo ele, um ex-prefeito de Altamira teria sido processado pela Funasa por desvio de recursos destinados a saneamento.

O depoente considera danosa a terceirização da assistência à saúde indígena, que junto com a dificuldade para firmar convênios com prefeituras levou à proliferação das ONGs. Estas, por sua vez, têm muitas vezes o seu trabalho comprometido pelo atraso no repasse dos recursos da Funasa e pela obrigatoriedade de realizar licitações.

Os Condisi não têm, segundo relatou, um corpo técnico e precisa solicitar à Funasa auditorias para localizar os problemas, e há muito o que acompanhar e controlar.

O depoente relatou que todas as pistas de pouso da região de Altamira estão interditadas pela ANAC. Por não terem registro, são consideradas pistas clandestinas, o que impede as empresas aéreas de contratarem com a Funasa. Funai e Ministério Público já teriam sido acionados para obter solução, mas as remoções de emergência vêm sendo feitas pela Aeronáutica, por helicópteros baseados em Manaus, o que indica que as Forças Armadas poderiam realizar outras operações.

Segundo ele, o fortalecimento dos indígenas brasileiros necessita de crescimento demográfico e de organização. Exemplifica com o

Condisi do Maranhão, que enfrentou vários problemas e se estabeleceu há menos de um ano.

5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES COLETADAS

Esse item destaca informações pertinentes ao tema da CPI sobre a Funasa, sobre a Funai e sobre os locais visitados pelos membros da CPI.

5.1 Desnutrição entre crianças indígenas do Brasil e a atuação da Funasa

O Ministério da Saúde respondeu ao Requerimento de informação 37/2008 (de 08/04/08) do Deputado Geraldo Resende, que solicitou informações sobre as providências associadas às sugestões enviadas pela Comissão Externa da Câmara dos Deputados (2005).

O Desai/Funasa apresentou esclarecimentos para cada sugestão da Comissão Externa, por meio da nota técnica 10/2008/Astec/Gab/Desai de 28/02/08.

A respeito da sugestão de "treinamento imediato de todas os agentes de saúde, com adequação aos costumes e tradições das aldeias indígenas", foi mencionado o Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS), elemento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e componente fundamental da equipe multidisciplinar de saúde. Entretanto, não foi informado o desempenho de tal programa. O Projeto Vigisus apoiou de 2005 a 2007 a formação superior indígena na área da saúde e ciências humanas, por meio da concessão de 30 bolsas de estudo atendendo à demanda espontânea. Há sistemas de cotas para minoria étnicas nas universidades federais do Mato Grosso, Brasília, Roraima, Amapá e estaduais de Maringá e Ponta Grossa, etc. Há curso de especialização em vigilância alimentar e nutricional para a saúde indígena (240 profissionais de nível superior, em parceria com a Ensp/Fiocruz. Também há o curso sobre o Sisvan para nível médio (150 vagas) e superior (100 vagas).

Com relação à sugestão de "integração das lideranças espirituais nas ações de prevenção de doenças e tratamentos de saúde", o Desai informou que realizou atividades relacionadas à prevenção do suicídio (reunião de lideranças indígenas, I Seminário Internacional de Saúde Mental Indígena e publicação sobre medicina tradicional indígena). Também foram destacadas outras ações, como: atenção básica promovida pelos Dsei; casas de saúde indígena, Programa de medicinas tradicionais indígenas, Fundo de iniciativas comunitárias (para financiar até 150 projetos entre 10 e 30 mil Reais); Projeto de

divulgação de ervas medicinais em Pernambuco; projeto com parteiras indígenas; e projeto envolvendo antropólogos e lideranças espirituais no Rio Grande do Sul para abordar o alcoolismo, com aparente redução da violência doméstica.

Sobre a recomendação de para resolução do "problema do abastecimento de água nas aldeias do MS", foi informado que 88% das aldeias do MS possuem sistema de abastecimento de água. Desde 2005 são realizadas obras de ampliação e melhorias. Foram aplicados quase 5 milhões de Reais em 2005; 2,6 milhões em 2006 e 2,4 milhões em 2007.

A respeito do redimensionamento no MT dos "painéis solares que fornecem energia aos poços para que funcionem adequadamente durante todo o ano", foi esclarecido que em 2007 foram realizadas ações de ampliação de sistemas fotovoltaicos e outras estão em andamento.

Sobre a necessidade de maior fiscalização "dos convênios de contratação de profissionais de saúde", foi mencionada a Portaria nº 126, de 14 de fevereiro de 2008, destinada a aperfeiçoar os mecanismos de controle de convênios, prevendo o controle social.

Em relação à sugestão de "ampliar os quadros da Funasa em todo o País, por meio da realização de concurso público, com lotação nos Distritos Sanitário Especial Indígena", o Dsai informou que a Funasa tem demandado a construção de uma carreira funcional, bem como a autorização para realização de concurso público. Destacou que há uma Ação Civil Pública do Trabalho (007512000701810004/DF – TRT/10ª Região) determinando que a Funasa se abstenha de realizar novos convênios com instituições da sociedade civil que envolvam contratação de trabalhadores para prestação de serviços à comunidade indígena, sob pena de multa diária de R$ 200,00, bem como de renovar ou prorrogar os convênios existentes, sob pena de multa diária de R$ 1.000,00 por trabalhador, ao tempo que considerou nulos todos os contratos de trabalho dos trabalhadores subordinados à Funasa contratados via convênio com entidades civis. Em negociação com o Ministério Público do Trabalho a Funasa obteve em 04 de março de 208 a suspensão por 90 dias do processo, até o dia 29 de maio de 2008, com a obrigação de a Funasa elaborar um acordo a ser firmado entre o Ministério da Saúde, o Ministério do Planejamento, o MPT e o MPF com vistas à elaboração de um calendário de concurso público para a substituição gradual dos atuais empregados das conveniadas por profissionais

concursados. A nota técnica do Dsai não esclareceu as conseqüências dessa ação civil pública em termos de quantitativo de profissionais e áreas afetadas.

Sobre a manutenção de “atividades relevantes desenvolvidas em parceria com a sociedade que foram inexplicavelmente suspensas pela Funasa entre 2003 e 2004, como a distribuição da farinha multimistura, uso de vaca mecânica para extração do leite de soja, implementação de hortas comunitárias”, informou-se que ocorreu completa reorganização das ações da Funasa a partir de 2005, passando a ser modelo nacional de organização. Foi regulamentado o Sisvan (pela Portaria nº 984, de 06 de julho de 2006). Como resultado, os indicadores de estado nutricional nas crianças indígenas evoluíram positivamente nos anos seguintes até o momento, tendo as crianças com baixo peso diminuído de 15% em 2002, para 9,7% em 2007 e o percentual de crianças em risco nutricional saído de 17% em 2002 para 14,6% em 2007. Ao mesmo tempo, a cobertura do acompanhamento individual das crianças menores de cinco anos subiu de 82% para 96%, como observado na tabela 1. Considerou-se que os resultados apontam para o acerto das estratégias em curso, sempre contando com a participação social e parcerias com órgãos federais como a Funai e o MMA, com o Estado do MS e a sociedade civil.

A sugestão da Comissão Externa de “incluir como prioridade não apenas o tratamento dos casos de desnutrição moderados e graves, mas também a atuação para reduzir os casos de crianças em risco nutricional, uma vez que as medidas já executadas não foram capazes de reduzir a proporção de crianças desnutridas e sob risco nutricional em aldeias do Mato Grosso do Sul” teve como resposta a informação de que os cuidados das equipes de saúde não se restringem às crianças desnutridas moderadas ou graves. O Sisvan indígena preconiza que qualquer desvio nutricional seja acompanhado. O estado atual do Sisvan indígena é descrito em nota técnica de 22 de fevereiro de 2008.

Tabela 1. Evolução dos indicadores e da cobertura do Sisvan Indígena no Mato Grosso do Sul – 2002 a 2006.

	2002	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**
% Cobertura do Sisvan	82	87	87	81	94	96
% Baixo peso	15	15	12	12	10	9,7
% Risco nutricional	17	16	15	15	14	14,6
% Normalidade	66	67	71	70	73	73,3
% Sobrepeso	3	2	2	2	3	2,4

Fonte: Funasa, Desai, Sisvan Indígena.

Sobre a sugestão de “divulgação quinzenal dos dados sobre desnutrição e óbitos relacionados”, informou-se que os dados dos Dsei são divulgados anualmente. Manifestou-se preocupação com o sigilo devido ao preconceito contra minorias e que os interessados devem dirigir-se à Funasa fundamentando a finalidade e necessidade de informações. Percebe-se nessa resposta a necessidade de uma maior transparência nas informações sobre saúde indígena, o que pode ser perfeitamente obtido, respeitando-se a confidencialidade dos dados.

Sobre a sugestão de “realização de estudos sobre as doenças para as quais haveria maior resistência para o tratamento e adotar medidas visando sua redução, ao invés de apenas comunicar o fato à Funai”, o Desai destacou a autonomia administrativa da Funasa e mencionou ações nessa área, como o novo inquérito nacional de saúde e nutrição dos povos indígenas, iniciado em dezembro de 2007. Também está em curso seleção pública de projetos de pesquisas avaliativas da saúde indígena, com recursos aprovados da ordem de 1,5 milhão de Reais, abrangendo temas relevantes, como: alcoolismo, tuberculose e imunização. Em março de 2008 foi firmado contrato de consultoria internacional com o Institute of Development Studies (IDS), Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap) e a Associação Saúde Sem Limites (SSL) para auxiliar na confecção de diagnóstico situacional da saúde indígena, identificar

metas, propor modelos de atenção, de organização, de gestão, de financiamento e de monitoramento e de avaliação do Subsistema de Saúde Indígena.

Com relação à sugestão de adoção “com a maior brevidade de programa de atenção à saúde mental, abordando a questão do suicídio e do alcoolismo”, um plano ainda encontra-se em elaboração. O programa de saúde mental está em processo de implantação no nível nacional para abordar o abuso de álcool, drogas, suicídio e violência em geral. Atividades iniciaram em MS. Será criado um centro de atenção psicossocial em Dourados. Várias reuniões com lideranças indígenas foram realizadas. Foi contratada uma pesquisa antropológica sobre suicídio. Em 2008 está prevista a contratação de psicólogo para todos os pólos-base. Destacou-se a elevada mortalidade por violências (80 casos em 2007).

Sobre a sugestão de “implantação de projeto de prevenção às DST/Aids”, informou-se a existência de parceria considerada bem sucedida com o Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde, com adoção de ações de prevenção e tratamento. Em 2007 foram encaminhados 1,5 milhões de Reais. Sete casos de Aids, 44 casos de sífilis, 16 casos de hepatites virais foram diagnosticados em 2007 e 1756 tratamentos para DST realizados nos Dsei.

Sobre a busca de “a integração com outros órgãos, como a Funai, como determina a Lei Orgânica da Saúde”, foram mencionadas parcerias com: o Conselho Nacional de Política Indigenista (Decreto de 22 de março de 2006); com a Funai (cooperação, por exemplo na distribuição de cestas de alimentos no MS), com o MDA (projetos de sustentabilidade econômica de aldeias), com o MEC (formação de agentes indígenas) e com o Ministério das Cidades (projetos de saneamento e habitação).

A Comissão Externa havia sugerido em 2005, “a implantação de comissão ou subcomissão de gestores do SUS específica para a saúde indígena, que permita programação conjunta e regular por parte da União, Estados e Municípios, com base nas prioridades que atualmente já são estabelecidas pelos Conselhos Distritais de Saúde Indígena”. O Desai mencionou a Portaria nº 2656, de 17 de outubro de 2007, que regulamenta mecanismo de repasse de recursos para municípios e estabelecimentos de saúde com a finalidade de atuar na saúde indígena. São criados Termos de Pactuação da Atenção à Saúde Indígena que devem estar de acordo com o Plano Distrital de Saúde Indígena e com o Plano Municipal de Saúde, obrigando a um alinhamento de metas. Também foi criado um grupo de trabalho tripartite pela Portaria nº 14,

de 08 de janeiro de 2008 para monitorar, articular e promover a implantação desse mecanismo.

Quanto à sugestão de “não permitir a ocorrência de falhas de atendimento por problemas administrativos nos convênios”, o Desai destacou que essa resposta é pertinente ao Depin/Funasa, que não encaminhou a informação à CPI.

O Desai também encaminhou informações específicas sobre a área de nutrição (nota técnica de 29/02/2008). Sobre a formação de recursos humanos para o Sisvan, mencionou capacitações locais realizadas pelos Dsei (em 26 distritos) e 3 nacionais. Para 2008 estão previstas: 4 oficinas nacionais, o curso de especialização e o de aperfeiçoamento (já referidos).

A rede de responsáveis pelo Sisvan nos Dsei contou com curso de atualização realizado entre 2006 e 2007 para profissionais de 32 Dsei. Há 33 Dsei com responsável técnico, além de assessorias no RJ, SP, ES e RS.

Foram realizadas atividades de suplementação alimentar de vitamina A, de sulfato de ferro. O programa de combate ao Beribéri (Maranhão) detectou cinco óbitos por falta de vitamina B1.

De outrubro de 2005 a março de 2006, foram fornecidas pelo MDS e distribuídas pela Funasa, 19.055 cestas de alimento/mês, em 18 Dsei, e, de outubro a dezembro de 2005 foram entregues 970 cestas para os Distritos de Porto Velho e Vilhena.

Em 2007, mantiveram-se os 20 Dsei para recebimento de cestas do MDS. Atualmente, **não há possibilidade de ampliação no número de distritos devido o orçamento do referido ministério não ter sido suplementado para esta ação**. O total de cestas correspondeu a 26.813 por etapa. O atendimento emergencial não exime o foco da Funasa em ações sustentáveis e permanentes. Para 2008, está previsto 23.813 cestas por etapa para os distritos. A nota técnica não esclareceu o significado e periodicidade de cada “etapa”.

Quanto ao acompanhamento nutricional realizado pelo Sisvan, em 2003 eram acompanhadas menos de 8000 crianças em apenas um Dsei. Em 2007, foram acompanhadas em 25 Dsei, uma média de 25.000 crianças (cerca de 10 mil são do MS), mas as fases de implantação do Sisvan variam entre os Dsei. O acompanhamento de gestantes pelo Sisvan só ocorreu em 13 Dsei no ano de 2007.

Dados apresentados pela Desai sobre o percentual de baixo peso para a idade (<P3 – NCHS, 1977) em crianças menores de cinco anos, acompanhadas pelo Sisvan indígena no período de janeiro a dezembro e sobre o percentual de cobertura de atendimento em 2007 permitiram a elaboração da tabela 2, que permite a verificação da importância da implantação do Sisvan.

Vale destacar (ver tabela 2) que existem várias localidades com proporções muito elevadas de baixo peso para a idade, há locais com 20 e até 40%(!), enquanto que no Ceará é de 5% (mais próximo ao esperado para a população em geral).

Há locais sem informação, inclusive no Espírito Santo, que conta com assessoria para o Sisvan. Entretanto, dentre os locais com informação disponível observa-se um padrão interessante: aonde o Sisvan tem cobertura mais elevada (**principalmente acima de 60%**) a proporção de baixo peso tende a ser mais baixa. Provavelmente esse efeito é justificado pelo tipo de trabalho desenvolvido pelo Sisvan, que além de acompanhar as crianças promove a ação imediata para resolver os desvios nutricionais, de modo que ao longo do tempo os efeitos benéficos se acumulariam.

Com os dados disponíveis na tabela 2 foi realizada uma correlação estatística entre “cobertura do Sisvan” e “proporção de baixo peso” (ver gráfico 2). O resultado encontrado foi de -0,6 (os resultados de correlações podem variar de -1 até +1), sugerindo que quanto maior a cobertura do Sisvan menor é a proporção de baixo peso. Esse efeito “protetor” do Sisvan é plausível com seu modo de operar e dá suporte à ampliação e aceleração em sua implementação em todas os Dsei, para que os benefícios experimentados em alguns locais sejam generalizados. Infelizmente há sinais de que, em alguns locais, o funcionamento do Sisvan ainda é muito irregular.

Tabela 2. Percentual de baixo peso para a idade (<P3 – NCHS, 1977) em crianças menores de cinco anos, acompanhadas pelo Sisvan indígena no período de janeiro a dezembro, segundo percentual de cobertura de atendimento. Brasil, 2007

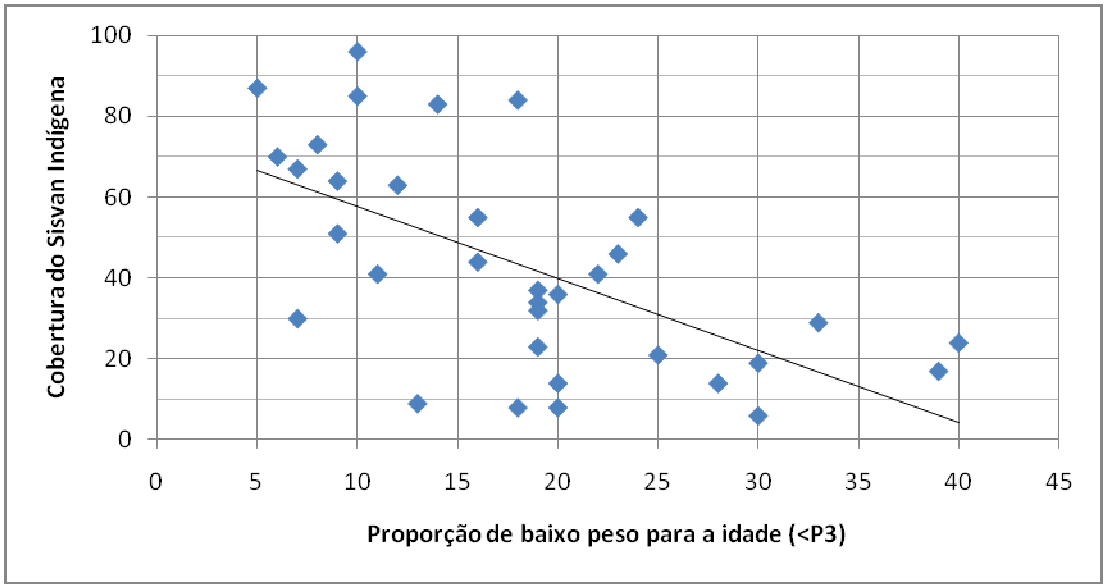
Local	**Baixo peso para idade (<P3)**	**Cobertura**
Médio Rio Purús	40	24
Alto Rio Purús	39	17
Rio Tapajós	33	29
Alto Juruá	30	19
Maranhão	30	6
Alto Rio Solimões	28	14
Vale do Rio Javari	25	21
Altamira	24	55
Porto Velho	23	46
Kaiapó do Pará	22	41
Cuiabá	20	36
Minas Gerais	20	14
Parintins	20	8
Alto Rio Negro	19	37
Manaus	19	34
Vilhena	19	32
Kaiapó do MT	19	23
Paraná	18	84
Amapá e Norte Pará	18	8
São Paulo	16	55
Guamá-Tocantins	16	44
Rio de Janeiro	14	83
Bahia	13	9
Xingu	12	63
Xavante	11	41
Mato Grosso do Sul	10	96
Pernambuco	10	85

Tabela 2. Continuação (...)

Tocantins	9	64
Santa Catarina	9	51
Alagoas e Sergipe	8	73
Araguaia	7	67
Rio Grande do Sul	7	30
Potiguara	6	70
Ceará	5	87
Leste de Roraima	0	0
Médio Rio Solimões	0	0
Yanomâmi	0	0
Espírito Santo	0	0
Média Nacional	**12**	**47**

Fonte: Funasa, Desai, Sisvan Indígena.

Gráfico 2. Correlação entre a Proporção de cobertura de acompanhamento das crianças menores que 5 anos pelo Sisvan indígena e a proporção de baixo peso para a idade (P<3). Brasil, 2007.



Fonte: Funasa, Desai, Sisvan Indígena.

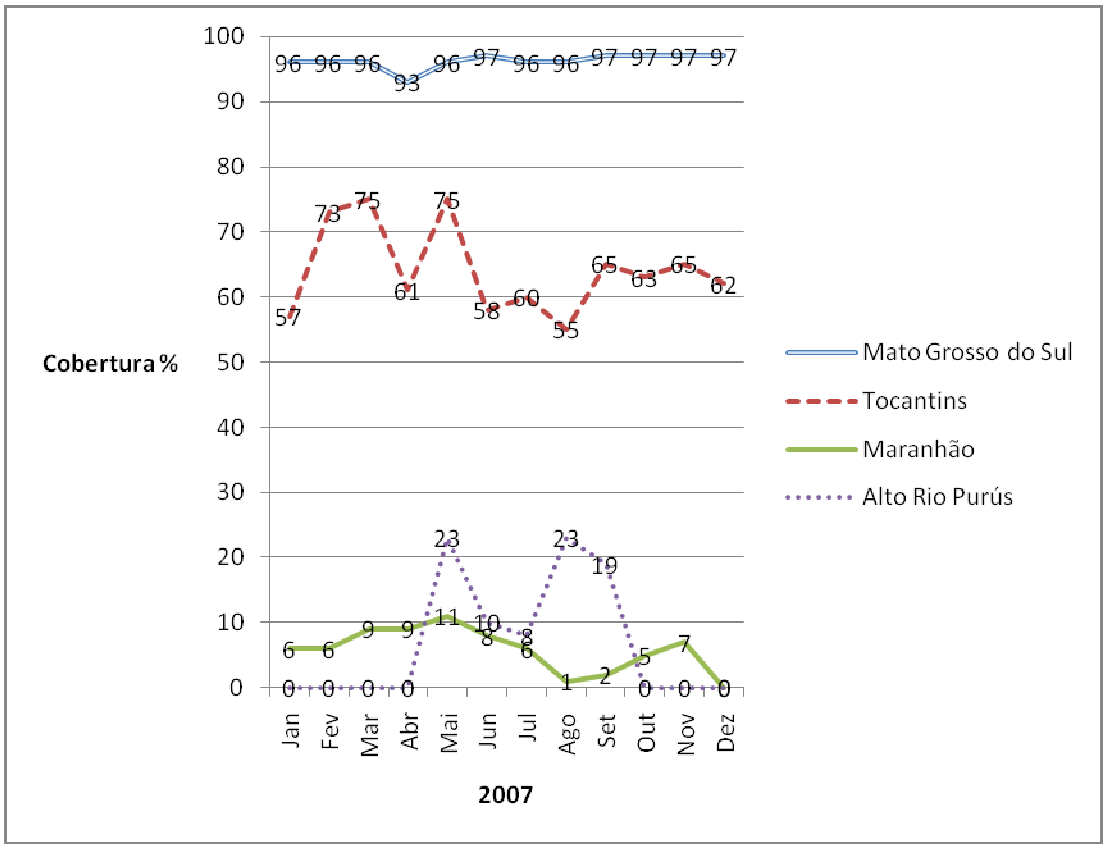
A tabela 3 mostra a cobertura de acompanhamento das crianças menores que 5 anos pelo Sisvan indígena ao longo de 2007 em oito Dsei. Alguns desses apresentam padrões regulares de acompanhamento mensal de crianças, como: Mato Grosso do Sul e Tocantins (sendo que o nível de acompanhamento no primeiro é elevado e no segundo é mediano). Outros são bastante irregulares, como: Vale do Javari (novembro e dezembro sem acompanhamento) e Maranhão (em geral, menos de 10% de acompanhamento) e Xavante (sem acompanhamento em novembro e dezembro), por dificuldades de contratação (justo em local com quase 40% de baixo peso). Esses padrões são claramente visualizados no gráfico 3.

Tabela 3. Evolução da cobertura de acompanhamento das crianças menores que 5 anos pelo Sisvan indígena em Dsei selecionados. Brasil, 2007.

Mês	Tocantins	Vale Javari	MA	Xavante	AP e norte PA	A. R. Purús	A. R. Juruá	MS
Jan	57	0	6	0	0	0	0	96
Fev	73	0	6	0	0	0	0	96
Mar	75	0	9	41	0	0	0	96
Abr	61	0	9	10	0	0	0	93
Mai	75	6	11	18	0	23	0	96
Jun	58	16	8	60	0	10	7	97
Jul	60	28	6	44	0	8	47	96
Ago	55	50	1	43	16	23	14	96
Set	65	10	2	35	7	19	23	97
Out	63	18	5	49	6	0	6	97
Nov	65	0	7	0	3	0	0	97
Dez	62	0	0	0	0	0	0	97

Fonte: Funasa, Desai, Sisvan Indígena.

Gráfico 3. Evolução da cobertura de acompanhamento das crianças menores que 5 anos pelo Sisvan indígena em Dsei selecionados. Brasil, 2007.



Fonte: Funasa, Desai, Sisvan Indígena.

Além dos dados já mencionados, a Funasa encaminhou outra nota técnica, em resposta a requerimento de informação da CPI. Esclareceu que os dados de mortalidade infantil do sistema de informações da atenção à saúde indígena (Siasi) referem-se ao período de 2000 a 2006. Os dados de 2007 estão sendo conferidos. Verificou-se tendência de queda na mortalidade infantil indígena de 34,8%, enquanto que na média de todo o Brasil a redução foi de 18,7%. Quando se consideram os Dsei, 67% deles apresentavam elevadas taxas de mortalidade infantil (superiores a 50 óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos) em 2000. Em 2006, 35% dos Dsei encontravam-se nessa situação. Em 2006, o Dsei Yanomami apresentava uma taxa de mortalidade infantil de 123 e o Vale do Javari, de 158! As menores taxas foram registradas no Rio Tapajós (16) e no Xingu (20). Quando se consideram os

estados, aqueles com as maiores taxas de mortalidade infantil entre indígenas em 2006 foram: Goiás (80), Rio de janeiro (71) e Roraima (70). A taxa do Mato Grosso do Sul foi de 38 por mil nascidos vivos.

O Siasi também está acompanhando a mortalidade neonatal (até 27 dias após o nascimento), para verificar a qualidade da atenção pré-natal e ao parto. Em 2003, 45% dos óbitos infantis indígenas ocorriam no período neonatal e em 2006 a proporção caiu par 28% para o conjunto, embora no Amapá 100% dos óbitos infantis registrados tenham ocorrido no período neonatal.

A Funasa reconheceu a necessidade de melhorar a qualidade dos dados de mortalidade e citou parceria com a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde para capacitar codificadores para informações de óbito e outros agravos.

Para exemplificar os custos e dificuldades logísticas, envolvidos na atuação da Funasa em certas áreas, vale destacar a parceria com os Ministérios da Justiça, da Defesa e da Saúde, além da Marinha, Exército e Aeronaútica, para atendimento à saúde das populações indígenas do Vale do Javari (AM), área de difícil acesso. Foram solicitadas aeronaves e embarcações para chegar à região de forma mais eficiente em locais onde há incidência de doenças como hepatite, malária e tuberculose. Para 15 dias de ações em abril desse ano foram investidos **4 milhões** de Reais.

Também são destacadas informações divulgadas na Internet sobre recentes reduções no orçamento da Funasa para 2008. (fonte: http://webradiobrasilindigena.wordpress.com/2008/03/16/orcamento-da-funai-e-funasa-para-acoes-nas-areas-indigenas-em-2008/).

Na estruturação de unidades de saúde para atendimento à população indígena (3869) teria havido um corte de R$ 6.180.000; na vigilância e segurança alimentar e nutricional dos povos indígenas (6140), um corte de R$ 1.377.489; no saneamento básico em aldeias indígenas para preservação e controle de agravos (7684), um corte de R$ 19.000.000; na promoção, vigilância, proteção e recuperação da saúde indígena (8743), um corte de R$ 53.420.690; na gestão ambiental e territorial das terras indígenas (6698), um corte de R$ 1.878.400. Esses dados precisam ser monitorados pelo Congresso, por ocasião

da elaboração do orçamento, pois a situação observada pela CPI demanda aumento de recursos e, não, redução.

A CPI recebeu, quase ao final dos trabalhos, em resposta ao Requerimento nº 46/2008, a Nota Técnica nº 13/2008 GAB/DASIS/SVS/MS, do Departamento de Análise da Situação de Saúde, pertencente à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. A nota traz comparações entre a população indígena e a não indígena, no tocante a mortalidade neonatal proporcional, mortalidade infantil proporcional e mortalidade proporcional de menores de cinco anos, além de números de mortalidade. Segundo se conclui das informações aportadas, confirma-se ser muito maior a ocorrência de desnutrição infantil entre indígenas. As tabelas abaixo retratam bem a situação. As mortes por desnutrição como causa básica foram cerca de 12 vezes mais na população geral, e as com desnutrição associada cerca de 27 vezes mais em 2006. A população não indígena, contudo, é cerca de 300 vezes maior que a indígena.

Tabela 4. Número de óbitos em menores de cinco anos onde a desnutrição foi apontada como causa básica de morte, 2005 e 2006

		Indígenas		Não indígenas	
CID 10	DESCRIÇÃO	2005	2006	2005	2006
E40	Kwarshiorkor	1	0	17	10
E41	Marasmo nutricional	7	2	46	25
E42	Kwarshiorkor marasmático	0	0	4	7
E43	Desnutrição proteico-calórica grave não-especificada	21	19	296	239
E44	Desnutrição proteico-calórica grau moderado e leve	3	3	19	13
E45	Atraso desenvolvimento devido à desnutrição proteico-calórica	2	0	0	2
E46	Desnutrição proteico-calórica não especificada	52	43	670	526
	TOTAL	86	67	1052	822

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade — SIM, DASIS/SVS/MS

Tabela 5. Número de óbitos em menores de cinco anos onde a desnutrição foi apontada como causa associada à morte, 2005 e 2006

		Indígenas		Não indígenas	
CID 10	DESCRIÇÃO	2005	2006	2005	2006
E40	Kwarshiorkor	0	0	11	2
E41	Marasmo nutricional	1	3	33	32
E42	Kwarshiorkor marasmático	0	0	6	2
E43	Desnutrição proteico-calórica grave não-especificada	7	8	144	147
E44	Desnutrição proteico-calórica grau moderado e leve	2	0	15	10
E45	Atraso desenvolvimento devido à desnutrição proteico-calórica	0	0	0	2
E46	Desnutrição proteico-calórica não especificada	41	25	883	779
	TOTAL	51	36	1092	974

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade — SIM, DASIS/SVS/MS

5.2 Determinantes sociais da desnutrição e a atuação da Funai

5.2.1 - Evolução da política indigenista brasileira

No Brasil, desde o séc.16, existem instrumentos legais que definem e propõem uma política para os índios, fundamentados na discussão da legitimidade do direito dos índios ao domínio e soberania de suas terras. Esse direito - ou não - dos índios ao território que habitam está registrado em diferentes legislações portuguesas, envolvendo Cartas Régias, Alvarás, Regimentos, etc.

No período colonial, a política para os índios envolveu extremos - das guerras justas, descimentos e escravização de índios e esbulho de terras às ações missionárias nos Sete Povos das Missões. Já a legislação imperial não é benéfica aos índios, seja pelo Regulamento das Missões de 1845, a lei de terras de 1850 ou as decisões contrárias aos índios de várias Assembléias Provinciais. No séc. 19, a política para os índios foi marcada pela remoção e reunião de aldeias.

Com o advento da República e a criação do Serviço de Proteção aos Índios (SPI), passava-se para o Governo Federal a tarefa de evitar o extermínio dos povos indígenas. Para tanto, o SPI tinha como função pacificar os povos indígenas em luta contra segmentos da sociedade nacional, o que

ocorria em diversos pontos do território brasileiro. Foram estabelecidos ou reforçados alguns princípios indigenistas, voltados para a prevenção de qualquer coerção ou violência aos índios, o respeito às instituições e valores indígenas e a garantia à posse de suas terras. Esses princípios foram transformados em políticas indigenistas através da proteção leiga aos índios pelo Estado.

Até meados da década de 80, prevalecia o cunho integracionista das legislações nacionais de proteção às populações indígenas. Da mesma forma, no plano internacional, a Convenção nº 107 da Organização Internacional do Trabalho (concluída em 1957) igualmente tratava a questão indígena sob um prisma essencialmente integracionista.

Na ótica integracionista, as sociedades indígenas eram vistas como um estágio primitivo e inicial de um processo unilinear de evolução. A condição de índio correspondia, assim, a um estado necessariamente transitório, que desapareceria na medida em que os grupos indígenas fossem gradual e harmoniosamente incorporados às sociedades nacionais. O integracionismo encara, portanto, as sociedades indígenas como um fenômeno cultural em vias de extinção e sem possibilidades de permanência e de reprodução.

As políticas indigenistas estavam, então, voltadas ao estímulo ao trabalho e ao desenvolvimento de atividades produtivas, através da educação e treinamento dos índios e de seus filhos. Entretanto, a uma determinada política indigenista nem sempre correspondia uma conseqüente ação indigenista, e o SPI acabou sendo extinto, nos anos 60, por problemas de corrupção, esbulhos de terras indígenas, etc.

Em substituição ao SPI, pela Lei nº 5371, de 5 de dezembro de 1967, foi instituída a Fundação Nacional do Índio (Funai). A partir de então, a política indigenista se baseou na Lei 6001, de 19/12/73, o Estatuto do Índio, que hoje regula a situação jurídica dos índios ou silvícolas e das comunidades indígenas, com o propósito de preservar a sua cultura e integrá-los, progressiva e harmoniosamente, à comunhão nacional. Fruto do pensamento vigente à época que supunha como fatal, no Brasil, a integração progressiva das populações indígenas à comunhão nacional.

Mais recentemente, contudo, com a superação progressiva do monopólio intelectual do evolucionismo no pensamento antropológico, as sociedades indígenas passaram a ser reconhecidas como realidades culturais

diferenciadas, capazes de reproduzir estilos próprios de organização e desenvolvimento.

Até 1988, a política indigenista brasileira estava centrada nas atividades voltadas à incorporação dos índios à comunhão nacional, princípio indigenista presente nas Constituições de 1934, 1946, 1967 e 1969. No plano político, essa nova postura se refletiria na afirmação crescente do direito das populações indígenas de verem respeitada a sua diversidade cultural. O discurso integracionista começou assim a ceder espaço, nas legislações internas e no campo internacional, ao reconhecimento da realidade pluriétnica dos estados nacionais e do direito das populações indígenas de verem realizadas suas aspirações culturais de desenvolvimento diferenciado (etnodesenvolvimento). A diversidade cultural passa a ser encarada, nesse prisma, como um fator de enriquecimento cultural da nacionalidade.

Nas discussões e atividades políticas que envolveram o período de elaboração da Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, foi intensa a atuação de entidades civis dedicadas à causa indígena, bem como de entidades constituídas pelos próprios índios.

A Constituição de 1988 suprimiu a diretriz integracionista, reconhecendo aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam.

Os índios também ampliaram sua cidadania, já são partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses. Assim, o principal objetivo da política indigenista, hoje, é a preservação das culturas indígenas, através da garantia de suas terras e do desenvolvimento de atividades educacionais e sanitárias.

No plano internacional, essa nova visão se cristalizou na Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho, concluída em 1989. A afirmação do direito à diversidade cultural importa a reivindicação pelas populações indígenas de um espaço político próprio no seio do Estado e da nacionalidade. A conquista desse espaço supõe, por sua vez, o reconhecimento de níveis crescentes de participação das comunidades indígenas nas decisões que tenham impacto sobre o seu modo de vida.

Os grupos indígenas transmutam-se, reelaborando os elementos de sua cultura num processo sempre contínuo de transfiguração étnica. Continuam, entretanto, identificando-se e sendo identificados como indígenas. Ao invés de sua extinção ou assimilação, o que se tem verificado nas

últimas décadas é a vigorosa resistência da identidade étnica dos grupos indígenas brasileiros independentemente do grau de interação que os diferentes grupos experimentam com a sociedade envolvente.

A Constituição Federal de 1988 reconhece as sociedades indígenas e suas formas de organização social, línguas, costumes, crenças e tradições, promovendo a valorização da identidade cultural diferenciada. Essa é, portanto, a base da atual política indigenista.

5.2.2 - A atuação da Funai

A Fundação Nacional do Índio - Funai foi criada em 1967, pela Lei nº 5.371, para substituir o extinto Serviço de Proteção ao Índio – SPI.

A administração central da Funai está sediada em Brasília. Sua estrutura conta, também, com 45 Administrações Regionais, 14 Núcleos de Apoio Indígena, 10 Postos de Vigilância e 344 Postos Indígenas, situados em diferentes pontos do País.

A existência da Funai vincula-se, pois, ao cumprimento das finalidades que lhe são atribuídas pela Lei que a criou. Entre as finalidades previstas para o órgão indigenista, podemos enumerar como mais relevantes o "respeito à pessoa do índio", a "garantia à posse permanente das terras" e "a preservação do equilíbrio biológico e cultural do índio, no seu contato com a sociedade nacional" (art. 1º, I, a, b e c).

Como se pode deduzir do texto legal, ao lado da garantia das terras indígenas, que consiste no trabalho de demarcação das terras indígenas, mediante o devido processo administrativo, deve a Funai cuidar, também, da preservação do equilíbrio biológico e cultural das comunidades indígenas, promovendo, afinal, o respeito ao índio e à sua comunidade.

O principal objetivo da política indigenista, hoje, é a preservação das culturas indígenas, através da garantia de suas terras e do desenvolvimento de atividades educacionais e sanitárias.

Hoje há uma forte tendência para descentralização das ações de Governo. A Funai, com excesso de responsabilidade de ações diretas, não tem conseguido a eficiência que se espera de um órgão governamental. Sem recursos orçamentários suficientes, vive um processo de esvaziamento e não consegue dar respostas às prementes necessidades dos índios.

Durante os trabalhos da CPI, assim como identificado em outras Comissões Temporárias que já ocorreram nesta Casa, ficou claro que a política meramente assistencialista da Funai já se esgotou. Tal constatação advém dos relatos de depoentes a esta CPI, e de informação encaminhada à Comissão que relatou algumas ações que vem sendo implementadas, mas não respondeu aos questionamentos encaminhados pela CPI, tornando inviável a análise dos dados dos programas produtivos de responsabilidade do órgão, que têm um reflexo direto na qualidade nutricional da população atingida e, ao mesmo tempo demonstrando a falta de capacidade operacional do órgão.

Claro resta que as sociedades indígenas necessitam de alternativas de sustentabilidade, entretanto não existem propostas estruturadas nem recursos humanos capacitados a auxiliar os indígenas nessa empreitada.

Nesse contexto, e frente à necessidade de sobrevivência dessas comunidades, muitos indígenas acabam sendo levados a fazer negócios clandestinos de madeira, de mineração, de conhecimentos tradicionais, de plantas medicinais, arrendamentos de terras e de outras ações claramente prejudiciais aos interesses indígenas.

Os Parlamentares desta CPI puderam constatar que, a despeito do empenho da Funai em demarcar as terras indígenas, as demais finalidades que lhe são atribuídas por lei ainda estão por ser cumpridas. Os índios vivem em condições precárias, não têm acesso aos mais elementares meios de sobrevivência. Faltam-lhes a necessária assistência para que, preservando sua cultura, possam interrelacionar com a sociedade envolvente, sem, contudo, perder a sua dignidade e respeito.

A Funai, a quem compete coordenar a política indigenista, não o faz, pois não dispõe de recursos financeiros e humanos. Está totalmente sucateada, tendo em vista que a parcela orçamentária que lhe é destinada não atende às mínimas necessidades do órgão, e, por outro lado, o quadro de servidores do órgão não é suficiente para atender às demandas sempre crescentes.

Em relação a sua capacidade operacional, a Funai encaminhou informação em que esclarecia que seu quadro de técnicos era de aproximadamente 6 mil servidores em 1990, que atendia a uma população indígena de 250 mil índios em cerca de 300 terras indígenas. Hoje o quadro técnico se reduziu a cerca de 2 mil e 300 servidores, para atender 700 mil índios,

mais que o dobro da população de 18 anos atrás, em mais de 600 terras indígenas.

Em resposta a esse quadro, desde 2004, vem sendo estudada uma solução para instituir o plano de carreira indigenista, com salários melhores e uma política de recursos humanos compatíveis com as especificidades das atribuições da Funai. Dessa forma, pretende-se possibilitar a permanência dos profissionais contratados por meio de concurso público e reestruturar o órgão visando uma maior operacionalidade junto às comunidades indígenas.

Ademais, em 2007, foi instituída a Comissão Nacional de Política Indigenista, tendo como principal função coordenar a implementação transversal da política indigenista nos órgãos do Governo Federal, sendo presidida pela Funai, com participação de representantes indígenas e da sociedade civil.

Outra ação importante do órgão foi a criação da Coordenação Geral de Promoção Social que tem como uma de suas atribuições integrar as ações da Funai e da Funasa.

Embora as ações relatadas pela Funai estejam de acordo com as necessidades de mudanças e aperfeiçoamentos na condução da política indigenista, elas ainda são sobremaneira incipientes, estão em fase inicial de implantação, não refletindo em melhorias perceptíveis nesse momento e, portanto, não possibilitando uma avaliação de sua eficácia.

Assim sendo, e considerando o quadro de dificuldades operacionais por que passa o órgão indigenista, é fundamental a parceria entre a União, os Estados e os Municípios, na condução de uma política indígena mais eficiente e que possa dar uma resposta imediata às suas prementes necessidades.

5.2.3 - Direitos territoriais indígenas e a demarcação de terras indígenas

Não restam dúvidas acerca da importância da terra como elemento fundamental para que toda e qualquer sociedade sobreviva, como espaço físico vital para a satisfação de suas diferentes necessidades e manifestações sócio-econômicas. O desaparecimento de milhares de índios e inúmeras comunidades está diretamente ligado não só à violência imediata contra eles praticada, como também à subtração de seus territórios.

A terra ocupada pelos índios adquire a configuração de território, posto que não se trata apenas de espaço físico limitado pelo solo, mas o espaço e todos os demais elementos necessários à manutenção e evolução de suas culturas, tais como a água, o subsolo, sua fauna e flora e demais riquezas.

Os territórios indígenas são, verdadeiramente, o suporte sobre o qual estão fundamentadas as sociedades tribais. É neles que se constituem os aldeamentos, que se estabelecem as áreas de caça, pesca e plantio, os cemitérios e locais místicos dos indígenas.

Entretanto, a disputa pelas áreas indígenas e suas riquezas, lamentavelmente, constitui o núcleo da questão indígena no Brasil atualmente. Dessa feita, ficam relegadas a segundo plano o aspecto cultural indígena, seus usos, costumes e tradições que estejam vinculados à terra.

Ainda assim, a Constituição Federal de 1988, com o intuito de assegurar as condições necessárias à efetivação da perspectiva de continuidade da diversidade étnico-cultural indígena, dispôs sobre os fundamentos da proteção das suas terras, consideradas estas como base indispensável à realização e reprodução desta diversidade.

Não restam dúvidas que a Carta Magna representou um grande avanço na conquista dos direitos indígenas. Houve uma alteração conceitual bastante significativa no tratamento da questão indígena, passou-se a reconhecer a diversidade étnico-cultural formada pela organização social, costumes, línguas, crenças e tradições desses povos, responsabilizando-se a União Federal pela sua proteção especial. Senão, vejamos:

"Art. 20. São bens da União:

XI – As terras tradicionalmente ocupadas pelos índios."

"Art. 231. São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens.

§ 1º São terras tradicionalmente ocupadas pelos índios as por eles habitadas em caráter permanente, as utilizadas para suas atividades produtivas, as imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários a seu bem-estar e as necessárias a sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições.

§ 2º As terras tradicionalmente ocupadas pelos índios destinam-se a sua posse permanente, cabendo-lhes o usufruto exclusivo das riquezas do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes.

.....

§ 4º As terras de que trata este artigo são inalienáveis e indisponíveis, e os direitos sobre elas, imprescritíveis.

.....

§ 6º São nulos e extintos, não produzindo efeitos jurídicos, os atos que tenham por objeto a ocupação, o domínio e a posse das terras a que se refere este artigo, ou a exploração das riquezas naturais do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes, ressalvado relevante interesse público da União, segundo o que dispuser lei complementar, não gerando a nulidade e a extinção direito a indenização ou a ações contra a União, salvo, na forma da lei, quanto às benfeitorias derivadas da ocupação de boa-fé.

.....”

Segundo Miranda[1], o conceito constitucional determina, de maneira concomitante, as características que configuram as áreas tradicionalmente ocupadas pelos índios como sendo:

1. as por eles habitadas em caráter permanente,
2. as utilizadas para suas atividades produtivas,
3. as imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários a seu bem-estar e,
4. as necessárias à sua reprodução física e cultural, tudo, segundo os usos, costumes e tradições, dos próprios indígenas.

Neste sentido, devem-se atender asquatro exigências, como um direito dos índios e de suas comunidade. E, ainda mais importante, revela que na definição dos elementos constitutivos da ocupação tradicional, o fio condutor a ser utilizado é o próprio ponto-de-vista indígena, expresso de acordo com seus usos, costumes e tradições, e não de acordo com a lógica civil ou economicista de nossa sociedade.

---

[1] MIRANDA, Alcir Gursen de. Áreas Indígenas, *in* O Direito Agrário na Constituição. Organizadores Lucas Abreu Barroso, Alcir Gursen de Miranda e Mário Lúcio Quintão Soares. Editora Forense, 2005.

Cabe ressaltar, ainda, que sobre as terras tradicionalmente ocupadas pelos índios fez incidir a Carta Magna a obrigação da União em demarcá-las. Trata-se, evidentemente, de um dever, uma imperatividade, que visa, em última instância, garantir a proteção fundamental à continuidade da existência daqueles grupos étnicos.

Segundo os termos do Estatuto do Índio, Lei nº 6.001, de 19 de dezembro 1973, a forma pela qual deve ser processada a demarcação deve estar prevista em decreto do Executivo federal:

"Art. 19 – As terras indígenas, por iniciativa e sob orientação do órgão federal de assistência ao índio, serão administrativamente demarcadas, de acordo com o processo estabelecido em decreto do Poder Executivo."

Como é amplamente sabido, a garantia de espaços territoriais próprios constitui requisito vital para a continuidade da existência dos povos e comunidades indígenas. Tanto que a Constituição Federal reconheceu como originários os direitos indígenas sobre as terras tradicionalmente ocupadas, as quais devem ser obrigatoriamente – e não facultativamente, demarcadas pela União.

A demarcação de todas as terras indígenas fora determinada no art. 65 do Estatuto do índio, em seu art. 65, que estabeleceu um prazo de 5 anos para a conclusão do trabalho a contar da data de publicação da Lei. Entretanto, é notório que o Poder Executivo não promoveu a consecução deste trabalho.

Como bem destaca Lacerda[2], é importante se ter em conta que a imposição de demarcação das terras tradicionalmente ocupadas pelos índios à União não estabelece um ato de natureza constitutiva. Isto porque, consoante o reconhecimento constitucional dos direitos originários sobre as terras tradicionalmente ocupadas pelos índios, são estes direitos preexistentes, anteriores, portanto independentes do ato demarcatório.

O que equivale dizer que a Constituição não estabelece qualquer vínculo de dependência entre a demarcação das terras indígenas e o direito à posse permanente das terras que tradicionalmente ocupam. Ao contrário, constatado que uma terra esteja tradicionalmente ocupada por uma ou

---

[2] LACERDA, Rosane. A Questão Guarani-M'byá no Rio Grande do Sul. Considerações jurídico-legais quanto às possibilidades de proteção aos direitos territoriais indígenas. Artigo disponível em http://www.cimi.org.br/pub/publicacoes/1170271888_GuaraniMbya.pdf. Consultado em 22/04/2008.

algumas comunidades indígenas este fato acarreta inexoravelmente a aplicação do disposto no § 6º do mesmo art. 231 da CF, de forma que quaisquer atos que visem a posse, o domínio ou a ocupação destas terras serão nulos de pleno direito, pouco importando estarem as terras demarcadas ou não, como inclusive já fora decidido por unanimidade pela 4ª Turma do TRF da 1ª Região, em processo relatado pela mesma Exma Sra Juíza Eliana Calmon:

'Constitucional – Área Indígena – Título de Domínio – Indenização.

Comprovada ser a área de posse imemorial dos índios, torna-se de pleno direito nulo o título dominial, sem necessidade de declaração judicial (art. 231, parag. 6, da CF/88).

Não tem direito a indenização por benfeitorias o possuidor de má-fé.

Apelo improvido'

(Apelação Cível nº 90.01.02520-0/MT, 4ª Turma do TRF 1ª Região, acórdão publicado no DJU de 6/9/93)."

Conforme cita Lacerda, a demarcação de terras tradicionalmente ocupadas pelos índios é pois ato declaratório, o qual, segundo Ely Lopes Meirelles,

"... é o que visa a preservar direitos, reconhecer situações preexistentes (...)", tais como "a expedição de certidões e demais atos fundados em situações jurídicas anteriores."

Ou seja, apenas declara uma situação de fato preexistente – a ocupação tradicional indígena – situação fática esta da qual decorrem, por expresso reconhecimento constitucional, os direitos originários e imprescritíveis de posse permanente e usufruto exclusivo de riquezas naturais.

O Constituinte de 88 resgatou o indigenato para dizer que os direitos indígenas sobre as terras que tradicionalmente ocupam, por serem congênitos, têm concretude, mesmo não tendo sido produzidos pelo Estado Brasileiro.

Aliás, antes mesmo do Diploma Constitucional de 1988 vir a consagrar o Indigenato, já determinava o Estatuto do Índio que a proteção das terras indígenas independia de estarem estas demarcadas:

"Art. 25. O reconhecimento do direito dos índios e grupos tribais à posse permanente das terras tradicionalmente ocupadas, nos termos do art. 231 da Constituição Federal, independerá de sua demarcação, e será assegurado pelo órgão federal de assistência aos silvícolas, ..." (redação de acordo com a CF/88, art. 231, caput)

Trata-se, esta questão do reconhecimento dos direitos territoriais indígenas como originários, de algo que traz profundas repercussões jurídicas e que, por fugir aos padrões doutrinários tradicionais, ainda não foi suficientemente digerida.

Em seu depoimento a esta CPI, a Sra. Deborah Duprat de Brito Pereira, Subprocuradora-geral da República da 6ª Câmara de Coordenação e Revisão, enfocou a questão do reconhecimento dos direitos dos indígenas, não só ao território que ocupam, mas também a um modelo de sociedade plural, que reconheça as diferenças e garanta um espaço que possibilite aos indígenas o exercício pleno de seus direitos culturais. Ainda segundo a procuradora, essa é uma questão de âmbito internacional. Ela significa exatamente uma ruptura com um modelo de sociedade anterior, pautado por homogeneidades para uma sociedade plural.

A questão não é de déficit de instrumentos normativos. Há, sim, uma incompreensão por parte da sociedade, por parte dos operadores do Direito, ainda por parte do Judiciário. A interface grande da questão de direitos territoriais com a propriedade privada é um problema.

E mesmo o território ainda é pensado sob a perspectiva da propriedade privada. Então, quando se vai discutir no Judiciário a questão do território, a ação que se maneja é uma ação possessória, que é uma ação típica de Direito Privado, para discutir uma figura jurídica que tem lugar apenas e tão-somente na Constituição.

5.2.4 - Questões sociais

Segundo a Funai, no Brasil, hoje, temos 222 povos indígenas identificados, que estão distribuídos em aldeias, que se localizam nos Estados brasileiros, exceto Piauí e Rio Grande do Norte. Atualmente, existem mais de 600 terras indígenas reconhecidas. Aproximadamente 60%, dos cerca de 730 mil índios, ocupam próximo de 96% dessas terras, que estão localizadas na chamada Amazônia Legal. Outra peculiaridade da região é o fato de ser onde

mais se verifica a existência de índios vivendo em área urbana. Em todo o Brasil, os indígenas aldeados somam 535 mil.

Os índios brasileiros falam 180 línguas diferentes, que têm origem em dois grandes troncos: Tupi e Macro-jê. Estes troncos dividem-se em 19 famílias lingüísticas. Assim como as diferentes línguas, eles têm culturas e maneiras diferentes de encarar a doença e a saúde.

Como já foi esclarecido anteriormente, a Fundação Nacional do Índio – Funai é responsável pela coordenação da política indigenista,mas, no entanto, sem recursos, sem um quadro de servidores condizentes com a demanda, e sem um programa de etnodesenvolvimento definido, pouco tem feito pela sobrevivência dos índios que se submetem a sub-empregos nas cidades próximas, ou ao trabalho escravo em fazendas ou, no caso específico do Mato Grosso do Sul, em destilarias.

Associado a este cenário, está o elevado crescimento da população indígena que, em média, é seis vezes maior que a população não-índia brasileira, questão que merece uma atenção especial do Poder Público. Há uma profusão de crianças e jovens nas aldeias a demandar políticas públicas específicas, que lhes garantam ter uma perspectiva de vida melhor.

As crianças indígenas têm graves problemas de saúde, inclusive problemas respiratórios, que estão em um crescente no Brasil todo. Estão crescendo os casos de tuberculose e de pneumonia entre crianças indígenas e, embora não exista uma identificação precisa das causas, segundo relatos ouvidos nesta CPI por representantes da Funai, o problema, entre outros motivos, está relacionado à condução inadequada da política de saúde indígena por parte da Funasa.

Há deficiências claras e, em certa medida compreensíveis, quando se considera a maneira como foi atribuída a Funasa a condução da política de atenção à saúde indígena, em 1999. A Funasa passou a atuar praticamente sozinha numa política pública cheia de especificidades, que não era de sua responsabilidade, na qual ela não tinha tradição nem condições adequadas de atuação. Com recursos humanos deficitários e falta de conhecimento de causa, restou ao órgão adaptar-se à realidade que se apresentava.

Procurou-se aplicar as nossas noções de saúde aos povos indígenas sem qualquer atenção às suas especificidades. Houve um desrespeito ao tratamento que os pajés davam aos doentes, uma incompreensão do modo de

vida desse povo. O processo de descentralização da saúde indígena, assim como do restante das políticas públicas voltadas para esses povos, está em consolidação, pois o processo de adaptação ainda está em curso. As diligências realizadas por esta Comissão puderam perceber o avanço da política de saúde indígena, tanto do ponto de vista normativo quanto de adaptação dos atores envolvidos nas ações de saúde indígena com a realidade cultural desse povos.

No quadro geral da política indigenista, a mudança de paradigma trazida pela Constituição Federal de 1988, trouxe para o Estado a obrigação de tratar de questões de especificidade, de questões de diferença. A burocracia estatal se viu, de repente, tendo que desenvolver políticas específicas para segmentos específicos da sociedade de maneira descentralizada.

Diante desse panorama, não é difícil perceber que para entender os fenômenos da desnutrição e da morte de crianças indígenas é fundamental considerar os aspectos antropológicos que interferem nas diferentes organizações sociais das etnias indígenas existentes no País.

Outro fator a ser considerado é a mudança cultural por que passaram os indígenas nas últimas décadas. O Brasil, de maneira geral, passou por um processo de profunda transformação na dinâmica social que se refletiu no arranjo social dos indígenas.

Hoje há um nível de interação, de relação intercultural dos índios com a sociedade brasileira, incomparavelmente maior do que foi 30 anos atrás. Isso tem conseqüências graves, por exemplo, do ponto de vista social, gerando o alcoolismo, e, na saúde, gerando as epidemias.

Por outro lado, podemos considerar benéfico o fato de os povos indígenas terem várias opções de futuro para eles, e de alguns deles, nos últimos anos, estarem trilhando seus caminhos de forma diferente de seus antepassados por escolha própria. Por exemplo, o acesso à universidade, a ida para as cidades para trabalhar e ter novas oportunidades, sem com isso, deixar de ser índio.

Houve uma mudança muito importante no perfil dos povos indígenas brasileiros nos últimos anos, e isso ainda é um fenômeno novo, inclusive pouco tratado. Como, por exemplo, a questão da urbanização de muitos indígenas, que estão migrando para as cidades, e nelas vivendo. Muitas cidades na Amazônia, sobretudo, têm uma população indígena significativa. Como Manaus, que tem mais de 20 mil índios.

Então, deve-se repensar, por exemplo, o atendimento diferenciado à saúde para os índios que vivem em centros urbanos, e não só no caso da saúde, mas também de outras questões de atendimento. Afinal, o Estado brasileiro ainda não está trabalhando com essa vertente.

Quando analisadas as causas da desnutrição de crianças indígenas, inegável é a influência que esses fenômenos exercem. Ademais, outros múltiplos fatores, vinculados à questão da saúde indígena de maneira mais ampla, também acabam por influenciar o nefasto quadro de desnutrição que vivenciamos. Entre eles, podemos citar a pressão que atividades ilegais exercem sobre as terras indígenas, como extração de madeira, garimpo, plantio de lavouras comerciais por não-índios no interior de terras indígenas, o arrendamento de terras indígenas para não-índios, diminuindo a área de plantio deles.

Esse quadro de ilegalidade, além de exercer uma imensa pressão sobre as terras indígenas, provoca dificuldade de identificar quem está trabalhando corretamente, dentro da legalidade. Quanto maior é a situação de ambigüidade, de pressão, maior é o conflito. Essas pressões, essas situações de conflito, geram uma vulnerabilidade social que é corroborada pela ausência do Estado Democrático de Direito no território. A Funai, representante máximo do Estado nas terras indígenas não se faz presente nas aldeias com a periodicidade e a atuação devidas, quiçá o restante da estrutura de governo.

Têm-se casos de lideranças indígenas que são cooptadas por essa ilegalidade que as cerca, muito em função da vulnerabilidade e da ausência do Estado. O conjunto de fatores de várias ordens aqui apresentado é que provoca situações como a da desnutrição, ora investigada por esta CPI.

A solução dessa questão não se resume ao aumento do número de cestas básicas, ou ao aumento da verba para a Funasa, tampouco se resolve com o aumento da área demarcada . A mudança deve ser estrutural e em diferentes áreas do governo simultaneamente.

O Estado brasileiro precisa se fazer presente em várias áreas do território brasileiro, nós precisamos ter a presença do Estado Democrático de Direito, ou seja, do Poder Executivo nas suas instituições de proteção, promoção e fiscalização. Essa presença é necessária e importante, tanto quanto a presença do Poder Judiciário e do Ministério Público, de tal forma que se possa vencer o grande desafio que se apresenta.

Vale ressaltar, inclusive, o fato de o Brasil ser o único país do mundo a ainda ter a possibilidade de se desenvolver e crescer sem prejuízo aos direitos humanos das populações minoritárias ou ao meio ambiente. Para tanto, é necessária a construção de um modelo próprio, único. Um modelo que permita ao país tornar-se uma grande nação, um grande mercado com uma economia pujante, sem com isso desguarnecer nossas populações tradicionais e nosso meio ambiente.

Nesse sentido, uma das possibilidades que se vislumbra é a associação das terras indígenas à necessária preservação ambiental. Essas áreas, hoje, principalmente na Amazônia Legal, estão entre as de vegetação nativa mais protegidas do país. Isso porque a presença dos indígenas nas áreas permite uma fiscalização e um acompanhamento que os órgãos ambientais não conseguem realizar nas unidades de conservação.

Os números são contundentes. As terras indígenas e as unidades de conservação representam 40% da Amazônia Legal, sendo que as terras indígenas correspondem a 23% desse total preservado.

A relação existente entre as terras indígenas, o direito desses povos e a sustentabilidade socioambiental que tem essas terras para o futuro do planeta, não podem passar despercebido, devem sim receber a devida atenção do Legislativo e do Executivo, de modo a viabilizar a proteção dessas comunidades indígenas, quem sabe, por meio do pagamento pelo serviço ambiental que elas prestam à humanidade, ao preservar áreas representativas de vegetação nativa.

5.3 Situação no Mato Grosso do Sul

Segundo a Funasa, o Mato Grosso do Sul tem a segunda maior população indígena do Brasil, com aproximadamente 63.000 indivíduos, localizados em 72 aldeias. O Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul, tem seus limites compreendidos dentro do Estado. A tabela 6 apresenta as etnias presentes no MS.

Sobre a situação do Sisvan no MS várias informações já foram apresentadas no item 5.1, sobre a atuação da Funasa, tornando-se desnecessária sua repetição. Para fins de complementação, apresenta-se o gráfico 4, extraído de relatório encaminhado pela Funasa a respeito da evolução do perfil nutricional de crianças menores de 5 anos no Dsei do MS.

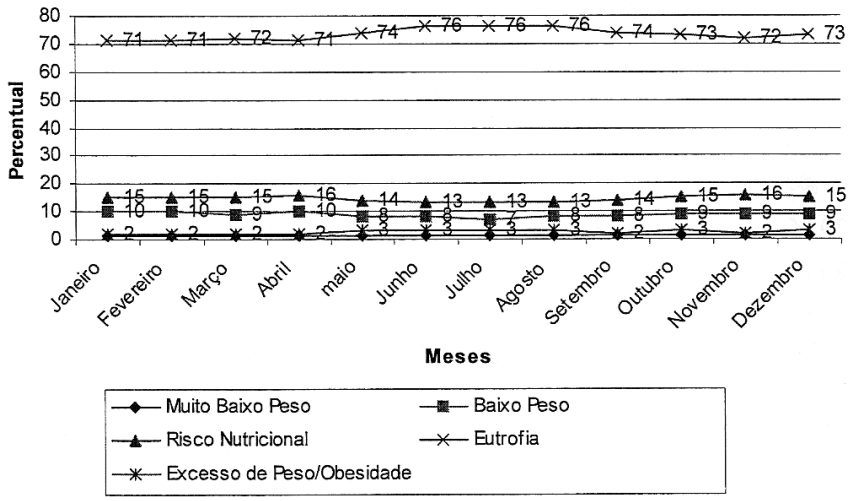
Nos gráfico 5 e 6, também extraídos do mesmo relatório, observam-se dados sobre óbitos em crianças no MS, que apresentam tendência de queda.

Tabela 6. Etnias indígenas presentes no Mato Grosso do Sul e populações. Brasil, 2007.

ETNIAS	POPULAÇÃO
ATIKUM	28
BORORO	11
CINTA LARGA	2
GUARANI	10070
GUARANI KAIOWA	464
GUATO	175
KADIWEU	1176
KAIOWA	29097
KINIKINAWA	128
OFAIE XAVANTE	61
TERENA	20940
XAVANTE	6

Fonte: Funasa

Gráfico 4 - Distribuição percentual do perfil nutricional encontrado nas avaliações mensais dos atendimentos **das crianças menores que 5 anos pelo** Sisvan Indígena no Dsei MS. Brasil, 2008.



Fonte: Funasa, Desai, Planilhas do Sisvan Indígena, 2008.

Gráfico 5. Freqüência de óbitos em crianças menores de um ano no Dsei – MS, de 2001 a 2007.

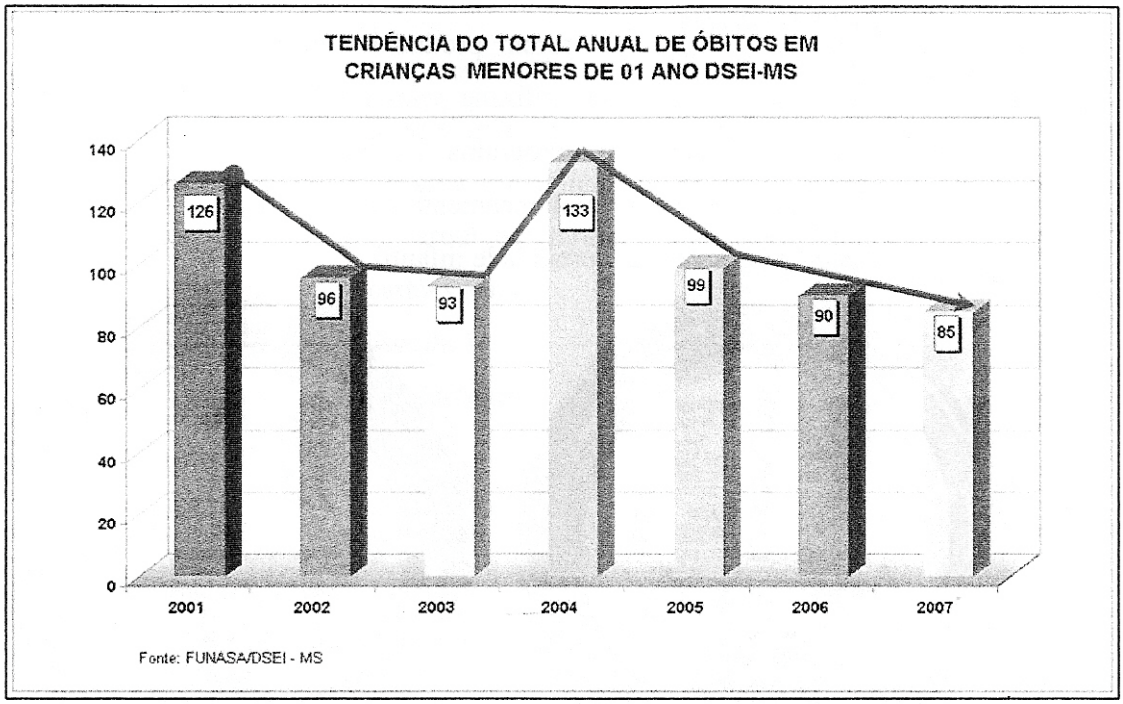
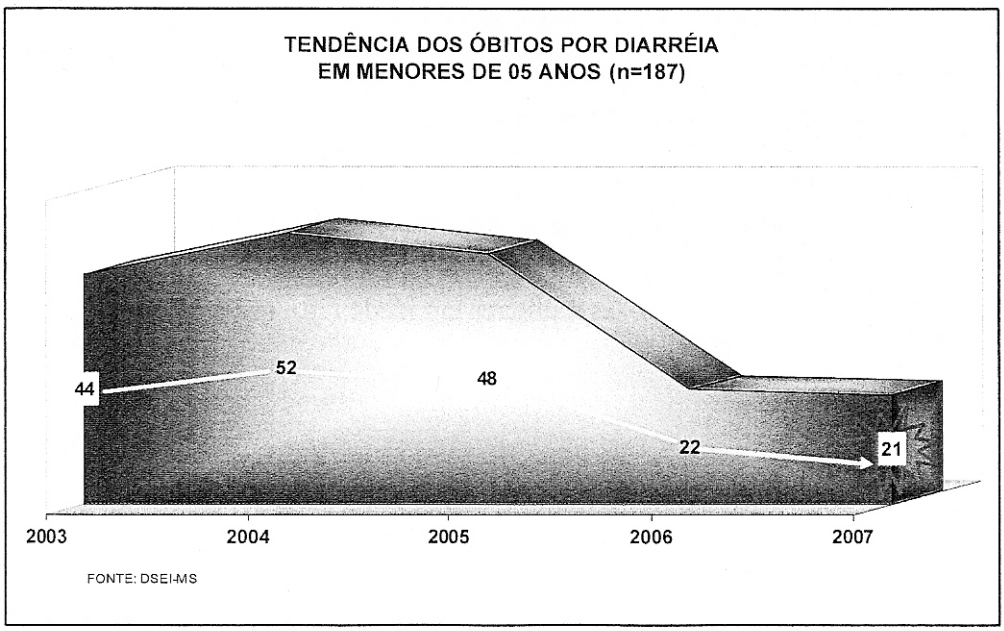


Gráfico 6. Freqüência de óbitos por diarréia em crianças menores de um ano no Dsei – MS, de 2003 a 2007.



5.3.1 – Audiência pública em Dourados

Durante a audiência pública realizada em Dourados (MS), o Sr. Josemar Nunes dos Santos, do Conselho Tutelar de Dourados, declarou que o Conselho Tutelar sofre limitações humanas e materiais para executar o seu trabalho – apenas cinco conselheiros e um veículo para atender a uma cidade de 180 mil habitantes, dos quais 12 mil índios. Apesar disso, vem logrando, em parceria com a Funasa e a Funai, realizar suas atividades, das quais, afirmou, a maioria referente a casos de desnutrição.

Segundo relatou, uma mudança na situação ocorreu em outubro de 2007, devido a ações da administração regional da Funai. Sob a alegação de interferência cultural, a administração estaria obstando a ação do Conselho Tutelar na comunidade indígena, não permitindo que solicitações de intervenção lhe fossem encaminhadas, senão após avaliação prévia da administradora regional, o que já haveria gerado descontentamento e críticas por parte de membros da comunidade.

Respondendo aos questionamentos dos Deputados presentes, relatou que nos casos de desnutrição o Conselho Tutelar presta atendimento basicamente em duas situações: a) quando após a Funasa haver atuado e o agente de saúde haver constatado a necessidade da internação da criança, existe resistência da família, quando realiza trabalho de convencimento; b) nos casos de evasão hospitalar, quando tenta localizar as crianças.

Manifestou também a convicção de que a solução do problema depende da melhoria das condições de vida e de auto-sustentação dos indígenas. Segundo ele, há necessidade de diálogo constante entre o Conselho e a Funai e a Funasa e as lideranças indígenas, pois há freqüentemente situações em que as posições iniciais são divergentes, e também situações de interdependência.

O depoente afirmou ainda que, contrariamente a denúncias publicadas, o Conselho Tutelar jamais encaminhou crianças indígenas para adoção, o que não está entre suas funções.

A Sra. Margarida de Fátima Nicoletti, Administradora regional da Funai para o Cone Sul, relatou que em maio de 2007 houve uma

mudança na estrutura da Funai em Dourados, passando de um núcleo para uma administração, responsável pela região sul do Estado, abrangendo 17 ou 18 municípios, com 38 aldeias e, aproximadamente, 17 ou 18 acampamentos indígenas. Para diagnosticar as demandas sociais, implementou-se convênio com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), quando começou seu trabalho.

Segundo ela, em maio de 2005, por determinação do Governo Federal criou-se na região o Comitê Gestor de Ações Indigenistas Integradas, integrado pelos Ministérios, Governos Municipais, Estadual e representantes da comunidade indígena, para pactuar as ações e políticas públicas destinadas à comunidade indígena. “Foi a partir de então que a Funai começou a se organizar, a melhorar o seu trabalho aqui na ponta”. Criou-se também um subprograma de segurança alimentar e auto-sustentação, pelo qual distribuem-se cestas básicas (desde outubro de 2007 a cargo da Funai; atualmente, 13 mil cestas mensais) e se cuida da agricultura de subsistência, mediante auxílio no preparo do solo.

A administradora afirmou que, devido à escassez de terras e espaço, surgem complicações como violência. Devido a isso, a Funai formalizou, em 12 de novembro de 2007, com o Ministério Público Federal, o Compromisso de Ajustamento de Conduta, a se iniciar em abril de 2008 com o prazo de 3 anos para se realizar

A Funai, relatou, passa por reestruturação após 20 anos sem realização de concurso. Hoje conta com a colaboração de 2 Procuradores Federais concursados, e prepara um plano fundiário, consistindo em 6 grupos para estudar as áreas indicadas pelos índios como suas, a fim de sanar o déficit de áreas de ocupação.

Respondendo aos questionamentos dos Deputados presentes, relatou ser de opinião que os costumes indígenas não mudaram. A aldeia de Dourados, porém, é muito próxima da cidade e muitas vezes há confrontos culturais. Afirmou que os indígenas vêm tendo oportunidade de estudar e de trabalhar com carteira assinada, mas não acredita que haja mudança na cultura.

As cesta básicas vêm desde outubro de 2007 sendo entregues à população indígena pela Funai; antes a Funasa as entregava, e até dezembro de 2006, também o Governo do Estado. A Funai vem realizando um trabalho em parceria com as Prefeituras e com o Governo do Estado no fomento

à agricultura de subsistência, porém carece de técnicos agrícolas e engenheiros agrônomos para acompanhar adequadamente, então as prefeituras vêm cedendo técnicos qualificados ao programa, que também recebe apoio da EMBRAPA.

Sobre o relacionamento da Funai com o Conselho Tutelar, afirmou ser bom, ao contrário de notícias divulgadas na imprensa, e que a Funai tem investido em capacitação e qualificação para todos os gestores da "Pasta" e todos os gestores sociais para que se possa intervir sem ferir a cultura indígena. Afirmou que a Funai está investigando em conjunto com a Polícia Federal as denúncias de arrendamento de terras indígenas, e intimando pessoas para prestarem esclarecimentos.

A depoente relatou que ingressou na Funai por critérios técnicos, devido ao trabalho que realizava como assistente social (há quanto tempo não informou) e que em outubro de 2007, assumiu a administração, a pedido do Presidente, inicialmente por 60 dias, após o que continuou a pedido de uma comissão de indígenas que se deslocou até Brasília.

Afirmou acreditar que as mortes de crianças poderiam sim ter sido reduzidas, se tivesse havido "um trabalho a contento". Citou programas sociais que transferem recursos fundo a fundo com os municípios, que executam e coordenam as ações: Bolsa Família, CRAS Indígena, PETI Indígena, além de outros aposentadorias e benefícios sociais ligados ao INSS, com o qual a Funai contribui para permitir acesso aos índios.

Defendeu que a Funai deve ser reestruturada; o presidente da Funai vem trabalhando para realizar concurso e qualificar a equipe no atendimento aos povos indígenas.

A Funai recebia anualmente 600 mil reais; em 2007 recebeu mais 900 mil reais de emenda parlamentar e mais 450 mil reais de projetos com o MDS recebeu mais 450, portanto aumentou seus recursos em aproximadamente 1 milhão e 500 mil reais.

A expansão das terras indígenas é uma demanda freqüente das lideranças. Muitos grupos não têm onde plantar, estando restritos à terra suficiente para habitar, portanto a expansão, ainda que por si não vá resolver, contribuiria para a diminuição dos problemas,.

O Comitê Gestor funciona só na região sul do Estado do Mato Grosso do Sul e trabalha com a Funai, fazendo articulação com os demais

Ministérios e Governos. As emendas e o recurso provindo do MDS foram obtidos mediante seu trabalho.

Registrar e informar números de óbitos, disse, é competência da Funasa, porque a Funai não coordena a saúde indígena. Segundo ela, houve melhora expressiva no atendimento da Funai, após a mudança de núcleo para administração. A Funai passa por num processo de reestruturação, qualificando seus técnicos, contratando e procurando realizar concurso público. Após 3 anos de solicitações, hoje a Funai conta com: 2 Procuradores Federais na Funai; em parceria com a Secretaria Nacional de Direitos Humanos, um advogado, intérprete, estagiários de Direito e, a partir de 2005, assistente social, porém ainda há carência de quadros.

Negou haver crise local entre Funai e Funasa. Perguntada se avaliava ser a sua presença suficiente para diagnosticar efetivamente as questões indígenas, respondeu negativamente, dada a dimensão da população. Afirmou prestar relatórios pormenorizados quase diários ao Presidente da Funai, e solicitar freqüentemente providências para fazer concurso público, melhorar o atendimento e qualificar pessoal, o que não ocorre há 20 anos, e para o que existe um projeto.

Sobre sua filiação partidária, respondeu ter-se filiado ao PT em 1999.

À solicitação do Deputado Geraldo Resende de informações detalhadas sobre os projetos de desenvolvimento sustentável da Funai dentro das reservas indígenas de Mato Grosso do Sul e sobre as atividades do Comitê Gestor, a depoente respondeu necessitar responder por escrito, comprometendo-se a fazê-lo e encaminhar à CPI os documentos. Instada a prestar esclarecimentos, declarou existirem programas de fomento à agricultura de subsistência, com o apoio das Prefeituras, do Governo do Estado e da EMBRAPA; de piscicultura, através de Carteira Indígena, que consiste na construção de açudes, nos quais são colocados peixes; trabalhos sociais em parceria com a Prefeitura (PRAS Indígena, PET Indígena e encaminhamentos ao INSS). Afirmou ainda que a Funai aperfeiçoou o fornecimento de documentos, agora entregues em tempo hábil.

O Sr. Demétrios Lagos Pareja, Coordenador de Convênios da Missão Evangélica Caiuá, fez um histórico da atuação da Missão, conforme relatou, uma entidade filantrópica sem fins lucrativos das Igrejas Presbiteriana

Independente e Presbiteriana do Brasil, que iniciou sua atuação em Dourados em 1928, portanto antes da fundação da cidade, em 1935.

A Missão situa-se ao lado da reserva indígena e além das dependências administrativas mantém um hospital cujos atendimentos, afirma, são todos gratuitos ou realizados pelo Sistema Único de Saúde, e 100% prestados à comunidade indígena.

Em 1999, a Funasa assumiu a gestão do subsistema da saúde indígena no Brasil e criou os trinta e quatro Distritos Sanitários Especiais Indígenas, entre eles o Dsei do MS. A Funasa então buscou parcerias com organizações não-governamentais para ajudar na execução e na administração do subsistema. No Mato Grosso do Sul, a Funasa assinou com a Missão Caiuá o convênio de número 435/99, e a partir do início de 2000 a Missão Caiuá tem participado do programa de saúde familiar indígena, portanto desde o começo da gestão da saúde pela Funasa.

No Mato Grosso do Sul foi formado, por iniciativa do então administrador do Dsei, Dr. Wanderley Guenka, o primeiro Conselho Distrital de Saúde Indígena do Brasil, o que, segundo ele, tem permitido efetiva participação da comunidade.

O Sr. Pareja relatou que as ações da Missão Caiuá foram exitosas, caracterizadas pela boa gestão de recursos e pela transparência das contas, que deram renome à Missão. Até 2003, a atuação cresceu em abrangência, incluindo a gestão de frota de veículos, manutenção, e, por algum tempo, a aquisição de medicamentos, e insumos, com bons resultados que se traduziram na melhora dos indicadores de saúde.

A partir do final de 2003, todas as aquisições passaram a ser feitas obrigatoriamente conforme a Lei de Licitações (Lei nº 8.666, de 1993). A Funasa centralizou as aquisições e a Missão Caiuá passou a limitar-se ao controle social e contratação de recursos humanos. Atualmente a Missão contrata cerca de 600 funcionários para a Fundação Nacional de Saúde. “São 418 aqui, no Mato Grosso do Sul, mais cento e poucos em cada um dos outros 2 Estados”.

O depoente reafirmou atribuir o recrudescimento dos indicadores à mudança na gestão em 2004, mas citou a existência de relatos de desnutrição desde 1931, pelo então médico da Missão Caiuá. Manifestou ainda que avalia que o trabalho realizado pelos órgãos de saúde vem sendo realizado a contento, porém ao receber alta, as crianças não podem mais ser assistidas

pelos recursos da saúde, e o trabalho dos outros órgãos não estão correspondendo às necessidades.

Respondendo aos questionamentos dos Deputados presentes, declarou considerar o Programa de Saúde Familiar Indígena excelente, por prever uma equipe multiprofissional, atendimento domiciliar e respeito às diferenças culturais. O Programa de Saúde Familiar Indígena do Mato Grosso do Sul foi construído até 2004 e se tornou modelo a nível nacional e para a UNESCO, a ponto de atrair habitantes do Paraguai interessados em ter acesso a ele. Avalia que desde 1999 houve um grande avanço. Na mortalidade infantil, principal indicador, havia 140 óbitos por mil nascidos vivos em 99, decrescendo mais de 15% ao ano. Em 2004, com a mudança de gestão, houve um agravamento nos indicadores. Com a ação específica da Comissão Nacional, voltaram a cair os indicadores.

O depoente considera que a questão da desnutrição é maior do que a saúde, porque é uma comunidade com IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) muito pior do que a média nacional, no entanto, os indicadores, pelo menos no Mato Grosso do Sul, estão próximos da média nacional, o que demonstra que o PSFI, em Mato Grosso do Sul, é um programa de saúde familiar de grande efetividade, com médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde indígena treinados e trabalhando nas aldeias.

Sobre a terceirização do trabalho da Funasa, relatou que o Ministério Público do Trabalho e a Controladoria-Geral da União entendem ser ilegal, e que o Tribunal de Contas da União, em parecer solicitado pela Funasa, haveria autorizado a Funasa a continuar até que haja alternativa. Segundo ele, existem grandes dificuldades para manter servidores de carreira trabalhando na saúde indígena. A política salarial da saúde indígena no Mato Grosso do Sul é discutida e aprovada pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena, que o depoente relatou ser superior à dos servidores públicos estatutários.

A Missão Caiuá não recebe taxa administrativa pelos convênios, que atualmente são três. Convidados a administrar a situação dos Maxacalis em Minas Gerais, obtiveram, segundo ele, em 2003, uma redução de 90% da mortalidade dentro da aldeia; convidados para prestar serviços também no Maranhão, a partir de julho de 2007 conseguiram efetivar trabalhos. Forneceu os valores dos convênios: **no Maranhão, 2 milhões, 998 mil e 517 reais; em Minas Gerais, 2 milhões 960 mil reais; no Mato Grosso do Sul, 11 milhões e 100 mil reais.** Referiu-se ao relatório entregue à CPI, em cujas páginas 75 a 77

encontra-se detalhada a informação sobre os funcionários da Missão, ressaltando que o mesmo foi confeccionado pelo Departamento de Saúde Indígena, do Dsei — Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul, que recebe todas as informações e prestações de contas, e as aprova com o acompanhamento do Controle Social. Segundo ele, as contas jamais foram reprovadas.

O depoente foi enfático em afirmar que considera os recursos financeiros para a saúde indígena no Mato Grosso do Sul "significativos, bem aplicados e suficientes". Afirmou também que hoje, a Funasa não tem condições de assumir o trabalho, e que o mesmo é feito em co-gestão, ou seja, os funcionários contratados pela missão da Caiuá estão sob responsabilidade do gestor público, o chefe do Dsei.

Até meados de 2004, a Missão era responsável por 60% das ações de saúde indígena. A partir da mudança da IN 001, da Secretaria do Tesouro Nacional (que passou a exigir das empresas privadas em convênios com o Governo Federal a execução e o cumprimento integral da Lei nº 8.666/93, Lei de Licitações), a Missão Caiuá afastou-se de grande parte das ações que fazia, como compra de medicamentos. Na época, também, mudou a gestão do Distrito Sanitário Especial Indígena. A Missão, segundo informou, aplicava recursos em capacitação de profissionais e aquisição de medicamentos, um rol de 100 itens, dos quais jamais teria havido falta. A Missão Caiuá passa anualmente por auditorias da Fundação Nacional de Saúde e da CGU, Controladoria Geral da União, sem que se tenha constatado irregularidade.

Segundo o Sr. Pareja, a mortalidade infantil (entre os indígenas do MS) hoje é devida principalmente à natimortalidade e outras causas que não a subnutrição. Sobre o aumento no indicador de mortalidade infantil em 2006, afirmou dever-se à queda na natalidade, uma vez que o número total de óbitos em menores de 1 ano de idade decresceu. Para ele, o programa não consegue diminuir mais a taxa de mortalidade, porque existem outras dificuldades socioculturais que precisam ser transpostas.

Em Dourados, o Programa de Saúde Familiar Indígena conta com 5 equipes. No Estado existem os pólos e em cada pólo é dimensionada uma quantidade necessária de equipes: Amambaí tem 3, Iguatemi tem 1, dependendo da população atendida. As equipes são completas, com médico, enfermeiro e 2 auxiliares de enfermagem.

O Sr. Fernando da Silva Souza, presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena – Condisi, fez uma explanação sobre o Condisi, uma instância de participação social composta por usuários, trabalhadores e gestores, com base legal na Lei nº 8.142/90 e constituído de acordo com a Resolução nº 333, de 2003, do Conselho Nacional de Saúde. O Condisi acompanha as ações de saúde desenvolvidas pelas instituições municipais, estaduais, federais e ONGs relacionadas à saúde indígena; discute, elabora e aprova o Plano Distrital de Saúde Indígena; implementa e articula, na organização e na capacitação, a participação social indígena em todo o processo; atua na formulação e no controle das políticas de saúde desenvolvidas por todas as instituições, públicas, privadas ou organizações não-governamentais; acompanha e fiscaliza as aplicações de recursos públicos direcionados à saúde indígena.

Está composto de 32 membros: 16 são usuários indígenas, representantes de todas as etnias do Estado de Mato Grosso do Sul, de todas as regiões; 8 são representantes de organizações não-governamentais, as ONGs, que são os gestores e prestadores; e 8 são trabalhadores em saúde. Foi o Conselho Distrital de Saúde Indígena que, em janeiro de 2005, denunciou a elevando o índice de mortalidade infantil indígena.

O Sr. Fernando relatou que houve muitas ações de todos os níveis de governo desde 2005 para combater os problemas havidos, mas considera as medidas meramente paliativas. Manifestou dúvidas em relação à capacidade da CPI, dado o tempo exíguo de atuação, de diagnosticar a apontar as soluções. Segundo ele, a criação da Funasa e sua designação para atuar na saúde indígena representou um progresso, porém avalia que os efeitos reais ainda são insuficientes. Afirmou que o Mato Grosso do Sul encontra-se em situação adiantada em relação ao resto do Brasil, com 100% das aldeias oficiais regularizadas e agentes de saúde indígenas e equipes multidisciplinares de saúde indígena atuando constantemente e com bons resultados. Porém, a seu ver, atingiu-se o limite do que se pode obter com tais medidas, pois a falta de terras, a violência, o alcoolismo e as drogas influenciam negativamente o padrão de vida e saúde.

Por fim, defendeu que a solução para mudar a situação atual passaria pelo trabalho da terra e geração de riqueza, para o que seria necessário apoio estatal.

Respondendo aos questionamentos dos Deputados presentes, afirmou que houve sem dúvida avanços na atenção à saúde indígena

em Dourados, e que a melhora reflete as ações de atenção básica desenvolvida pelas equipes multidisciplinares de saúde indígena, cuja ação intensificada, reorganizada e constante dentro das aldeias, fez reduzir significativamente a morte de crianças indígenas ao longo dos últimos 3 anos. Mas ressaltou ser preciso discutir a saúde de forma ampliada, focalizando além da atenção básica, as questões da alimentação, da moradia, do saneamento básico, meio ambiente, renda e educação. Disse que o Conselho Distrital tem discutido longamente como implementar tais ações, até com as participações de representantes do Ministério Público Federal, da Funai e do Ministério Público do Trabalho.

Citou o que chamou de problemas pontuais, administrativos e burocráticos que impedem a atuação mais efetiva das equipes de PSFI, como o fornecimento de medicamentos. São 130 itens que a Funasa disponibiliza para a população indígena cuja aquisição está centralizada em Brasília, e que devido a entraves burocráticos têm o fornecimento interrompido.

Em relação ao abastecimento de água dentro do Estado de Mato Grosso do Sul, afirmou ainda ser muito deficiente, devido a especificidades das comunidades indígenas, que demandam mais recursos e por vezes excedem os limites orçamentários. Mas os progressos são expressivos: em Dourados, na Aldeia Bororó, há atualmente 76 mil e 800 metros de rede de água, atendendo a 98% da população. Em Jaguapiru, 47 mil, 750 metros de rede, que atendem a 89% da população. O depoente considerou que “atingir 100% é difícil, porque cada dia, diariamente, semanalmente, aparece casa nova aqui, lá, lá, e essas pessoas, essas famílias exigem esses benefícios”. Por vezes, a Funasa é obrigada pelo Ministério Público Federal a instalar fornecimento de água para recém-chegados não incluídos no planejamento. Devido ao aumento diário do consumo, e da falta de racionalidade no uso, ocorrem faltas ocasionais de água, mas não são graves.

Os problemas sociais, de alcoolismo, e drogas, têm aumentado os casos de desnutrição. Há famílias que são dependentes de álcool, de drogas, que têm crianças menores e as negligenciam. São problemas sociais que não competem à atenção básica, estão mais para a ausência de outras ações políticas, como a questão da renda, do emprego, da educação. Num levantamento feito pelo depoente, quase na sua totalidade das crianças mortas por desnutrição o grau de escolaridade das famílias era zero.

A Sra. Bela Barros, Relatora, como Deputada Estadual, da CPI da desnutrição e Mortalidade Indígena realizada pela Assembléia Legislativa

do Estado de Mato Grosso do Sul em 2005, afirmou que o Estado brasileiro sempre pecou por fazer política indígena sem a participação dos índios, apesar de haver entre eles profissionais, inclusive profissionais liberais, de diversas áreas. Criticou, também, a falta de gerenciamento da aplicação dos recursos. Segundo ela, os trabalhos da CPI permitiram concluir que os recursos existentes são satisfatórios para proporcionar aos índios dignidade de vida, porém não chegam até as aldeias, por haver diversos problemas: desvio de finalidade, superfaturamento "em todos os programas", ausência de acompanhamento e de fiscalização, terceirização de serviços. Outro entrave seria a dificuldade em lidar com as diferentes realidades das aldeias. As ONGs mostram preocupação, porém seus trabalhos visam somente a terra, a área de terra para cada índio, sem focar a auto-sustentação das famílias indígenas. A Funai, afirmou, tem o mesmo comportamento. A seu ver, a questão indígena tem sido alvo de outros interesses, mesmo em órgãos públicos.

A Comissão Interministerial criada para enfrentar os problemas determinou o fornecimento de água potável cem por cento nas aldeias, com repasse de dois milhões e meio de reais, e o trabalho até hoje não foi concluído. Na época, seria a conclusão de 402 residências. A comissão interministerial acrescentou 400 casas. Além disso, o recadastramento, para incluir todas as famílias indígenas no Programa Bolsa Família, a inclusão de 400 vagas para jovens no Primeiro Emprego. Em 40 dias, foi determinado pela comissão interministerial a construção de 2 Casas da Família, para atender a mil famílias, cada uma; a depoente desconhece a implementação das medidas. Outra determinação inefetiva foi a distribuição e plantio de diferentes tipos de árvores frutíferas, pela EMBRAPA.

Nas respostas aos questionamentos dos Deputados presentes e considerações finais, a Deputada afirmou que as aldeias receberam a instalação de rede de distribuição de água, mas o abastecimento não ocorre. Segundo ela, às vesperas da chegada de representantes dos Poderes constituídos, realizam-se operações massivas para mascarar a falta de providências. Reconheceu que houve melhoras na atenção à saúde indígena, a cargo da Funasa, mas reforçou a informação que houve muitos desvios de recursos, conforme registrado no relatório da CPI da Assembléia Legislativa do MS, e que, segundo denúncia da imprensa, havia grande quantidade de alimentos em estoque na época do aumento de mortes por desnutrição, porém não foram distribuídos para os índios.

Segundo a Sra. Bela Barros, os fatos apurados pela CPI foram denunciados à Procuradoria-Geral da República, ao Ministério da Justiça, ao Departamento da Polícia Federal, à Controladoria-Geral da União, ao Tribunal de Contas da União, ao Ministério da Saúde, ao Ministério das Cidades, à OAB e a vários outros órgãos, com envio de cópias, e até o momento não se verificaram providências concretas. A empresa AC Construtora, cujo endereço não foi encontrado durante o trabalho da CPI, tinha um contrato para construir 402 casas. Dois anos depois do início da CPI, apenas 56 casas estavam sendo construídas; 2 desabaram e 1 com as pessoas dentro de casa. Projetos premiados e noticiados nacionalmente, como os açudes e aviários, jamais foram implementados.

5.4 Situação no Maranhão

5.4.1 – Audiência pública em Imperatriz

Durante a audiência pública realizada na Câmara Municipal de Imperatriz (MA), o Sr. Licínio Brites Carmona**,** Coordenador do Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão — Dsei/MA, informou que veio do MS há 8 meses para tentar organizar a saúde indígena dentro do Maranhão. Segundo a Funai existiriam 258 aldeias no estado, mas já existem 300 aldeias cadastradas pelo Dsei do Maranhão. Atualmente existem 2 pólos-base e 18 subpólos. O ideal seriam 6 pólos-base, pois reduziria a quantidade de viaturas e a quantidade de material necessário.

Detectou vários casos de subnutrição, mas apenas há registro de um caso de óbito por desnutrição em 2006. Embora existam quase mil servidores trabalhando diretamente com a saúde indígena, os dados sobre a situação de saúde não eram repassados. Relatou escassez de veículos e dificuldade com estrutura para o atendimento à saúde.

Indicou que o convênio com a Missão Evangélica Caiuá é de 3 milhões e 100 (anual e dividido em 4 parcelas) para contrato de pessoal. Quanto aos óbitos infantis informou o registro de 16 óbitos em 2006 e 28 óbitos em 2007. O índice de mortalidade infantil em 2006 foi de 41,5 por 1.000 nascidos vivos e em 2007 foi de 55,3. Considerou muito alto, mas “para a dificuldade do trabalho, acho que nós estamos conseguindo reduzir essa mortalidade,... Nós

temos procurado melhorar esses dados, porque vinham muitos dados sem atestado de óbitos, e isso não tem como considerar".

Destacou que o investimento da saúde indígena provém de vários tipos de investimentos: hospitais referenciados, que recebem incentivos (R$ 967.344 para 11 hospitais da região); a SAES, que recebe 9 milhões, 254 mil e 400, em 9 municípios. Com a Portaria 2.656, de 17 de outubro de 2007, 16 municípios receberão incentivos. À Funasa, para administração direta do Distrito Sanitário Especial Indígena, são **6 milhões** de Reais, para compra de medicamento ("algum medicamento que seja necessário"), combustível, e todo o trabalho para ser feito de uma administração direta do Dsei.

Quanto ao relacionamento com a Funai, declarou que:

> *"até tinha um relacionamento mais estreito com o administrador de São Luís, que é mais próximo a nós, quanto à Funai de Imperatriz, nós temos muito pouco contato, muito pouco, muito raro. Agora, quanto à Funai de Imperatriz, temos uma deficiência mesmo entre nós, nós não nos comunicamos. Não, não é nada contra o servidor, nem contra a pessoa dele. É falta de oportunidade mesmo, porque nós temos uma demanda muito grande dentro do Dsei,* ***e eu sou sozinho****. Eu tenho que assinar os documentos, eu tenho que receber os indígenas lá. Então eu sou sozinho dentro do distrito. A minha saída do distrito é muito raramente. ... a documentação que chega é muito, a demanda de serviço burocrático é muito para mim, sozinho".*

Afirmou que todos os servidores para atender a ponta são contratados pela SAES, pelo município.

> *"Até então nós não tínhamos um instrumento para estar cobrando do município. A partir dessa Portaria 2.656, que nós estamos implantando ainda, é que nós vamos ter um documento, um instrumento para estar cobrando dos municípios como deve se realizar o trabalho. Hoje nós estamos pedindo favor aos municípios: "Ah, dá para fazer isso?" Não temos instrumento, um documento que direcione o trabalho da gente quanto ao atendimento dentro da aldeia. Mas eu acredito que a partir do dia 5 em diante nós vamos estar fazendo uma participação junto com os municípios. Já fizemos o primeiro contato com ele lá em São Luís com os Prefeitos, Secretários, com o Ministério Público, com os indígenas do Conselho, a Funai*

esteve presente. E já tivemos o primeiro contato com ele, e do dia 5 ao dia 16 vai estar fazendo as pactuações dentro do município".

"Hoje, nós temos um horror de servidores. Hoje são 980 servidores para atender à saúde indígena do Maranhão. A dificuldade que nós temos dentro do atendimento é que... Vamos supor, vamos colocar nesses termos assim: uma etnia briga, eles discutem e já formam outra aldeia. Aí, essa aldeia já quer um carro, um médico, um enfermeiro, e nós não temos condições de fazer isso".

O Sr. Lourenço Krikati, Coordenador das Organizações e Articulações dos Povos Indígenas do Maranhão — Coapima, assinalou a deficiência na vacinação, a existência de equipes de profissionais de saúde, mas sem recursos para prestar atendimento. Mencionou que há crianças maltratadas, que ficam amarradas por falta de medicamento para controle. Salientou a situação de maltrato às pessoas na Casai, devido à falta de condições do local. Faltam: água para beber, colchões, lençóis e material de limpeza. Muitos não suportam ficar no local.

Referiu que o acompanhamento dos doentes dentro da aldeia é deficiente e faltam medicamentos.

"Desde que a Funasa assumiu nossa saúde, muitas coisas mudaram para nós. As doenças chegaram mais para nós. Sabemos que não só o medicamento que cura, mas sim a alimentação precisa do lado. A Funasa não se preocupa. Hoje, não tem programa, para que nós tenhamos alimentação de qualidade para acompanhar, para o tratamento daquelas doenças." Ao contrário da Funasa, percebe a Funai como "um órgão que sempre, em qualquer situação, está sempre do nosso lado".

Informou que algumas comunidades estão anseiam por uma agricultura com mais qualidade, até mesmo para diminuir a desnutrição.

"O maior problema que nós estamos enfrentando é a entrada de madeireiros, de grandes madeireiros. Nós temos uma área de preservação indígena no Maranhão — Alto Turiaçu, Araribóia —, mas muita entrada de madeireiras. Com essa entrada de madeireiras vêm... as próprias pessoas que entram usam entrada de alguns produtos para destruir: bebidas alcoólicas entram nas terras indígenas, nas comunidades; a ganância, também. Trazem pequenos objetos e trocam por madeira, enganando o índio, porque há necessidade".

(...) "A terceirização da saúde, hoje, para nós, é mais uma armação para destruir a nós, povos indígenas. Entra e acaba com a união. O próprio convênio que veio destruiu as lideranças, dividiu povos, dividiu comunidades, porque não houve preparação de índio na época. Não houve sequer um treinamento para se entregar recurso para administrar. A Funasa tirou a responsabilidade dele. E nós sabemos que, num documento, realmente a responsabilidade inteira é da Funasa, desde acompanhamento, desde profissionais e treinamento de profissionais. Uma coisa que nós esquecemos também, respondendo, é por que nós não queremos a terceirização? Porque, às vezes, não são preparados os profissionais. Contrata-se sem sequer uma preparação e joga aonde que cria problemas para os profissionais. Nós não aceitamos. Nós não aceitamos porque nós já conversamos sobre isso. Não à terceirização da saúde indígena. Nem para o município nós não queremos! Por quê? o município que recebeu 500 mil reais, se gastou 200, 300, ninguém sabe para onde que foi. tem programa que chega no município, não chega na comunidade, não chega para a população indígena".

Demonstrou receio de uma "terceirização para as prefeituras".

"Nós temos prefeitos que são inimigos declarados dos nossos parentes indígenas por município, por questões históricas, por questões pessoais, por questão administrativa, por questão política. Em Grajaú: nós temos essa afinidade com a Prefeitura municipal, que repassa integralmente o recurso que é repassado para contratação de profissional. Mas nós temos município também, prefeito aí, que ele contrata o irmão dele, a irmã dele como secretária de saúde. Por trás disso, também contrata ela como médica da saúde indígena ou como odontóloga da saúde indígena. E para nós é complicado. E quando se pede uma prestação de contas desse recurso repassado para as prefeituras para que eles apresentem para o Conselho Distrital, até para a própria Funasa, eles simplesmente **não mandam a listagem desses profissionais nem para a Funasa nem para o Conselho Distrital**".

Considera a cesta básica como um paliativo, que não dá resposta de fato àquilo que se precisa, "porque a cesta básica chega em um mês, depois chega a 2 meses e depois chega no outro. E, por outro lado,

vicia”.”Nossa sugestão, é que a Funai tenha um aporte maior de recurso, para que faça um programa voltado para as comunidades indígenas, para que tenha um retorno de fato na questão da produção agrícola nas comunidades indígenas”. Destacou a retenção de cartão de aposentado pelos comerciantes nos municípios. “Está fora do contexto? Está, mas só estou falando como observação, porque a causa de retenção desses cartões também está levando mais fome para nossas aldeias, porque tem aposentado recebendo 15 reais por mês”.

Afirmou que em sua comunidade não há problema de rejeição a crianças com deficiência. Mencionou que o Conselho Tutelar sequer chega nas aldeias.

Para melhorar a mortalidade e a destruição das crianças crê que o Dsei deveria ter a sua autonomia administrativa, financeira, orçamentária, para “podemos ter liberdade de pelo menos discutir junto com os próprios profissionais da Funasa. “A vacinação é o primeiro passo. Eu acho que o caminho é sentar e discutir para encontrar o caminho”.

O Sr. Jose Arão Lopes, Vereador, membro da Comissão Nacional de Políticas Indigenistas — CNPI e representante da etnia Guajajara de Grajaú, também destacou a falta de transporte. Não entende por que a Funasa passa praticamente 9 noves para fazer um processo licitatório para locação dos veículos. Em Grajaú, por exemplo, há uma viatura para dar assistência a aproximadamente 5 mil indígenas. Sobre os programas de saúde, teve conhecimento de que os dados do Sistema de Informação da Funasa, em Brasília, teriam a informação de “que não houve óbito de criança em 2006, mas nós temos óbitos sim!” Queixou-se do registro insuficiente de doenças como a tuberculose (só os doentes mais graves que vão à cidade estariam sendo registrados).

Sobre a desnutrição em crianças também citou a responsabilidade da Funai, pois não existe um programa do governo desenvolvido, pelo menos na região de Grajaú, sobre a questão da alimentação. “Nós não somos prioridade para governo nenhum, nem para o Governo do Estado nem para o Governo Federal”.

Trouxe fotografia de índio da região do Bananal com desnutrição e mencionou que existem vários casos.

Informou que faltam medicamentos. O medicamento foi suspenso pelo fornecedor por falta de pagamento. Na região do Bananal, por exemplo, um pai está amarrando uma criança de 8 anos todo dia no pé de uma mesa lá e só desamarra à noite, "porque não tem remédio controlado para essa criança tomar".

A equipe multidisciplinar do PSFI está sem a menor condição de trabalho. "Faltam até termômetros". Mencionou que existem Casai, que a Funasa não reconhece. "Temos feito propostas para a Funasa, para que de fato ela assuma essas referências, mas a Funasa até então não apresenta uma proposta concreta de assumir essa responsabilidade. A Funasa não está pagando nada de Casai, de conta de água, de luz na nossa região de Grajaú".

Apresentou crítica à administração executiva da Funai de São Luís.

> *"Em setembro do ano passado, o Presidente da Funai, o Sr. Márcio Meira, através de uma portaria, extinguiu 3 núcleos da Funai de Barra do Corda, 3 chefes de núcleos com 9 chefes de postos indígenas da Funai, daquela região de Barra do Corda. Então, desde setembro do ano passado, através de uma portaria que foi emitida no dia 10 de setembro, e lá os parentes, desde aquela época, estão jogados à própria sorte. Nós entendemos que a Funai é uma instituição que a pessoa, para administrar a Funai, seja ele a nível central, seja ele principalmente nas administrações regionais, que tenha pelo menos um pouco de identificação com a comunidade indígena com a qual aquela pessoa vai trabalhar. E aqui, em São Luís, nós tivemos uma surpresa com a nomeação de uma assessora da Deputada Helena, do PT, da Deputada Estadual. A sua assessora Cláudia Cristina foi nomeada para ser Administradora Executiva da Funai em São Luís. Para nós isso foi uma afronta! É uma derrota para o movimento indígena, para nós, lideranças indígenas! ...Ela esculhamba, desafia as lideranças indígenas por telefone, não... diz que o atendimento com ela tem que ser daquele jeito, porque ela é quem manda na Funai de São Luís".*

Sobre a causa de o Condisi não avançar no Estado do Maranhão destacou, primeiro, porque depende da Funasa para realizar suas reuniões.

> *"Por 2 vezes nós já agendamos reuniões e elas foram adiadas. Na maioria dos casos, a Funasa não tem respeitado as decisões do Conselho Distrital. E, em relação às questões das divisões, que a Funasa teria dito que as comunidades indígenas se dividem para depois pedir carro, para pedir isso e aquilo, eu tenho uma observação a fazer. A própria Funasa tem alimentado essas divisões, inclusive proporcionando, ofertando inclusive esse tipo de situações."*

O Sr. Antônio Kakrose, Chefe do Subpólo de Saúde Kanela, da Funai em Barra do Corda, também mencionou a deficiência de transporte. Há apenas uma viatura para 5 mil pessoas. Quando a viatura vai para a revisão em São Luís, passa 15 dias e a situação piora. "A gestante não faz prevenção por falta de viaturas". Referiu que a Funai oferece alguma ajuda (até com medicamentos). Há falta de material odontológico. Trouxe certidões de óbito para comprovar a morte de indígenas, contrapondo-se à deficiência dos registros oficiais.

Destacou a discriminação que os indígenas sofrem nos "municípios, até nos próprios hospitais, os prefeitos, alguns profissionais".

Considera que a contratação de profissionais não deveria ser conveniada com a prefeitura, mas ser contratada direto pela Funasa. "Já que a Funasa assumiu, tem toda a responsabilidade, faça uma forma para fazer o contrato direto com esses profissionais, não terceirizar pela prefeitura nada".

O Sr. Jonas Gavião**,** Representante da etnia Gavião, da Aldeia Governador, também se queixou do transporte deficiente, do inadequado registro dos óbitos e da imunização que não se realiza no período adequado.

> *"Para nós isso acontece tudo atrasado. Quando acontece na cidade, para nós não é realizado imediatamente. Às vezes acontece depois de um mês, de 2 meses, de 3 meses, como até nesse momento não tem vacinação levada para aldeia para vacinar criança.*

No caso dos Gavião, em Amarante, mencionou caso de três mulheres, que não fizeram pré-natal durante a gravidez. "Aí, quando foram ganhar neném, a criança não resistiu, faleceu, dentro do hospital e umas dentro

da aldeia". Também mencionou que no plano da Funasa, os pólos deveriam ser criados dentro da comunidade indígena. "Tá no projeto, tá no plano, mas não acontece na realidade". Solicitou apoio dos Deputados, para o desenvolvimento da agricultura entre os povos indígenas, para melhoria de sua alimentação.

Referiu que a Aids "está surgindo muito". "No levantamento que a gente fez, tem 18 casos". Também referiu que há "assassinato de povos indígenas Gavião e não há justiça até agora, pelo que eu sei". Sobre a desnutrição referiu que o problema existe dentro da comunidade indígena. "Está acontecendo com as crianças e a gente não tem acompanhamento para isso". Não tem conhecimento sobre o Sisvan. Considera que é preciso que a Funasa se empenhe mais...

> *"porque às vezes a criança é assistida e encaminhada para as pessoas que trabalham no Pólo, para cuidar da saúde. Ela vai medicar ou vai fazer acompanhamento não diretamente; ela faz uma vez, e depois a criança é esquecida. Então, essas pessoas que trabalham, como a nutricionista, como as enfermeiras, elas têm que fazer acompanhamento até finalizar a conclusão da desnutrição da criança".*

O Sr. José Leite Piancó Neto, Administrador Regional da Administração Executiva Regional de Imperatriz, da Funai, reconheceu as dificuldades que órgãos públicos enfrentam (falta de pessoal, falta de material, falta recursos financeiros), mas criticou a falta de diálogo por parte da Funasa. Não compreende por que as recomendações do Procurador não são cumpridas pela Funasa, bem como a falta de apoio aos Casai.

> *"O Casai de Imperatriz é um completo abandono. (...) O chefe do Casai, o Giovane vai todo dia à Funai, pela manhã e à tarde, fazer ligações para a Funasa e para outros setores de interesse do Casai, por quê? Porque lá eles não têm telefone, isso já desde o começo do ano".*

Em relação aos veículos, no início, a Funasa tinha muitos carros. "Com certeza, tinha que diminuir... agora, não poderia ser, também, tirado da forma como foi tirado. Foram tirados praticamente 90% do transporte". Segundo o depoente, há 8 anos que "não foi construído um posto de saúde na área indígena". Também declarou que as vacinações não têm sido realizadas adequadamente.

Mencionou que a Funai recebeu no ano passado, 535 mil de uma emenda parlamentar.

"Foi a primeira vez que isso aconteceu. Nós temos buscado junto aos municípios, ao Estado, ao Governo Federal, recursos extras da Funai para que dêem esse atendimento às comunidades indígenas, para que eles saiam dessas dificuldades em relação à alimentação. Da UNEP, que é do Governo do Estado, através do Banco Mundial, nós recebíamos, por ano, na faixa de 180 mil reais. Nós passamos a receber 550 mil, Então, são projetos que estão indo para as áreas indígenas, fora os recursos da Funai".

Destacou o problema de falta de comunicação com a Funasa. Não recebe resposta da maioria dos ofícios encaminhados.

"Um exemplo muito disso aí foi: o ano passado, os índios fecharam a estrada do Arame/Grajaú. Para quê? Para reivindicar um carro que a Dona Consuelo havia prometido para eles, para mim, na frente do Dr. Luís Carlos, Procurador da República, em São Luís. Esse carro não chegou, os índios fecharam a estrada". (...)

"A população do Arame, revoltada, foi na aldeia desafiar os índios e houve um conflito lá: caíram de tiro lá; botaram chefe de posto e botaram índio para correr; índio foi baleado; tocaram fogo em casa de índio, atiraram nas comunidades... Eu comunicando todos esses fatos à Funasa, e não recebi um documento oficial da Funasa". "A Funai vai sozinha para a área, entendeu?"

Apesar das críticas, defendeu maior autonomia para o Dsei, "porque nós sabemos que o coordenador, ele não cuida só da causa indígena (...) ele é um coordenador que cuida da questão da Funasa, em termos do Maranhão".

Alertou para a questão da Aids. "Eu já tenho feito comunicação à Funasa a respeito de casos de Aids na área indígena. Eu nunca soube de um rastreamento que foi feito; eu nunca soube de um relatório que foi feito a esse respeito".

Informou que os indígenas recebem do MDS, na média, 1.800 cestas básicas, todo ano, o que não é suficiente. Declarou que a relação Funai/Funasa é difícil e deseja que "a Funasa assuma de fato a saúde".

Sobre a agricultura, disse que a Funai está “deixando muito a desejar”. “A administração de Imperatriz, com 8 mil índios, 120 aldeias, recebe, por ano, 120 mil reais. Ora, isso é um verdadeiro absurdo. Se você for colocar nas aldeias, proporcionalmente, nós temos aldeias que recebem 500 reais”.

Informou que são buscadas alternativas fora da Funai, como: emenda parlamentar (mais de quinhentos mil Reais; recursos do UNEP e do Banco Mundial (“nós recebemos quase 550 mil de projetos”).

Há um plano de carreira para a Funai que está, desde 2005, sendo discutido com o Ministério do Planejamento,...

> *“que melhora muito a situação da Funai, porque, enquanto a Funai não se organizar, o Ministério disse que não vai repassar recursos para a Funai. E nós temos batalhado por isso. Nosso plano exclusivo, o PCI, estava pronto, diz-se que ia ser implantado este ano, e nós tivemos uma notícia agora que o Ministério de Planejamento não colocou no recurso deste ano”. (...)*
>
> *“Na área-fim, que é na área-ponta mesmo, que é a área que trata diretamente com o índio, nós temos 10 pessoas para atender a 8 mil índios — 10 pessoas! São 7 Chefes de Posto, eu, que sou o administrador que cuida de toda a área, o Setor de Atividade Produtiva e o SEA. (...) Pergunta quantos servidores a organização Caiuá tem para atender aos índios e mais à Funasa! São muitos, são muitos! Entendeu? Enquanto nós somos 10 para tratar diretamente da questão indígena”.*

Também desconhece o Sisvan.

Sobre o registro de eventos vitais (nascimentos e óbitos) informou:

> *“todos os nascimentos nós temos o controle, porque é a Funai que emite a certidão e faz o registro no sistema. (...) Eu acho que a questão das mortes não seria nossa. A gente não tem que fazer o controle dos índios que estão morrendo, não. A gente tem o controle dos índios quando estão morrendo, o seguinte: quando os índios são aposentados, quando eles recebem algum tipo de benefício, que são repassados para a Funai, para a gente cancelar o benefício. Agora, quem tem que ter o controle de quem morre é a Funasa”.*

O Sr. Marconi José Carvalho Ramos, Coordenador Regional da Funasa, no Estado do Maranhão. Está no cargo desde 2006.

Declarou que o Dsei “nunca esteve, propriamente, sob uma jurisdição minha, porque eu não coloquei nenhum dos chefes do distrito até hoje”. “Então, eles sempre foram colocados, estavam lá sob o comando da Presidência”.

Considera que há uma cobertura de praticamente 100% em termos de profissionais da saúde, mas reconhece dificuldades com o transporte.

> *“Tínhamos um contrato de locação na Funasa que cobria toda área indígena. Esse contrato foi até abril de 2007. Ele finalizou e foi feito um emergencial. Como havia várias denúncias de comunidades indígenas em relação a esse contrato, a Presidência achou por bem terminar o contrato e não dar continuidade mais a nenhum tipo de locação. Não tivemos mais a cobertura de transporte que tínhamos na época. Hoje não temos. Entretanto, a Presidência também viu-se acuada, não sabia se aceitava as denúncias dos indígenas ou se proibia de uma vez a locação de veículos. Qual foi a medida que ela tomou? Mandou para cá 8 veículos. Não dá para cobrir? Não dá. Não temos como cobrir a área indígena com o transporte que temos”.*

Sobre processos de licitação declarou :

> *“eu hoje já me coloco receoso em botar minha assinatura de uma coisa que vai me dar prejuízo mais tarde, até porque temos a CGU todo mês dentro da Funasa e auditoria interna todo mês é na Funasa. Enquanto Brasília não mandar o sinal verde para o contrato de locação, não podemos fazer, até porque tem uma portaria que disciplina isso e diz o seguinte, que qualquer contratação acima de 300 mil reais — contratação, licitação, qualquer coisa que se faça acima de 300 mil reais — tem que passar pelo critério da Presidência”. Então, se ela não aprova, não temos como efetivar isso. (...) O trabalho da CORE é análise de projeto e fiscalização de ação de saúde; ela não faz outra coisa. CORE hoje não tem recurso, não existe centralização de recurso para nós. A gente vive administrando contingência. No Brasil inteiro é o órgão mais fiscalizado. Então, temos de ter todos esses cuidados”.*

Referiu que o medicamento de uso contínuo não faz parte da farmácia básica e que a Funasa nem sequer pode comprar esse medicamento.

> *“Esse medicamento teria que ser adquirido na rede do município, até porque está na hora de os municípios no Brasil inteiro começarem a tratar o índio como munícipe”. (...) “À Funasa cabe a atenção*

básica dentro da aldeia". (...)"Nós não podemos interferir em nada em hospital. Apenas nos hospitais que recebem os recursos do PSFI é que nós temos que, de vez em quando, fazer uma visita, mandar uma equipe lá para ver como é que está funcionando". "Mas nós não podemos interferir". (...)

"A média e a alta complexidade não podem ser dadas pela Funasa, até porque não é missão dela — está descrito em lei". "A média e a alta são dadas pelo município, pela rede SUS. Então, ou ele é atendido na rede SUS do município, ou ele vem para as referências maiores".

Em relação às Casai, na estrutura da Funasa, enquanto repartição de governo, só existem 3: Teresina, São Luís e Imperatriz.

"Nós não podemos fazer nenhum despesa em Casai particulares". "Se nós fizermos, nós vamos para o TCU". "Nós não podemos avançar nessa questão, infelizmente". (...)

"Agora, estamos fazendo ação de saúde? Estamos fazendo, com o que temos. Com o que temos, porque nós somos limitados. Nós temos que entender o nosso limite, o que nós temos e o que nós podemos fazer". "O que poderia ser feito no Maranhão foi feito". (...)

"Para resolver de fato a situação dos índios, nós teríamos que ter era uma ação interministerial, porque só dois órgãos de Governo que vivem com problemas e necessidades constantes, como Funai e Funasa, não dão conta de sanar todas essas necessidades".

Sobre o entrosamento entre Funasa e Funai, disse que o mesmo é difícil, porque é uma questão histórica.

"Se for para fazer a coisa certa e a gente trabalhar em conjunto, tudo bem; agora, se for para dar apoio a determinadas ações que não concordo, como pegar carro, acabar com carro da Funasa, dar prejuízo de 30 mil a 40 mil ao Erário do Governo, isso aí não vou concordar com a Funai nunca! E não há cultura no mundo que faça achar isso certo!"

Mencionou que ocorrem em média de 4 a 6 aposentadorias por mês, na Coordenação Regional, o que está causando transtorno muito grande.

"*Nós temos 2 mil funcionários descentralizados que não podemos trazer de volta, porque a lei manda descentralizar. A gente pode requisitar um ou outro, mas não pode trazer o que necessitamos. Não temos concurso esse tempo todo, e isso está nos levando a um marasmo muito*

grande nas ações de saúde, porque o funcionário mais novo da Funasa hoje está, em média, com 50 anos de idade."

Sobre as contratações concordou que não deveriam ser realizadas por meio de ONG.

"Agora, é como estou dizendo, é difícil se fazer um Plano de Cargos e Salários desse. Porque, quando fizeram a descentralização, fizeram de forma errada, porque os funcionários descentralizados deveriam ter passado para o quadro da SAS, do Ministério da Saúde, e eles continuam na Funasa".

Destacou como ponto positivo o fato de que o Maranhão ter "a maior cobertura de água tratada em aldeias indígenas; são 70% atualmente".

Sobre a vacinação, recordou a campanha de vacinação das Américas, em 2006: "nós fizemos toda ela articulada com o Estado e com o Município. Então, com a presença da Funai, nós fizemos essa reunião com municípios, e a pactuação, para fechar as ações de saúde com os municípios",

"O maior problema que nós temos hoje na Fundação Nacional de Saúde, no Maranhão, é viatura – prejudica a vacinação! Nós não temos viatura. É muito pouca para atender à área, e isso compromete o serviço de saúde de qualidade. Eu estou assumindo isto aqui na frente de vocês". (...) "A principal coisa que pode ser feita no momento para resolver, pelo menos para tentar atingir uma melhora de 70%, é viatura".

Sobre a implantação do Sisvan, informou que é muito recente no Maranhão. "Ela só começou a ser debatida em setembro de 2006. Até começar a formar as equipes com a implantação do Sisvan, já estava no final de 2007; agora é que nós vamos começar as visitas às áreas para poder fazer o levantamento".

Sobre o acompanhamento de convênios com ONGs declarou:

"Os coordenadores costumam se eximir dessa responsabilidade e a passam para a Presidência, porque, se foi formalizado lá, por que ele vai acompanhar aqui?"(...) "Como ele vai fazer prestação de contas, se ele não sabe nem o que foi formalizado, se não tem acesso ao ocorrido, muitas vezes? Quando vem para cá é para realizar a ação. Então a gente geralmente... Eu, por exemplo, quando dou o meu despacho, eu coloco que só vou assinar embaixo depois que a Presidência se pronunciar, porque

eu não vou me pronunciar em uma coisa que eu não formalizei".(...) "E sempre foi assim. Não é só nessa questão, não. Isso é coisa do tempo — sei lá! Faz muitos anos já isso".

Informou que a Funasa tem 2.360 servidores no Maranhão, sendo que, em exercício, na CORE, apenas 280 servidores.

"Por quê? Porque os outros servidores estão todos descentralizados para Estados e Municípios. No momento da municipalização, descentralizou, e aí a maioria dos servidores foi para Estados e Municípios; e nós ficamos só com esses, com 4 aposentadorias mensais. Não foi feita uma previsão na época da descentralização. Deixaram as pessoas que já tinham bastante idade, e a maioria já está se aposentando. E a gente, cada dia que passa, vê diminuir o número de servidores".

No período de discussão, para salientar o papel da Funasa na articulação com os demais serviços do Sistema Único de Saúde, o Deputado Sebastião Madeira destacou artigos sobre a saúde indígena presentes no Decreto nº 3.156, de 1999.

"O art. 1º diz:

'Art. 1º. A atenção à saúde indígena é dever da União e será prestada de acordo com a Constituição e com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, objetivando a universidade, a integralidade e a equanimidade dos serviços de saúde'.

Então, aqui mostra que está claro que o Estado, a Nação tem obrigação de dar assistência aos indígenas.

E, aqui, mais à frente diz:

'A relação entre a rede do SUS e o subsistema de saúde indígena é estabelecida pela Portaria do Ministério da Saúde nº 1163/99. Em seu art. 2º prevê como atribuição da Funasa a manutenção de rede para atenção básica no território do Distrito Sanitário Especial Indígena, remetendo a assistência de maior complexidade à rede de estabelecimentos de saúde, numa articulação com os gestores municipais e estaduais'.

Mas, pelo que vimos da fala do Superintendente da Funasa, nós ficamos meio que presos, porque as lideranças indígenas reclamam da dificuldade do acesso ao remédio, da dificuldade do transporte, da dificuldade do acesso à assistência médica. E o Coordenador da Funasa,

que é o órgão para prover isso, vai e coloca também as dificuldades. Dificuldades no sentido de falta de recursos; dificuldades no sentido de dificuldades de licitação; dificuldade até de... se fizer qualquer coisa fora da estrita burocracia pública ser preso pela Polícia Federal. E, aí, como é que fica? Parece que há razão de ambos os lados, mas o resultado disso é a paralisia, o resultado disso são os indígenas do Maranhão com assistência médica deficiente, o resultado disso é uma paralisação desse trabalho."

O Deputado Carlos Brandão observou que há uma falta de coordenação e sintonia entre Funasa e Funai que prejudica aos índios. "Então, quer dizer, aqui está um faz-de-conta. Existem as instituições, mas elas não podem funcionar por questões de Brasília ou por uma questão de falta de entrosamento". Sugeriu a realização de uma reunião entre o Presidente da Federação dos Municípios, os representantes dessa região indígena, a Funai, a Funasa, representante dos índios e os Prefeitos, que também gerenciam recurso da saúde, para que se definam com clareza as atribuições das instituições.

5.4.2 – Informações encaminhadas à CPI

A CPI recebeu quatro ofícios de chefes de pólos da Funai do Maranhão (Lagoa Comprida, Araribóia, Canudal, Zutiua), com queixas da atuação da Funasa, muitas delas relacionadas ao transporte de indígenas para tratamento. Documento da Coapima denominou as Casai e pólos base de "depósitos de seres humanos", apresentando problemas de falta de água e não fornecimento de alimentação para pacientes e acompanhantes.

Verificou-se que a Procuradoria da República (Imperatriz) atua para obter pactos de ação da Funasa, em conjunto com a Funai, PGF, MPF, índios e Coapima.

Foi recebido um relatório da Funai de Imperatriz sobre a "tentativa de massacre" de três índios Tenetehar-Guajajara (aldeia Cururu) que participaram de manifestação que bloqueou a rodovia MA-006 em abril de 2007. Os índios demandavam melhor assistência de saúde por parte da Funasa e foram agredidos por moradores do povoado de Bela Estrela. Foi mencionada a terceirização dos serviços de saúde, a falta de estrutura da Funasa para cumprir o seu papel, o descumprimento de acordos prévios (envolvendo o MPF) e falta de participação efetiva nas negociações por parte da Funasa em 2007 para solucionar o problema.

O relatório elaborado pela Coordenação Regional da Funasa do Maranhão e Dsei MA (2007) indica que a CORE está estruturada de forma a assegurar o acesso universal e equânime às ações e serviços de saúde. Existem cerca de **26 mil indígenas na região**. O convênio da missão Caiuá é responsável por 92 contratados (sendo que 86 entre assistentes administrativos e auxiliares administrativos e de serviços gerais).

As prefeituras, por meio de recursos do PSFI-SAS contratam 835 pessoas, destacando-se 399 agentes indígenas de saúde (AIS), 274 auxiliares de enfermagem, um nutricionista (apenas), 14 médicos, 32 enfermeiros, 18 odontólogos, 3 auxiares de nutrição. Foram repassados às prefeituras pela SAS como incentivo à atenção básica dos povos indígenas para compor as equipes 9 milhões 251 mil Reais. Quase um milhão foi repassado pelo Ministério da Saúde pelo incentivo para assistência ambulatorial e hospitalar e apoio ao diagnóstico (MAC-IAPI).

O relatório menciona carência na frota de automóveis, o que está sendo suprido por locação. O conselho distrital foi reativado em julho de 2007. Não se detectaram ações de integração com a Funai.

O Sisvan foi implantado em setembro de 2006. Foram referidos problemas de estrutura. Quatro capacitações foram marcadas e não realizadas por “morosidade nos processos”. Não foram apresentados dados mensais de acompanhamento.

Sobre a imunização, ainda que estejam ocorrendo melhoras, há quadro de baixa cobertura em menores de uma ano (BCG - 82,33%; Hepatite B - 81,38%; Tetra – 37,61%; Pólio, 29,41%; Febre Amarela 16,76%). Entre 1 e 4 anos foi relatada cobertura de BCG de 61,59%; de Tetra, de 24,71%; e de Pólio, de 50,07%.

A mortalidade infantil é elevada (55,3 por mil nascidos vivos). As principais causas dessa mortalidade são as perinatais, pneumonias e diarréias associadas à desnutrição.

Em 2006 foram detectados 52 casos de tuberculose e em 2007, 35 casos. Em 2006 foram detectados 16 casos de hanseníase. Ocorreu aumento nas ações de prevenção para mama e câncer de colo uterino, principalmente. Também se atuou nas doenças crônicas (diabetes e hipertensão) e na assistência farmacêutica.

Dados sobre oferecimento de alimentos na Casai de São Luís indicam oferecimento de 45 mil refeições em 2007, entretanto, enquanto que em maio foram oferecidos cerca de 1800 almoços, em dezembro, o quantitativo passou a 400.

Sobre a locação de veículos e diárias, de janeiro a julho de 2007 foram gastos 3,3 milhões (contrato Coopersat). De julho a dezembro foram mais R$ 840.360,36 (contrato Caiuá – 2667/05).

O relatório refere "número adequado de recursos humanos para prestar uma assistência adequada", ressaltando, porém, as divisões étnico-culturais e a morosidade dos processos. Há menção a dados de 6 pólos, mas na audiência o Coordenador do Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão afirmou que são apenas 2, mas que o ideal seriam 6!

O Relatório informa que de 3.239 crianças menores de cinco anos, 42,05% (1.362) foram acompanhadas pelo Sisvan. Das 1.362 crianças acompanhadas, 722 (53%) estavam na faixa de desnutrição; sendo 333 em risco nutricional (24,45%), 248 (18,2%) com baixo peso e 141 (10,35%) com muito baixo peso.

Não se apresentou nenhum dado sobre número de casos de casos de Aids no relatório, embora tenham sido referidas várias atividades preventivas.

O Relatório foi concluído esperando por "condições dignas de trabalho".

5.5 Situação no Acre

5.5.1 – Audiência pública em Cruzeiro do Sul

Durante a audiência pública realizada em Cruzeiro do Sul, no dia 19 de abril de 2008, foram ouvidos cinco depoentes. O Sr. Luiz Alberto Fernandes – Agente de Saúde Pública da Funasa; Sr. José Maria Pereira – Representante do povo Arara; Sr. Paulo César Tourinho – Representante da Funasa do Estado do Acre; Sr. Gelcimar Mota da Cruz – Representante do Distrito Sanitário Indígena da Funasa e o Sr. José Francisco Correia de Araújo – Coordenador Regional da Funasa, Estado do Acre. Cabe ressaltar a ausência do representante da Funai na audiência pública ocorrida em Cruzeiro do Sul, embora tenha sido convocado.

O Sr. Luiz Alberto Fernandes, Agente de Saúde Pública da Funasa no Acre iniciou historiando a atuação da Funasa junto à saúde indígena desde 1999, quando o órgão recebeu essa atribuição. Segundo ele, desde o princípio a Funasa não possuía, assim como até hoje não possui, servidores de carreira que sejam profissionais de saúde para atuar nas áreas indígenas.

O processo de terceirização surgiu desde a implantação dos Distritos Sanitários Indígenas, que se deu por meio de portaria do Ministério da Saúde. No Acre, a Funasa conveniou com a ONG indígena UNIACRE. De setembro de 1999 a junho de 2004, a execução das ações de saúde oferecidas à população indígena foram feitas pela UNIACRE. Eles movimentaram recursos diretos da Funasa, aproximadamente 13 milhões e 300 mil reais. Com esse recurso, implantaram os pólos-base, que são unidades administrativas da Funasa.

Explicou que os pólos-base servem como um ponto de referência à equipe multidisciplinar de saúde, mas também são uma unidade administrativa da Funasa, onde funciona o escritório. E funciona no sentido de receber os pacientes que vêm da aldeia, encaminhá-los ao sistema de saúde. Ao saírem do sistema de saúde, eles retornam para o pólo-base, e daí são encaminhados de volta à aldeia.

Relatou que no início da criação dos distritos, eram, na região do Juruá em que trabalhavam 3 equipes. Foram implantados 3 pólos-base: um na cidade de Cruzeiro do Sul; um em Tarauacá, e outro em Feijó. O de Cruzeiro do Sul atendia os municípios próximos de Mâncio Lima, Porto Walter, Thaumaturgo e Rodrigues Alves, com uma equipe de 2 médicos, 1 dentista, 2 enfermeiros e 2 auxiliares de enfermagem. O de Tarauacá também atendia o Município de Jordão, com uma equipe de 1 médico, 1 enfermeiro e 1 auxiliar de enfermagem. E Feijó, apenas o Município de Feijó, com uma equipe de 1 médico, 1 enfermeiro e 1 auxiliar de enfermagem.

Todos os pólos-base também contavam com 1 agente de saúde indígena para cada aldeia. Essa foi a estrutura inicial que, segundo o relato do Sr. Luiz, ao longo do tempo teve uma série de problemas, como a não ida das equipes às aldeias por conta de vários problemas administrativos.

Em sua concepção, a filosofia dos distritos, que seria a ação nas aldeias, já iniciou com uma série de problemas, por conta disso, em maio de 2001, aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde Indígena. Na ocasião o Sr. Luiz foi orientado a estreitar as relações com as prefeituras e oferecer a

possibilidade de habilitar os municípios a receberem o incentivo da atenção básica à saúde, que é um recurso do Ministério da Saúde, que sai através da Secretaria de Assistência à Saúde, a SAS.

Em decorrência dessa ação, em agosto de 2001 os municípios foram habilitados e passaram a receber, em princípio, 15 mil e 200 reais a serem utilizados na contratação de pessoal para formação de equipes multidisciplinares. Sucede que de agosto de 2001 a março de 2002 o valor foi sendo acumulado, pois era insuficiente para contratar a equipe no modelo da atenção básica.

A idéia era contratar as equipes de saúde através desse recurso, tendo em vista que a UNIACRE teve uma série de problemas na prestação de contas dos convênios, e as equipes ficavam entre 4 a 6 meses com seus salários atrasados. Até 2004 as prefeituras atuaram repassando só recursos para a UNIACRE pagar os profissionais de saúde.

A partir de então, houve a denúncia sobre o Convênio e o dinheiro passou a ser gerido pelas prefeituras, que desde então contrata e mantém os serviços de prestação de saúde indígena na região do Juruá, que recebe, mensalmente, 570 mil e 700 reais.

Considera que houve um avanço, de 2004 para cá, na operacionalização da atenção à saúde indígena, entretanto, considera que o funcionamento é precário, em função de a contratação dos profissionais ser temporária, sem carteira assinada e sem a garantia dos direitos trabalhistas. Asseverou que todo o histórico conturbado da atuação da Funasa por meio de convênios contribuiu para que a mortalidade infantil aumentasse.

Embora não esteja mais à frente da Funasa, considera que as condições atuais são muito boas e que a atenção á saúde indígena poderia estar melhor. Hoje têm-se a seguinte equipe no pólo-base de Cruzeiro do Sul, para dar assistência a uma população de no máximo 600 pessoas, nós temos 1 médico, 1 odontólogo, 2 enfermeiros e 3 auxiliares de enfermagem. Nessa estrutura do pólo-base temos também 1 administrador e 2 apoios logísticos a esse administrador, temos 1 faxineira e temos 2 cozinheiras.

Noticiou a morte de 3 crianças da etnia Katukina neste ano, quando avaliou que a mortalidade infantil continua alta considerando a força de trabalho disponível para atender a uma população de 600 pessoas, e terminou dizendo que a saúde poderia estar bem melhor. Sugeriu que haja um redirecionamento na operacionalização das ações no gerenciamento da força de

trabalho, que se invista mais nos agentes de saúde porque eles estão lá na aldeia, eles precisam ser capacitados e acompanhados, orientados pela equipe de saúde.

O Sr. José Maria Pereira, representante do povo Arara do município de Porto Walter iniciou ressaltando falar em nome do povo Arara do município de Porto Walter, comunidade de 662 índios atendida por uma equipe de 1 enfermeira, 2 auxiliares e 1 dentista, não tendo médico na equipe. Falou do papel exercido pelos jovens no repasse do conhecimento sobre o uso de fármacos e não da medicina tradicional que os antepassados usavam.

Disse não existir mortalidade infantil entre os Arara e atribuiu o fato à atuação conjunta da equipe de saúde, da liderança e dos pajés que residem na terra indígena. Considera que ter uma boa saúde é resultado de uma boa alimentação, do consumo de água tratada e da existência de saneamento básico nas aldeias. Associou a existência desses fatores à reduzida taxa de mortalidade da região do Juruá.

Em resposta aos questionamentos feitos pelo relator da CPI, deputado Vicentinho Alves, informou que os povos indígenas do Acre não têm o costume de matar as crianças que nascem com algum problema de saúde mais sério. Informou, também, que a maioria do povo indígena do Estado já não tem mais rejeição pela vacina, e a maioria participa das campanhas de vacinação.

Quanto à atuação do pajé, disse que o povo Arara o consulta antes de procurar atendimento médico, o que é feito quando ele diz não ter solução e recomendar a ida ao médico. O tamanho da área é considerado suficiente para a atualidade, mas com o crescimento da população que vem ocorrendo, considera necessária uma ampliação da área no futuro.

Acerca do convívio com a comunidade envolvente, disse ser tranqüilo já que a maioria deles está lá há 30, 40 anos ou nasceram na região, normalmente o que os separa é o rio que funciona como um elemento de integração entre os índios e não índios. Afirmou que tanto o povo Arara quanto o povo Ashaninka plantam mandioca para o consumo, com ela fazem farinha.

Ao ser perguntado sobre a saúde do povo Arara, atualmente, disse não acontecer mortes por subnutrição. Em resposta ao deputado Edio Lopes, assegurou não haver presença de estrangeiros na terra indígena e, como liderança, não permitir esse tipo de situação. Sobre os militares disse não haver muito contato, mas não por terem dificuldade de relacionamento.

Acerca do questionamento do deputado Ilderlei Cordeiro sobre o atendimento da Funai e da Funasa às comunidades e do entrosamento entre esses órgãos na região, avaliou a Funai como “órgão extinto” no Alto Juruá, pois conta apenas com um “rapaz” que cuida do auxílio maternidade. Sobre o médico, que é pago pelo município de Porto Walter e não presta assistência aos índios, afirmou que ele nunca foi na terra indígena e nem aceita atendê-los na sede do município e que os indígenas estavam pensando em denunciá-lo. Asseverou, ainda que o prefeito tem conhecimento disso, pois já fora informado pelos índios.

Sobre a vacinação, disse considerar que a parceria da Funasa com a prefeitura está funcionando bem, pois a vacina tem chegado em dia nas terras indígenas. Quanto ao programa do governo estadual que distribui um auxílio alimentação para os índios, disse que algumas aldeias receberam, mas que muitos indígenas consideram vergonhoso receber coisas que podem produzir, e os “sacolões” só têm esses produtos, como arroz, feijão, etc.

Afirmou que realizam as atividades de plantio, caça e pesca, sem receber nenhum incentivo de nenhuma esfera governamental, mas que a associação fundada por eles busca projetos de incentivo, e têm conseguido alguns. Ao responder sobre a ocorrência do saneamento e da água tratada nas aldeias, estimou que 30% delas são atendidas. Apontou os constantes problemas dos geradores à pequena capacidade destes em relação ao tamanho da aldeia, disse que, atualmente, estão há dois meses com o gerador quebrado.

Continuou fazendo denúncias sobre o uso indevido da água do rio e, conseqüente, poluição do mesmo, por parte dos assentados que ficam na sua outra margem. Assegurou ao deputado Ilderlei Cordeiro que já foram feitas denúncias escritas à Funai, à Funasa e à prefeitura.

Encerrou dizendo que para melhorar a situação dos indígenas seria necessário “o casamento de conversas” junto com os “companheiros” que ficam em escritórios, como os assessores, os chefes de distrito. Ou seja, considera que deveria haver uma parceria entre as lideranças indígenas, as equipes multidisciplinares, os chefes de distrito e os próprios servidores dos órgãos governamentais envolvidos na questão da saúde indígena.

O Sr. Paulo César Tourinho, Chefe da Divisão de Engenharia de Saúde Pública e Coordenador substituto iniciou esclarecendo que sua área de trabalho é saneamento e, portanto, é sobre isso que pode discorrer.

Esclareceu que a Funasa começou a implantar sistemas de abastecimento de água nas aldeias indígenas por meio de convênio com o governo estadual, já que não podia executar obras diretas. Segundo ele, não foram bem sucedidos em função da falta de interesse dos engenheiros do governo em fazer projetos que solucionassem os problemas de saneamento existentes nas aldeias. Citou o exemplo das aldeias de Cardoso e Paruá, onde estão sendo refeitos os projetos.

O sistema de abastecimento de água foi feito por captação, reservação e um grupo, chamado chafariz, que é um módulo grande de sanitários e tanques para lavar roupas. Esse modelo está sendo alterado para que as famílias não precisem se deslocar de suas residências para ir ao sanitário. Para tanto, prevê a instalação de pelo menos um ponto de água em cada casa.

Relatou a existência de, aproximadamente, 40% dos sistemas parados, devido a problemas de manutenção. Atualmente, a Funasa vem executando diretamente os projetos de saneamento, embora conte apenas com 1 engenheiro contratado pelo estado e um arquiteto que era consultor da Funasa e, hoje, é contratado pela prefeitura, já que o Ministério Público do Trabalho proibiu as consultorias no órgão. Segundo o Sr. Paulo, os sistemas de abastecimento atendem, aproximadamente, 8 mil indígenas.

Contou, ainda, que usava os recursos do suprimento de fundo para fazer manutenção dos sistemas de abastecimento das aldeias indígenas, o que não é correto. Atualmente, estão providenciando uma licitação destinada a contratar empresas para fazer a manutenção desses sistemas.

Associou a falta de saneamento à desnutrição agravada por diarréias e citou que em 2005 não houve nenhuma morte por desnutrição; em 2006 foram duas mortes; em 2007 repetiu-se o índice e, em 2008, sabe de 1 morte por desnutrição até agora. Explicitou como se dá o trabalho no dia a dia, com pequenos reparos a serem feitos e a grande dificuldade de locomoção para as aldeias, o que dificulta e encarece em muito as ações de saneamento e saúde.

Segundo ele, hoje, são gastos em torno de R$ 1.000,00 por indígena por ano. Diante desse quadro, disse estarem trabalhando com a figura dos Agentes Indígenas de Saneamento – AISANs, que são contratados pela prefeitura com recursos do SAS que são repassados direto, fundo a fundo. O AISAN recebe treinamento da Funasa e, a partir do próximo ano receberá treinamento da escola técnica, o que acredita, melhorará a atuação deles.

Espera-se desses agentes, que estão na ponta, terem capacidade de fazer pequenos consertos, pequenas manutenções simples e de dar um diagnóstico pelo menos parcial de um problema mais sério no sistema. Nesses casos, eles entram em contato com os supervisores, funcionários da casa, que ficam no pólo especificamente para trabalhar com saneamento. E esses supervisores entram em contato com ele, em Rio Branco, para buscar a solução do problema. Sucede que 64 deles, praticamente a metade, ainda não recebeu treinamento.

Relatou a dificuldade enfrentada pelos profissionais de saúde que, por vezes, levam de 10 a 15 dias para se deslocar até a aldeia e lá chegando se deparam com uma total falta de infra-estrutura, o que desmotiva e faz com que muitos deles só vão uma vez e desistam do emprego.

As contratações, que não são muito certas, foram contestadas pelo Ministério Público do Trabalho, e existe um TAC prevendo que as Prefeituras deverão fazer concurso simplificado para contratação dessas equipes. E aí, em seu juízo, eles estão dependendo da pactuação, da confirmação da manutenção do recurso para que as Prefeituras possam fazer seus concursos simplificados, montar a equipe multidisciplinar para cuidar da saúde indígena.

Quando iniciado o debate, comprometeu-se a encaminhar para Brasília todos os dados dos sistemas de abastecimento de água nas aldeias, inclusive a implantação de melhorias sanitárias domiciliares. Acerca do tratamento da água, informou que são poucas as aldeias em que a água é clorada, pois há deficiência de pessoal. Disse estar aguardando uma bióloga a ser cedida pelo Estado, que realizará a implantação de cloradores. Mas a qualidade da água é garantida pois trabalham com poços mais profundos; ou, se não, em nascentes protegidas, onde a água é de boa qualidade.

Atualmente, não se garante a proteção da água até a sua utilização e, esses dados, ficou de passar para a CPI. Relatou a existência de problemas com relação aos assentamentos do INCRA, localizados próximos às aldeias, pois os assentados jogam animais mortos dentro do rio, criando sérios riscos à saúde.

Sobre o relacionamento entre a Funasa/Funai não fez nenhum comentário, mas alertou que a Casai de Rio Branco é utilizada para hospedar índios que vão à capital resolver problemas outros, que não de saúde, por conta da dificuldade da Funai em apoiá-los e recebê-los.

Falou que a qualidade do trabalho da Funasa deixa a desejar por dificuldades encontradas no âmbito da contratação de equipe, de sua estruturaçâo, na montagem e no deslocamento de todo o grupo para trabalhar nas aldeias.

Sobre o problema de deslocamento, disse que as características da região dificultam o transporte, haja vista que, na época de seca, de estiagem, ou seja, do verão amazônico, os rios baixam muito e não há como se deslocar até as aldeias, porque em parte do percurso tem que se carregar a canoa para pegar o rio mais adiante. E, na época de chuva, onde existem ramais, esses ramais estão intrafegáveis, porque a dificuldade é muito grande para chegar. Então, tem aldeias que só se consegue visitar no verão, tem aldeias que só se consegue visitar no inverno amazônico.

Ao ser questionado pelo Deputado Ilderlei Cordeiro afirmou haver deficiência de carro e barco para a locomoção das equipes até as aldeias. Apontou a metodologia adotada para o abastecimento como um outro problema que em muito dificulta as ações de saneamento.

Atualmente, foi implantado o sistema do tíquete combustível, que obriga cada equipamento abastecido a ser parametrizado. Carro com odômetro, gerador, motor a popa, motor de batelão com orimetro, sistema de abastecimento de água com orimetro. O sistema de abastecimento de água com gerador já vem com orimetro. Os com motores à combustão, que fazem virar a bomba d'água, não vêm com orimetro. No contrato diz o seguinte: o tamanho do tanque é o quanto se pode pegar de combustível para abastecer.

Considerando que o motor de um carro comporte 75 litros de óleo *diesel,* a cada abastecida, esta será a quantidade máxima permitida. Mesmo raciocínio para um motor a popa que pega 5 a 10 litros. Sucede que um barco leva 15 dias viajando e, obviamente, necessita de mais de um tanque para fazer o percurso programado. Então, ou se dá o famoso jeitinho brasileiro de conseguir pegar mais combustível para poder fazer a viagem ou não se realizam as atividades.

Com relação ao saneamento a situação é ainda mais grave, pois em algumas aldeias o combustível é levado de 2 em 2 meses pela dificuldade de transporte e, com essa metodologia de abastecimento, a compra do volume necessário é inviabilizada.

Acerca desse problema, ressaltou que a saúde indígena é alguma coisa especial e como tal deve ser tratada, em relação às regras de

abastecimento, de manutenção de equipamentos e veículos, sob pena de inviabilizar a atenção à saúde indígena em nome da manutenção das regras burocráticas.

O sistema de saneamento implantado atende 8 mil dos 15 mil indígenas do Acre, com a execução de forma direta pela Funasa. Os recursos disponíveis para 2007 foram da ordem de 1 milhão e 300 mil reais e, para 2008, 2 milhões e 200 mil reais para a ampliação dos sistemas existentes ou implantação de sistemas novos. Caso todos os sistemas implantados estivessem em funcionamento,50% da população teriam abastecimento de água.

O Sr. Gelcimar Mota da Cruz, Chefe do Distrito Sanitário Especial Indígena de Alto Purus iniciou explicitando a área de abrangência do Dsei de Alto Purus, que engloba os municípios de Santa Rosa, Manuel Urbano, Sena Madureira e Assis Brasil, do Estado do Acre, e, do sul do Amazonas, Boca do Acre e Pauni, e mais ao noroeste de Rondônia, que fica uma etnia chamada kaxarari, que fica próxima à Extrema.

A população atendida pelo Distrito é de, aproximadamente, 7.726 indígenas. Relatou que desde 2004, com a denúncia do COVEN, os recursos do SAS – Secretaria de Assistência à Saúde - são repassados fundo a fundo para os municípios. Esses recursos são destinados à contratação dos profissionais e também para aquisição de insumos, que, no caso, são medicamentos e a própria alimentação da equipe quando em deslocamento para essas áreas de difícil acesso, ocasião em que passam até 30, 40 dias fazendo o atendimento nas comunidades.

O deslocamento das equipes multidisciplinares, com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, e mais um barqueiro e uma cozinheira para fazer a alimentação dos profissionais, representa um alto custo. Outro ponto levantado foi a alta rotatividade dos profissionais de saúde, em função do despreparo destes para lidar com a realidade indígena. Para ele, esses fatores acabam por comprometer o bom atendimento, prejudicando a atenção básica à saúde, que hoje é feita pela Funasa.

Como tentativa de melhorar esse quadro a Funasa oferece uma capacitação para os profissionais recém contratados, mesmo porque, segundo ele, as diferenças culturais entre as próprias etnias é significativa e, os dois Distritos do Acre, juntos, trabalham com 17 etnias diferentes. Também problemática é a forma de contratação desses profissionais, que hoje se dá como

prestação de serviço, sem nenhum direito trabalhista, o que gera ainda mais rotatividade de profissionais.

Como exemplo de contratação bem sucedida, a ser copiada, citou a da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco que conseguiu fazer um processo seletivo simplificado e, por meio dele, contratar médicos, assistentes sociais, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, apoio administrativo, todos para trabalhar exclusivamente na Casa de Saúde do Índio.

Explicou que os pacientes mais graves são encaminhados para o pólo-base, que fica no município e, quando não é possível resolver o problema lá são, então, encaminhados aos hospitais de referência de média e alta complexidade. Nesses casos, contam com o apoio da Casa de Saúde do índio, em Rio Branco, que é a casa de passagem, onde os índios são acolhidos e encaminhados para o atendimento em hospitais da rede SUS.

Buscando justificar a baixa cobertura de atendimento nas aldeias fez um paralelo entre o Programa de Saúde da Família, desenvolvido nas periferias, que não consegue ter uma cobertura de 100%, e o Programa de Saúde da Família Indígena que sofre dificuldades de uma ordem de grandeza incomparável.

Relatou que hoje, para o Estado do Acre, dentro de todas as Prefeituras, envolvendo a região do Dsei Alto Juruá e do Dsei Alto Purus recebe-se, em média, 15 milhões de reais, repassados pela SAS — Secretaria de Assistência à Saúde, e, em média, de 1 milhão e 200, repassados aos hospitais cadastrados, em função do previsto na Portaria 2.656, que foi publicada em 17 de outubro de 2007. Referida Portaria visa incentivar a atenção especializada por parte dos hospitais e unidades mistas de saúde que foram cadastradas e habilitadas para receber esse recurso.

Relatou a constatação que a própria população não-indígena, também não tem o acesso devido ao Sistema Único de Saúde, definindo como complexa a situação.

Ao iniciar os questionamentos, o deputado Vicentinho Alves abordou a questão do convívio dos índios infectados por doenças contagiosas na Casa do índio. Ao responder, o Sr. Gelcimar asseverou que, embora na Casai exista um espaço reservado para esses doentes, há dificuldade de mantê-los isolados, em função da grande quantidade de indígenas que abrigam.

Segundo ele, o indígena doente vem para tratamento acompanhado da família, chegando a ter abrigados na Casai 120 indígenas/dia. Ao ser questionado sobre as ONGs, disse que desde a denúncia sobre o convênio, em 2004, não existe mais convênio com nenhuma ONG, e que hoje o recurso é repassado para a prefeitura ou direto para o Distrito. Disse que os funcionários da Funasa são a favor da realização de concurso para recomposição do quadro funcional do órgão.

Ao Deputado Édio Lopes respondeu a três questionamentos, afirmando que as equipes multidisciplinares que fazem as visitas às aldeias tem o acompanhamento sobre os óbitos e alimentam um sistema de informação chamado SIASI, em que todos os procedimentos, atendimentos, notificações de nascimentos e óbitos são registrados. Afirmou, ainda, desconhecer a ocorrência de prática de infanticídio no Acre.

Em seu depoimento, o Sr. José Francisco Correia de Araújo, Chefe do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Juruá, esclareceu que está há apenas 45 dias nesta função e que os problemas do Alto Juruá são semelhantes aos do Alto Purus. Relatou não ter nenhuma aldeia na margem do rio Juruá, o que facilitaria o deslocamento, ao contrário, são todas “centrais”.

Citou os Catuquinas e os Poianauas, como aldeias de mais fácil acesso, localizadas no município de Manso Lima, e duas outras de acesso terrestre no município de Feijó, sendo que nas outras o deslocamento é por barco. Segundo ele, o deslocamento para as aldeias de Feijó leva de 8 a 12 horas.

Outro problema apontado é a falta de médicos na região, e o fato dos poucos que lá residem serem formados na Bolívia ou no Perú e não terem registro no CRM – Conselho Regional de Medicina, o que inviabiliza a contratação.

No Dsei de Alto Juruá é composto por cinco pólos e apenas dois médicos prestam serviço de atenção à saúde indígena, um no município de Cruzeiro do Sul e outro em Manso Lima. Disse contar com o apoio do prefeito de Jordão, que cede médico para atendimento nas comunidades indígenas, quando há necessidade.

5.5.2 – Informações encaminhadas à CPI

Infelizmente não foram encaminhados os documentos acordados na Audiência Pública realizada em Cruzeiro do Sul, o que em muito dificultou e prejudicou a análise desta CPI acerca da situação da saúde indígena no Acre.

O Sr. Francisco Correia de Araújo ficou de passar por e-mail dados sobre o controle de natalidade, mortalidade e de crianças desnutridas. Referidos dados são de extrema importância para o efetivo conhecimento da situação da saúde indígena no Estado, assim como a cobertura do SISVAN.

Segundo dados encaminhados pela Funasa-Brasília, no Acre a cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena atinge 24% no Médio Rio Purus, região em que o percentual de crianças com baixo peso atinge 40%; no Alto Rio Purus a cobertura é de 17% e o percentual de baixo peso para a idade é de 39%; no Alto Juruá a cobertura é de 19% e o percentual de crianças com baixo peso é de 30%. Quando comparados com a média nacional, que é de cobertura de 47% do SISVAN e percentual de baixo peso de 12%, os índices atingidos pelo Estado demonstram que ainda há muito a melhorar.

A agravar tal diagnóstico estão os dados mensais de acompanhamento das crianças menores que 5 anos pelo Sisvan indígena ao longo de 2007, no Acre. Referidos dados demonstram a baixa e irregular cobertura do Sistema, fato que se pode associar aos problemas de deslocamento relatados na audiência pública, já que a cobertura inexiste em um período claramente definido, entre os meses de novembro a abril.

O Sr. Paulo César Tourinho comprometeu-se a encaminhar para esta CPI todos os dados dos sistemas de abastecimento de água nas aldeias, inclusive a implantação de melhorias sanitárias domiciliares. A despeito da falta de dados oficiais, consideramos os fornecidos em seu depoimento, oportunidade em que o Sr. Paulo informou aos deputados da CPI que o sistema de saneamento implantado atende 8 mil dos 15 mil indígenas do Acre, com a execução de forma direta pela Funasa. Entretanto, a existência de problemas de manutenção faz com que parte dos sistemas implantados não esteja em pleno funcionamento, fato que também foi relatado por diferentes depoentes.

Os depoimentos colhidos na audiência pública dão conta de que, para todas as Prefeituras do Estado do Acre, envolvendo a região do Dsei

Alto Juruá e do Dsei Alto Purus, recebe-se, em média, 15 milhões de reais, repassados pela SAS — Secretaria de Assistência à Saúde, e, em média, de 1 milhão e 200, repassados aos hospitais cadastrados, em função do previsto na Portaria 2.656, que foi publicada em 17 de outubro de 2007.

5.6 Situação no Tocantins

5.6.1 – Audiência pública em Palmas

Durante a audiência pública realizada em Palmas, no dia 29 de abril de 2008, foram ouvidos seis depoentes. O Sr. João dos Reis Ribeiro Barros – Coordenador da Funasa; Sra. Selestina Delmundes Bezerra – Chefe do Distrito Sanitário Indígena do Tocantins - DESEI/TO; Sr. Antônio Marcos Leal Senna Carajá – Presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena de Tocantins; Sr. José Ribeiro Apinajé – Líder Indígena da Aldeia Botica; Sr. Lázaro Calixto Xerente – Líder Indígena da Aldeia Paraíso e o Sr. Cleso Fernandes Moraes – Administrador Regional da Fundação Nacional do Índio no Município de Araguaína, Estado do Tocantins.

O Sr. João dos Reis Ribeiro Barros, Coordenador da Funasa em Tocantins ofereceu aos deputados uma visão macro da Funasa, seu histórico de atuação na saúde indígena, os desafios enfrentados e os principais fatores limitantes à atuação satisfatória do órgão.

Iniciou explicando que a Fundação Nacional de Saúde atua em duas frentes de políticas públicas da maior relevância do nosso País, uma é o saneamento ambiental, com foco na saúde pública e a outra é a saúde indígena. Segundo ele, a Funasa é responsável por levar o saneamento ambiental para os municípios de até 50 mil habitantes, ou seja, ela é responsável por atuar em algo em torno de 90% dos municípios brasileiros.

Quanto a sua outra frente de atuação, considera que, em função da história que construiu ao longo da sua trajetória na sociedade brasileira, a Funasa tenha sido escolhida para ficar responsável pela saúde indígena, pela capilaridade, pela capacidade de chegar aonde outros braços do Poder Público não chegavam.

Esclareceu que a Funasa assumiu a responsabilidade pela saúde do índio em 1999, com o advento da Lei nº 9.836, a Lei Arouca, que estabeleceu o subsistema de saúde indígena, que nada mais é do que uma

estratégia de inclusão dessa parcela da sociedade a uma política maior, que é a política nacional de saúde, o Sistema Único de Saúde.

Ressaltou que a atenção com a especificidade, dentro da proposta do Subsistema da Saúde Indígena tem o intuito de oferecer equanimidade, de oferecer isonomia de tratamento a todos os cidadãos brasileiros, de modo a termos indicadores de saúde semelhantes entre os diferentes segmentos da sociedade brasileira, inclusive nas minorias.

Segundo ele, o índice de mortalidade infantil, quando a Funasa assumiu a saúde indígena, beirava a casa dos 100 para mil, e, hoje, quase 9 anos depois, o índice de mortalidade infantil foi reduzido em mais de 60%, que é algo em torno de 39 para grupo de mil.

Asseverou que o grande desafio da Funasa é estruturar uma instituição com a missão da Funasa de atender à saúde indígena, considerando a necessidade de se superar as dificuldades que foram colocadas na década passada com a busca do Estado mínimo. Hoje, é essencial repensar o modelo de contratação adotado, que torna precária a relação de trabalho dos profissionais com a instituição. Afinal, boa parte da força de trabalho alocada é financiada com recurso do Fundo de Incentivo da Atenção Básica, que é repassado para os municípios, que não têm a responsabilidade da gestão da atenção básica, mas têm que contratar força de trabalho como se fosse uma espécie de “barriga de aluguel”.

Outra questão a ser considerada é a especificidade da relação de trabalho desses profissionais com o povo indígena e sua cultura que, inclusive, é um debate que deve buscar encontrar amparo legal para sua aplicabilidade. Deve-se considerar, também, a questão da logística, que implica em ter ou não acesso à área.

Relatou que a solução dos problemas de aumento da mortalidade infantil em meados de 2005/2006, perpassou por um esforço conjunto de diferentes órgãos ligados à questão indígena e que, na época, percebeu-se um grande prejuízo em função da desarticulação dos agentes públicos que atuam dentro da área indígena.

Atualmente, é necessário efetivar a prática de se pensar a responsabilização pelo conjunto das políticas públicas e dos atores públicos que atuam nessas políticas. Para ele, um outro desafio é a humanização do atendimento do ponto de vista da cultura e da especificidade indígena que deve acontecer dentro do serviço de referência, que são os hospitais de referência.

Em resposta aos questionamentos dos deputados, falou que acerca do relacionamento Funai/Funasa não há problema de gestão, há sim um problema da cultura institucional, que é a defesa de corpo institucional, ela é muito séria e está internalizada no servidor.

Sobre os convênios com ONGs disse que a Rondon-Brasil tem um convênio, da ordem de 2 milhões e 40 mil reais, que visa fazer ações complementares na área de atenção da saúde indígena, principalmente, nos insumos e pessoal. Defendeu a probidade e boa administração da entidade e disse que a sua prestação de contas foi bastante elogiada pelos órgão de controle do governo e os recursos estão rendendo mais sob sua gestão. Mas, ponderou que o Estado tem que se reestruturar para assumir inteiramente a responsabilidade da política pública.

Sobre a contratação da Ong catarinense, o Deputado Vicentinho Alves questionou insistentemente o porque de não se trabalhar com entidades da região, e o depoente foi bastante incisivo em falar da falta de capacitação e capacidade gerencial para lidar com as regras do serviço público, da prestação de contas e demais burocracias, disse acreditar que esse é um caminho a ser percorrido, mas não agora.

Para o depoente, a Funasa trabalha com 2 gargalos sérios. O primeiro gargalo diz respeito à questão mesmo da logística, e o segundo, à questão de recursos humanos, sendo 2 problemas em relação à força de trabalho: a precarização da relação de trabalho e a insuficiência dos trabalhadores.

Neste ponto, a Funasa sofre um processo de contradição enorme, porque em sua folha de pagamento no Tocantins tem mais de 1 mil servidores. São servidores que também não cumprem o perfil hoje do papel da instituição, são trabalhadores do Sistema Único de Saúde, que estão trabalhando no controle de endemias, descentralizados para o Estado e municípios. Independente disso, a Funasa não responde mais pelas endemias, não responde mais pela vigilância epidemiológica. No entanto, não há como omitir o fato de a folha ser muito grande.

Quanto à cobertura do sistema de tratamento de água, tem-se, hoje, 110 aldeias sob a sua jurisdição no Estado, dessas, 93 tem sistema de abastecimento, com tratamento simplificado. Portanto, uma cobertura de mais de quase 90%. Relatou, ainda, que as obras são tocadas diretamente pela Funasa, algo em torno de 3 milhões de reais em execução com obras em áreas

indígenas. Entre convênios que estão em execução, ou outros que são passivos e que requerem prestação de conta, acompanhamento de prestação de conta, algo em torno de 400 convênios e, apenas 3 engenheiros para fazer esse acompanhamento.

Sobre a quantidade de agentes de AIS e AISAN, disse ter hoje 97 agentes indígenas de saúde, contratados para as 110 aldeias do Estado. São 13 no pólo-base do Javaé; 27 no Kraô; 3 no Karajá/Xambioá; 21 no Apinajé; e 33 aqui em Tocantínia. Tem, também, os agentes indígenas de saneamento: 8 em Formoso; 14 em Itacajá; 4 em Karajá/Xambioá; 7 no Apinajé; e 36 em Tocantínia, dos Xerentes, que somam o total de 69 agentes indígenas de saneamento no Estado.

Em relação ao sistema de vigilância alimentar e nutricional, disse estar com ele implantado em 100% das aldeias no Estado, e a partir do SISVAN, trabalharar a implantação de 6 projetos e programas. O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, medida atingiu diretamente 1.330 crianças. Programa de complemento alimentar, que é um trabalho que é feito em parceria entre a Funasa e a Secretaria de Cidadania e Justiça, do Estado e atinge 43 aldeias, com mais de 300 beneficiários. O programa de cesta básica, o projeto de sopa básica, que é um projeto piloto que foi implantado na Aldeia São José, um dos focos de pico de mortalidade dos Apinajé. Programa de recuperação de desnutrido que é feito nas Casai e as equipes foram treinadas para o pós-hospitalar para que a criança após ser atendida no hospital, seja encaminhada. E, um programa piloto recentemente, o programa de suplementação de ferro e ácido fólico, que é um programa novo do Ministério da Saúde e teve como piloto o DISSEI/Tocantins, que foi muito bem aceito e que abrange crianças de 6 a 18 meses e gestantes.

A Sra. Selestina Delmundes Bezerra, Chefe do Distrito Sanitário Especial Indígena – Dsei – TO, iniciou historiando sua experiência profissional como servidora da Funasa. Disse que, em 1999, quando a Funasa assumiu a saúde indígena existia uma assistência à saúde, que era feita pela Funai, que tinha que dar conta de tudo, de todas as ações para os indígenas. Com a ação da Funasa, a saúde pública começou a se estruturar para o povo indígena no País. Desde então o Subsistema de Saúde Indígena vem se estruturando em cima de discussões e da demanda dos povos indígenas, sempre na busca de dar um atendimento diferenciado, em respeito à cultura indígena.

Lamentou o pico de mortalidade em 2006, quando desde 1999 havia uma redução, e disse ainda não estar na chefia à época. Ressaltou que a desnutrição não foi o principal fator, a causa principal foram doenças respiratórias e diarréia, que se associaram e atingiram principalmente as crianças que estavam com peso muito baixo ou peso baixo. Disse que foi feito tudo o que era necessário fazer, desde ouvir os índios, ouvir outras instituições; envolver outras instituições, outros parceiros; reforçar aquilo que se entendeu deveria ser reforçado dentro da própria assistência; modificar algumas formas de orientação aos funcionários e ao pessoal das equipes multidisciplinares de saúde indígena.

Relatou a dificuldade de se conseguir médico para trabalhar nos municípios pequenos e nas áreas indígenas no Tocantins. Descreveu a estrutura da Funasa como tendo 5 pólos-base, 2 bases de apoio, que contam com as equipes multidisciplinares de saúde indígena (nem todas tem médico) que atendem às etnias apinajé, carajá, xerente, krahô, krahô-kanela, javaé. Disse que a população indígena está em crescimento e que a mortalidade infantil em decréscimo.

Sobre o perfil epidemiológico da população indígena, disse não existirem dados anteriores a 1999, mas que de lá para cá existe um controle e uma melhoria constante, com obtenção de grandes resultados também na melhoria da saúde dos povos indígenas e na redução dos quadros de “morbi” e mortalidade, tanto infantil como das gestantes e dos idosos. Deu grande destaque à implantação do Sistema de Vigilância Nutricional.

Listou vários programas que vêem sendo desenvolvidos em Tocantins e que estão dando bons resultados, como : Programa Nutricional de Vitamina A, em 100% dos pólos-base; Programa de Distribuição e Monitoramento de Complemento Alimentar; Programa de Distribuição de Cestas Básicas, direcionado para nutrizes e crianças de baixo peso; Projeto de Sopa Básica; Programa de Recuperação de Desnutridos Graves; Programa Nacional de Suplemento de Ferro e Ácido Fólico, que tem combatido bastante a anemia.

Reafirmou o problema de transporte e assegurou que quanto mais frota se disponibiliza no Tocantins mais carro quebrado se tem, porque as aldeias são de difícil acesso e as estradas quase não existem na época de chuva. Fez uma constatação de que a saúde vai enfrentar sempre problemas, tanto no âmbito da saúde indígena como no âmbito da saúde dos não-índios.

Asseverou que os recursos que chegam ao Distrito Sanitário Especial Indígena do Tocantins são recursos aplicados e prestados contas no Conselho Distrital e nos Conselhos Locais. Afirmou que a grande rotatividade das equipes multidisciplinares é um dos grandes problemas que enfrentam. Associou isso ao modelo de contratação que não garante segurança aos profissionais. As equipes são contratadas através do município pelos recursos fundo a fundo. E, muitas vezes, aquelas pessoas, quando fazem um concurso público do Estado, vão embora. Apesar de a Funasa investir muito em capacitação para essas equipes, constantemente tem que promover tem que capacitar novas pessoas que estão sendo contratadas.

Segundo a Sra. Selestina, em dezembro de 2007, tinham 8.669 indígenas registrados no SEASI, só que no estado do Tocantins considera que tem mais indígenas. Além disso, existem outras etnias, que não são do Estado, que estão chegando, que vêm, que trabalham aqui, e que a Funasa assiste. Uma das soluções que tem buscado é a ampliação das parcerias, é a discussão com a sociedade, é a participação nos fóruns sociais. Quando não promove, a Funasa participa dos que são promovidos. E é assim que vai buscando aprimorar o Subsistema de Saúde Indígena.

Ponderou que só se faz saúde indígena ouvindo, pois são culturas diferentes. “Se nós não ouvirmos, não tem diretriz institucional que pode aprimorar um subsistema de saúde; sem ouvir os indígenas, sem entender a ótica da cultura deles”. Ao responder aos questionamentos, falou que o relacionamento entre a Funai e a Funasa tem avançado, mas que a ADR de Gurupi está mais atrasada nesse processo.

Hoje, a estrutura do pólo-base conta com a presença de técnicos de enfermagem dentro das aldeias, onde tem os postos de saúde, praticamente em quase todas as aldeias, com exceção da etnia Xerente, em que a organização de serviço é um pouco diferente. Disse que a intenção é atender ao índio na aldeia, evitando a sua migração para a cidade, pois quando um adoece vem toda a família acompanhando, aumentando o consumo de álcool pelos acompanhantes e o gasto da CASAI e do pólo-base.

Disse que o problema de alcoolismo é grave, principalmente nos pólos-base, que ainda contam com a presença de muitos acompanhantes para o doente. Relatou uma parceria com o Estado no combate ao alcoolismo, e de um programa de controle de natalidade, que não é imposto, mas desperta o interesse de algumas índias. Nesse programa falam do uso da camisinha, das

DST/AIDS. Em resposta aos deputados disse não haver nenhum caso de AIDS, poucos de tuberculose, nenhum de hanseníase.

Afirmou que a Funasa tem todas as informações sobre nascimento e óbito de crianças indígenas no Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena - SIASA.

Em relação à disponibilidade de equipamentos, disse que muitos foram adquiridos quando a prefeitura recebia o dinheiro da transferência fundo a fundo do Ministério da Saúde e não conseguia contratar médicos, criando uma reserva que permitiu a aquisição de equipamentos. Segundo ela, possuem balanças para que os agentes de saúde indígena possam pesar as crianças, um consultório odontológico móvel, que permite aos dentistas atenderem na aldeia, sem precisar deslocar o índio para a cidade.

Assegurou que no Tocantins quem executa as ações de saúde é a Funasa junto com os municípios e o Estado dentro da rede normal do sistema único e não as duas ONGs com quem têm convênio. Elas são responsáveis por ações complementares, principalmente na questão de contratação de pessoal, como os pilotos, os indígenas que ficam dentro das aldeias e também de algum pessoal administrativo de pólo, e, ainda, para o pessoal que dirige os programas no Dsei porque não há profissionais para coordenar os programas no quadro. Esses profissionais atuam sob a supervisão da Funasa.

Esta é a única alternativa enquanto não há concurso público para o órgão. As ONGs também realizam os contratos de hotéis para os pacientes se hospedarem os contratos de alimentação e de medicamentos. Nos municípios que recebem os recursos fundo a fundo, a contratação dos profissionais de saúde é direta. Ressaltou que o controle social é efetivo e a prestação de contas é feita para todo mundo que é do controle social, CGU e Ministério Público.

Quanto à cobertura vacinal, afirmou ser boa e que a atuação dos pajés dificulta um pouco o trabalho, mas essa realidade está mudando e que os profissionais respeitam a figura do pajé, consideram que é uma questão cultural.Apontou o pré-natal como uma ação que encontra resistência de algumas etnias.

Apontou a reestruturação da Funasa como essencial para que alcance uma regularidade e qualidade no atendimento ao indígena. Ao responder à ponderação do deputado Édio Lopes de que os recursos gastos com

a saúde indígena são altíssimos (R$670,00/indivíduo/mês), disse que o problema é a fragmentação, um pouco vai para o Estado, outro para o Município, outro para convênios com ONgs, o que dificulta inclusive a fiscalização.

Assegurou que a reestruturação da Funasa e da Funai devem ser acompanhadas de mudanças na legislação para tornar viável a atuação e autonomia dos órgãos. Ficou de encaminhar ao relator sugestões dos servidores da Funasa para subsidiar a confecção do relatório da CPI.

Sr. Antônio Marcos Leal Senna Carajá, representante do povo indígena Carajá, iniciou esclarecendo ser bastante crítico e pedindo à Comissão que responsabilizasse os culpados, em seguida disse que a responsabilidade hoje é de todo um poder público, desde o municipal até o federal, que deixam de fazer as suas atribuições.

Para ele, as pessoas envolvidas no processo não estão preparadas, desconhecem o próprio Sistema Único de Saúde, que no papel é uma maravilha, mas não funciona de fato. Reclamou da falta de carro para atender a saúde indígena no Tocantins e disse que mesmo que tivessem 50 carros disponíveis provavelmente não estariam em condições de uso, pois o governo do estado não faz a sua parte, que é dar manutenção nas estradas.

Disse que o governo estadual e municipal mostram trabalhos sendo realizados em áreas de assentados, quilombolas e esquece dos indígenas por considerar que são de responsabilidade só do governo federal. Defendeu que os recursos recebidos pelo município levam em conta a presença deles, pois entram no censo do IBGE e a definição do quanto o município vai receber é *per capita.*

Reclamou da falta de ação dos órgãos responsáveis pela fiscalização das áreas ambientais e indígenas que estão cercadas, ficando encurraladas e sendo degradadas, o que dificulta a manutenção da cultura indígena e, consequentemente, da boa alimentação e saúde dos povos. Segundo suas palavras: “ hoje resolver o problema da desnutrição, falta só a parceria; juntar de quem tem responsabilidade com os povos indígenas, que estão com recurso para fazer isso, ter responsabilidade de executar a sua parte”.

Ao responder aos questionamentos feitos pelo relator, deputado Vicentinho Alves, pelo presidente da CPI, deputado Vital do Rego Filho e demais deputados presentes, falou que a relação entre Funai e Funasa está avançando, mas tem muito a melhorar. Sobre os programas sociais, disse haver

problemas sérios na implementação quando não há interesse do poder municipal já que são executados em parceria Funai – município. Denunciou a ocorrência de desvio dos cartões de indígenas aposentados, que os deixam nas mãos de comerciantes na cidade e nem chegam a ver o dinheiro e acredita que isso atinge diretamente a estrutura da base alimentar dos indígenas. Questionado pelo deputado Édio Lopes disse que a Funai e o Ministério Público já têm conhecimento do fato, mas que ainda não foi tomada nenhuma providência.

A respeito do infanticídio disse que não ocorre em nenhuma das sete etnias do estado. Informou que existe uma ONG e uma organização indígena que atuam na saúde indígena, a CONJABA, e a Rondon Brasil, que é uma ONG de Santa Catarina, responsável por parte do recurso, que faz parceria com a Funasa e recebe 2, 4 milhões por ano. Esse recurso é utilizado para a compra de medicamento, compra de algumas peças de pequenos valores, alimentação dos pacientes e a hospedagem em hotéis, e tem, também, algumas contratações dentro da área técnica pela Rondon. A fiscalização da utilização dos recursos é feita pelo Conselho Municipal ou Distrital de Saúde. Considera que a ONG trabalha bem e usa o recurso corretamente, só que a liberação de recurso por parte da Funasa sempre atrasa sob a alegação que faltam servidores para analisar as prestações de conta.

Declarou ser totalmente a favor da reestruturação da Funasa e contra a municipalização da atenção à saúde indígena. Para ele, a vacinação no estado só não é completa por conta dos problemas de transporte enfrentados lá.

O Sr. José Ribeiro Apinajé, representante do povo Apinajé, iniciou historiando como uma época difícil para o seu povo, o período de repasse da atividade de atenção à saúde indígena da Funai para a Funasa. Segundo ele, houve falha dos dois órgãos, um esperando que o outro agisse e ninguém tomava as providências necessárias.

Em seu julgamento a política de atenção à saúde indígena só funciona no papel, onde consta que deve ser diferenciada e ninguém respeita, onde se designam pessoas para atender nas aldeias que não têm conhecimento sobre a causa indígena. Outro problema apontado foi o fato de os programas do governo não chegarem na aldeia, o que dificulta o sustento da criança, principalmente no caso das mães solteiras, que são muitas na populosa Aldeia São José. Associou esses fatores à desnutrição e morte de crianças indígenas

entre os apinajés da Aldeia São José, onde morreram dezoito crianças em um ano.

Para ele, os problemas são simples e fáceis de resolver, mas os médicos não conseguem descobrir porque vão atender o índio só por causa do dinheiro, têm nojo de pegar nas crianças, porque estão sujas, não entendem que eles são diferentes dos brancos.

Outro problema apontado por ele é a falta de veículo para transportar a equipe de atendimento para as aldeias ou mesmo os índios, em caso de urgência, para a cidade. Para dois mil índios tem apenas um carro disponível, que vive quebrando e acaba comprometendo todo o atendimento e, quando usam carro particular para atender a alguma emergência não conseguem nem receber o combustível para voltar à aldeia, mesmo o carro da Funai não é possível abastecer com recursos da Funasa.

Nas palavras do Sr. José “o tratamento está muito bom: tem remédio, tem médico, tem tudo, mas não vai pra aldeia.” Além da falta de transporte, também reclamou da dificuldade de comunicação, já que os rádios estão sempre quebrados e, apesar de ter um telefone na aldeia não podem ligar a cobrar para o pólo-base, pois não recebem a ligação porque a ONG não pagou a conta de telefone.

Reclamou da falta de tempo, para expor os problemas dos apinajés, e dos políticos, que hoje são a quem eles têm que recorrer já que a Funai não é o órgão competente e a Funasa tem os políticos no meio. Em resposta aos questionamentos feitos pelos deputados, disse que as cestas básicas estão sendo distribuídas, mas não são suficientes.

Afirmou não haver incentivo da Funai para a produção, pois o órgão só compra ferramentas todos os anos, mas isto não é suficiente, é necessário ensinar os índios a plantar e produzir. Segundo ele, até hoje os índios são dependentes da Funai, pois foram acostumados à Funai manter projetos produtivos nas comunidades, o que não acontece mais. Considera essencial a atuação da Funai no processo produtivo para diminuir a fome e a desnutrição por que passam os indígenas no Tocantins.

Por causa dos problemas ambientais não podem derrubar, queimar, tampouco usam mecanização, como antigamente nos projetos da Funai. Protestou, dizendo não poderem viver da cultura deles, e relatou que quando era criança, na aldeia não tinha sequer um branco pra estar incentivando o índio a trabalhar, e o índio tinha fartura, o índio não tinha essa fome que está

passando hoje com um “mundo” de terra demarcada, e sem produzir, o que considera uma vergonha.

Reclamou que a Funai não fiscaliza mais a área, depois que limita, entrega para o índio e quer que o índio se vire de qualquer maneira, o que está errado pois é a tutora dos índios e tem por obrigação fiscalizar a área que está sendo depredada pelos brancos, que estão acabando com a caça. Denunciou ocorrerem desvio de dinheiro de alguns projetos que eles fazem na aldeia, para beneficiar alguns índios, mas que é o branco que está ganhando o dinheiro, citou o exemplo do projeto de criação dos porcos, em que um missionário branco e um vereador é que lidam com o dinheiro e a mão de obra do índio sai de graça. E eles dizem que é muito dinheiro que sai do projeto para essa criação de porco e que apenas alguns são beneficiados, não a comunidade toda, o que considera desvio de dinheiro.

Sobre o pré-natal das indígenas disse ser um processo complicado, algumas fazem, outras não aceitam e também tem problema com a técnica de saúde que não dá o acompanhamento devido às gestantes. Acerca das vacinas disse que sempre são feitas, embora com muita dificuldade. Quanto a água, disse que os índios que vivem sem água tratada percebem que há mais casos de diarréia quando é colocado o “remédio” na caixa, consideram que pode ser em excesso. Afirmou desconhecer a existência de jazida de minério nas terras apinajé.

Sr. Lázaro Calixto Xerente, representante do povo Xerente, iniciou agradecendo a presença de todos e lamentando as mortes de crianças ocorridas entre os anos de 2005 a 2007. Disse que quando se discute a questão indígena, muita gente faz que não conhece a lei. Repetiu o que já havia sido dito por outras lideranças acerca da falta de transporte para a equipe e para os índios em caso de urgência, assim como apontou o péssimo estado de conservação das estradas como um agravante.

Fez considerações acerca do problema de demarcação de terras indígenas, que é usado pelas Secretarias de Saúde municipais como argumento para dizer que os índios não estão inseridos na população para receber assistência à saúde e que, no caso deles, existe um convênio diretamente do Ministério da Saúde com o município, que é chamado de Atenção Básica, que vem para pagar só equipe multidisciplinar, e que com a falta de carro e de estradas não resolve.

Falou de uma portaria, a ser publicada pela Funasa, que está causando grande expectativa entre os índios para saber se vai ser municipalizada a atenção à saúde indígena. Reclamou da falta de atenção com o controle social, que deve ser feito pelos Condisi. Enfim, disse que a saúde não é só de dar remédio, não é de ter médico nas aldeias; é necessário que todos os Ministérios que atuam em áreas indígenas atuem bem para que os índios tenham a saúde "completa".

Em resposta ao questionamento do relator, em relação ao andamento do programa de saúde indígena, disse considerar que não está tudo bem, mas também não ser possível generalizar afirmando que está tudo ruim. Sobre o infanticídio, disse não ocorrer entre os xavantes. Sobre a atuação dos pajés, disse que por vezes ela atrapalha, pois o pajé insiste em manter a criança na aldeia para tentar salva-la em casos de desnutrição, pneumonia, em que não pode resolver e se faz necessária a intervenção médica o mais rápido possível.

Disse que o consumo de bebida alcoólica por indígenas é um problema no Tocantins. Sugeriu que fossem ouvidos, também, os secretários municipais de saúde dos municípios onde há indígenas, pois são eles que estão recebendo os recursos e mais à frente da ação de atenção à saúde indígena.

Solicitou aos deputados que dessem mais atenção à votação do orçamento quando da questão dos recursos a serem liberados para a saúde indígena, pois, segundo ele há sempre cortes muito grandes que comprometem o atendimento. Afirmou desconhecer a existência da pastoral da criança nas aldeias e que o conselho tutelar não atua em áreas indígenas porque eles são tutelados pela Funai.

Reclamou da falta de convite à Administração Regional da Funai de Gurupi, e disse ser necessário ouvir as duas administrações existentes no estado porque as demandas são distintas e, porque hoje, segundo ele, não há um bom relacionamento entre a Funai e a Funasa. Para ele há dificuldade em definir de quem é a obrigação pelos programas sociais já que a Funasa está assumindo o papel da Funai.

Disse querer que os órgãos trabalhem para o índio e não defendendo a instituição. Reclamou da má versação, por parte da Funai - Gurupi, de um recurso (10 milhões) recebido como compensação ambiental pela construção de uma barragem. Outra queixa foi em relação à retirada ilegal de madeira na terra Xerente por parte de assentados vizinhos.

Sr. Cleso Fernandes de Moraes, administrador regional da Funai de Araguaína, iniciou relatando sua experiência profissional como servidor da Funai há 21 anos. Disse que a administração de Araguaína trabalha com os timbiras orientais e ocidental, que são os krahô, que são os krikati, do Maranhão; os apinajés, da margem esquerda do Tocantins, com os carajás do Norte, que costumam chamar carajá-xambioá, que ficam na margem direita do Araguaia. E, também, com os índios carajá, Santana do Araguaia, que ficam no Estado do Mato Grosso, na margem esquerda do Araguaia. Somando aí um pouco mais de 5 mil índios, a média oscila devido às migrações que acontecem entre os timbira e entre os próprios carajás.

Afirmou ser seu objetivo, como Administrador Regional da Funai, trabalhar de forma participativa, ouvindo os índios e o que se deve fazer de melhor para a vida deles, sempre procurando promover encontros com lideranças indígenas; sempre ouvindo e sabendo das demandas que estão surgindo, principalmente frente a essa fronteira expansionista que está ocorrendo agora na região do Bico do Papagaio. Disse que o aumento do contato com os não índios causa um choque cultural e conseqüências de diversas naturezas, como a redução da caça, que o branco pega em terra indígena e causa problema alimentar e, consequentemente, de saúde para os índios.

Relatou a existência de projetos conduzidos pela Funai em parceria com ONGs e organizações indígenas de reintrodução de flora e fauna nas terras indígenas, por meio de reflorestamento e repovoamento com animais silvestres, com o objetivo de enriquecer as terras indígenas e recuperar o que foi perdido em função do processo de inter-relação com a sociedade envolvente. Disse perceber uma dificuldade de que isso seja incrementado “devido justamente a essa inter-relação de percepção, de controle, de assumir essa coisa do mundo capitalista, de como deve incrementar um projeto e seguir todo o modelo ocidental capitalista”.

Disse que a metodologia anteriormente utilizado pela Funai de introduzir modelos produtivos tecnificados conduzidos por técnicos agrícolas, engenheiros, não gerou bons resultados. Para confirmar sua observação, citou a parceria entre os apinajés e o Projeto Grande Carajás, que foi de grande porte, chegando a instalar um posto de combustível dentro da aldeia e que não deu certo. Para ele, os índios, hoje, estão querendo mudanças, querem se legitimar perante a sociedade como atores sociais capazes de debater politicamente e lutar por seus direitos.

Falou da importância da participação de todos os setores envolvidos com a questão indígena elaborarem uma agenda comum, para evitar duplicidade de ações e otimizara atuação dos entes governamentais. Afinal, segundo ele, são mais de 16 ministérios atuando em questões indígenas. Reafirmou sua intenção de trabalhar em conjunto e tentar solucionar os problemas baseado na concepção, ou seja, sob o olhar do índio, o seu saber fazer tradicional.

Ressaltou a importância de o índio estar à frente desse processo porque, introduzir políticas públicas sem essa participação, pode gerar situações indesejadas. Em sua opinião, deve ser feito todo um esforço para tentar compreender e assessorar, tirar essa "coisa" de o índio ter que chegar diante de você naquele gesto de subordinação do período passado, mas de relações amistosas e respeitosas de igual para igual, e implementar o que realmente está sendo repassado por eles.

Em resposta aos questionamentos feitos pelos deputados, disse que a Funai e a Funasa têm um bom relacionamento na região. Assim como com os demais órgãos e organizações não governamentais sérias, eles estão se articulando para tentar incrementar ações em conjunto. Relatou um trabalho feito com esse espírito na Terra Indígena Apinajé, onde foi realizado um diagnóstico, escutando as populações indígenas, com a participação de 9 entidades, entre Estado, Governo Federal, Governo Estadual e entidades da sociedade civil.

Um dos objetivos principais do trabalho é provocar discussões internamente, para que a cada dia, os povos indígenas comecem a assimilar e obter o controle de gerenciamento, inclusive de recursos, acompanhando toda a sua execução e fazendo as observações das demandas. E tentar construir o que eles mais querem, que é o seu espaço.

Disse que no momento não há convênio para repasse de recursos para o CIMI, nem para a CPT. Falou da importância dos indígenas no contexto do aquecimento global, pois são uns dos responsáveis pela preservação ambiental, ao lado das unidades de conservação.

Atribuiu à Funai a função de proteger a terra, trabalhar o meio ambiente e, de forma conjunta com as comunidades, desenvolver ações que possam trazer a melhoria de vida deles. Disse ser, também, atribuições do órgão a gestão dos benefícios sociais do Governo, que são auxílio-maternidade, aposentadoria, bolsa-família e bolsa-escola.

Ao ser questionado pelo Deputado Vincentinho Alves sobre a existência de programas sociais destinados exclusivamente aos jovens e as crianças, listou a Escola Agroambiental Catxêkwyj, que é uma escola formada pela união das aldeias Krahô-Kapey, com o apoio da Funai, em parceria com a EMBRAPA, que desenvolve projeto de como se aumentar a produção alimentar sustentável, em parceria com esses órgãos; a Escola Kuire, que é uma escola cultural, onde envolve a criança, os jovens junto com os velhos, com o objetivo de repassar os seus conhecimentos tradicionais, ancestrais. Também desenvolve um programa na área de educação, que visa a promoção de debates de forma a trabalhar a consciência, a questão da utilização, a questão da conseqüência do álcool e da droga dentro e fora da aldeia.

Afirmou, ao ser questionado pelo relator, que os assentamentos lindeiros às terras indígenas, como no caso dos Krahô, não geram problemas de invasão nem de alcoolismo, pois são constituídos de comunidades tradicionais na região e se relacionam bem com os índios. Reconheceu a dificuldade em se preservar o entorno das áreas pois não existe, ainda, uma legislação específica sobre o zoneamento ambiental em torno de terra indígena.

Afirmou não haver arrendamento de área e que, em todas as 53 aldeias sob sua jurisdição, neste ano, houve plantação de roças tradicionais. Apontou como um dos principais problemas o péssimo estado de conservação das estradas e pediu a intervenção dos deputados para ajudar a solucionar o problema.

Falou da reestruturação que deve ocorrer na Funai, com a redução do número de coordenações e administrações regionais. Avaliou como boa a possibilidade de reestruturar ela de uma forma geral e chamar o concurso público. Segundo ele, o órgão está com o mesmo efetivo que entrou há 21 anos atrás, com o mesmo grupo. Agora, nos últimos 3 anos, foram aproveitadas 70 pessoas; e o nosso orçamento é o mesmo de 10 anos atrás.

Quanto ao plantio de maconha com fins comerciais disse ainda não detectado, embora tenha surgido uma suspeita do serviço de inteligência do governo. Disse que os timbiras têm para questões ritualísticas.

5.6.2 – Informações encaminhadas à CPI

A Coordenação Regional da Funasa em conjunto com a equipe do Dsei de Tocantins encaminhou por escrito respostas a indagações realizadas durante audiência pública, por meio de relatório detalhado e de elevada qualidade técnica. O referido documento traz uma visão da atuação da Funasa, no tocante as ações de saúde indígena no Tocantins, bem como contribuições acerca do tema da Comissão.

Foram destacadas as contribuições históricas da Funasa à saúde pública do Brasil e o sentimento de honra de seus servidores por fazerem parte da instituição. Apresenta, ainda, uma reflexão de técnicos comprometidos com a missão da instituição e suas reivindicações para que o trabalho desenvolvido seja o ideal.

Nesse sentido, aponta para uma necessária revisão de normas, leis, regimento, quadro de recursos humanos, tabelas de remuneração/gratificação, de modo a reestruturar a instituição para maior efetividade no cumprimento do papel da mesma, na realização das ações que lhe cabe executar.

O relatório esclareceu que a Coordenação Regional da Funasa no Tocantins – CORE-TO é classificada como coordenação Tipo A, conforme Regimento Interno, por atuar com saúde indígena, por meio do Distrito Sanitário Especial Indígena –Dsei-TO; sendo responsável pelo atendimento de seis etnias indígenas, quais sejam os Apinajé, Javaé, Karajá, Xambioá, Krahô, Krahô Canela e Xerente, que correspondem a uma população de 8.669 indígenas. Conforme dados do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena – SIASI/2007, no Tocantins estão cadastrados 8.669 indígenas, que habitam 114 aldeias, pertencentes a 6 etnias.

Tabela 7. Povos Indígenas atendidos pela CORE-TO.

ETNIA	TOTAL DE ALDEIAS	PÓLOS-BASE MUNICÍPIOS	TOTAL DE ÍNDIOS
Javaé	16	Formoso do Araguaia	1.354
Krahô	22	Itacajá	2.300
Karajá	05	Santa Fé do Araguaia	451

Xerente	54	Tocantinia	2.713
Apinajé	16	Tocantinópolis	1.743
Krahô Canela	01	Lagoa da Confusão	108
TOTAL	**114**		**8.669**

Fonte: Siasi 2007 (Documento encaminhado à CPI pela CORE-TO Of. N° 508/Gab/Core/TO)

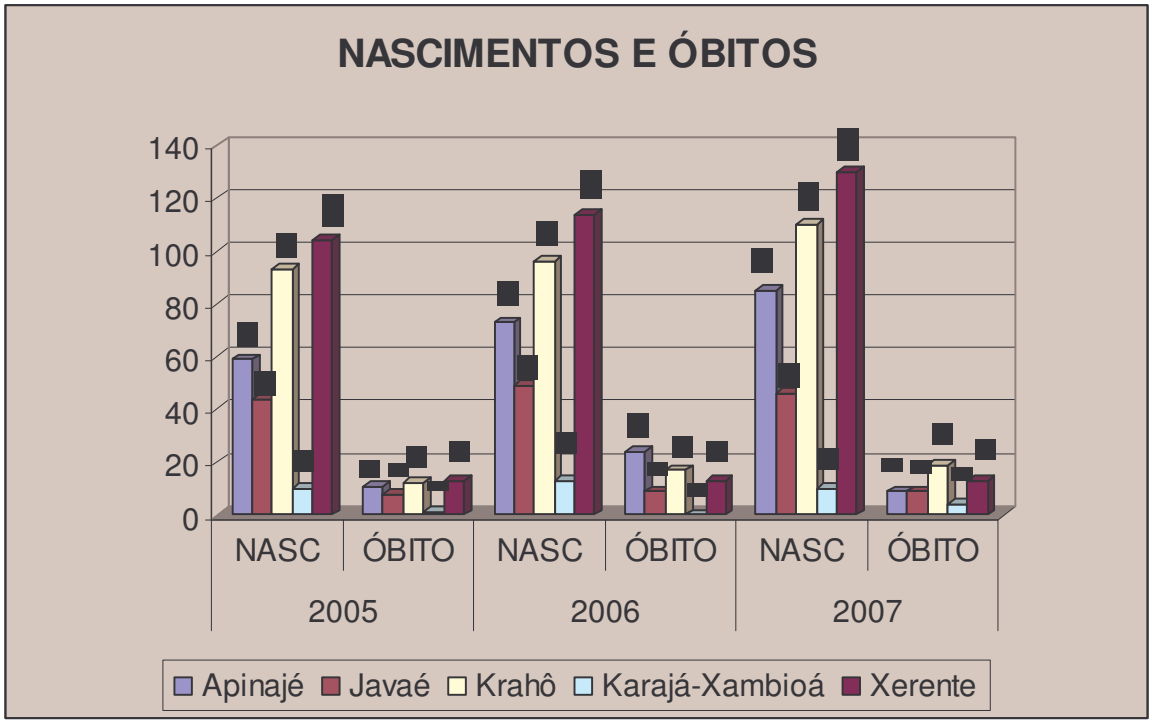
Além da atuação em saúde indígena, por meio da Divisão de Engenharia de Saúde Pública – DIESP, a Funasa atua em 88% dos municípios do Estado, tendo como base os indicadores sanitários, epidemiológicos, ambientais e sociais. O PAC/Funasa contemplou 47 municípios por meio de 70 convênios, para execução entre 2007 e 2010, sendo: 11 de Melhorias Sanitárias Domiciliares, 33 de Melhorias Habitacionais para Controle de Doenças de Chagas, 07 para Esgotamento Sanitário, 07 para Sistemas de Abastecimento de Água e 12 para Saneamento em Escolas.

Acerca do tratamento de água nas aldeias, os dados de dezembro de 2007 do SIASI revelam que das 114 aldeias existentes, 81, ou seja, 71% delas possuem sistema de abastecimento de água, das quais 77 aldeias já se encontram com os cloradores para a utilização de pastilha de hipoclorito de sódio instalados.

Entretanto, devido à insuficiência de transporte na CORE-TO não é possível realizar em 100% o monitoramento dos sistemas para a dosagem das partilhas de cloro. Tal atividade, assim como a orientação e supervisão do Agente Indígena de Saneamento – AISAN, é realizada pelos auxiliares de saneamento, lotados nos pólos base que se deslocam para as aldeias, obedecendo cronograma de atividade orientado e aprovado pela DIESP.

Em relação ao controle dos nascimentos e óbitos, foram encaminhados dados que estão abaixo apresentados, na forma de gráfico para permitir melhor visualização.

Gráfico 7. Evolução de nascimentos e óbitos no Dsei /TO, de 2005 a 2007..



FONTE: Documento encaminhado á CPI pelo Ofício n° 508/Gab/Core/TO

A maior causa de morte das crianças indígenas é relacionada com as condições sócio-econômicas e culturais das diferentes etnias do Tocantins, porém predominam as infecções respiratórias agudas, mais especificamente pneumonias e doenças diarréicas e enteroinfecções, seguidas das má formações congênitas e causas desconhecidas. As mortes por doenças diarréicas diminuíram consideravelmente após a introdução da mega dose de vitamina A.

No item Imunização (pg 35) consta que, em 2007, o programa atingiu cobertura adequada em 71% das aldeias com as vacinas contra a poliomielite e a hepatite B em menores de seis anos e Tetravalente em menores de 1 ano. O percentual alcançado de pessoas com esquema completo de vacinação na população por faixa etária até dezembro de 2007 foi de 77,02% em menores de 1ano, 95,76% de um a seis anos, 92,56% de 7 a 59 anos, 97% em pessoas com 60 anos ou mais e 99,16 em mulheres em idade fértil.

> *"A boa aceitação por parte das comunidades, a disponibilidade de veículos para deslocamento das equipes no período de abril a setembro/2007, a disponibilidade de imunobiológicos na rede do PNI estadual e municipais de saúde, os recursos logísticos e financeiros disponibilizados no MVPI (Mês de Vacinação para os Povos Indígenas), possibilitaram a mobilização de gestores, profissionais e comunidades, quanto*

à capacitação e atualização da equipes de vacinação, realização de reuniões técnicas locais para melhor esclarecimento e apoio as equipes, que possibilitou o alcance de 92,78% de pessoas com esquema vacinal completo".

Na pg 53 do relatório, consta que, no ano de **2007**, das 112 aldeias existentes, o Dsei-TO alcançou cobertura vacinal em 68 aldeias para a faixa etária de 0 a 5 anos para as vacinas VOP, Tetravalente/DPT, HB, BCG e Tríplice viral, o que equivale a **60%** do alcance da meta estabelecida pelo Dsei-TO no Plano Distrital 2005-2007.

No ano de **2005**, das 93 aldeias existentes, 62 tiveram cobertura vacinal para a faixa etária de 0 a 5 anos para as vacinas VOP, Tetravalente/DPT, HB, BCG e Tríplice Viral o que equivale a **66%** do alcance da meta estabelecida no Plano Distrital 2005-2007.

No ano de **2006**, das 98 aldeias existentes, 66 tiveram cobertura vacinal para a faixa etária de 0 a 5 anos para as vacinas VOP, Tetravalente/DPT, HB, BCG e Tríplice viral, o que equivale a **67%** do alcance da meta estabelecida pelo Dsei-TO no Plano Distrital 2005-2007.

Em relação ao Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena (SISVAN), a cobertura média é de 1.353 crianças, menores de 72 meses avaliadas nutricionalmente, em 81 aldeias, das etnias Krahô, Apinajé, Javaé, Xerente, Krahõ-canela e Karajá.

Os dados encaminhados pela administração central da Funasa, demonstram que no Estado do Tocantins a cobertura é mediana e apresenta regularidade.

No caso de crianças desnutridas, após o encaminhamento da EMSI dos respectivos PBIs, as crianças desnutridas são encaminhadas para recuperação nas CASAI. Ao retornar do período de recuperação, as crianças são monitoradas semanalmente/quinzenalmente pelas técnicas de enfermagem e pelos agentes indígenas de saúde, nas aldeias, assim como pela equipe do PBI, nos casos das aldeias que não possuem estes profissionais.

O acompanhamento de pré-natal é realizado segundo o protocolo de pré-natal do Ministério da Saúde. As gestantes indígenas são atendidas, cadastradas no pré-natal e acompanhadas com consultas médicas, de enfermagem e odontológicas nas suas aldeias de origem, pela equipe multidisciplinar e programa saúde da família indígena. Devido à escassez de

técnicos para coordenar os programas de saúde no Dsei-TO, os dados referentes aos indicadores do Programa de Saúde da Mulher e da Criança começaram a ser monitorados, com mais eficácia a partir do ano de 2007.

A esterilização das mulheres indígenas atende a critérios como a idade, o número de filhos vivos, condições de saúde e motivo para a realização do procedimento de laqueadura tubária. Ademais, esses critérios precisam ser validados por pedido e indicação médica e, posteriormente, autorizados pela Funai.

O controle das doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS atinge 100% dos pólos base e das bases de apoio. A partir de 2004, os profissionais estão sendo capacitados para diagnosticar e realizar tratamentos por meio de sinais clínicos e, ou solicitar exames diagnósticos e encaminhar às referências. Não há casos de HIV positivo em pacientes no âmbito do Dsei-TO.

O atendimento aos pacientes encaminhados à CASAI se faz por meio de agendamento prévio para consultas especializadas ou exames necessários para o fechamento de diagnóstico. Os pacientes portadores de doenças infecto contagiosas que necessitam de atendimento de média e alta complexidade são encaminhados ao Hospital de Doenças Tropicais na cidade de Araguaína.

Sobre a gestão e administração da Atenção Integral de Saúde Indígena, para operacionalizá-la o Dsei, desenvolveu os principais programas preconizados pelo Ministério da Saúde, em cumprimento às diretrizes do Sistema Único de Saúde, que são: Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança, DST/Aids e Hepatites Virais, Imunização, Tuberculose, Hanseníase e Endemias por apresentar indicadores que revelam o perfil epidemiológico da população necessitando de assistência. Além desses Programas, a Core/TO implementou e desenvolveu ações do Programa de Saúde Bucal e de Vigilância Alimentar e Nutricional.

Para a estruturação da rede física de saúde utilizou-se saldo de recursos do IAB-PI, repassados fundo a fundo aos municípios, com aprovação do controle social em reuniões com Conselho Local e Distrital de Saúde Indígena. Dessa forma foi possível adquirir equipamentos para a área Krahô, reformar a sede do pólo base na área Javaé, reformar 1 posto de saúde na área Apinajé, além de pequenos reparos e manutenção de sistema de abastecimento de água.

Entretanto, essas iniciativas não alcançaram a meta de infra-estrutura para rede física de saúde, tendo sido disponibilizado para tal fim apenas R$ 135.000,00, recurso utilizado para conclusão da CASAI de Araguaína.

A gestão e administração da Atenção Integral de Saúde Indígena está organizada no ponto de vista orçamentário/financeiro em Convênios, Recursos da Secretaria de Atenção da Saúde – SAS, repassados fundo a fundo e teto do Dsei para execução direta e rotinas administrativas, conforme abaixo:

Convênio Conjaba – Conselho das Organizações Indígenas do Povo Javaé da Ilha do Bananal

Presidente: Vanderson Suara Javaé

Período: 01/01 a 31/12/2007

Valor total: R$ 594.351,52

Valor liquidado: R$ 549.432,65

Ações: Prestar assistência com ações de saúde, para atender 1.270 indígenas, de etnia Javaé da Ilha do Bananal

Finalidade da aplicação de recursos financeiros do convênio: custear despesas com contratação de recursos humanos, deslocar equipe de saúde, remover pacientes, dar manutenção predial, de veículos, serviços de informática e equipamentos de comunicação (procedimentos não disponíveis na rede SUS), fornecer órtese e prótese, óculos e cadeira de rodas, reuniões de Conselho Local e Distrital de Saúde Indígena.

Convênio Associação Estadual dos Rondonistas de Santa Catarina – "Projeto Rondon"

Presidente: Roberto Mário Schramm

Período: 01/01 a 31/12/2007

Valor total: R$ 2.427.704,99

Valor liquidado: R$ 2.220.582,96

Ações: Prestar assistência com ações de saúde, para atender 7.391 indígenas, das etnias Krahô, Apinajé, Karajá Xambioá e Javaé da Lagoa da Confusão.

Finalidade da aplicação de recursos financeiros do convênio: custear despesas com contratação de recursos humanos, deslocar

equipe de saúde, remover pacientes, dar manutenção predial, de veículos, serviços de informática e equipamentos de comunicação (procedimentos não disponíveis na rede SUS), fornecer órtese e prótese, óculos e cadeira de rodas, reuniões de Conselho Local e Distrital de Saúde Indígena.

Recursos MS/SAS – Fundo a Fundo

Período: 01/01 a 31/12/2007

Valor total: R$ 3.717.600,00

Ação: pagamento de equipe multidisciplinar de saúde indígena, composta de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente indígena de saúde e agente indígena de saneamento.

Municípios que recebem o repasse: Tocantinópolis, Cachoeirinha, Maurilândia do Tocantins, Formoso do Araguaia, Lagoa da Confusão, Sandolândia, Tocantínia, Santa Fé do Araguais, Itacajá*, Goiatins*, Palmas*, Araguaína** e Gurupi**.

* - Os recursos desses municípios foram administrados pelo município de Guaraí, por decisão dos conselheiros de saúde indígena, fundamentado na Portaria MS n° 47, de 23/06/2006.

** - Os recursos desses municípios foram utilizados na contratação de equipe de saúde para atuar nas Casas de Saúde Indígena – CASAI, daqueles municípios.

Dsei-TO

Valor liquidado: R$ 1.840.000,00

Ações:

449051 - Obras e instalações – R$ 135.314,90 - Recursos utilizados para finalizar a construção da CASAI de Araguaína.

449052 – Equipamentos e material permanente – R$ 193.007,00 – Aquisição de equipamentos e mobiliários, barco, rádio amador, motor de popa para serem utilizados na sede do Dsei; farmácia das CASAI, Pólos base e postos de saúde em aldeias indígenas.

339030 – Material de Consumo – R$144.150,98 – Aquisição de medicamentos especiais, inicialmente, e de alguns medicamentos da farmácia básica, quando esteve em falta na Funasa; aquisição de gêneros alimentícios, material de limpeza, insumos odontológicos e outros.

339014 – Diárias para servidores – R$ 547.133,72 – Pagamento de diárias para servidores efetivos do quadro da Funasa.

339036 – Diárias para colaboradores – R$ 34.208,78 – Pagamento de diárias para servidores da esfera municipal e estadual nas ações de saúde indígena, tanto nas atividades de treinamento e capacitação de profissionais para o desenvolvimento dos Programas implantados (DST/Aids, Vigilância Nutricional, Imunização, Capacitação Pedagógica, entre outros), como nas ações de caráter emergencial.

339033 – Passagens terrestres – R$ 5.114,00 – Pagamento de passagens terrestres por meio de suprimento de fundos com o objetivo de encaminhar pacientes e acompanhantes indígenas, por não haver contrato, antes da pactuação com a ONG Rondon.

339037 – Locação de mão de obra – R$ 108.778,76 – Pagamento de despesas com contratos para limpeza, conservação, higienização e vigilância dos pólos e Casai.

339039 – Serviços de terceiros – R$667.585,13 – Pagamento de serviços de hospedagem e alimentação para pacientes e acompanhantes indígenas, da etnia Xerente, por não ter pactuação com ONG até 05/2007, serviço de manutenção de veículos, locação de veículos, pagamento de travessia de balsas, pagamento de despesas com contrato da CORE/Dsei: energia, telefone, água; pagamento de serviços funerários, frete de aeronave, UTI aérea para transporte de indígena no percursos Araguaína – Palmas e Gurupi – Brasília.

339092 – Despesas de exercícios anteriores – R$5.679,75 – Pagamento de diárias de exercício anterior para servidores que realizaram atividades que não podem ter interrupções e por falta de recurso no último trimeste.

Dentre os desafios apresentados pela CORE-TO destacam-se:

a) Transporte

A Coordenação Regional do Tocantins tem uma frota de veículos insuficiente e incompatível com a demanda, considerando a área de abrangência do Estado, que tem uma extensão territorial de 278.420,7 km² e que as comunidades atendidas, sejam de quilombolas, assentados ou indígenas se

distribuem por várias regiões do Estado, e este possui estradas em péssimo estado de conservação.

As áreas indígenas compreendem uma extensão de 19.895,1 km², o que corresponde a 7,2% da área territorial do Estado e estão localizadas nas regiões norte (Apinajé e Karajá), nordeste (Krahô), sul (Javaé, Krahô Canela e Karajá da Ilha) e no centro do Estado (Xerente). Além disso, são grandes as distâncias entre uma aldeia e outra, entre as aldeias e os pólos e desses à sede do Dsei-TO e a quantidade e o estado em que se encontra a frota de veículos da CORE são incompatíveis com as suas atribuições.

Entre os desafios listados pela CORE-TO, referentes ao ano de 2007, detacou-se a necessidade de locação emergencial de veículos por seis meses, pois mais de 90% da frota estava quebrada. Outras medidas paliativas também vêm sendo adotadas, como a formação de parcerias com solicitação de veículos a outros órgãos federais e municipais.

> *"... e) Solicitação de veículos de outros órgãos para realização do trabalho, nem sempre sendo possível o atendimento, o que prejudicou o cumprimento das ações, conforme planejadas;*
>
> *f) Articulação interinstitucional e intersetorial que envolveu vários órgãos do Estado e Município, inclusive a defesa civil, com a criação de grupos de trabalho em favor das políticas públicas a serem desenvolvidas em área indígena. Formação de parcerias para distribuição de cestas básicas do Programa de Vigilância Nutricional, dentre outras, mas, sem a efetividade necessária ao bom desempenho das ações de saúde que não podem sofrer descontinuidade, sob pena de se ter impactos negativos nos indicadores;*
>
> *g) Encaminhamento de relatórios a Funasa/Presi sobre a situação operacional da Core no que se refere à mobilidade para o desempenho das ações e cumprimento de responsabilidades, bem como sobre o estado de alerta em que se encontrava grande parte do Estado, incluindo áreas indígenas, devido ao aumento das chuvas, as condições das estradas, o aumento dos agravos e as condições e insuficiência de veículos para atender à saúde indígena;*
>
> *h) Plano de contingência para intensificação de ações de atenção básica na área apinajé;*

i) Articulação junto à Funasa/Presi para disponibilização de parte dos recursos orçamentários a Core que realizou locação de veículos, de forma emergencial por 06 meses, colocando veículos adequados nas áreas indígenas enquanto realizava contrato para recuperação de parte da frota que era disponibilizada a outras atividades, como: educação em saúde, capacitações, supervisões de convênio, recursos humanos, administração, em relação a controle de patrimônio e saneamento que se encontrava com uma série de demandas reprimidas;

j) Com base no princípio da economicidade e, atendendo recomendação da auditoria interna da Funasa, que analisou os gastos com diárias, a Core elaborou processo licitatório para contração de veículos com motorista, visando, após a expiração do contrato emergencial, não haver descontinuidade das ações por falta ou insuficiência de mobilidade."

Várias cópias de documentos encaminhadas a esta CPI relatam a quebra de veículos e solicitam providências. Transcrevemos abaixo trechos de extrema relevância que demonstram a proporção que o problema assumiu na CORE-TO.

Carta n°001/2008, de 21de fevereiro de 2008, encaminhada ao Coordenador Regional pelo Sr. Anacleto Moura Fonseca, servidor da Divisão de Engenharia, em que este aponta as ações de rotina referentes ao saneamento em área indígena que não estão sendo realizadas por falta de veículo ou de combustível para deslocamento:

"Supervisões aos Agentes Indígenas de Saneamento: paralisadas desde julho de 2007, quando deveriam estar sendo realizadas mensalmente,...;

Manutenção dos sistemas de abastecimento de água implantados: 14 se encontram com o fornecimento de água interrompido/comprometido .....;

Controle da qualidade da água fornecida nas aldeias: das 83 aldeias com abastecimento de água e sistema de tratamento implantados, apenas 4 dispõe, no momento, de água tratada, apesar da exigência da Portaria n°418 do M.S.....Neste caso, informo que as pastilhas de hipoclorito de sódio existentes para o tratamento da água servida nas aldeias entraram no prazo de vencimento.

Distribuição de materiais: os materiais adquiridos para manutenção dos sistemas de água encontram-se estocados no almoxarifado.....”

Memorando n° 161/DIADM/SALOG/SOTRA, de 20 de novembro de 2007, encaminhado ao Chefe da DIADM pelo chefe da SOTRA:

“.....

Informo a Vossa Senhoria que, com a atual frota está ficando quase impossível fazer um atendimento de boa qualidade, se tivéssemos que informar que esta frota já está anti-econômica, só sobraria uma meia dúzia de veículos,....., alertamos também de que se não houver urgentemente por parte dos nossos dirigentes a conscientização de que providências tem que ser tomadas no que diz respeito a frota de veículos, logo esta CORE-TO entrará em colapso.

.....

.....também informamos que na atual conjuntura em que se encontra a nossa frota, somos obrigados a disponibilizar uma boa parte dos nossos veículos de passeio para executar os trabalhos nas áreas indígenas devido a falta de carros apropriados que são as camionetas pickup traçadas. Temos somente 5 camionetas...., em média de 3 anos de uso, não suportando atender a demanda em todas as etnias,....”

No primeiro trimestre de 2007, por falta de mobilidade das equipes multidisciplinares de saúde para o desenvolvimento das ações dos programas de atenção básica junto às comunidades, houve aumento de morbidade, casos de diarréias e infecções respiratórias agudas e, em algumas áreas, aumento da desnutrição. Diante desse cenário, faz-se necessário ressaltar a urgência em sanar o problema a fim de evitar comprometimento dos indicadores em relação às metas propostas.

A relação de veículos da Coordenação, CASAI e Pólos-Base demonstram com clareza a gravidade da situação. Dos 54 veículos disponíveis, apenas 17 estão em condições de uso, sendo que desses são 2 motos, 2 ambulâncias, 1 de passageiro e 12 utilitários.

b) Orçamento

A falta de definição formal de um teto orçamentário para a coordenação regional, bem como, a forma parcelada de disponibilização e, ainda,

a programação centralizada das despesas de custeio em desacordo com o planejamento local se reverteu em dificuldades de execução orçamentária. Apesar disso, conseguiu-se executar quase a totalidade do orçamento disponibilizado em 2007, devido ao acerto orçamentário realizado no final do exercício.

c) Estrutura administrativa

Outra questão levantada foi a incompatibilidade entre a estrutura administrativa existente e a prevista no organograma atual da Fundação. Tal situação se revela como um dos gargalos que a CORE – TO enfrenta para desenvolver ações de saúde indígena, dadas as dificuldades para a gestão dos pólos-base, que embora sejam unidades que não estão inseridas no organograma atual, são indispensáveis como unidades administrativas, organizacionais e de execução das atividades nas áreas indígenas. Além do que, a sua localização em municípios que têm área indígena facilita o elo de ligação entre a comunidade, postos de saúde das aldeias, hospitais de referência, Casas de Saúde Indígena – Casai e sede do Dsei – TO.

O Distrito Sanitário Especial Indígena dispõe de 2 Casas de Saúde do Índio, 5 Pólos Bases de Saúde Indígena; 2 Bases de Apoio e uma Assessoria Técnica. Ou seja, o pólo base tem um papel importante na estrutura administrativa e a falta de previsão formal de sua existência no atual organograma da Funasa gera problemas de ordem administrativa e dúvidas quanto à legalidade de medidas gerenciais. Por exemplo, há

> "... *dificuldade de lotar servidores do quadro efetivo da Funasa nessas unidades, seja pelas dúvidas quanto a legalidade ou pela falta de incentivo para a assunção de responsabilidades gerenciais, haja vista não existir gratificação correspondente aos cargos de chefias, as alternativas encontradas são as contratações de pessoal administrativo por meio de convênios com ONGs e com recurso do Incentivo de Atenção Básica dos Povos Indígenas- IAB-PI, repassados fundo a fundo para os municípios. No entanto, essa medida tem se demonstrado insuficiente/inadequada, pois além da dificuldade de responsabilização do funcionário por não estar regido pela lei 8.112/90, tem ainda interferências da cultura indígena de algumas etnias, pois nem sempre aceitam funcionários que não são efetivos do quadro da Funasa, o que contribui para a constante troca desses funcionários e leva a uma deficiência de gestão desses Pólos devido as constantes interrupções no*

processo de aprendizagem, tanto do serviço a ser prestado quanto em relação as especificidade culturais das comunidades."

d) Recursos Humanos

As ações da Funasa, no Tocantins, são desenvolvidas por um quadro de pessoal permanente, conforme Lei 8.112/90 e pessoal contratado por meio das ONGs conveniadas e das secretarias municipais de saúde. Do quantitativo de pessoal permanente, regido pela Lei 8.112/90, 81% dos servidores estão cedidos aos municípios e ao Estado, bem como a outros órgãos federais, de acordo com as Leis n° 8.080/90 e 8.142/90 e Portaria MS n°1.172/2004.

No âmbito da CORE atuam apenas 19% dos servidores permanentes, sendo que a execução das ações de saúde indígena dispõe de um quantitativo de 379 trabalhadores que não são do quadro efetivo da Funasa e, em sua grande maioria, encontra-se em situações trabalhistas precárias favorecendo a alta rotatividade de pessoal qualificado para as ações desenvolvidas. Essa situação fragiliza a instituição e gera uma demanda constante pelo mesmo tipo de capacitação, o que conduz ao aumento dos gastos com capacitação sem que haja a efetividade de um processo de educação continuada.

"*No âmbito da Core-TO atua apenas 19% dos servidores. Vale ressaltar que a maioria dos mesmos, embora tenha formação superior e ocupem cargos compatíveis à formação, são remunerados com vencimento de nível médio, de acordo com o cargo de admissão na Instituição.*

A situação da estrutura de pessoal se agrava, de forma crescente, a cada exercício. A última admissão para o quadro permanente ocorreu no ano de 1995, e foi resumida a 12 (doze) cargos de Agente Administrativo dos quais apenas 07 (sete) permanecem nesta Core.

Em 2007 ocorreram 25 aposentadorias, 09 pensões e 01 demissão a pedido. Neste sentido, a política de RH na Funasa, para a construção de uma cultura institucional própria, voltada à sua missão, vai se tornando cada vez mais difícil de ser realizada."

O relatório apresenta situação detalhada da lotação de servidores. Para a saúde indígena, o total de cargos é de 380, 10% para nível superior, 30% para nível médio e 60% para nível auxiliar. As Casai e os pólos

possuem aproximadamente 20 servidores cada um. A força de trabalho terceirizada (contratada por ONG e municípios) varia entre 18 e 98 pessoas em cada localidade.

Diante do quadro atual e da impossibilidade de realização de concurso, houve por parte da Coordenação tentativa, sem sucesso, de trazer os servidores cedidos. A maioria dos servidores não demonstrou interesse devido a perda da indenização de campo e de outras gratificações. Ademais, grande parte deles não tem perfil adequado para as atuais atribuições da instituição.

Tabela 8. Servidores Ativos da CORE-TO.

Descrição	**Quantidade**	**Categoria**
Carreira da Previdência, Saúde e Trabalho – Cpst, Lei n° 11.355/2006	646	Média de 7% de cargos da área meio
Plano Geral de Cargos do Poder Executivo – Pgpe, Lei n° 11.357/2006	191	Média de 4% de cargos da área meio
Seguridade, Lei n° 10.483/2002	08	0% de cargos da área meio
Total de servidores – Funasa-CORE/TO	**845**	6% de cargos da área meio
Total de servidores – Funasa-CORE/TO cedidos	**688**	81% de servidores cedidos
Total de servidores em exercício na CORE/TO	**162**	19% de servidores em exercício

Fonte: Documento intitulado Informações sobre Saúde Indígena Funasa – CORE/Dsei-TO. Período 2005 a 2007 (retirado do Relatório de Gestão da Core-TO, dez/2007)

e) Estrutura Física

Dentre os desafios administrativos enfrentados em 2007, destacaram-se o atraso na aprovação do orçamento em 2006, dificultando o processo licitatório regular, particularmente de instalações físicas.

Em nota técnica, encaminhada pala chefe da Dsei ao Coordenador Regional, é sugerida:

- a autorização e disponibilização de recursos para a estruturação e construção de 1 pólo base, no município de Santa Fé do Araguaia, onde o Pólo funciona em casa alugada, inadequada ao funcionamento,

- disponibilização de recursos para construção de Postos de Saúde em área indígena, haja vista a precariedade de funcionamento de diversos postos nas aldeias, onde não há condições básicas de execução de atividades de saúde.

Portanto, é urgente a disponibilização de recursos orçamentários/financeiros para dar continuidade à estruturação da rede física de saúde de modo a promover a melhoria da qualidade dos serviços prestados às comunidades indígenas e às condições de trabalho dos profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena.

As considerações finais do referido relatório indicam que é possível concluir que os resultados positivos foram obtidos à custa de ações e medidas emergenciais e de contingenciamento de situações de risco à saúde das populações atendidas, por meio da readequação de estratégias e articulações com diferentes órgãos, dos vários níveis de governo e setores. Essa iniciativa permitiu que soluções alternativas fossem encontradas, principalmente relacionadas ao apoio logístico e à disponibilização de recursos humanos.

Apesar de louvável, esse tipo de gestão não segue um planejamento institucional, o que torna baixa a perspectiva de efetividade das ações em 2008, já que não há justificativa para se continuar “improvisando” na gestão pública.

Com o intuito de não paralisar as ações e evitar maiores transtornos à saúde das comunidades indígenas, a Dsei-TO apresentou à CORE as seguintes alternativas:

1 – Solicitação de servidores cedidos aos municípios para atuarem como motoristas e administrativos de Pólos e Bases de Apoio.

2 – Formação de parceiras com solicitação de veículos a outros órgãos federais e municipais.

3 – Solicitação de ampliação e disponibilização de teto orçamentário e de diárias para cobrir despesas de deslocamento de motoristas e outros servidores.

4 – Formação de parcerias junto às prefeituras que têm áreas indígenas.

5 – Participação de técnicos do Dsei-TO em fóruns de debate junto aos técnicos da Secretaria de Saúde do Estado.

6 – Articulação e formação de parcerias com as regionais da Secretaria Estadual de Educação das áreas de risco nutricional.

O relatório reafirma os três maiores obstáculos ao desempenho do exercício das responsabilidades da instituição, quais sejam: a comunicação, os meios de transporte adequados e os recursos humanos com perfil e quantidade suficiente. Além disso, admite que mesmo com todas as estratégias utilizadas pelo Dsei, continuando a situação atual, não há possibilidade de se obter resultados positivos ou mesmo de se atingir metas estipuladas porque não há como executar as ações propostas. Ainda assim, apresenta algumas sugestões:

- disponibilização de nova frota pela Funasa/Presidência de 42 veículos , sendo 33 caminhonetes, 5 vans, 3 carros de passeio e 1 caminhão baú. Neste caso, é necessário o repasse de recursos para cobrir despesas com diárias. Outra opção é a disponibilização de recursos orçamentário/financeiro e autorização para locação de veículos adequados e suficientes para execução das ações da Saúde Indígena, com estimativa no valor de R$ 3.050.000,00 (três milhões e cinqüenta mil reais) anual.

- que sejam tomadas medidas em relação à disponibilização de recursos humanos e meios de gratificação, portanto, adequação do organograma da instituição com as responsabilidades inerentes à execução de ações em cada unidade do Dsei.

Apesar dos problemas listados, nos depoimentos dos servidores da Funasa, vislumbra-se um modelo de gestão comprometido, em que eles participam ativamente do processo e buscam novas parcerias e soluções

para os problemas que se apresentam no dia a dia das aldeias, sem com isso fugir da estrutura organizacional prevista no Subsistema de Saúde Indígena.

Um exemplo claro dessa atuação comprometida, que tem feito a diferença para melhor no Estado do Tocantins é o entrosamento entre a Funasa e a Funai, no caso da utilização dos postos de saúde existentes nas aldeias, que são estruturas da Funai, cedidas para que possa sempre ser disponibilizado o acompanhamento de um técnico de enfermagem, diminuindo a migração dos índios para a cidade.

O valor das ações compartilhadas não está apenas na cessão de um prédio ou de um veículo, mas nas conseqüências advindas de uma pequena parceria. Nesse caso, ao reduzir a ida do índio para a cidade reduz-se o consumo de álcool e os problemas que isso acarreta.

O alcoolismo no Estado é um problema que vem sendo enfrentado em um trabalho conjunto com o Estado, que é envolvido já nas propostas que estão sendo construídas, de acordo com o que foi instituído no ano passado, na conferência internacional a respeito da saúde mental, fórum que debate e emana diretrizes sobre o tratamento do alcoolismo.

Há uma atuação menos direta das ONG, a ação direta de atenção à saúde indígena ocorre pelos municípios, somente no Dsei há contratação de profissionais via ONG, mas elas ficam sob a coordenação da Funasa.

Durante os debates ocorridos na audiência pública realizada na Assembléia Legislativa do Estado ficou bastante clara a necessidade de se reestruturar a Funasa, por meio da realização de concurso público visando a contratação de servidores destinados a trabalhar especificamente com a saúde indígena, sendo esses, de preferência, indígenas.

6 CONCLUSÕES

O trabalho dessa CPI, em continuidade a uma série de atuações prévias de fiscalização do Legislativo, conseguiu avançar no conhecimento das causas da morte de crianças indígenas por desnutrição e também nas responsabilidades envolvidas.

Diante de tantos problemas enfrentados pela comunidade indígena é fundamental identificar os pontos críticos, para que as recomendações sejam produtivas, como, por exemplo, foram aquelas derivadas da Comissão Externa de 2005.

Um aspecto que precisa ficar esclarecido é que o problema da desnutrição entre crianças indígenas não se resume ao que ocorre no Mato Grosso do Sul. Detectaram-se em declarações de vários atores sociais relevantes na área da fiscalização e da própria comunidade indígena, uma percepção, a nosso ver inadequada, de que o problema seria mais intenso no Mato Grosso do Sul. Entretanto, os dados apresentados nesse relatório sugerem que o problema da desnutrição já existia antes de 2005. O pioneirismo na organização dos serviços de saúde e das informações relacionadas no Mato Grosso do Sul, desde o início da década, permitiu a detecção da acentuação do problema em 2005 e, mais recentemente, a observação de forte tendência de queda nos óbitos por desnutrição.

Assim, uma melhor organização que em outros distritos sanitários favoreceu uma atenuação da “invisibilidade epidemiológica” (termo mencionado pela Funasa) naquele distrito e o destacou perante os demais; entretanto, isso não significa que seja o local com a pior situação de desnutrição. Pelo contrário, mesmo considerando a situação crítica em 2005, os indicadores de saúde coletados apontam para a existência de distritos com quadro nutricional ainda mais preocupante. É o caso do Maranhão, onde foram registrados 5 óbitos por Beribéri (falta de vitamina B1)!

No Maranhão, a CPI detectou indícios de registro inadequado de informações sobre óbito, o que, aliado a sérios problemas administrativos e operacionais por parte da Funasa (dentre os quais o precário funcionamento do Sisvan em alguns locais) e da Funai favorecem o mascaramento da realidade sobre o nível de desnutrição.

Outro aspecto relevante é a constatação dos limites que as ações e serviços de saúde têm para solucionar completamente o problema da desnutrição. O Mato Grosso do Sul oferece um exemplo claro. Após as demandas do Legislativo e da sociedade em geral, com importante atuação da mídia, os órgãos do Executivo priorizaram a atuação naquele estado, de modo que a desnutrição foi bastante atenuada e a taxa de mortalidade infantil declinou em função do intenso investimento na melhoria da gestão e integração de órgãos públicos, na ampliação das equipes de saúde, no abastecimento de água e na distribuição de alimentos.

No caso de Dourados, a taxa de mortalidade infantil compara-se à média para a população geral do País. Entretanto, a pressão sobre o sistema de saúde é grande, uma vez que os fatores estruturais socioeconômicos (como a escassez de terra e de apoio à produção de alimentos, a desestruturação familiar e a baixa renda e escolarização) persistem e ao menor descuido a situação pode se agravar. A ação em saúde parece ter atingido seu limite para reduzir os níveis de desnutrição. Além disso, outros agravos à saúde associados aos mencionados fatores estruturais encontram-se em ascensão (como é o caso do alcoolismo e da violência) e também influem no nível de desnutrição entre as crianças.

O resultado obtido no Mato Grosso do Sul merece o reconhecimento da sociedade, particularmente dirigido às centenas de profissionais (inclusive agentes indígenas) que trabalharam arduamente para atingi-lo, seja no nível administrativo, seja no operativo. Cabe, entretanto, a observação de que não se observou a mesma prioridade de atuação em outros distritos, com gravidade do problema da desnutrição semelhante ou pior que a do Mato Grosso do Sul. Como já mencionado, ainda que os dados sejam incompletos para outros distritos, os indícios de gravidade da situação são fortes o suficiente para demandar que ações integradas sejam realizadas em vários distritos. Isso ficou claro nos locais que os membros da CPI tiveram a oportunidade de visitar, conforme relatado nos itens específicos desse relatório (no caso do Tocantins, vale destacar que, apesar dos problemas comuns de falta de recursos humanos e materiais, observou-se grande esforço administrativo para superar os problemas).

Ainda que setores de fiscalização formais e a sociedade em geral tenham dificuldade em conhecer a profundidade do problema, devido a uma natural assimetria de informações técnicas, os órgãos executivos tem uma

missão institucional a cumprir, cuja abrangência independe da intensidade dos sinais de alerta externos que recebem.

É bem verdade que as lições aprendidas no Mato Grosso do Sul estão sendo disseminadas para os demais distritos pela Funasa, a exemplo da implantação do Sisvan indígena e de portarias que ampliam a pactuação entre gestores públicos na utilização de recursos destinados à saúde indígena; contudo, é preciso maior prioridade para essas ações. Os resultados do trabalho do Sisvan já sugerem forte “efeito protetor” para uma adequada nutrição das crianças indígenas nos locais onde está sendo bem implantado. É compreensível que a implantação nacional do Sisvan indígena seja recente, entretanto, das mais de 25 mil crianças acompanhadas, cerca de 10 mil são do Mato Grosso do Sul, indicando que muito precisa ser feito para expandi-lo nacionalmente. Também não é admissível a irregularidade de acompanhamento nutricional de crianças por falta de recursos humanos, observada em muitos distritos e justamente naqueles em que a situação parece ser mais grave.

O TCU detectou ineficiências administrativas na Funasa. Foi observado crescimento da execução orçamentária da Funasa no programa de saúde indígena (R$ 50 milhões em 2000 e R$ 259 milhões em 2006), o que, diante dos resultados obtidos, demonstra a necessidade de uma melhor aplicação dos recursos. Por exemplo, sobre a "implantação de unidades de vigilância nutricional", verificou-se execução de apenas 23,8%. A média do indicador de gasto administrativo aumentou de 2004 a 2006, indicando que houve piora de eficiência. O maior percentual do orçamento da Funasa é gasto na área administrativa e não na consecução das ações sob sua competência.

O TCU concluiu que as “dificuldades administrativas, gerenciais e operacionais das ONG verificadas pela própria Funasa e pelos trabalhos do TCU, somadas às deficiências no controle da Funasa para acompanhar as atividades desempenhadas por essas entidades sinalizam para o alto risco associado à estratégia de descentralização da ação estatal em prover a saúde indígena via convênios”. “O risco relacionado não só a fatores que podem comprometer a qualidade dos serviços prestados e o alcance das metas estabelecidas no termo pactuado, como a baixa capacidade de coibir e combater casos de fraude e corrupção”.

Vale destacar a percepção de que se a atuação da Funasa no nível nacional ainda é deficiente, há um reconhecimento da própria instituição a respeito da necessidade de aperfeiçoar sua organização e gestão. As

ineficiências da Funasa decorrem principalmente: do insuficiente quadro de servidores (como detectado pelo TCU, cerca de 40% ou estão inativos ou cedidos), da forte centralização do órgão e da gestão desintegrada no nível local. Esse contexto gera: resultados de saúde inadequados em vários locais (como as inaceitáveis baixas coberturas vacinais no Maranhão), uso exagerado de convênios com ONGs (terceirizando a ação da instituição e dificultando o controle social) e, até, carência de recursos materiais, mesmo diante da existência de consideráveis recursos financeiros (como a falta de meio de transporte no Maranhão, apesar de gastos de grande monta). Além do reconhecimento da necessidade de aperfeiçoar a instituição, foram detectadas ações efetivas por parte da Funasa, como um projeto para revisão de sua estrutura organizacional, além de várias ações técnicas mencionadas em relatório do Desai/Funasa (destacadas no item 5.1).

Por outro lado, em relação à Funai, que tem papel fundamental para solucionar problemas em determinantes sociais que também influem na desnutrição de crianças indígenas, não se percebe o mesmo nível de atuação. Essa instituição também padece da falta de servidores e, mais ainda, de uma priorização como órgão central na condução da política indigenista. O caso do Mato Grosso do Sul é, novamente, exemplar. Enquanto que o setor saúde esforçou-se para atender às expectativas da sociedade, a Funai não demonstrou possuir recursos necessários para avançar, por exemplo, na solução do grave problema da demarcação de terras indígenas na região de Dourados. Mesmo após toda a movimentação em 2005, apenas agora, coincidindo com novas demandas do Legislativo (expressas em audiências públicas) estão funcionando grupos de trabalho para acelerar a solução do problema.

Ainda no campo da análise das instituições, verificou-se que a integração entre Funasa e Funai, particularmente no nível local, é precária e carece de maior institucionalização, o que tem influído no oferecimento de serviços e nos resultados de saúde. O caso do Maranhão deixa claro que as populações indígenas de algumas Dsei estão à mercê de um melhor relacionamento pessoal entre dirigentes de órgãos públicos locais. Detectou-se falta de clareza de atribuições, como sobre a responsabilidade do registro de óbitos e nascimentos. Também se observou grave falta de sintonia entre os objetivos do nível central da Funasa e o de algumas coordenações regionais da Funasa (aonde os distritos sanitários encontram-se em situação de subordinação). Essa falta de sintonia gera falta de responsabilização local por

ações fundamentais, como o acompanhamento de execução de recursos de convênios com ONGs e daqueles transferidos para prefeituras.

Quanto à integração com o MDS para distribuição de cestas básicas a fim de atender a situações que seriam emergenciais, mas que tendem a se tornar crônicas pela falta de solução de problemas estruturais, observou-se uma aparente redução em relação ao que era distribuído logo após a crise de 2005. Relatório da Funasa indica que atualmente não há possibilidade de ampliação no número de distritos atendidos pela distribuição devido a não suplementação do orçamento do MDS para essa ação.

As informações desse relatório permitem destacar que o mecanismo institucional do controle social, por meio da atuação dos conselhos distritais de saúde indígena foi fundamental para que o problema da desnutrição fosse colocado na agenda pública. Afinal, foi a partir da denúncia oferecida pelo conselho do Mato Grosso do Sul (fundamentada nos dados que a atuação do sistema de saúde foi capaz de ofertar) que se mobilizou a mídia, outro importante ator social, a qual alertou a sociedade e o Congresso Nacional. Observa-se que à medida que os conselhos se capacitam, os resultados em saúde tendem a melhorar no local e as demandas tornam-se mais complexas, como a de autonomia administrativa e financeira para o distrito sanitário indígena e de maior controle dos recursos executados em parcerias com ONGs e com prefeituras.

Constatou-se certa dificuldade na obtenção de dados provenientes do sistema de informação de saúde indígena. A Funasa informou que os dados são divulgados anualmente e manifestou preocupação com o sigilo devido ao preconceito contra minorias, indicando que os interessados devem dirigir-se à Funasa fundamentando a finalidade e necessidade de informações. Essa posição dificulta a necessária transparência indispensável ao controle social. É possível promover a divulgação mais oportuna de dados agregados que não ameacem a confidencialidade das informações.

Um aspecto relevante para a desnutrição de crianças e que diz respeito à responsabilidade da própria comunidade indígena, mas sobre o qual poucas informações foram apresentadas no relatório, relaciona-se ao choque entre a cultura índia e não-índia, verificado em temas polêmicos como o infanticídio e abandono de crianças em algumas situações. Esses temas precisam de abordagem adequada para evitar que se “culpem as vítimas”, mas necessitam ser enfrentados com responsabilidade, a exemplo do entendimento

de operadores da justiça, que tem priorizado a preservação do direito à vida das crianças indígenas brasileiras.

Algumas conclusões sobre os locais visitados pelos membros da CPI serão apresentadas para fundamentar recomendações mais específicas.

Como já mencionado, o Mato Grosso do Sul superou a fase crítica do problema da desnutrição de crianças indígenas e tornou-se modelo na área de atenção à saúde em relação aos demais distritos (destacando-se a atuação do Sisvan e das equipes de saúde indígena); mas fatores socioeconômicos persistem (principalmente relacionado à escassez de terra e desestruturação social) e há problemas de saúde em franca ascensão, como o alcoolismo e a violência. A Funasa ainda se utiliza de convênios com ONG para atender a necessidade de recursos humanos. A atuação da Funai na região ainda é insatisfatória. O controle social indígena é atuante e demanda maior autonomia para o distrito.

No Maranhão detectou-se: elevado nível de desnutrição entre crianças, problemas de confiabilidade dos dados de registro de óbitos (o que dificulta a interpretação das grandes variações na taxa de mortalidade infantil); insatisfatória implantação do Sisvan indígena (irregularidade de acompanhamento de crianças e suspensão de treinamentos); baixa cobertura vacinal (contrastando com a informação de alta cobertura no nível nacional, incluindo a vacina BCG, que seria de 100%, o que não ocorre no Maranhão); suspeita de elevação na ocorrência de casos de Aids e de tuberculose; ações de saúde prejudicadas por falta de meio de transporte; número de profissionais de saúde considerado suficiente (cerca de 1000), mas sem as condições de trabalho adequadas; aparente desvio de finalidade de convênio com ONG para contratação de recursos humanos; apoio deficiente da Funasa ao adequado funcionamento das casas de saúde indígena; insuficiente estruturação do distrito sanitário (quanto ao número de pólos de saúde efetivamente funcionando, o que gera maior necessidade por transporte); a quase ausência de fiscalização de ações terceirizadas pela coordenação regional; precária integração entre Funasa e Funai; insuficientes ações da Funai para promover a segurança alimentar da comunidade indígena; controle social ainda em fase de organização e dependente de recursos da Funasa para se estruturar.

Sobre o convênio para contratar recursos humanos, as conclusões são preliminares, pois a Funasa não encaminhou cópias dos

convênios solicitadas pela CPI, entretanto, relatório local identificou que a maioria das contratações de recursos humanos via convênio é de pessoal administrativo e de serviços gerais, aparentemente atendendo mais a necessidades gerais da Coordenação Regional que as da saúde indígena. Os profissionais de saúde estão sendo contratados em grande maioria pelos recursos repassados a prefeituras, de modo que, a princípio, os convênios, no caso específico do Maranhão, não seriam justificados pela demanda por esses profissionais.

Sobre os custos relacionados a locação de automóveis e diárias, de janeiro a julho de 2007 foram gastos R$ 3,3 milhões (contrato Coopersat) e de julho a dezembro foram mais R$ 840 mil (contrato Caiuá – 2667/05), indicando valor muito elevado no primeiro semestre de 2007.

No Acre, os principais problemas detectados foram: a) contratação temporária de profissionais para compor a equipe multidisciplinar, gerando uma alta rotatividade e, conseqüentemente, dificuldade de capacitação e despreparo destes para lidar com a realidade indígena, mesmo porque as diferenças culturais entre as próprias etnias é significativa, pois os dois Distritos do Acre, juntos, trabalham com 17 etnias diferentes; b) um histórico conturbado da atuação da Funasa, por meio de convênios, o que contribuiu para que a mortalidade infantil aumentasse; c) deslocamento das equipes multidisciplinares, que representa um alto custo e grandes problemas de logística; d) dificuldade com o sistema de tíquete abastecimento que inviabiliza o encaminhamento das ações de saneamento e o deslocamento das equipes multidisciplinares às aldeias; e) falta de parceria entre a Funasa e a Funai e demais órgãos que atuam nas áreas indígenas; f) ocupação das áreas no entorno das terras indígenas, que estão associadas à exploração ilegal de madeira e à contaminação da água dos rios que abastecem as aldeias.

Como exemplo de contratação bem sucedida de profissionais, a ser difundida, foi citada a da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, que conseguiu fazer um processo seletivo simplificado e, por meio dele, contratar profissionais para trabalhar exclusivamente na Casa de Saúde do Índio.

Segundo os depoimentos prestados à CPI, não há problemas significativos de mortes por subnutrição. Em 2005 não houve nenhuma morte por desnutrição; em 2006 foram duas mortes; em 2007 repetiu-se o índice e, em 2008, 1 morte por desnutrição, até agora.

Os povos indígenas do Acre não têm o costume de praticar o infanticídio. Além disso, a maioria deles já não tem mais rejeição pela vacina, participando das campanhas de vacinação sem maiores problemas.

A Funai foi classificada como “órgão extinto” no Alto Juruá, pois sua atuação se restringe ao auxílio maternidade, não oferecendo nenhum incentivo às atividades produtivas. Foram feitas denúncias de um médico, que é pago pelo município de Porto Walter e não presta assistência aos índios.

Desde 2004, os recursos do SAS – Secretaria de Assistência à Saúde - são repassados fundo a fundo para os municípios, ou direto para o Distrito Sanitário, não havendo mais convênios com ONGs. As prefeituras do Estado do Acre, recebem, em média, 15 milhões de reais, e, aos hospitais cadastrados são repassados, em média, de 1 milhão e 200 mil reais, em função do previsto na Portaria 2.656, que foi publicada em 17 de outubro de 2007.

Os sistemas de abastecimento atendem, aproximadamente, 8 mil indígenas. dos 15 mil indígenas do Acre. Entretanto, o sistema implantado não está em pleno funcionamento em função das dificuldades enfrentadas na manutenção das peças e equipamentos e na aquisição de óleo diesel. Aproximadamente 40% dos sistemas estão parados. Atualmente, a Funasa vem executando diretamente os projetos de saneamento, embora conte apenas com 1 engenheiro contratado pelo estado e um arquiteto contratado pela prefeitura.

Em Tocantins, os três maiores obstáculos identificados no foram: a) dificuldade de comunicação; b) frota de veículos insuficiente e incompatível com a demanda, sendo este o ponto de estrangulamento maior das ações da Funasa, citado por todos os depoentes; c) não disponibilidade de recursos humanos.

Hoje há 379 trabalhadores que não são do quadro efetivo da Funasa e, em sua grande maioria, encontram-se em situações trabalhistas precárias favorecendo a alta rotatividade de pessoal qualificado para as ações desenvolvidas. Isso fragiliza a instituição e gera uma demanda constante pelo mesmo tipo de capacitação, o que conduz ao aumento dos gastos sem que haja a efetividade de um processo de educação continuada.

Também merecem destaque: a) falta de definição formal de um teto orçamentário para a coordenação regional, bem como, a forma parcelada de disponibilização e, ainda, a programação centralizada das despesas de custeio em desacordo com o planejamento local; b) incompatibilidade entre a

estrutura administrativa existente e a prevista no organograma atual da Fundação, pois os pólos-base, embora sejam unidades que não estão inseridas no organograma atual, são indispensáveis como unidades administrativas, organizacionais e de execução das atividades nas áreas indígenas; c) disponibilização de recursos orçamentários/financeiros para dar continuidade à estruturação da rede física de saúde.

A presença de assentamentos lindeiros às terras indígenas é apontada como problemática por diversos atores envolvidos na questão indígena, pois propicia o contato com a bebida alcoólica, a invasão da área para retirada ilegal de recursos naturais, como madeira, animais silvestres, etc.

Algumas ações positivas foram detectadas no Tocantins, como a constante busca de parceria pela Funasa para viabilizar a atuação do órgão, quando lhe faltam recursos humanos ou apoio logístico para a ida às aldeias. A existência de projetos conduzidos pela Funai em parceria com ONGs e organizações indígenas de reintrodução de flora e fauna nas terras indígenas, por meio de reflorestamento e repovoamento com animais silvestres, com o objetivo de enriquecer as terras indígenas e recuperar o que foi perdido em função do processo de inter-relação com a sociedade envolvente.

Houve sugestão de mudança na estrutura da Funai de Tocantins de modo a concentrar a coordenação na capital, mantendo as Casai, em Araguaína e Gurupi, o que acredita-se facilitará a atuação do órgão e propiciará uma melhor aplicação de recursos e fiscalização.

Em conclusão, as informações apresentadas ao longo do relatório respondem com relativa clareza ao objeto dessa CPI relacionado à causa dos óbitos por desnutrição entre crianças indígenas: a) o processo histórico de exclusão da população indígena, que vem sendo atenuado, mas com velocidade menor que a necessária; e b) deficiências nos órgãos responsáveis por abordar a questão indígena associadas à falta de priorização política, que se refletem em deficiências de recursos e na atuação desintegrada e fragmentada da Funasa e da Funai.

Diante dessas “causas”, não se podem negar as deficiências compartilhadas pela sociedade em geral (que não se posiciona com mais firmeza perante seus líderes políticos sobre a questão indígena) e de suas instituições administrativas (por deficiências operacionais) e políticas (expressas, por exemplo, na indefinição sobre a revisão do Estatuto do Índio).

Foram destacadas nesse documento várias ações de fiscalização empreendidas pelo TCU e de responsabilização judicial em curso desde 2005, de modo que o relatório priorizou o aprofundamento do diagnóstico da situação e a proposição de medidas, objeto do próximo item.

7 RECOMENDAÇÕES

As informações coletadas pela CPI e as conclusões atingidas dão suporte às proposições que se seguem, dirigidas aos órgãos responsáveis pela sua concretização.

7.1 Para o Legislativo

a) Recomenda-se à Comissão de Direitos Humanos e Minorias que crie subcomissão para: acompanhar o desenvolvimento de atividades relacionadas às recomendações presentes nesse relatório; resgatar o documento final do Fórum Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional para os Povos Indígenas entregue na Câmara dos Deputados em 2003; promover a divulgação anual das ações de acompanhamento; bem como demandar resposta aos requerimentos de informação da CPI não atendidos (conforme listagem a ser apresentada pela **Secretaria da CPI)**, e a dados prometidos durante audiências públicas (com destaque para os depoentes do Estado do Acre).

b) Recomenda-se aos Parlamentares da Câmara dos Deputados que por ocasião da apreciação de leis orçamentárias sejam garantidos recursos adequados para a atuação da Funasa e da Funai, tanto para ações de custeio quanto para investimento; e maior celeridade na revisão do Estatuto do Índio, por meio do Projeto de Estatuto das Sociedades Indígenas, Projeto de Lei nº 2.057, de 1991.

7.2 Para o Executivo

7.2.1 Recomendações para a Presidência da República, Ministério da Justiça e Funai

a) Fortalecimento das ações da Funai, com melhoria de seu quadro pessoal através de concurso público, plano de cargos e salários e orçamento apropriado às necessidades.

b) Promover maior integração entre a Funai e a Funasa e nas localidades onde o problema da desnutrição é mais grave (como no Maranhão) estabelecer comitês gestores nos moldes do que foi implantado no Mato Grosso do Sul, formalizados por meio de decreto ou portaria interministerial.

c) Definição e implementação transversal de políticas indígenas em todos os órgãos do Governo Federal.

d) Ampla campanha publicitária enfocando a valorização dos povos indígenas, com contribuições para o resgate do respeito e solidariedade dos não-índios aos indígenas.

e) Adotar providências administrativas no sentido de assegurar espaço territorial suficiente e adequado para os povos indígena Guarani, Kaiowá e Terena, que se encontram confinados na terra indígena de Dourados, concluindo-se os procedimentos administrativos de demarcação das terras por eles tradicionalmente ocupadas, revendo-se os limites das atuais terras já demarcadas;

f) Envidar esforços para que as sociedades indígenas encontrem alternativas de sustentabilidade, promovendo políticas públicas que contenham assistência técnica e financiamento para melhora da produção agrícola.

g) celebrar convênios com órgãos estaduais e municipais competentes, a fim de combater o comércio clandestino de madeira, de mineração, arrendamentos de terras e outras ações claramente prejudiciais aos interesses indígenas.

h) apurar e encaminhar solução legal às denúncias coletadas pela Comissão de que indígenas estão arrendando suas terras à produtores agrícolas não índios.

1. apresentar à CDHM um conjunto de metas e indicadores sobre ações de segurança alimentar desenvolvidas pela Funai para as comunidades indígenas, para permitir um acompanhamento anual dessas atividades.

2.

7.2.2 Recomendações para o Ministério da Saúde e Funasa

a) Conforme demandado pelo TCU, “agilizar a reestruturação da Fundação Nacional de Saúde, ante a ineficácia de seus controles internos, principalmente na área de administração de pessoal e de formalização de convênios, bem como seus gastos excessivos na área administrativa, em comparação com os dispêndios em sua atividade finalística” e “solucionar definitivamente a questão dos servidores cedidos pela Funasa para desenvolver ações do Sistema Único de Saúde (SUS)”. A CPI recomenda revisão dos casos de cessão visando o retorno ao desenvolvimento de atividades na Funasa.

b) Fortalecimento das ações da Funasa, com melhoria de seu quadro pessoal através de concurso público com lotação nos distritos, plano de cargos e salários, revisão formal do organograma da instituição (para incluir as Casai e os pólos-base na estrutura formal do órgão) e orçamento apropriado às necessidades. Sugestões mais específicas obtidas em documento encaminhado à CPI estão detalhadas no **anexo II**.

c) Eliminar a contratação de recursos humanos por meio de convênios com ONG, favorecendo as ações diretas e as parcerias com órgãos públicos.

m) Considerar a reestruturação organizacional de modo que os Dsei sejam dotados de recursos humanos e materiais adequados e estáveis para que possam operar com maior autonomia administrativa e financeira, por meio de fundo distrital de saúde; num contexto em que o controle social seja também fortalecido, por meio de recursos específicos para apoiar o funcionamento dos Condisi.

n) Promover a aproximação e alinhamento entre os objetivos da Presidência da Funasa e das Coordenações Regionais por meio de uma maior institucionalização das relações, priorizando critérios técnicos e de capacidade de gestão nas indicações de coordenadores regionais.

o) Difundir em toda a estrutura da Funasa os bons exemplos do Mato Grosso do Sul e de Tocantins, que fortaleçam a percepção de que é, sim, missão desse órgão articular a referência com níveis mais complexos de atenção à saúde e não apenas oferecer atenção básica de saúde nas aldeias.

d) Acelerar a implantação do Sisvan indígena em todas os Dsei, de modo que no período de um ano seja atingido um mínimo de 60% de cobertura de crianças menores de cinco anos em cada distrito.

e) Reverter o quadro de baixa cobertura vacinal no Maranhão, por meio da implantação de medidas como as realizadas pelo Dsei do Tocantins.

f) Verificar se há elevação na incidência de casos de Aids e tuberculose, particularmente no Maranhão.

g) Desenvolver ações de resgate de óbitos infantis nos Dsei e estabelecer com a Funai protocolo em que constem as responsabilidades no registro de nascimentos e óbitos.

h) Apresentar à CDHM um conjunto de metas e indicadores sobre as ações do Sisvan, sobre mortalidade e morbidade na população indígena, para permitir um acompanhamento anual dessas atividades.

i) Dar solução oportuna e duradoura para a grave falta de veículos para execução de ações de saúde, evitando os desperdícios de recursos com as locações.

j) Construir unidades de saúde preferencialmente dentro ou próximo às aldeias, para facilitar o acesso e permitir acompanhamento das crianças por familiares.

l) Adotar com a maior celeridade programa de atenção à saúde mental, abordando a questão do suicídio, do alcoolismo e abuso de drogas.

7.2.3 Recomendações para o Ministério do Desenvolvimento Social

a) Prever em seu orçamento recursos adequados para o fornecimento de cestas básicas em articulação com a Funasa.

7.2.4 Recomendações para o Ministério Público Federal

a) Aumentar o número de procuradores federais envolvidos em investigações relacionadas à desnutrição de crianças indígenas.

b) Ampliar a abrangência geográfica das investigações sobre desnutrição de crianças indígenas, uma vez que o problema não é restrito

ao Mato Grosso do Sul, a exemplo do que se detectou no Maranhão e dos indícios de que há outros distritos com situação mais grave.

c) Investigar o arrendamento ilegal de terras indígenas no Mato Grosso do Sul.

7.2.5 Recomendações para o Tribunal de Contas da União

a) Realizar auditoria nos convênios da Funasa com ONGs para contratação de recursos humanos, particularmente para atuação no Maranhão, a fim de verificar desvios de finalidade, ou seja, atender a demandas administrativas da coordenação regional ao invés de contratar profissionais para atuar na atenção à saúde indígena.

b) Realizar auditoria operacional na Funai, particularmente nos estados destacados nesse relatório, a fim de verificar a adequação de atividades visando a promoção da segurança alimentar das populações indígenas, as quais estão sob responsabilidade dessa instituição.

7.2.6 Recomendações para o Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena

a) Disseminar entre os Condisi as experiências de sucesso no controle social indígena.

b) Promover maior aproximação com as Câmaras Municipais, pois os Vereadores podem demandar das prefeituras informações úteis sobre recursos encaminhados para atenção à saúde.

7.3 Encaminhamento de cópia do relatório da CPI

- Encaminhar cópia do relatório a todas as instituições mencionadas nos itens 7.1 e 7.2.

Este é o relatório que nos cabia elaborar.

Sala da Comissão, em 28 de maio de 2008.

Deputado Vicentinho Alves

RELATOR

ANEXO I – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 254, DE 31 DE JANEIRO DE 2002

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, e Considerando a necessidade de o Setor Saúde dispor de uma política de atenção à saúde dos povos indígenas;

Considerando a conclusão do processo de elaboração da referida política, que envolveu consultas a diferentes segmentos direta e indiretamente envolvidos com o tema; e

Considerando a aprovação da proposta da política mencionada, pelo Conselho Nacional de Saúde, em sua reunião ordinária de novembro de 2001, resolve:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante.

Art. 2º Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

ANEXO

1 - Introdução

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando

as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas

suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais.

Esta proposta foi regulamentada pelo Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Medida Provisória n.º 1.911-8, que trata da organização da

Presidência da República e dos Ministérios, onde está incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da Funai para a Funasa, e pela Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS.

A implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços - voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde -, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Para sua efetivação, deverá ser criada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população. É indispensável, portanto, a adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e a adequação da capacidade do Sistema, tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, eqüidade, participação comunitária e controle social.

Para que esses princípios possam ser efetivados, é necessário que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. Assim, dever-se-á desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços.

Com base nesses preceitos, foi formulada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, cuja elaboração contou com a participação de representantes dos órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e pela política e ação indigenista do governo, bem como de organizações da sociedade civil com trajetória reconhecida no campo da atenção e da formação de recursos humanos para a saúde dos povos indígenas. Com o propósito de garantir participação indígena em todas as etapas de formulação, implantação, avaliação e aperfeiçoamento da Política, a elaboração desta proposta contou com a participação de representante das organizações indígenas, com expe-riência de execução de projetos no campo da atenção à saúde junto a seu povo.

2 - Antecedentes

No Brasil, a população indígena, estimada em cerca de 5 milhões de pessoas no início do Século XVI, comparável à da Europa nesta mesma época, foi dizimada pelas expedições punitivas às suas manifestações religiosas e aos seus movimentos de resistência, mas, principalmente, pelas epidemias de doenças infecciosas, cujo impacto era favorecido pelas mudanças no seu modo de vida

impostas pela colonização e cristianização (como escravidão, trabalho forçado, maus tratos, confinamento e sedentarização compulsória em aldeamentos e internatos).

A perda da auto-estima, a desestruturação social, econômica e dos valores coletivos (muitas vezes da própria língua, cujo uso chegava a ser punido com a morte) também tive-ram um papel importante na diminuição da população indígena. Até hoje há situações regio-nais de conflito, em que se expõe toda a trama de interesses econômicos e sociais que configuram as relações entre os povos indígenas e demais segmentos da sociedade nacional, especialmente no que se refere à posse da terra, exploração de recursos naturais e implantação de grandes projetos de desenvolvimento.

Desde o início da colonização portuguesa, os povos indígenas foram assistidos pelos missionários de forma integrada às políticas dos governos. No início do Século XX, a expansão das fronteiras econômicas para o Centro- Oeste e a construção de linhas telegráficas e ferrovias provocaram numerosos massacres de índios e elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis que levaram, em 1910, à criação do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI). O órgão, vinculado ao Ministério da Agricultura, destinava-se à proteger os índios, procurando o seu enquadramento progressivo e o de suas terras no sistema produtivo nacional.

Uma política indigenista começou a se esboçar com inspiração positivista, em que os índios, considerados num estágio infantil da humanidade, passaram a ser vistos como passíveis de "evolução" e integração na sociedade nacional por meio de projetos educacionais e agrícolas. A assistência à saúde dos povos indígenas, no entanto, continuou desorganizada e esporádica. Mesmo após a criação do SPI, não se instituiu qualquer forma de prestação de serviços sistemática, restringindo-se a ações emergenciais ou inseridas em processos de "pacificação".

Na década de 50, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), no Ministério da Saúde, com o objetivo de levar ações básicas de saúde às populações indígena e rural em áreas de difícil acesso. Essas ações eram essencialmente voltadas para a vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis.

Em 1967, com a extinção do SPI, foi criada a Fundação Nacional do Índio (Funai), que, baseando-se no modelo de atenção do SUSA, criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS). Essas equipes realizavam atendimentos esporádicos

às comunidades indígenas de sua área de atuação, prestando assistência médica, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem.

A Funai, após a crise financeira do Estado brasileiro pós-milagre econômico da década de 70, teve dificuldades de diversas ordens para a organização de serviços de atenção à saúde que contemplassem a grande diversidade e dispersão geográfica das comunidades: carência de suprimentos e capacidade administrativa de recursos financeiros, precariedade da estrutura básica de saúde, falta de planejamento das ações e organização de um sistema de informações em saúde adequado, além da falta de investimento na qualificação de seus funcionários para atuarem junto a comunidades culturalmente diferenciadas.

Com o passar do tempo, os profissionais das EVS foram se fixando nos centros urbanos, nas sedes das administrações regionais, e a sua presença nas aldeias se tornava cada vez mais esporádica, até não mais ocorrer.

Alguns deles, em geral pouco qualificados, ficaram lotados em postos indígenas, executando ações assistenciais curativas e emergenciais sem qualquer acompanhamento. Era freqüente funcionários sem qualificação alguma na área da saúde prestar atendimentos de primeiros socorros ou até de maior complexidade, devido à situação de isolamento no campo.

As iniciativas de atenção à saúde indígena geralmente ignoravam os sistemas de re-presentações, valores e práticas relativas ao adoecer e buscar tratamento dos povos indígenas, bem como seus próprios especialistas. Estes sistemas tradicionais de saúde se apresentam numa grande diversidade de formas, sempre considerando as pessoas integradas ao contexto de suas relações sociais e com o ambiente natural, consistindo ainda num recurso precioso para a preservação ou recuperação de sua saúde.

Em 1988, a Constituição Federal estipulou o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, assegurando-lhes a capacidade civil plena - tornando obsoleta a instituição da tutela - e estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena. A Constituição também definiu os princípios gerais do Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente regulamentados pela Lei 8.080/90, e estabeleceu que a direção única e a responsabilidade da gestão federal do Sistema são do Ministério da Saúde.

Para debater a saúde indígena, especificamente, foram realizadas, em 1986 e 1993, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, por indicação da VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde, respectivamente. Essas duas Conferências propuseram a estruturação de um modelo de atenção diferenciada, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações.

Em fevereiro de 1991, o Decreto Presidencial nº 23 transferiu para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas, estabelecendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas como base da organização dos serviços de saúde. Foi então criada, no Ministério da Saúde, a Coordenação de Saúde do Índio - COSAI, subordinada ao Departamento de Operações - DEOPE - da Fundação Nacional de Saúde, com a atribuição de implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena.

No mesmo ano, a Resolução 11, de 13 de outubro de 1991, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), tendo como principal atribuição assessorar o CNS na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena. Inicialmente sem representação indígena, os próprios membros da CISI reformularam sua composição e, com a saída espontânea de representantes do CNS, da Secretaria de Meio Ambiente, dentre outros, abriu-se 4 das 11 vagas para representantes de organizações indígenas.

Em sentido oposto ao processo de construção da política de atenção à saúde indígena no âmbito do SUS, em 19 de maio de 1994 o Decreto Presidencial n° 1.141/94 constitui uma Comissão Intersetorial de Saúde - CIS, com a participação de vários Ministérios relacionados com a questão indígena, sob a coordenação da Funai. O decreto devolve, na prática, a coordenação das ações de saúde à Funai. A CIS aprovou, por intermédio da Resolução n° 2, de outubro de 1994, o "Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio", que atribuía a um órgão do Ministério da Justiça, a Funai, a responsabilidade sobre a recuperação da saúde dos índios doentes, e a prevenção, ao Ministério da Saúde, que seria responsável pelas ações de imunização, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias.

Desde então, a Funasa e a Funai dividiram a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, passando a executar, cada uma, parte das ações, de forma fragmentada e conflituosa. Ambas já tinham estabelecido parcerias com municípios, organizações indígenas e não-governamentais, universidades, instituições de pesquisa e missões religiosas. Os convênios celebrados, no entanto, tinham pouca definição de objetivos e metas a serem alcançados e de indicadores de impacto sobre a saúde da população indígena

2.1 - Situação atual de saúde

A população indígena brasileira é estimada em, aproximadamente, 350.000 pessoas, pertencentes a cerca de 210 povos, falantes de mais de 170 línguas identificadas. Cada um destes povos tem sua própria maneira de entender e se organizar diante do mundo, que se manifesta nas suas diferentes formas de organização social, política, econômica e de relação com o meio ambiente e ocupação de seu território. Diferem também no que diz respeito à antiguidade e experiência histórica na relação com as frentes de colonização e expansão da sociedade nacional, havendo desde grupos com mais de três séculos de contato intermitente ou permanente, principalmente nas regiões litorânea e do Baixo Amazonas, até grupos com menos de dez anos de contato. Há indícios da existência de 55 grupos que permanecem isolados, sendo que, com 12 deles, a Fundação Nacional do Índio, Funai, vem desenvolvendo algum tipo de trabalho de reconhecimento e regularização fundiária. Por outro lado, há também aqueles, como os Potiguara, Guarani e Tupiniquim, cujos ancestrais presenciaram a chegada das primeiras embarcações que cruzaram o Atlântico há cinco séculos.

Os povos indígenas estão presentes em todos os estados brasileiros, exceto no Piauí e Rio Grande do Norte, vivendo em 567 terras indígenas que se encontram em diferentes situações de regularização fundiária e que ocupam cerca de 12% do território nacional. Uma parcela vive em áreas urbanas, normalmente em periferias.

Cerca de 60% dessa população vivem no Centro-Oeste e Norte do país, onde estão concentradas 98,7% das terras indígenas.

Os outros 40% da população indígena estão confinados em apenas 1,3% da extensão das terras indígenas, localizadas nas regiões mais populosas do Nordeste, Leste e Sul do país:

Ainda que numericamente constituam uma parcela de somente 0,2% da população brasileira, em algumas regiões a presença indígena é significativa. Em Roraima, por exemplo, representa cerca de 15% da população do estado; 4%

no Amazonas; e 3% no Mato Grosso do Sul. Tomando-se como base a população municipal, em grande número de localidades a po-pulação indígena é maioria, tanto em municípios amazônicos, quanto em outros das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

Os povos indígenas enfrentam situações distintas de tensão social, ameaças e vulnerabilidade. A expansão das frentes econômicas (extrativismo, trabalho assalariado temporário, projetos de desenvolvimento) vem ameaçando a integridade do ambiente nos seus territórios e também os seus saberes, sistemas econômicos e organização social. Muitos desses povos estão ameaçados de desaparecimento, sendo que entre alguns deles o número de indivíduos se reduziu a ponto de comprometer a sua reprodução biológica. O Estado de Rondônia, onde uma intensa atividade madeireira, garimpeira e agropecuária tem provocado altíssima mortalidade, numa população hoje estimada em 6.284 pessoas, remanescentes de 22 povos, é um dos exemplos nesse sentido. Enquanto que algumas dessas sociedades passam por processo de recuperação populacional, como os Pakaas Novos, por exemplo, que hoje são mais de 1.900, outros, como os Latundê, sofreram um processo de redução e contam atualmente com apenas 37 pessoas.

Em termos gerais observa-se um crescimento demográfico entre os povos indígenas do país, fato normalmente associado à conservação do ambiente natural, estabilização das relações interétnicas, demarcação das terras indígenas e melhoria do acesso aos serviços de atenção básica à saúde.

Não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde dessa população, mas sim de dados parciais, gerados pela Funai, pela Funasa e diversas organizações não-governamentais ou ainda por missões religiosas que, por meio de projetos especiais, têm prestado serviços de atenção à saúde aos povos indígenas. Embora precários, os dados disponíveis indicam, em diversas situações, taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira em geral. O alto número de óbitos sem registro ou indexados sem causas definidas confirmam a pouca cobertura e a baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis.

Em relação à morbidade, verifica-se uma alta incidência de infecções respiratórias e gastrointestinais agudas, malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, desnutrição e doenças preveníveis por vacinas, evidenciando um quadro sanitário caracterizado pela alta ocorrência de agravos que poderiam ser significativamente reduzidos com o estabelecimento de ações

sistemáticas e continuadas de atenção básica à saúde no interior das áreas indígenas.

De acordo com dados consolidados dos relatórios de 1998, de 22 das 47 administrações regionais da Fundação Nacional do Índio, sobre uma população de cerca de 60 mil indivíduos, foram registrados 466 óbitos, quase 50% deles entre menores de cinco anos de idade, tendo como causas mais freqüentes as doenças transmissíveis, especialmente as infecções das vias respiratórias e as parasitoses intestinais, a malária e a desnutrição. As causas externas, especialmente a violência e o suicídio, são a terceira causa de mortalidade conhecida entre a população indígena no Brasil, afetando sobretudo regiões com Mato Grosso do Sul e Roraima.

Por sua vez, os dados consolidados no Relatório de Atividades de 1998, da Coordenação de Saúde do Índio/Funasa, baseiam-se no material enviado pelas equipes de saúde indígena de 24 unidades da federação.

Referem-se a uma população de 312.017 indígenas e, num total de 219.445 ocorrências, mostram um incremento de cerca de 24,7% sobre o volume registrado no ano anterior. A indicação de causas de óbitos (844) é proporcionalmente semelhante a dos dados analisados pela Funai.

A tuberculose é um dos agravos que acometem com maior freqüência e severidade as comunidades indígenas. Embora precários, os dados disponíveis indicam taxas de incidência altíssimas, superiores em muito àquelas encontradas entre a população branca do país. Entre os Yanomami de Roraima, por exemplo, o coeficiente de incidência anual de tuberculose passou de 450 por 100.000 pessoas em 1991 para 881.4 por 100.000 pessoas em 1994. Em 1998, era de 525.6 por 100.000, segundo os dados da organização Comissão Pró-Yanomami. Também em outros povos indígenas foram registradas taxas altíssimas de incidência. Os dados epidemiológicos do Departamento de Saúde da Funai, antes mencionado e relativos ao mesmo ano, indicam que a tuberculose foi responsável por 22,7% do total dos óbitos indígenas registrados por doenças infecto-parasitárias (2,2% dos óbitos por todas as causas), ou seja, duas vezes a taxa mundial de mortalidade específica por tuberculose. A fraca cobertura sanitária das comunidades indígenas, a deterioração crescente de suas condições de vida em decorrência do contato com os brancos, a ausência de um sistema de busca ativa dos casos infecciosos, os problemas de acessibilidade (geográfica, econômica, lingüística e cultural) aos centros de saúde, a falta de supervisão dos doentes em regime ambulatorial e o abandono

freqüente pelos doentes do tratamento favorecem a manutenção da endemia de tuberculose entre as populações indígenas no Brasil.

A infecção pelo HIV/Aids também é um agravo que tem ameaçado um grande número de comunidades. A partir de 1988 começaram a ser registrados os primeiros casos entre os índios, número que vem aumentando com o passar dos anos, sendo que, dos 36 casos conhecidos até o momento, oito foram notificados em 1998, distribuídos por todas as regiões do Brasil. O curto período de tempo transcorrido entre o diagnóstico e o óbito dos pacientes e a falta de informações entre os índios sobre os modos de transmissão do vírus e prevenção da doença, bem como as limitações de ordem lingüística e cultural para a comunicação com eles, são desafios a serem enfrentados e expressam a situação altamente vulnerável frente à tendência de interiorização da epidemia no país. A compreensão das redes de transmissão e os determinantes dos processos sociais e culturais originados do contato com a sociedade envolvente, bem como as relações intergrupais, é fator importante para a tomada de decisões e implementação de ações de prevenção. Com relação às DST, co-fator que potencializa a infeção pelo HIV em qualquer grupo social, indicadores a partir de estudos de casos revelam números preocupantes. O relatório da Funasa de 1998 indicou 385 casos registrados.

Em algumas regiões, onde a população indígena tem um relacionamento mais estreito com a população regional, nota-se o aparecimento de novos problemas de saúde relacionados às mudanças introduzidas no seu modo de vida e, especialmente, na alimentação: a hipertensão arterial, o diabetes, o câncer, o alcoolismo, a depressão e o suicídio são problemas cada vez mais freqüentes em diversas comunidades.

A deficiência do sistema de informações em saúde, que não contempla, entre outros dados, a identificação étnica e o domicílio do paciente indígena, dificulta a construção do perfil epidemiológico e cria dificuldades para a sistematização de ações voltadas para a atenção à saúde dos povos indígenas. A descontinuidade das ações e a carência de profissionais fizeram com que muitas comunidades indígenas se mobilizassem, desde os anos 70, de diversas maneiras, especialmente por intermédio de suas organizações juridicamente constituídas, para adquirir conhecimentos e controle sobre as doenças e agravos de maior impacto sobre sua saúde, dando origem a processos locais e regionais de capacitação de agentes indígenas de saúde e de valorização da medicina tradicional indígena, com a participação das diversas instituições envolvidas com a assistência à saúde indígena.

Mesmo sem um programa de formação e inserção institucional definidos, mais de 1.400 agentes indígenas de saúde vinham atuando no Brasil. A maioria deles trabalhando voluntariamente, sem acompanhamento ou suprimento sistemático de insumos para suas atividades. Em algumas regiões da Amazônia, onde as distâncias são medidas em dias de viagens por estradas em precário estado de conservação ou rios de navegabilidade difícil ou impossível durante o período da seca, os agentes indígenas de saúde são o único recurso das comunidades diante de determinadas doenças. Cerca de 13% dos agentes indígenas de saúde estão inseridos no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a maioria no Nordeste. Na Região Amazônica, a maioria das iniciativas foi tomada por organizações indígenas e não-governamentais.

3 - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

4 - Diretrizes

Para o alcance desse propósito são estabelecidas as seguintes diretrizes, que devem orientar a definição de instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas:

- organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Pólos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;

- preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;

- monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;

- articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;

- promoção do uso adequado e racional de medicamentos;

- promoção de ações específicas em situações especiais;

- promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;

- promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;

- controle social.

4.1 - Distrito Sanitário Especial Indígena

4.1.1 - Conceito

O conceito utilizado nesta proposta define o Distrito Sanitário como um modelo de organização de serviços - orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, po-pulacional e administrativo bem delimitado -, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social.

A definição territorial dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverá levar em consideração os seguintes critérios:

- população, área geográfica e perfil epidemiológico;

- disponibilidade de serviços, recursos humanos e infra-estrutura;

- vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS;

- relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional;

- distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas.

4.1.2 - Organização

Para a definição e organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverão ser realizadas discussões e debates com a participação de lideranças e organizações indígenas, do órgão indigenista oficial, de antropólogos, universidades e instituições governamentais e não-governamentais que prestam serviços às comunidades indígenas, além de secretarias municipais e estaduais de Saúde.

Cada distrito organizará uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do Sistema Único de Saúde. As Comissões Intergestores Bipartites são importantes espaços de articulação para o eficaz funcionamento dos distritos.

As equipes de saúde dos distritos deverão ser compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, contando com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas e técnicos considerados necessários.

O número, qualificação e perfil dos profissionais das equipes serão estabelecidos de acordo com o planejamento detalhado de atividades, considerando: o número de habitantes, a dispersão populacional, as condições de acesso, o perfil epidemiológico, as necessidades específicas para o controle das principais endemias e o Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde a ser definido conforme a diretriz específica desta política.

Nas aldeias, a atenção básica será realizada por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde, nos postos de saúde, e pelas equipes multidisciplinares periodicamente, conforme planejamento das suas ações.

Na organização dos serviços de saúde, as comunidades terão uma outra instância de atendimento, que serão os Pólos-Base. Os pólos são a primeira referência para os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias. Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência. Neste último caso, correspondem a uma unidade básica de saúde, já existente na rede de serviços daquele município. A maioria dos agravos à saúde deverão ser resolvidas nesse nível.

As demandas que não forem atendidas no grau de resolutividade dos Pólos-Base deverão ser referenciadas para a rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada Distrito Sanitário Especial Indígena. Essa rede já tem sua localização geográfica definida e será articulada e incentivada a atender os índios, levando em consideração a realidade sócio-econômica e a cultura de cada povo indígena, por intermédio de diferenciação de financiamento. Com o objetivo de garantir o acesso à atenção de média e alta complexidades, de-verão ser definidos procedimentos de referência, contra-referência e incentivo a unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas (como os relativos a restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérprete, visita de terapeutas tradicionais, instalação de redes, entre outros) quando considerados necessários pelos próprios usuários e negociados com o prestador de serviço.

Deverão ser oferecidos, ainda, serviços de apoio aos pacientes encaminhados à rede do Sistema Único de Saúde. Tais serviços serão prestados pelas Casas de Saúde Indígena, localizadas em municípios de referência dos distritos a partir da readequação das Casas do Índio. Essas Casas de Saúde deverão estar em condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso.

Além disso, as Casas deverão ser adequadas para promover atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e demais atividades para os acompanhantes e mesmo para os pacientes em condições para o exercício dessas atividades.

4.2 - Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural

A formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde é uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não.

O Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde deverá ser concebido como parte do processo de construção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Será desenvolvido em serviço e de forma continuada, sob a responsabilidade de Instrutores/Supervisores, devidamente capacitados, com a colaboração de outros profissionais de serviço de saúde e das lide-ranças e organizações indígenas.

O processo de formação dos agentes indígenas de saúde será elaborado dentro dos marcos preconizados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB (Lei nº 9.394/96), no que diz respeito ao ensino básico, direcionado para a construção de competências/habilidades, visando facilitar o prosseguimento da profissionalização nos níveis médio (técnico) e superior (tecnológico). Deverá seguir metodologia participativa, propícia à comunicação intercultural, de modo a favorecer o processo recíproco de aquisição de conhecimentos. Os estudos e levantamentos sócio-antropológicos existentes e os realizados de forma participativa deverão ser aproveitados como subsídios à formação de recursos humanos e à própria prestação de serviços.

O órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas fará gestões, junto aos órgãos e instituições competentes no campo da educação, no sentido de obter a certificação de competências para os agentes que seguirem o processo de formação, inclusive aqueles já capacitados, de acordo com o que faculta a Lei nº 9.394/96.

A capacitação dos recursos humanos para a saúde indígena deverá ser priorizada como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização dos serviços. Deverão ser promovidos cursos de atualização, aperfeiçoamento, especialização para gestores, profissionais de saúde e assessores técnicos (indígenas e não-indígenas) das várias instituições que atuam no sistema. As instituições de ensino e pesquisa serão estimuladas a produzir conhecimentos e tecnologias adequadas para a solução dos problemas de interesse das comunidades e propor programas especiais que facilitem a inserção de alunos de origem indígena, garantindo-lhes as facilidades necessárias ao entendimento do currículo regular: aulas de português, apoio de assistentes sociais, antropólogos e pedagogos, currículos diferenciados e vagas especiais.

O órgão responsável pela execução desta política organizará um processo de educação continuada para todos os servidores que atuam na área de saúde indígena.

4.3 - Monitoramento das ações de saúde

Para acompanhar as ações de saúde desenvolvidas no âmbito do Distrito Sanitário, será organizado sistema de informações, na perspectiva do Sistema de Vigilância em Saúde, voltado para a população indígena.

Esse sistema deverá identificar informações que atendam às necessidades de cada nível gerencial, fornecendo subsídios para a construção de indicadores que avaliem a saúde e, indiretamente, a atenção à saúde, como a organização dos serviços no Distrito Sanitário, particularmente no que diz respeito ao acesso, à sua cobertura e à sua efetividade.

Essas informações servirão também para identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, estabelecer prioridades na alocação de recursos e orientação programática, facilitando a participação das comunidades no planejamento e na avaliação das ações. Os instrumentos para coleta de dados no território distrital serão propostos por equipe técnica do órgão

responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas. Estes instrumentos poderão ser adaptados à realidade local, mas terão que permitir a identificação dos riscos e das condições especiais que interferem no processo de adoecer para buscar intervenções específicas de cada povo.

O fluxo de informações será pactuado com os municípios de referência e/ou estados. Os dados gerados nos serviços de referência da rede do SUS serão encaminhados para os distritos. Nas circunstâncias especiais, em que couber ao distrito viabilizar todo o serviço de assistência na sua área de abrangência, o mesmo repassará estas informações para os respectivos municípios e/ou estados, a fim de alimentar continuamente os bancos de dados nacionais. O acesso permanente ao banco de dados deverá estar assegurado a qualquer usuário.

Deverá ser facilitado o acesso aos dados para a produção antropológica, de modo a facilitar a qualificação e a análise dos dados epidemiológicos, com a participação de antropólogos especialistas que atuam na região e dos agentes tradicionais de saúde indígena.

O Acompanhamento e Avaliação desta política terá como base o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - Siasi- referente à saúde dos povos indígenas. Os aspectos a serem acompanhados e avaliados incluirão a estrutura, o processo e os resultados da atenção à saúde dos povos indígenas. O Siasi deverá subsidiar os órgãos gestores e de controle social quanto à indispensável compatibilidade entre o diagnóstico situacional dos problemas de saúde identificados e as prioridades estabelecidas nos níveis técnico, social e político, visando a coerência entre ações planejadas e efetivamente executadas.

4.4 - Articulação dos Sistemas Tradicionais Indígenas de Saúde

Todas as sociedades humanas dispõem de seus próprios sistemas de interpretação, prevenção e de tratamento das doenças. Esses sistemas tradicionais de saúde são, ainda hoje, o principal recurso de atenção à saúde da população indígena, apesar da presença de estruturas de saúde ocidentais. Sendo parte integrante da cultura, esses sistemas condicionam a relação dos indivíduos com a saúde e a doença e influem na relação com os serviços e os profissionais de saúde (procura ou não dos serviços de saúde, aceitabilidade das ações e projetos de saúde, compreensão das mensagens de educação para a saúde) e na interpretação dos casos de doenças. Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo

que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde.

Portanto, a melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência para eles de conhecimentos e tecnologias da biomedicina, considerando-os como receptores passivos, despossuídos de saberes e práticas ligados ao processo saúde-doença. O reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto local.

O princípio que permeia todas as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas. A articulação com esses saberes e práticas deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas.

4.5 - Promoção ao uso adequado e racional de medicamentos

As ações que envolvem, direta ou indiretamente, a assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena, tais como seleção, programação, aquisição, acondicionamento, estoque, distribuição, controle e vigilância - nesta compreendida a dispensação e a prescrição -, devem partir, em primeiro lugar, das necessidades e da realidade epidemiológica de cada Distrito Sanitário e estar orientadas para garantir os medicamentos necessários.

Devem também compor essas ações as práticas de saúde tradicionais dos povos indígenas, que envolvem o conhecimento e o uso de plantas medicinais e demais produtos da farmacopéia tradicional no tratamento de doenças e outros agravos a saúde. Essa prática deve ser valorizada e incentivada, articulando-a com as demais ações de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Assim, os pressupostos que devem orientar os gestores, no sentido de tornar efetivas as ações e diretrizes da assistência farmacêutica para os povos indígenas, em conformidade com as orientações da Política Nacional de Medicamentos, são:

a) descentralização da gestão da assistência farmacêutica no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;

b) promoção do uso racional dos medicamentos essenciais básicos e incentivo e va-lorização das práticas farmacológicas tradicionais;

c) avaliação e adaptação dos protocolos padronizados de intervenção terapêutica e dos respectivos esquemas de tratamento, baseadas em decisão de grupo técnico interdisciplinar de consenso, considerando as variáveis socioculturais e as situações especiais (como grupos indígenas isolados ou com pouco contato, com grande mobilidade e em zonas de fronteira);

d) controle de qualidade e vigilância em relação a possíveis efeitos iatrogênicos, por meio de estudos clínicos, epidemiológicos e antropológicos específicos;

e) promoção de ações educativas no sentido de se garantir adesão do paciente ao tratamento, inibir as práticas e os riscos relacionados com a automedicação e estabelecer mecanismos de controle para evitar a troca da medicação prescrita e a hipermedicação;

f) autonomia dos povos indígenas quanto à realização ou autorização de levantamentos e divulgação da farmacopéia tradicional indígena, seus usos, conhecimentos e práticas te-rapêuticas, com promoção do respeito às diretrizes, políticas nacionais e legislação relativa aos recursos genéticos, bioética e bens imateriais das sociedades tradicionais.

4.6 - Promoção de ações específicas em situações especiais

Para a efetiva implementação e consolidação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deverão ser consideradas e priorizadas ações para situações consideradas especiais, isto é, caracterizadas, fundamentalmente, por risco iminente, especificidade do processo saúde-doença, impactos econômico e social de grandes projetos de desenvolvimento, vulnerabi-lidade derivada do tipo de contato, exposição a determinados agravos, como as doenças sexualmente transmissíveis e a aids, o suicídio, e os desastres ambientais, entre outros.

Estas ações e situações especiais devem, portanto, contemplar:

1 - prevenção e controle de agravos à saúde em povos com pouco contato ou isolados, com estabelecimento de normas técnicas específicas e ações de saúde especiais que diminuam o impacto causado à saúde no momento do contato e pelos desdobramentos posteriores. Deverão ser contemplados: a preparação e capacitação de equipes de saúde para situações especiais,

quarentena pré e pós-contato, imunização da população, estruturação de sistema de vigilância e monitoramento demográfico;

2 - prevenção e controle de agravos à saúde indígena nas regiões de fronteira, em articulação com as instituições nacionais, e cooperação técnica com os países vizinhos;

3 - exigência de estudos específicos de impactos na saúde e suas repercussões no campo social, relativos a populações indígenas em áreas sob influência de grandes projetos de desenvolvimento econômico e social (tais como a construção de barragens, estradas, empreendimentos de exploração mineral, etc.), com implementação de ações de prevenção e controle de agravos;

4 - acompanhamento, monitoramento e desenvolvimento de ações que venham coibir agravos de violência (suicídios, agressões e homicídios, alcoolismo) em decorrência da precariedade das condições de vida e da expropriação e intrusão das terras indígenas;

5 - prevenção e assistência em doenças sexualmente transmissíveis e aids, priorizando a capacitação de multiplicadores, dos agentes indígenas de saúde e de pessoal técnico especializado para atuar junto aos portadores destas doenças;

6 - combate à fome e à desnutrição e implantação do Programa de Segurança Alimentar para os povos indígenas, incentivando a agricultura de subsistência e a utilização de tecnologias apropriadas para beneficiamento de produtos de origem extrativa, mobilizando esforços institucionais no sentido de garantir assessoria técnica e insumos para o aproveitamento sustentável dos recursos;

7 - desenvolvimento de projetos habitacionais adequados e reflorestamento com espécies utilizadas tradicionalmente na construção de moradias.

4.7- Promoção da ética nas pesquisas e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas

O órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, em conjunto com o órgão indigenista oficial, adotará e promoverá o respeito à Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, e à Resolução nº 304/2000, que diz respeito à temática especial: pesquisas envolvendo populações indígenas. Igualmente, será promovido o cumprimento das normas do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução n° 1.246/88, do Conselho Federal de Medicina, bem como a realização de eventos que visem

aprofundar a reflexão ética relativa à prática médica em contextos de alta diversidade sociocultural e linguística.

4.8 - Promoção de ambientes saudáveis e proteção à saúde indígena

O equilíbrio das condições ambientais nas terras indígenas é um fator de crescente importância para a garantia de uma atenção integral à saúde dos povos indígenas. Mesmo nos casos em que a definição de limites e o processo de demarcação das terras indígenas tenham ocorrido de forma satisfatória, assegurando-se as condições indispensáveis para o futuro dos ocupantes, e mesmo que estes se incluam entre os grupos mais isolados e com contatos menos freqüentes e desestabilizadores com a sociedade envolvente, há demandas importantes colocadas na interface entre meio ambiente e saúde para populações indígenas.

Por um lado, a ocupação do entorno das terras indígenas e a sua intermitente invasão por terceiros, com desmatamento, queimadas, assoreamento e poluição dos rios, têm afetado a disponibilidade de água limpa e de animais silvestres que compõem a alimentação tradicional nas aldeias. Por outro, as relações de contato alteraram profundamente as formas tradicionais de ocupação, provocando concentrações demográficas e deslocamentos de comunidades, com grande impacto sobre as condições sanitárias das aldeias e sobre a disponibilidade de alimentos e de outros recursos naturais básicos no seu entorno.

As prioridades ambientais para uma política de atenção à saúde dos povos indígenas devem contemplar a preservação das fontes de água limpa, construção de poços ou captação à distância nas comunidades que não dispõem de água potável; a construção de sistema de esgotamento sanitário e destinação final do lixo nas comunidades mais populosas; a reposição de espécies utilizadas pela medicina tradicional; e o controle de poluição de nascentes e cursos d`água situados acima das terras indígenas.

As ações de saneamento básico, que serão desenvolvidas no Distrito Sanitário, de-verão ter como base critérios epidemiológicos e estratégicos que assegurem à população água de boa qualidade, destino adequado dos dejetos e lixo e controle de insetos e roedores.

4.9 - Controle social

A participação indígena deverá ocorrer em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, contemplando expressões formais e informais.

Essa participação dar-se-á especialmente por intermédio da constituição de Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena; por Reuniões Macrorregionais; pelas Conferências Nacionais de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e Fórum Nacional sobre a Política de Saúde Indígena e pela presença de representantes indígenas nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde.

Os Conselhos Locais de Saúde serão constituídos pelos representantes das comunidades indígenas da área de abrangência dos Pólos-Base, incluindo lideranças tradicionais, professores indígenas, agentes indígenas de saúde, especialistas tradicionais, parteiras e outros.

Os representantes que farão parte do Conselho Local de Saúde serão escolhidos pelas comunidades daquela região, tendo sua indicação formalizada pelo chefe do Distrito.

Essa é uma instância privilegiada para articulação com gestores locais para encaminhamento das discussões pertinentes às ações e serviços de saúde.

Os Conselhos Distritais de Saúde serão instâncias de Controle Social, de caráter deliberativo e constituídos, de acordo com a Lei nº 8.142/90, observando em sua composição a paridade de 50% de usuários e 50% de organizações governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores do setor de saúde dos respectivos distritos.

Todos os povos que habitam o território distrital deverão estar representados entre os usuários. Aos conselheiros que não dominam o português deve ser facultado o acompanhamento de intérprete.

Os presidentes dos conselhos serão eleitos diretamente pelos conselheiros, que devem elaborar o regimento interno e o plano de trabalho de cada Conselho Distrital.

Os Conselhos Distritais serão formalizados pelo presidente do órgão responsável pela execução desta política, mediante portaria publicada no Diário Oficial.

Como forma de promover a articulação da população indígena com a população regional na solução de problemas de saúde pública, deve ser favorecida a participação de seus representantes nos Conselhos Municipais de Saúde.

Deve ser ainda estimulada a criação de Comissões Temáticas ou Câmaras Técnicas, de caráter consultivo, junto aos Conselhos Estaduais de Saúde, com a finalidade de discutir formas de atuação na condução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

O Controle Social, no âmbito nacional, será exercido pelo Conselho Nacional de Saúde, assessorado pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena - CISI, já existente e em funcionamento. As Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas deverão fazer parte das Conferências Nacionais de Saúde e obedecerão à mesma periodicidade.

5 - Responsabilidades institucionais

As características excepcionais da assistência à saúde dos povos indígenas determinam a necessidade de uma ampla articulação em nível intra e intersetorial, cabendo ao órgão executor desta política a responsabilidade pela promoção e facilitação deste processo. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas prevê a existência de uma atuação coordenada, entre diversos órgãos e ministérios, no sentido de viabilizar as medidas necessárias ao alcance de seu propósito.

- Articulação intersetorial

Deverão ser definidos mecanismos de articulação intersetorial que possam fazer frente aos diferentes determinantes envolvidos nos processos de saúde e doença que afetam essas populações. O órgão executor das ações de atenção à saúde dos povos indígenas buscará, em conjunto com o órgão indigenista oficial, parcerias para a condução desta política, principalmente no que diz respeito a alternativas voltadas para a melhoria do nível de saúde dos povos indígenas.

- Articulação intra-setorial

Do ponto de vista da articulação intra-setorial, é necessário um envolvimento harmônico dos gestores nacional, estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio de um planejamento pactuado nos Distritos Sanitários Indígenas que resguarde o princípio da responsabilidade final da esfera federal e um efetivo Controle Social exercido pelas comunidades indígenas.

5.1 - Ministério da Saúde

Os direitos indígenas têm sede constitucional e são de competência federal, cabendo ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela gestão e direção da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Conforme determinação do Decreto n° 3.146, de 27 de agosto de 1999 (Art. 3º), a

Fundação Nacional de Saúde - Funasa - é o órgão responsável pela execução das ações. As atribuições da Funasa, em articulação com as Secretarias de Assistência à Saúde e de Políticas de Saúde, são as seguintes:

- estabelecer diretrizes e normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;

- promover a articulação intersetorial e intra-setorial com as outras instâncias do Sistema Único de Saúde;

- coordenar a execução das ações de saúde e exercer a responsabilidade sanitária sobre todas as terras indígenas no país;

- implantar e coordenar o sistema de informações sobre a saúde indígena no país.

A Fundação Nacional de Saúde - Funasa, por intermédio do Departamento de Saúde Indígena - Desai, desenvolverá atividades objetivando a racionalização das ações desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que incluirão a promoção de encontros regionais, macro-regionais e nacionais para avaliar o processo de implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

5.2 - Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde

As Secretarias Estaduais e Municipais devem atuar de forma complementar na execução das ações de saúde indígena, em articulação com o Ministério da Saúde/Funasa. É indispensável a integração das ações nos programas especiais, como imunização, saúde da mulher e da criança, vigilância nutricional, controle da tuberculose, malária, doenças sexualmente transmissíveis e aids, entre outros, assim como nos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária a cargo dos gestores estaduais e municipais do SUS. Deverá se dar atenção, também, às doenças crônico-degenerativas (como o câncer cérvico-uterino; diabetes etc.) que já afetam grande parte da população indígena no país.

5.3 - Fundação Nacional do Índio - Funai/MJ

A Fundação Nacional do Índio - Funai é o órgão indigenista oficial, vinculado ao Ministério da Justiça, responsável pela coordenação das ações do governo federal destinadas a assegurar os direitos constitucionais dos povos indígenas no país. Entre suas principais atribuições está a garantia dos territórios indígenas, por meio de uma política de demarcação, fiscalização e retirada de invasores, ação que assume relevância primordial entre os fatores determinantes de saúde e qualidade de vida destas populações. Os projetos de

desenvolvimento sustentável e manejo adequado do meio ambiente deverão ser priorizados por essa instituição. A Funai deve fazer o acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas em prol das comunidades indígenas.

5.4 - Ministério da Educação

Uma estreita cooperação com o Ministério da Educação e Secretarias Estaduais de Educação é de importância vital para a execução de diversos aspectos desta política. Entre estes, destacam-se a necessidade de integração da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas com os currículos básicos das escolas indígenas, a garantia do ensino fundamental em programas especiais para jovens e adultos como componente fundamental na formação dos Agentes Indígenas de Saúde, o envolvimento das universidades nas atividades de pesquisa e extensão, a capacitação e certificação dos agentes indígenas de saúde e dos profissionais de saúde que atuam nas áreas, assim como o apoio ao desenvolvimento de atividades de educação comunitária em bases culturalmente adequadas.

5.5 - Ministério Público Federal

A participação do Ministério Público Federal tem como objetivo garantir o cumprimento dos preceitos constitucionais assegurados aos povos indígenas no país, que devem obedecer aos princípios da autonomia, eqüidade e respeito à diversidade cultural em todas as políticas públicas a eles destinadas.

5.6 - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/CNS

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CONEP foi criada pelo Conselho Nacional de Saúde com o intuito de elaborar e acompanhar a aplicação das normas que devem regulamentar as pesquisas envolvendo seres humanos no país. A articulação com esta comissão visa à vigilância ao cumprimento dos princípios da Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e, especialmente, da Resolução n° 304/2000, em virtude dos riscos adicionais que podem apresentar as pesquisas junto a populações indígenas decorrentes de sua condição excepcional.

5.7 - Comissão Intersetorial de Saúde Indígena - CISI/CNS

O funcionamento da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena - CISI, órgão assessor do Conselho Nacional de Saúde, com participação de instituições públicas, organizações não-governamentais e organizações representativas dos povos indígenas, tem por finalidade o acompanhamento da implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas em nível nacional,

recomendando medidas para a sua correta execução. Essa comissão atende às exigências do controle social estabelecidas na Lei n° 8.080/90, devendo ter participação paritária de membros escolhidos pelos povos indígenas e suas organizações representativas.

6 - Financiamento

As ações a serem desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas serão financiadas pelo orçamento da Funasa e do Ministério da Saúde, podendo ser complementada por organismos de cooperação internacional e da iniciativa privada. Os estados e municípios também deverão atuar complementarmente, considerando que a população indígena está contemplada nos mecanismos de financiamento do SUS. O financiamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverá ser de acordo com o montante de população, situação epidemiológica e características de localização geográfica.

ANEXO II – SUGESTÕES RELACIONADAS À REESTRUTURAÇÃO DA FUNASA

No que diz respeito ao processo de reestruturação, entende-se que é necessário a construção de forma participativa de um novo modelo institucional que contemple as seguintes áreas:

- Modelo Jurídico Institucional: fluxos de trabalho; estrutura organizacional; revisão regimental;
- Política de Recursos Humanos: Plano de carreira, cargos e salários, concurso público., observando a complexidade em que se encontra o quadro de RH da Funasa, como:

a) servidores do quadro efetivo com formação superior, exercendo atribuições compatíveis com a formação, entretanto, sendo remunerado conforme cargo de admissão no Órgão (nível médio);

b) grande número de servidores descentralizados para outras instâncias do SUS, sem motivação para retornar Instituição, por não haver gratificação compatível;

- Modelo de financiamento: revisão do modelo de repasse, visando evitar a fragmentação dos recursos e dar maior autonomia às Unidades Regionais na definição do orçamento disponibilizado;
- Organização dos Serviços: revisar e definir fluxos de trabalho e de papeis das unidades e serviços.

O encaminhamento desse processo se daria a partir da criação de mecanismo que permita a elaboração de uma proposta de reestruturação da Instituição que leve em consideração a visão de todos os atores afetos internos e externos ao ambiente institucional e ainda que consiga captar a visão dos que operam localmente e da clientela beneficiária, bem como, dos parceiros de gestão, tanto no saneamento ambiental quanto na saúde indígena.

Esse mecanismo seria possível se materializar por meio de um grupo de trabalho paritário que, a partir de oficinas locais/regionais, produzisse uma proposta de reestruturação do Órgão. Tal grupo designado e

coordenado por representante da Casa Civil, poderiam ter na sua composição as seguintes representações:

a) Casa Civil;

b) Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão;

c) Ministério da Saúde;

d) Funasa:

- Administração;
- Planejamento;
- Recursos Humanos;
- Saúde Indígena;
- Saneamento Ambiental;
- Representação das Coordenações Regionais;
- Procuradoria Geral Federal;
- Assessoria Parlamentar (Aspar);
- Assessoria Técnica (Astec);
- Áreas de Comunicação e Educação em Saúde.

e) Controle Social – representação do Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena;

f) Fundação Nacional do Índio;

g) Confederação Nacional dos Municípios.

Para viabilizar as manifestações locais/regionais permitindo um processo, de fato, participativo, a metodologia proposta seria de realização de Oficinas nos Estados coordenadas por representantes da Casa Civil e do Ministério da Saúde/Funasa, com a participação das seguintes representações:

a) Funasa:

- Gabinete;
- Saneamento;
- Saúde Indígena;
- Administração;

- Recursos Humanos;
- Assessoria Parlamentar (Aspar);
- Assessoria Técnica (Astec);
- Comunicação e Educação em Saúde;
- Planejamento;
- Casai's;
- Pólos bases.

b) CONDISI – Conselho Distrital de Saúde Indígena;

c) Administração local da Funai;

d) Associação dos Municípios (Estadual).

2. Quanto aos esforços para superação das dificuldades ora vivenciadas pelo Órgão, sugere-se que seja criada uma força tarefa composta pela Casa Civil, Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, Ministério da Saúde e Funasa, com o objetivo de equacionar no mínimo os seguintes gargalos:

a) Recursos Humanos:

- Insuficiência de pessoal da área administrativa;
- Insuficiência de pessoal da área de apoio, principalmente motorista;
- Quadro de pessoal com perfil incompatível com a atual missão-principalmente pessoal de controle de endemias cedidos a estados e municípios;
- Insuficiência de quadros técnicos, principalmente engenheiros

c) Logística e Infra-estrutura:

- Dificuldade de mobilidade em razão da insuficiência e inadequação da frota de veículos;
- Precariedade da instalações de boa parte da rede de Postos de Saúde.