

COMISSÃO EXTERNA

MORTES DE CRIANÇAS INDÍGENAS NO MATO GROSSO E MATO GROSSO DO SUL

Relatório Final da Comissão Externa destinada a averiguar *in loco* a morte de crianças indígenas por desnutrição nos Estados do Mato Grosso e Mato Grosso do Sul.

Relatora:
Deputada Perpétua Almeida



Crianças Guarani-Kaiowá / Foto: Dep. Fernando Gabeira

*“...Quem me dera, ao menos uma vez,
Como a mais bela tribo, dos mais belos índios,
Não ser atacado por ser inocente....”*

Legião Urbana - Índios

SUMÁRIO

PARTE I: APRESENTAÇÃO E INFORMAÇÕES INICIAIS	4
APRESENTAÇÃO	4
AGRADECIMENTOS	6
PARLAMENTARES	7
SUPORTE TÉCNICO:	7
ROTEIRO DE ATIVIDADES	8
Introdução.....	13
PARTE II: ÓBITOS DE CRIANÇAS INDÍGENAS ASSOCIADOS À DESNUTRIÇÃO.....	15
PANORAMA GERAL	15
SITUAÇÃO DOS ÓBITOS NO MATO GROSSO DO SUL.....	17
SITUAÇÃO DOS ÓBITOS NO MATO GROSSO	21
FATORES RELACIONADOS ÀS MORTES	21
MEDIDAS ADOTADAS	45
PARTE III – ORGANIZAÇÃO SOCIAL E FUNDÍARIA	54
Considerações Gerais	54
Estado do Mato Grosso do Sul.....	56
VISITA A Dourados	61
Estado do Mato Grosso	72
VISITA A CAMPINÁPOLIS	74
BEBIDAS ALCOÓLICAS	76
ATUAÇÃO DA FUNAI	78
PARTE IV – Notícias de irregularidades administrativas.....	81
PARTE VI – CONCLUSÕES	83
PARTE V – ENCAMINHAMENTOS.....	87
PARTE VI – ANEXOS.....	94

RELATÓRIO FINAL DA COMISSÃO EXTERNA

MORTES DE CRIANÇAS INDÍGENAS MS/MT

PARTE I: APRESENTAÇÃO E INFORMAÇÕES INICIAIS



Criança atendida no Centrinho – Dourados – MS / Foto: Ademir Almeida

APRESENTAÇÃO

"Os casos de desnutrição que tem ocorrido nas aldeias Kaiowá Guarani não são decorrentes "simplesmente" da fome e da miséria do povo, pois na verdade a fome, a miséria e também a violência, é consequência histórica da falta de terra. No caso do Mato Grosso do Sul, quase que a totalidade das terras indígenas precisam de revisão constitucional de limites, mas os procedimentos de demarcação se encontram totalmente paralisados ou mesmo nem sequer iniciados." (Trecho da Carta Aty Guassu)

"Há 200 anos esses índios ocupavam uma área de aproximadamente 8,5 milhões de hectares, nada menos do que 25% do espaço territorial do atual Estado Mato Grosso do Sul. Portanto, está evidente que o problema fundamental das três etnias da Reserva de Dourados é o seu diminuto território. Dados históricos e depoimentos coletados apontam que os Kaiowá-Guarani eram auto-sustentáveis, garantindo suas alimentações. A partir do confinamento na reserva indígena os problemas de alcoolismo e desnutrição floresceram." (Povos Indígenas do Brasil, Instituto Sócio Ambiental).

Os altos índices de mortalidade infantil nas terras indígenas chamaram a atenção da mídia e do Parlamento brasileiro.

Cônscia de seu papel junto à sociedade brasileira, a Câmara dos Deputados instituiu Comissão Externa destinada a averiguar, "in loco", a morte de crianças indígenas por desnutrição no Mato Grosso e no Mato Grosso do Sul, cuja coordenação coube ao Deputado Geraldo Resende, tendo por relatora a Deputada Perpétua Almeida, sendo composta pelas Deputadas Thelma de Oliveira, Thais Barbosa e Tetê Bezerra, e pelos Deputados João Grandão e Fernando Gabeira.

A Comissão esteve em Mato Grosso do Sul, em visita às aldeias Jaguapiru e Bororó, da Reserva Indígena de Dourados, e em Mato Grosso, onde visitou a Aldeia São Felipe, da Reserva Indígena Xavante Parabubure, em Campinápolis. Foram realizadas audiências públicas nas Capitais dos Estados, respectivamente, Campo Grande e Cuiabá. Nessas ocasiões, foram ouvidos os indígenas, profissionais de saúde, agentes comunitários do Programa de Saúde da Família Indígena e autoridades públicas ligadas à questão indígena.

Constatações são irrefutáveis: a) o alto índice de mortalidade infantil entre os indígenas; b) a ineficiência das ações públicas destinadas à atenção à saúde indígena; c) o confinamento de 11 mil indígenas num espaço

de 3.500 hectares. Disso decorre a imperiosa necessidade de organizar as ações dos diversos órgãos governamentais, integrando-os em ação conjunta para o encaminhamento de ações imediatas que, no entanto, não devem nem por um ínfimo instante, encobrir os graves problemas que afligem aquelas comunidades, que pedem medidas saneadoras de médio e longo prazo. Esta ponderação resulta da constatação sobre a falta de entrosamento e ações combinadas dos órgãos públicos que têm responsabilidade direta e indireta com os povos indígenas. A ausência de transversalidade nas políticas públicas patrocinam a desarticulação e ausência de sintonia administrativa e orçamentária.

Neste momento é preciso salvar as crianças, para que esse processo sinistro se interrompa.

Foi nesse diapasão que esta Comissão Externa realizou várias reuniões, audiências e visitas, donde se extrai o presente relatório.

AGRADECIMENTOS

Ciente do papel de legisladora federal, não poderia estar ausente do debate sobre questões indígenas. Por ser uma das Coordenadoras da Frente Parlamentar em Defesa dos Povos Indígenas, sinto-me na obrigação em investigar, analisar e propor medidas que possam amenizar o sofrimento dos primeiros habitantes brasileiros.

Com estas considerações, foi com muito entusiasmo que recebi a missão de elaborar o Relatório desta Comissão Externa. O cumprimento de tal tarefa somente foi possível porque pude contar com o apoio de todos os Parlamentares da Comissão. Quero fazer um agradecimento especial à nobre Deputada Thelma de Oliveira, que, com sua competência, colaborou, como sub-relatora, na elaboração da parte do relatório que trata da viagem ao Estado de Mato Grosso, devido à minha ausência, por motivo de força maior. Conhecedora da realidade indígena naquele Estado, a sua participação só enriqueceu este Relatório. Nossos agradecimentos ao Vice-Presidente, José Alencar, e à Força Aérea Brasileira – FAB, que gentilmente transportou os membros da Comissão até a Cidade de Xavantina, para que fosse possível a inspeção *in loco* das condições sanitárias da Aldeia indígena

São Felipe, no Município de Campinápolis, e, em seguida, a viagem até Cuiabá e o retorno a Brasília.

É justo também registrar a contribuição dos agentes comunitários de saúde indígena e funcionários da FUNASA, que aceitaram prestar esclarecimentos à Comissão Externa, mesmo diante de ameaças de represálias por dirigentes locais do órgão, conforme estava sendo comentado quando da passagem da Comissão na localidade.

PARLAMENTARES

COORDENADOR:

Deputado Geraldo Resende - PPS

RELATORA:

Deputada Perpétua de Almeida – PC do B

SUB-RELATORA:

Deputada Thelma de Oliveira – PSDB

MEMBROS EFETIVOS:

Deputado Fernando Gabeira - PV

Deputado João Grandão - PT

Deputada Teté Bezerra - PMDB

Deputada Thaís Barbosa - PMDB

SUPORTE TÉCNICO:

Secretária: Ana Clara Fonseca, Local: Anexo II, Pavimento Superior, Sala 170-A, Telefones: (061)216-6235/6232 FAX: 215-6225.

Consultores Legislativos: Fábio de Barros Correia Gomes (Área XVI) e Luiz Almeida Miranda (Área VI)

Consultoria Parlamentar: Paulo de Tarso Akel Lima e Paulo Machado Guimarães.

ROTEIRO DE ATIVIDADES

Mato Grosso do Sul

Data: 20 de março – domingo

20h - saída para Campo Grande - pernoite (sugestão: Hotel Indayá - fone: 67-21061000)

Data: 21 de março – segunda-feira

5h15 - saída de Campo Grande para Dourados

6h - chegada a Dourados (sugestão: Hotel Bahamas)

das 8h às 9h - Visita ao “Centro de Recuperação Nutricional da Reserva Indígena de Dourados –

“Centrinho” e reunião, com oitiva, com a enfermeira Marília de Souza Troquez, diretora administrativa da Unidade de Saúde (req.62/05).

Aldeia de Jaguapiru:

das 9h às 11h - Visita ao Hospital “Porta da Esperança” (unidade hospitalar de referência no atendimento à população indígena), da Missão Evangélica Caiuás e reunião, com oitivas, com a direção da entidade mantenedora (reverendo Benjamin Benedito Bernardes –(req.51/05), com a direção clínica do Hospital (dr. Franklin Amorim Sayão – req.56/05) e com o Dr. Demetrius Pareja (req.52/05), Diretor da ONG Missão Evangélica Caiuá – entidade responsável pelo Programa Saúde Indígena (PSI) em Mato Grosso do Sul.

Aldeia de Jaguapiru:

das 11h às 12h30 - visita às aldeias indígenas Bororó e Jaguapiru e conversa com as lideranças das duas aldeias

das 13h às 14h30 – Almoço

das 14h30 às 16h – Reunião com as equipes do Programa de Saúde Indígena (PSI) das aldeias Jaguapiru e Bororó. Local: Escola Municipal “Tengatuí Marangatu”, situada na Aldeia Jaguapiru.

das 16h às 17h30 - Reunião com membros do Conselho Local e Distrital de Saúde Indígena. Local: Escola Municipal "Tengatuí Marangatu".

das 20h às 22h – Reunião informal com antropólogos, historiadores e professores, durante jantar. Convidados: Antonio Brand, representante do Programa Kaiowá-Guarani da Universidade Católica Dom Bosco/MS (req. 16 e 33/05); Jorge Eremides Oliveira, doutor em arqueologia pela PUC/RS, professor da UFMS e membro do Conselho Municipal para assuntos indígenas – COMAI (req. 61/05); Egon Reck, presidente do Conselho Missionário Indigenista (CIMI) (req.5/05); Fábio Mura, doutorando do Museu Nacional e professor da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (req.20/05); e Marina Wenceslau, pesquisadora do Núcleo de Gestões Indígenas da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul em Dourados – UEMS (req.66/05).

Data: 22 de março – terça-feira

8h – Audiência Pública

Local: Auditório da OAB - Convidados: José Laerte Cecílio Tetila, prefeito municipal de Dourados (reqs. 5/05 e 15/05); Zelik Trajber, Médico do Programa de Saúde Indígena (PSI) da Funasa na Reserva Indígena de Dourados (req 5/05 e 23/05); Fernando da Silva Souza, vice-presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) de Mato Grosso do Sul (req. 5/05); Dr. Charles Estevan da Mota Pessoa, procurador do Ministério Público Federal (req.8 e 34/05); Dra. Jiskia Sandri Trentin, Promotora da Infância e Juventude da Comarca de Dourados (req.60/05).

das 12h às 15h – Almoço (avaliação interna)

das 15h às 19h – Audiência Pública - Local: Auditório da OAB. Convidados: lideranças indígenas. Getúlio Juca de Oliveira, cacique Guarani-Caiuá da Aldéia Jaguapiro, na Reserva Indígena de Dourados (req.59/05); Capitão Luciano Arévalo, da Aldeia Bororó – Dourados/MS (req.12/05); Edna Marçal de Souza, filha do líder Marçal de Souza Tupã-Í (req.53/05); Alda da Silva Oliveira, líder do movimento das mulheres indígenas de Dourados (req. 59/05); Anastácio Peralta, Coordenador do núcleo indígena na Prefeitura de Dourados (req. 14 e 36/05); João Machado, Diretor da Escola Municipal Tengatui Marangatu (req.59/05); Carlos Antonio Duarte, liderança indígena Guarani-Caiuá na Reserva Indígena de Dourados (req.59/05).

19h – saída de carro para Campo Grande

Data: 23 de março – quarta-feira

8h30 - Audiência pública. Local: Assembléia Legislativa de Campo Grande. Convidados: Gaspar Francisco Hickman, coordenador regional da FUNASA em Mato Grosso do Sul (reqs.1/05 e 18/05); Wanderley Guenka, ex-chefe do Distrito Sanitário Especial Indígena da FUNASA de Mato Grosso do Sul – DSEI/FUNASA/MS (req. 5/05); Sérgio Wanderley Silva, secretário de Estado de Trabalho, Assistência Social e Economia Solidária de Mato Grosso do Sul (req. 6/05); Rubens Trombini Garcia, médico pediatra, ex-Superintendente de Epidemiologia e Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, ex-Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria em Mato Grosso do Sul (req.46/05); Deputado Estadual Maurício Picarelli (MS), Presidente da CPI da Assembléia Legislativa do Mato Grosso do Sul instituída para apurar a Desnutrição Infantil Indígena (req.64/05); Israel Bernardo da Silva, Administrador Regional da Funai – Núcleo de Dourados/MS (req.42/05).

12h – retorno a Brasília ou aos estados de origem dos Deputados.

Mato Grosso

6 de abril – quarta-feira

8h (Bsb) - Saída de Brasília para Nova Xavantina – MT em avião Bandeirante, cedido pela FAB - Base aérea.

10h (MT) - Deslocamento de Xavantina para Campinápolis-MT (82 km).

13h (MT) - Chegada a Campinápolis-MT e visita à Aldeia São Felipe, onde foram ouvidos o ancião Lourival, de 86 anos, o Cacique Saturnino, o vice-cacique Francisco, o Cacique Domingos da Aldeia Sangradouro e o agente de saúde indígena Modesto.

Através deles de maneira informal foram colhidas importantes informações sobre a situação dos índios. Vale ainda ressaltar que visitamos a Aldeia São Felipe, uma das mais bem estruturadas da região, o que nos deixou dúvidas sobre a real situação das demais.

A estrada de acesso à aldeia estava em péssimas condições que foi objeto de muita cobrança por parte dos índios.

17h às 20h:30h (MT) - local: Câmara Municipal de Campinápolis - MT Reunião com membros da equipe do Programa Saúde Indígena do Pólo local; Reunião com ONG responsável pela terceirização do Programa Saúde Indígena de Mato Grosso. Convidados: Altino Vieira de Rezende, Prefeito Municipal de Campinápolis (req. 28/05); Paulo Félix, Chefe do Distrito Sanitário Especial Indígena Xavante (req. 24/05); Cacique José Luís Cereter (aldeia São Felipe), Andreia Pinto Pontes, enfermeira-chefe da FUNASA, Jeremias Pinitá Awe Tsibodowapré – Conselheiro Tribal Aldeia Bom Jesus da Lapa, Adriano Tseredzá Oho – Cacique Aldeia Central,

21:00(MT) - Regresso a Nova Xavantina

7 de abril – quinta-feira

6h30 – (MT) – Decolagem para Cuiabá, em avião Bandeirantes cedido pela FAB.

8h (MT) – Encontro – local: *Assembléia Legislativa de Mato Grosso*. Convidados: Jossy Soares Santos da Silva, Coordenador regional da FUNASA-MT (req. 31/05), Eduardo Celestino Barbosa, Coordenador regional da FUNAI-MT (req. 30/05), Idevar Sardinha, Superintendente da Política Indígena de Mato Grosso (req. 27/05), Marcos Henrique Machado, Secretário de Saúde de Mato Grosso (req. 29/05), Mário Lúcio de Avelar, Procurador do Ministério Público Federal no Estado do MT, José Rubens do Amaral Zaituni, Presidente da Sociedade Matogrossense de Pediatria (req. 40/05).

14h (MT)– almoço

15h (MT) – Retorno a Brasília ou outros Estados de origem dos deputados, em avião Bandeirantes cedido pela FAB.

Pautas das reuniões realizadas na Câmara dos Deputados:

PAUTA DE REUNIÃO ORDINÁRIA DIA 10/03

Definição do Roteiro dos Trabalhos e Deliberação de Requerimentos.

PAUTA DE REUNIÃO ORDINÁRIA DIA 15/03

A - Audiência Pública com os seguintes convidados:

Sr. Alexandre Padilha, coordenador da Comissão de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde; Sr. Arthur Nobre Mendes, diretor de Assuntos Fundiários da Fundação Nacional do Índio; Sr. José Giacomo Baccarin, secretário de Segurança Alimentar e Nutricional do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Dr. Valdir Camarcio Bezerra, presidente da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA e Sr. Mércio Pereira Gomes, presidente da Fundação Nacional do Índio - FUNAI.

B - Deliberação dos requerimentos.

**PAUTA DE REUNIÃO ORDINÁRIA
DIA 16/03**

Definição do Cronograma de Atividades da Comissão (proposta).

**PAUTA DE REUNIÃO ORDINÁRIA
DIA 29/03**

Discussão e debate sobre assuntos internos e deliberação de requerimentos.

**PAUTA DE REUNIÃO ORDINÁRIA
DIA 05/04**

Discussão e debate sobre assuntos internos.

**PAUTA DE REUNIÃO ORDINÁRIA
DIA 12/04**

I – Discussão e debate sobre assuntos internos;

II - Debate para elaboração do Relatório.

**PAUTA DE REUNIÃO ORDINÁRIA
DIA 12/04**

Discussão e votação do relatório final.

**PAUTA DE REUNIÃO ORDINÁRIA
DIA 12/04**

Término dos trabalhos da Comissão

INTRODUÇÃO

No início de março de 2005 quatro Parlamentares preocupados com a divulgação de notícias na imprensa a respeito da morte de crianças indígenas em aldeias do Mato Grosso e do Mato Grosso do Sul apresentaram requerimentos que terminaram por viabilizar a instituição de Comissão Externa para averiguar as denúncias.

Foram eles: os Deputados Sarney Filho, Geraldo Resende, Perpétua Almeida e Rafael Guerra.

Naquele momento já era preocupante o número de óbitos associados à desnutrição, pois foram divulgados seis óbitos em crianças indígenas em cada um desses estados.

Diante da existência de recursos destinados a combater a fome no País, e para estruturar a atenção à saúde indígena causou indignação a constatação de que o que estava sendo feito não estava sendo suficiente para impedir óbitos por causas plenamente evitáveis.

A situação tem sido denunciada por vários setores da sociedade organizada, inclusive pela comunidade indígena, por profissionais de saúde (como no caso de Dourados) e por instituições de governo (como o Relatório Realidade Crítica do Povo Indígena, apresentado pela Casa Civil de Mato Grosso).

Infelizmente, durante os trabalhos o quadro recrudesceu, com o aumento do número de óbitos, principalmente no Estado do Mato Grosso do Sul, demandando pronta atuação dos membros dessa Comissão, a fim de produzir, de modo oportuno, um relatório que pudesse contribuir para a solução do problema.

Ainda com pesar, devemos registrar que a Comissão coletou indícios de que o problema da desnutrição não se restringe aos estados que foram objeto de sua criação.

Por exemplo, citamos a denúncia que o Ministério Público Federal em Minas Gerais encaminhou à Comissão Interamericana de Direitos Humanos da OEA, acusando o Brasil de omissão em relação ao povo indígena Maxakali, do nordeste de Minas, tendo relatado casos de mortes de crianças por desnutrição, segundo informações constantes no site <http://www.oea.org/main/portuguese/>.

Há notícias de mortes por desnutrição no Vale do Javari (AM) - nove mortes em 2004 – e em outras regiões do País, segundo jornais de circulação nacional.

Embora o presente relatório focalize a situação dos estados do Mato Grosso e do Mato Grosso do Sul, alguma sugestões são apresentadas visando a melhoria do contexto geral.

Inicialmente, apresenta-se uma descrição da situação de saúde e relato dos óbitos em crianças indígenas, passando a indicar os fatores relacionados a esses óbitos, bem como algumas medidas que estão sendo adotadas pelas instituições envolvidas e aspectos da organização social e fundiária indígena.

Finalmente, as impressões gerais da Comissão são sintetizados no item das conclusões, e apresentadas as sugestões dos membros desta Comissão.



Reunião da Comissão Externa na Unidade de Saúde Centrinho – Dourados/MS.

PARTE II: ÓBITOS DE CRIANÇAS INDÍGENAS ASSOCIADOS À DESNUTRIÇÃO



Criança Guarani-Kaiowá / Foto: Dep. Fernando Gabeira

PANORAMA GERAL

Inicialmente destacamos que óbitos por desnutrição entre as crianças indígenas brasileiras não representam um fato desconhecido das autoridades públicas.

Em abril de 2003, a Fundação nacional de Saúde (Funasa) divulgou no site www.funasa.gov.br que em 2001 e 2002, foram registradas nas comunidades mais carentes do Mato Grosso do Sul, respectivamente, 18 e 14 mortes por desnutrição em crianças indígenas com menos de cinco anos de idade.

Reportagem do Jornal do Brasil de 2003 indicava que caso não houvesse “intervenção nutricional de emergência até os cinco anos de idade”, as crianças com grave desnutrição, que não morressem, chegariam à fase adulta “com desempenho físico e intelectual abaixo do normal”, e que o quadro era “alarmante”, requerendo “intervenção imediata”. (Cópia da matéria em anexo)

Até a data de apresentação deste relatório, foi divulgada a ocorrência de mais 21 mortes de crianças com até cinco anos relacionadas com a desnutrição no Mato Grosso do Sul, e de 6, no Mato Grosso, desde o início de

2005. Embora existam diferenças de compreensão sobre os números apresentados, esta Relatora opta em trabalhar com os dados coletados em boletins eletrônicos divulgados pelo órgão público responsável, tendo em vista a existência de duplicação de informações e dificuldades na identificação da origem das crianças atendidas nas unidades hospitalares de Dourados. (matérias jornalísticas em anexo)

Vale destacar que os números divulgados pela imprensa e aqueles divulgados pela Funasa nem sempre coincidem, dificultando a tarefa de acompanhar a ocorrência de tais óbitos, uma vez que o órgão oficial em nenhum momento respondeu à esta Comissão a nominata de crianças que falaceram por desnutrição.

Atenção especial merecem a inúmeras entidades indígenas e indigenistas que têm contribuído com o levantamento de dados e sugestão para a solução da problemática, tais como Conselho Indigenista Missionário, Instituto Sócio Ambiental, Instituto de Estudos Sócio Econômicos, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira, entre outras.

Outras fontes de confusão a respeito desses números incluem: a) a diferenciação entre desnutrição como causa básica e causa associada do óbito; b) a idade de ocorrência do óbito; c) o local de ocorrência do óbito; e d) o local de residência do falecido.

Para os fins a que se destina essa Comissão, não há sentido prático em se discutir as questões técnicas da diferenciação entre desnutrição como causa básica e associada do óbito, visto que, mesmo entre os médicos essa é uma difícil tarefa, pois a desnutrição agrava a evolução de várias doenças e vice-versa.

Sendo a causa básica do óbito definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “a doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos que levou diretamente à morte”¹, muitas vezes torna-se difícil determinar se o nível da desnutrição iniciou a seqüência ou foi causa associada. Entretanto, a indicação como causa associada é citada em publicação² do Centro Brasileiro de Classificação de Doenças da USP, que é instituição de referência da OMS para a classificação de doenças.

¹Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. Série de divulgação, nº 1: “O atestado de óbito”. Ruy Laurenti & Maria Helena P.M Jorge. Edição de 1986.

²Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. Série de divulgação, nº 1: “O atestado de óbito”. Ruy Laurenti & Maria Helena P.M Jorge. Edição de 1986.

Estudos de Milanesi e Laurenti³ a respeito dos atestados de óbito da cidade de São Paulo detectaram falhas em 32% dos atestados preenchidos para as diversas causas de óbito, demonstrando certa falta de homogeneidade na qualidade de preenchimento dos atestados.

A respeito da idade de ocorrência do óbito, é relevante destacar que a mortalidade infantil, por definição, abrange os óbitos em menores de um ano, e a mortalidade na “infância” abrange os óbitos em menores de cinco anos. Assim, ao nos referirmos à taxa de mortalidade infantil, por exemplo, apenas estaremos considerando os óbitos em menores de um ano.

No que se refere ao local de ocorrência do óbito, é preciso atentar para o fato de que os Distritos sanitários especiais indígenas (DSEI) e os pólos que os constituem não se restringem aos limites geográficos de estados e municípios, a fim de que não sejam confundidas as abrangências das estatísticas apresentadas.

Também é preciso considerar que o local de ocorrência do óbito nem sempre corresponde ao local de residência do falecido, uma vez que pode ter ocorrido deslocamento para locais de referência para assistência à saúde. Esta Comissão, em visita ao Centrinho, identificou inclusive que crianças oriundas de nações vizinhas recebem atendimento na unidade hospitalar.

Tendo em mente tais considerações, passamos a detalhar a situação de óbitos em crianças indígenas associados à desnutrição observada no MS e MT.

SITUAÇÃO DOS ÓBITOS NO MATO GROSSO DO SUL

Esta Comissão não conseguiu junto à Fundação Nacional de Saúde informações oficiais da quantidade de óbitos de crianças indígenas ocasionados, direta ou indiretamente, por desnutrição. Embora tenham sido solicitados oficialmente, a resposta do requerimento aconteceu no dia 25/04, onde não constam o total de óbitos nos estados do Mato Grosso e Mato Grosso do Sul.

Objetivando dar consistência ao relatório, esta Comissão buscou através de informativos divulgados no site www.funasa.gov.br, dados

³Precisão nas declarações da causa básica. Disponível em: “<http://gamba.epm.br/pub/atestado/precisao.htm>”.

onde a instituição admite a ocorrência de 02 óbitos causados pela desnutrição e mais 18 casos em que a desnutrição foi causa associada, distribuídos entre as aldeias da região sul do Estado - Dourados, Amambai, Paranhos, Caarapó, Iguatemi, Tacuru, Antônio João, Eldorado e Japorã.

No mês de abril, mais dois casos de óbitos em crianças do município de Bela Vista, em que havia desnutrição e leishmaniose, e um caso na aldeia Bororó de Dourados elevou o total do Estado para 21 mortes associadas à desnutrição.

O fato de o Pólo indígena de Dourados possuir centro de referência para tratamento de desnutrição, o Centrinho, concentrou muitos dos casos provenientes de outros pólos do MS. Entretanto, há relatos de que mais da metade dos óbitos seriam procedentes do Pólo de Dourados.

A tabela 1 apresenta dados sobre os óbitos de crianças indígenas do MS em 2005, divulgados pela imprensa. Destacamos que os dados são incompletos, uma vez que a Funasa não encaminhou tais informações à esta Comissão.

Chama a atenção o fato de que muitas das mortes ocorreram por causas plenamente evitáveis como diarréia e infecções respiratórias, agravadas pela desnutrição, pela concomitância de doenças genéticas, e pelo inadequado acesso ao tratamento de saúde e péssimas condições de moradia.

Em alguns casos não há referência à desnutrição, o que só poderia ser confirmado por meio de estudo detalhado de cada caso.

Observa-se maior número de mortes no sexo masculino.

A análise dos locais de ocorrência dos óbitos sugere que a gravidade dos casos era de tal porte que as transferências para hospitais com maior capacidade não foram suficientes para evitar 5 dos últimos óbitos.

Tabela 1. Óbitos de crianças indígenas do MS em 2005, divulgados pela imprensa (matérias jornalísticas em anexo)

	INICI AIS	IDADE	SEX O	ETNIA	DATA DO ÓBITO	LOCAL DE RESIDÊNC IA	LOCAL DE OCORRÊNC IA	DIAGNÓSTICOS ASSOCIADOS.
1	JSC	8 meses	?	?	02/01/05	?	?	Desnutrição.
2	LVD	2 meses	?	?	05/01/05	?	?	Desnutrição.
3	JPM	1 ano e 8 meses	?	?	06/01/05	?	?	Desnutrição.
4	AMF	8 meses	?	Caiuá	11/01/05	?	?	Desnutrição.
5	EDS	3 meses	?	?	04/02/05	?	?	Desnutrição.

	INICI AIS	IDADE	SEX O	ETNIA	DATA DO ÓBITO	LOCAL DE RESIDÊNC IA	LOCAL DE OCORRÊNC IA	DIAGNÓSTICOS ASSOCIADOS.
6	SD	2 anos e 5 meses	F	?	08/02/05	?	Hospital da Missão Evangélica Caiuá, Dourados.	Diarréia e desidratação.
7	KFA	6 meses	F	?	19/02/05	?	Hospital da Mulher de Dourados.	Desnutrição, diarréia e desidratação.
8	JDG	1 ano e 3 meses	F	?	24/02/05	Aldeia Bororo, Dourados	Reserva indígena de Dourados.	Desequilíbrio hidroeletrólítico e desnutrição protéico-calórica grave.
9	RGB	1 ano e 11 meses	M	Caiuá?	24/02/05	Aldeia Bororo, Dourados.	Hospital da Missão Evangélica Caiuá, Dourados.	Desnutrição protéica calórica severa, problemas pulmonares. Tinha paralisia cerebral.
10	RGF	2 anos e 4 meses	M	Caiuá	26/02/05	Assentamento rural Viveiro de Mudas (MS).	Assentamento rural Viveiro de Mudas (MS).	Insuficiência renal.
11	JVD	3 meses	M	Caiuá	03/03/05	Área próxima à aldeia de Dourados.	Hospital da Mulher, Dourados.	Septicemia (infeção generalizada), gastrite (inflamação no intestino) - e desnutrição.
12	SD	1 ano e 3 meses	M	Caiuá?	03/03/05	?	Hospital da Mulher, Dourados.	Infecção generalizada provocada por problemas no sistema urinário, gastrite e pneumonia. Tinha hidrocefalia.
13	SHM	4 meses	F	?	10/03/05	?	Hospital da Mulher, Dourados.	Hemorragia no aparelho digestivo, pneumonia e septicemia.
14	EM	1 mês e 7 dias	F	Caiuá	15/03/05	?	Hospital Regional de Amambai.	Pneumonia e desnutrição.
15	RC	1 ano e 3 meses	M	Caiuá	18/03/05	?	Hospital da Missão Evangélica Caiuá, Dourados.	Desnutrição.

	INICI AIS	IDADE	SEX O	ETNIA	DATA DO ÓBITO	LOCAL DE RESIDÊNC IA	LOCAL DE OCORRÊNC IA	DIAGNÓSTICOS ASSOCIADOS.
16	KEA	45 dias	F	?	22/03/05	Aldeia Porto Lindo, em Japorã.	Santa Casa de Campo Grande	Desnutrição, transfusão de sangue “inadequada”. Prematura. Problemas congênitos. Transferida do Hospital da Mulher.
17	AP	9 meses	M	?	26/03/05	Aldeia Jaguapiru, Dourados.	Santa Casa de Campo Grande	Desnutrição, falência múltipla dos órgãos, infecção generalizada, sangramento digestivo e broncopneumonia. Transferido do Hospital da Mulher.
18	RN	2 anos	M	?	01/04/05	Aldeia Piraquá, entre Bela Vista e Antônio.	Durante a transferênci a do Hospital Universitári o de Dourados para a Santa Casa de Campo Grande	Leishmaniose visceral e desnutrição.
19	AMV	1 ano	M	?	02/04/05	Aldeia de Caarapó.	Santa Casa de Campo Grande	Desnutrição, broncopneumonia e insuficiência cardiorespiratória
20	MN	3 anos	M	?	04/04/05	Aldeia Piraquá, entre Bela Vista e Antônio.	Hospital Regional de Campo Grande	Leishmaniose visceral e desnutrição.
21	VB	1 ano e sete meses	M	Caiuá	16/04/05	Aldeia Bororó, Dourados	Aldeia Bororó, Dourados	Desnutrição, diarréia paralisia cerebral, hidrocefalia

SITUAÇÃO DOS ÓBITOS NO MATO GROSSO

Fontes da Fundação Nacional de Saúde no estado do Mato Grosso, apresentados em audiência pública na Assembléia Legislativa de Cuiabá, apontam que entre os xavantes, no Mato Grosso, foram registradas 32 mortes em crianças, por todas as causas em 2004.

Seis crianças dessa etnia morreram com desnutrição em aldeias de Mato Grosso entre janeiro e março de 2005, e desde então não se observaram outros casos.

O Distrito Sanitário Xavante apresentou à Comissão informações sobre as características dos seis casos do Pólo de Campinápolis, reduzindo o nível de incerteza que foi observado nos dados do Mato Grosso.

Entretanto, não tivemos acesso a informações oficiais de óbitos de crianças em outros pólos.

Durante a visita da Comissão na aldeia São Felipe, representante indígena informou a ocorrência de dois óbitos por "desnutrição" no Pólo de Sangradouro.

Os dois casos em que a desnutrição foi a causa principal do óbito, segundo a Funasa, foram transferidos para Brasília e Goiânia, aonde ocorreram os óbitos.

A respeito dos seis óbitos ocorridos em 2005, observamos:

- a maioria de óbitos ocorreu no sexo masculino;
- houve cinco casos em menores de um ano e um caso com um ano e cinco dias;
- apenas dois casos residiam em uma mesma aldeia;
- além da desnutrição, os óbitos foram relacionados a causas evitáveis como pneumonia, diarréia e desidratação.

FATORES RELACIONADOS ÀS MORTES



Criança Xavante/ Foto: Dep. Fernando Gabeira

Serão apresentados os fatores relacionados aos óbitos investigados por essa Comissão, destacando-se, quando for oportuno, as peculiaridades verificadas no MS (que apresenta um maior número de informações) e no MT.

Os fatores que dizem respeito às questões de política indígenista não diretamente relacionadas à saúde serão apresentados em destaque na Parte III deste relatório.

Desnutrição

A Sociedade Brasileira de Pediatria⁴ considera que a desnutrição representa fator de agravamento da situação de saúde, que pode conduzir ao óbito, uma vez que reduz a capacidade do sistema imunológico e de recuperação de outros tecidos orgânicos.

⁴Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira. Sociedade Brasileira de Pediatria e Fundação Nacional de Saúde (2004).

Vale ressaltar que nos casos mais graves, a despeito do melhor atendimento que possa ser dispensado, as complicações podem resultar em morte do paciente, o que torna indispensável o foco na prevenção.

Considerando a população geral do Brasil, de 1975 a 1996, houve queda de 70% nos casos de desnutrição infantil.

Entretanto, as Nações Unidas⁵ destacam que ainda há graves desigualdades entre regiões, grupos étnicos, gênero e situação de renda, uma vez que 77 milhões de brasileiros não consomem a quantidade mínima de calorias recomendada.

Em recente pesquisa de orçamentos familiares, divulgada pelo IBGE⁶, os dados apontam que mesmo com o aumento do número de obesos no Brasil, os índices de carência nutricional sugerem adoção de medidas urgentes para que sejam supridas, em especial nas populações menos favorecidas.

Segundo matéria publicada no jornal Correio Braziliense, em 18 de março de 2005, a Unicef divulgou em 2005 levantamento realizado em cidades do semi-árido - 1,5 mil municípios dos nove estados do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo -, em que se constatou que em 34,3% das cidades que compõem a região, mais de 10% das crianças com até 2 anos apresentavam desnutrição aguda.

A notícia jornalística enfatiza ainda que em Guaribas, no Piauí, quase 18% dos meninos estão desnutridos e em Santo Amaro do Maranhão 29,43% das crianças com até 2 anos de idade estão com desnutrição aguda.

Entre as crianças indígenas esse quadro não representa novidade.

Já em 1994, a Ação de Cidadania Contra a Fome e a Miséria, associada a outras organizações não-governamentais, elaborou o “Mapa da Fome entre Povos Indígenas no Brasil”, indicando que 34,7% do total pesquisado era vítima da fome, particularmente entre os índios cujas reservas estavam próximas às zonas urbanas, e que, há décadas, já não sobrevivem de caça, pesca ou de coleta.

⁵Artigo de Paloma Oliveto, publicado no Correio Braziliense em 15/03/2005: “Desnutrição: mal desconhecido”.

⁶Pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro Geografia e Estatística, www.ibge.gov.br

Em entrevista concedida para o site de direitos humanos, http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/nilmario/nilmario_terrasindigenas.html, o ministro Nilmário Miranda declara: "O pior é que a situação dos indígenas do Brasil é muito grave. No ano passado, divulgamos o Mapa da Fome Indígena, que mostra o seguinte: hoje, temos um total de 311 mil indígenas no Brasil, o que prova que houve um crescimento dessa população, pela primeira vez nos últimos quinhentos anos, e isso é um resultado muito positivo dos direitos indígenas garantidos pela Constituição de 1988. Pois bem, desse total, 117 mil encontram-se em situação de fome/carência alimentar, isto é, de indigência. O problema número 1 é a terra. São indígenas do Nordeste, Sul e Sudeste do país cujas terras foram invadidas, desmatadas, destruídas."

Em 2003, a Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados fez alerta a respeito da desnutrição nas populações indígenas.

O relatório da Comissão de Direitos Humanos e Minorias explana que: "todas as comunidades reclamam da precária ou inexistente atenção à saúde dos povos indígenas, principalmente depois do programa de terceirização implementado pela FUNASA. (...) Porém reconhece boas experiências de terceirização, onde os próprios índios organizam seus serviços de saúde. Misturando medicina branca e as tradições indígenas, formam agentes de saúde indígena: pajés, benzedores, parteiras, microcopistas, técnicos em saúde bucal e em exames de malária.".

Nos últimos anos, a Funasa divulga ter aperfeiçoado seu sistema de informações sobre a saúde indígena, o que permitiria um melhor acompanhamento da situação. Embora essa melhora seja publicada nos meios de divulgação da Fundação, é patente a necessidade de dados atualizados que traduzam a realidade nas aldeias indígenas.

Os dados da tabela 2 indicam que: a proporção de menores de cinco anos desnutridos foi reduzida em praticamente todos os pólos do Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul, de 2003 para 2004; mesmo assim, o pólo de Dourados apresenta índice elevado; existem seis pólos com maior nível de desnutrição que o de Dourados; e que há quatro pólos com baixos níveis de desnutrição.

Tabela 2. Proporção de desnutrição em menores de cinco anos por Pólo-Base do Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul, de 2003 a 2004, conforme dados da Fundação Nacional de Saúde

Pólo	2003	2004
Amambai	26	19
Antônio João	21	18
Tacuru	21	17
Paranhos	14	16
Iguatemi	16	14
Caarapó	16	13
Dourados	14	12
Sidrolândia	3	3
Aquidauana	2	2
Bodoquena	3	1
Miranda	3	1

No caso do pólo de Dourados, é interessante observar a tendência da proporção de desnutrição desde 2002 apresentada na tabela 3.

Se forem somadas as proporções de desnutridos às de crianças em risco nutricional (que também apresentam peso abaixo do normal), a proporção se aproxima de 30% em todos os anos observados, sugerindo que as medidas porventura tomadas podem ter sido suficientes para provocar redução de pequena monta na proporção de desnutridos, sem, entretanto, conseguir retirar as crianças da situação de risco.

Provavelmente, a divulgada redução na prevalência da desnutrição não têm se refletido na redução da taxa de mortalidade infantil nesse pólo porque o risco nutricional persiste, de modo que o advento de novas agressões, como as infecções, podem, rapidamente, agravar o quadro nutricional.

Tabela 3. Distribuição proporcional do estado nutricional em menores de cinco anos no Pólo-Base de Dourados, de 2002 a 2004.
Fonte: Fundação Nacional de Saúde

Estado nutricional	2002	2003	2004
Desnutridos	14	14	12
Risco nutricional	16	17	19
Normalidade	67	68	68



SvOutPlaceObject

Para ilustrar a gravidade da situação, que não é restrita ao pólo de Dourados, registra-se que em Amambai, 331 crianças da aldeia (19%) estão desnutridas, e que outras 306 (18%), estão em risco nutricional, aproximando-se dos 40% de crianças com algum problema nutricional.

Em março de 2005 o Coordenador Regional da Funasa no MS relatou, no Jornal Diário do MS, de 11 de março de 2005, a seguinte afirmação: "Hickmann diz que têm 991 crianças índias com desnutrição no Estado". A existência de 991 crianças indígenas com desnutrição severa e 1.205 com risco nutricional.

Esses dados, publicados no Diário MS de 11 de março de 2005, indicam que o número de internações e óbitos envolvendo crianças indígenas desnutridas continuarão acontecendo, caso não sejam adotadas medidas que também tenham impacto entre as crianças em risco nutricional.

Em Audiência Pública da Comissão Externa o Dr. Valdir Camarcio relatou que a atuação emergencial da Funasa em 2005 já foi capaz de reduzir os casos de desnutrição em quase 30% e o número de internações por

desnutrição em 62% no período de dois meses, indicando que as mesmas devem ser realizadas de forma rotineira.

No Mato Grosso, dados de março de 2005 indicam que no Pólo-Base de Campinápolis a proporção de desnutridos é pouco superior a 15% (sendo 3,63% de desnutridos graves). As crianças em risco nutricional representam 8% e as de peso normal 76%.

CONTEXTO DO QUADRO SANITÁRIO



Criança Xavante / Foto: Dep. Fernando Gabeira

Nas comunidades em que a desnutrição é relevante, o agravamento do quadro sanitário representa uma associação perigosa, uma vez que as doenças e a desnutrição se potencializam, gerando um círculo vicioso de consequências fatais.

No caso do MS, tal agravamento pode ser sugerido pela evolução da taxa de mortalidade infantil (TMI), um dos mais importantes indicadores de saúde de uma população.

De 1999 a 2003, essa taxa caiu acentuadamente, de 140 óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos para 48⁷, ainda assim, o dobro da TMI da população geral do Brasil.

Em 2004 o valor da TMI das aldeias do MS subiu para 62, revertendo a tendência de queda⁸.

No pólo de Dourados a tendência é semelhante, sendo que, em 2004, a TMI foi de 67 óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos⁹.

Outros pólos do MS estão em situação pior, a exemplo do que já destacamos a respeito da prevalência de desnutrição, pois, em 2004 registraram as vergonhosas TMI de 89,13 (Amambaí), 91,43 (Iguatemi) e 99,34 (Tacuru)¹⁰.

É claro que, ao analisarmos populações com pequenos números de habitantes, é preciso ter em mente que podem ocorrer grandes variações em qualquer indicador de saúde de um ano a outro em função de pequenas variações no número de óbitos, entretanto, o patamar de óbitos infantis observados é extremamente elevado.

Também chama a atenção nos dados sobre TMI do pólo de Dourados, a existência de diferença acentuada entre as etnias Guarani e Terena. Em 2003, esta apresentou uma TMI de 17 e aquela de 62.

Tabela 4. Coeficientes e índices relacionados à saúde nas aldeias do Mato Grosso do Sul, de 2001 a 2004

Coeficientes e índices	2001	2002	2003	2004
Coef. de natalidade / 1000 hab	44,06	47,27	40,32	39,41
Coef. de fecundidade / 1000 mulher	190,37	204,44	176,21	181,69
Coef. de natimortalidade / 1000 n.v. (nascidos vivos)	28,98	19,73	23,77	22,25
Coef. de mortalidade perinatal / 1000 n.v.	46,36	34,53	32,37	34,71

7 Constam de tabelas entregues à Comissão durante audiência na Assembléia Legislativa do Mato Grosso do Sul pelo representante da Funasa, em anexo.

8 Constam de tabelas entregues à Comissão durante audiência na Assembléia Legislativa do Mato Grosso do Sul pelo representante da Funasa, em anexo.

9 Constam de tabelas entregues à Comissão durante audiência na Assembléia Legislativa do Mato Grosso do Sul pelo representante da Funasa, em anexo.

10 Constam de tabelas entregues à Comissão durante audiência na Assembléia Legislativa do Mato Grosso do Sul pelo representante da Funasa, em anexo.

Coeficientes e índices	2001	2002	2003	2004
Coef. de mortalidade neonatal precoce / 1000 n.v.	17,91	15,1	8,81	12,74
Coef. de mortalidade neonatal tardio / 1000 n.v.	10,31	5,54	8,81	9,1
Coef. de mortalidade neonatal / 1000 n.v.	28,21	20,63	17,62	21,85
Coef. de mortalidade pós-neonatal / 1000 n.v.	40,15	27,68	30,57	38,69
Taxa de mortalidade mortalidade infantil / 1000 n.v.	68,37	48,31	48,19	60,54
Coef. de mortalidade < 5 anos / 1000 n.v.	111,23	81,03	85,49	100,59
Taxa de sobrevivência	88,88	91,9	91,45	89,94
Coef. de mortalidade materna / 1000 n.v.	217,04	0	103,63	136,55
Coef. de mortalidade geral / 1000 habitantes	12,62	10,92	10,24	9,7

Fonte: SIASI (Sistema de Informações de Saúde Indígena) - Funasa

Tabela 5. Coeficientes e índices relacionados à saúde nas aldeias do DSEI Xavante, de 1999 a 2004

Coeficientes e índices	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Coef. de natalidade / 1000 hab	64,4	51	62,5	55,8		44,91
Coef. de mortalidade neonatal / 1000 n.v.	18,3	38,7	43,6	30,8	26,5	14,95
Taxa de mortalidade mortalidade infantil / 1000 n.v.	80	122,2	126	99,1	66,3	76,64
Coef. de mortalidade geral / 1000 habitantes	12,7	11,4	14,7	14,2		8,39

Fonte: SIASI (Sistema de Informações de Saúde Indígena) - Funasa

A análise da tabela 4, que contém dados do sistema de informações da Funasa a respeito do MS (dados de 2004 provavelmente foram atualizados), sugere que o agravamento do quadro sanitário apresenta especificidades, pois há indicadores que favorecem o aumento da população, como a elevada natalidade e fecundidade.

Entretanto, são preocupantes os indicadores relacionados às crianças, em razão das elevações dos coeficientes de mortalidade no período neonatal (até os 28 dias de idade) e pós-neonatal (que inclui os maiores de 28 dias e menores de um ano), que representam os períodos mais vulneráveis, mas também do coeficiente de mortalidade dos menores de cinco anos, que

representa o período em que as crianças teriam maiores condições de resistir às doenças.

Ainda a respeito dos óbitos nas aldeias do MS, é relevante destacar que em 2002 ocorreram, segundo os dados do SIASI- FUNASA, para todas as idades, 56 óbitos por doenças infecciosas e parasitárias e 59 por causas perinatais (que em geral afetam os recém-nascidos). Em 2004 esses valores subiram para 93 e 75, respectivamente.

Não se pode esquecer que as aldeias do MS ficaram conhecidas na década de 90 por causa da onda de suicídios. Em 2002, foram registrados 92 casos em aldeias indígenas em todo o Brasil, sendo 57 apenas no MS.

Em algumas áreas, o índice de suicídio chegou a ser de 1000 para cada 100 mil habitantes, enquanto o índice brasileiro era de 4,9 óbitos e nos países que registram o maior número de suicídios, como a Hungria, a relação é de 32,9 para cada 100 mil habitantes.

Com relação à morbidade (ocorrência de doenças e outros agravos à saúde) nas aldeias do MS é elevada a ocorrência de diarréia e doenças respiratórias.

A tuberculose parece estar sob controle, mas as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS preocupam, em razão do extenso contato com a comunidade não indígena. Há relatos de 3 óbitos por AIDS na reserva de Dourados.

A mais recente das preocupações é a leishmaniose, cuja forma mais grave, a visceral, esteve relacionada a dois dos mais recentes óbitos de crianças desnutridas.

Embora não seja novidade a presença de cães com aspecto doentio nas aldeias, aparentemente não havia um programa de controle integrado em funcionamento. Após a ida da Comissão na área a imprensa da localidade e veículos nacionais informam que óbitos ocorreram em virtude do contato de crianças subnutridas com animais domésticos.

Foi observado que nas habitações é comum o convívio constante de animais no interior das malocas e residências, inclusive com recém-nascidos.

Destacamos, ainda, a existência de agravos que comprometem a saúde da população adolescente e adulta e terminam por

influenciar o cuidado dispensado às crianças, como: alcoolismo, consumo de drogas, violência e gravidez na adolescência.

Neste aspecto foi relatado a tentativa de programa de combate ao alcoolismo nas aldeias indígenas pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. O êxito não foi obtido, além de vários fatores, a ausência de apoio institucional e recursos orçamentários.

No Mato Grosso, segundo matéria da Revista Isto É, de 18 de agosto de 2004, relatório da Funasa indicou que, cerca de 1,5% dos xavantes, na região Centro-Oeste, morreram em 2002, sendo que 74% eram menores de cinco anos, muitos portadores de desnutrição. A tuberculose e a pneumonia estavam entre as principais causas de óbitos.

Dados que o DSEI Xavante entregou à Comissão indicam que, de 2001 a 2004, a pneumonia e a desnutrição foram as principais causas de óbito. No ano de 2004 essas duas causas mais a desidratação (que chegou a 20% dos óbitos!) – todas potencialmente evitáveis - responderiam por aproximadamente 80% das mortes!

Com relação à morbidade, nesse mesmo período, as infecções respiratórias agudas (64% em 2004) e a diarréia (18% em 2004) representaram as ocorrências mais freqüentes no distrito Xavante, sendo digno de menção a redução das verminoses registradas em 2004, alcançando o valor de 5% em 2004 (fonte: DSEI Xavante).

A tabela 5 apresenta indicadores de saúde do DSEI Xavante, em que se observam pontos positivos, como: elevada natalidade, e importante redução no coeficiente geral de mortalidade.

Entretanto, também aqui observou-se reversão da tendência de queda da TMI, sendo que em 2004 o valor chegou a 77 por mil nascidos vivos. A queda na mortalidade neonatal sugere agravamento da situação para as demais crianças menores de um ano.

DEFICIÊNCIAS NAS ÁREAS DE PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE



Anciã Xavante – Foto: Deputado Fernando Gabeira

De modo geral observamos, tanto no MS como no MT, uma priorização das atividades de assistência médico-hospitalar, relegando a abordagem preventiva para um segundo plano.

Tal enfoque é facilmente constatado ao se verificar a ênfase dada à divulgação dos casos de desnutridos moderados e graves, muitas vezes omitindo-se o número de crianças em risco nutricional.

Além disso, muitas atividades de combate à desnutrição, como a suplementação alimentar são priorizadas para as famílias em que há casos mais graves, de modo que aquelas aonde o quadro é menos severo, mas que podem evoluir desfavoravelmente, não recebem a adequada atenção.

Na área da assistência à saúde ficou claro que em ambos os estados as equipes eram incompletas e insuficientes.

Na região de Dourados, a Funasa conta com o apoio da Missão Evangélica Caiuá, que há décadas vem prestando assistência à saúde dos indígenas, contando com um hospital situado na reserva, que contava com apenas um médico, e um centro de recuperação nutricional, o Centrinho,

initialmente destinado a atender pacientes de tuberculose, mas que com a redução na demanda para tratamento hospitalar da tuberculose, foi transformado em referência para tratamento da desnutrição de crianças indígenas de todo o MS. Foi relatado à Comissão as dificuldades da Missão Evangélica em prosseguir com seus trabalhos em virtude da carência recursos orçamentários e a morosa burocracia da FUNASA em dar resposta às necessidades financeiras da entidade.

Para o atendimento nas aldeias a Funasa conta com equipes do Programa de Saúde da Família Indígena (PSFI), compostas por médicos, enfermeiros, e agentes de saúde indígenas. No pólo de Dourados existiam 3 equipes incompletas, que foram recentemente reforçadas pela a atuação de uma força-tarefa instalada após a divulgação da seqüência de óbitos por desnutrição em 2005.

Ficou clara a carência de nutricionistas, uma vez que nesse pólo existe apenas um profissional para acompanhar mais de 300 crianças que exigem atenção especial.

A carência de profissionais do PSFI é agravada pela elevada rotatividade dos profissionais do setor, dificuldade em atrair profissionais capacitados, e em 2004, foi particularmente acentuada por problemas em garantir a continuidade dos repasses para os convênios que envolviam a contratação dos profissionais, e pela redução nas atividades de capacitação da equipe.

Some-se os fatos expostos pelo médico da própria FUNASA, Dr. Zelik Trajber, dando conta de que faltam medicamentos, transporte adequado e pessoal suficiente para o atendimento nas aldeias. O médico ainda toma por insuficiente a equipe composta por quatro médicos, cinco enfermeiros, dois dentistas e um nutricionista, responsáveis pelo atendimento dos cerca de 12 mil índios das aldeias Bororó, Jaguapirú, Panambizinho e da região de Porto Cambira.

O responsável pelos convênios da Missão Kaiowá-Guarani, Dr. Demetrio do Lago Pareja, enfatizou que a Missão foi convidada para fazer parceria com a FUNASA, assumindo um DSEI e se responsabilizando pela contratação de pessoal, compra de medicamentos e demais insumos. No Mato Grosso do Sul a Missão tornou-se vanguarda no atendimento de saúde indígena nos anos de 2002 e 2003. Em 2002 a Missão reduziu os índices de mortalidade. Entretanto, a partir de 2003, a Missão começa a ter problemas com a FUNASA,

perdendo aos poucos sua capacidade operativa, acarretando sérios prejuízos à saúde indígena na localidade.

No que se refere às capacitações da equipe, a Comissão reuniu-se com várias equipes do Programa de Saúde da Família Indígena e quando questionados, constatou-se a quase inexistência de capacitações, particularmente para os agentes de saúde.

A Funasa promoveu alteração no seu modo de atuar com as ONGs, a fim de centralizar compras de medicamentos e outros materiais, visando otimização dos recursos financeiros, deixando para as ONGs a contratação de profissionais.

Sobre esse modo de atuar, que constitui decisão do órgão responsável pela saúde indígena vale observar que as organizações indígenas foram compelidas à assumir esses convênios na gestão do governo anterior e receberam a notícia sem quaisquer providências intermediárias para a Funasa reassumir integralmente suas funções. A condução desse processo relevou-se traumática e pelas informações apuradas, contribuiu para a precarização do atendimento à saúde em várias áreas.

Também passível de crítica a morosidade com que se implementou tal mudança, expondo as populações indígenas a falhas de atendimento.

No caso de Dourados os profissionais de saúde mobilizaram-se desde meados de 2004 para a renovação do convênio entre a Funasa e a Missão Caiuá, havendo, inclusive paralizações que somaram 15 dias.

Os dirigentes da Missão Evangélica Kaiowá informaram à Comissão que Funasa alegou várias dificuldades para a renovação do convênio, até mesmo o trancamento da pauta no Congresso pelas Medidas Provisórias.

No Mato Grosso, na visita realizada à aldeia xavante São Felipe ficou evidente a ausência de profissionais de saúde em contato direto com os indígenas na aldeia. No dia da visita não havia profissional de nível superior responsável por atendimento presente na aldeia, e não observamos a presença de agentes de saúde. Além disso, o posto de saúde não oferece condições adequadas de funcionamento.

Talvez pelo fato de as aldeias do DSEI Xavante serem numerosas e espalhadas em área extensa foi adotada a estratégia de centralizar o atendimento na sede do Pólo, como é o caso de Campinápolis.

Entretanto, foram relatados casos de aldeias que passaram mais de um ano sem receber a visita de profissional de saúde.

A coordenação regional da Funasa do MT destacou a grande dificuldade em atrair profissionais para trabalhar na região, uma vez que os salários oferecidos por alguns municípios são maiores. Além disso, há dificuldade de adaptação de vários profissionais, provocando elevada rotatividade.

A carência de profissionais com conhecimento da língua também foi apontado como fator que dificulta o atendimento.

No Mato Grosso também foi mencionada a falta de medicamentos, o que, segundo a coordenação regional da Funasa, não se deve à falta de recursos, mas à irregularidade de remessa pelos fornecedores.

Além disso, foi salientada a necessidade de automóveis para cobrir as grandes distâncias entre as aldeias do MT, o que estaria sendo agravado pelo “seqüestro” de quatro das sete ambulâncias disponíveis.

Os problemas estruturais na rede de assistência aos indígenas do MS e do MT são exemplificados pelo caso de óbito por desnutrição em que uma criança do MS ““chegou a passar por 29 consultas da equipe médica na aldeia””, o que não impediu o desfecho com morte.

No início da divulgação dos óbitos em 2005, a coordenação regional da Funasa do MS chegou a informar que nenhum dos pacientes internados no Centrinho teria evoluído para o óbito, e providenciou transferência para hospitais localizados em Campo Grande de pacientes graves internados no Hospital da Mulher de Dourados, instituição privada conveniada com o Sistema Único de Saúde (SUS), devido a suspeita de infecção hospitalar.

Após a divulgação de dois casos de leishmaniose associados à desnutrição e que não foram diagnosticados após internação no Centrinho, a mesma coordenação regional passou a levantar dúvidas a respeito da qualidade da instituição de saúde que há décadas presta importante serviço aos indígenas.

Como exemplo dos problemas assistenciais observados no MS, citamos a falta de integração entre instituições de saúde na resolução dos problemas de saúde das populações indígenas.

Utilizando o tema da leishmaniose, destacamos que apesar de o CCZ (Centro de Controle de Zoonoses) de Dourados ter detectado 21 casos positivos de leishmaniose canina em Dourados, sendo um na aldeia

Panambizinho, as autoridades da Funasa reagiram como se tivessem sido surpreendidos pela ocorrência da doença nas crianças.

Para finalizar esse tópico sobre prevenção e assistência à saúde registramos que a interrupção de atividades exitosas de prevenção à desnutrição que a Funasa vinha desenvolvendo, anteriormente a 2003, como a distribuição do sopão nas aldeias (oportunidade em que também se fazia educação alimentar para as famílias e se fortaleciam os laços da comunidade com a equipe), a distribuição da multimistura para enriquecer a alimentação das crianças (em parceria com a Pastoral da criança) e a distribuição de leite de soja nas aldeias (em parceria com Instituição metodista), podem ter contribuído para o agravamento do quadro nutricional nas crianças.

Essas atividades eram tão relevantes, que, no caso da multimistura, a Funasa optou pelo seu retorno de modo “emergencial” após a divulgação da situação de crise pela imprensa.

Embora seja evidente que a Funasa não possa ser responsabilizada por políticas que dêem condições aos indígenas de disporem de alimentação saudável, ela não pode se furtar a promover atividades complementares que já demonstraram seu valor como atividade preventiva.



Visita da Comissão no Centro de Atendimento da Missão Evangélica Kaiowá – Dourados/MS

DEFICIÊNCIA NO ABASTECIMENTO DE ÁGUA E SANEAMENTO

Crianças indígenas kaiowá-guarani coletando lixo nas proximidades da Aldeia Bororo – Dourados/MS.



Foto: Ademir Almeida

Dados da Funasa de 2003 indicavam que das 1.628 aldeias do País que estavam sendo submetidas a censo sanitário, apenas 589 possuíam sistema de abastecimento de água, e, desse total, 378 não tinham nenhum tipo de tratamento da água. A principal fonte de captação eram poços (339 aldeias) e nascentes.

Recentemente a Funasa fez através de Boletim específico no dia 10/03/2005, a inadequada divulgação de que 100% das aldeias do MS tinham sistema de água, sem explicar que isso não significava a existência de água disponível para o uso.

A Comissão comprovou no período em que visitou as aldeias Bororó e Jaguapirú do pólo de Dourados, que nem mesmo os locais que possuíam rede de água estavam dispondo da mesma, o que estava inviabilizando, inclusive o funcionamento de uma “vaca mecânica”, produtora de leite de soja.

Na falta de abastecimento regular a população da reserva de Dourados tem se utilizado de fontes de água poluídas, provavelmente em decorrência do inadequado saneamento.

Exames realizados por laboratório particular em março de 2005, a pedido de órgãos da imprensa local confirmaram poluição no córrego da reserva indígena (Córrego Sardinha). (Resultado em Anexo)

Foram detectadas até 10.000.000 de colônias de coliformes fecais e totais por 100 ml de água.

Diante desse quadro não se constitui uma surpresa a elevada ocorrência de casos de diarréia entre as crianças e o agravamento dos níveis de desnutrição.

Mais uma vez a Funasa reagiu de modo emergencial instalando caixas d'água na reserva, sendo que nessas caixas não chegam água e as torneiras viraram peças decorativas.

Recentemente, em reunião pedida pela Comissão Externa, dada o agravamento da situação, o Presidente da Funasa prometeu aos Deputados da Comissão que, no período de seis meses, haverá água em 100% das aldeias.

No Mato Grosso, a Comissão detectou na aldeia São Felipe a presença de caixa d'água, poço e painéis solares para acionar a bomba. Entretanto foi informado que no período chuvoso o sistema não funcionaria a contento.

Também foi mencionado, pelos indígenas em audiência no Auditório da OAB em Dourados/MS, que o uso excessivo de agrotóxicos nas fazendas da região estariam poluindo os mananciais de água.

Apesar da ênfase na questão crucial que é o abastecimento de água, não podemos nos esquecer da situação do saneamento, sobre a qual pouco se tem falado, mas que também deve ser objeto de cobrança e acompanhamento.



Sistema de água inoperante na Aldeia Indígena Bororo – Dourados/MS

ENTRAVES ADMINISTRATIVOS, TÉCNICOS E GERENCIAIS COM REFLEXOS NA SAÚDE

A falta de articulação entre os órgãos responsáveis pela política indígena no País é clara e afeta o desempenho do setor saúde.

A Funasa assumiu a responsabilidade pelas ações de saúde indígena em 1999, em substituição à Funai, por determinação da Lei nº 9.836, de 23 de setembro, de 1999, que modificou a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

A legislação prevê que o "SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País", logo a Funasa, como órgão do SUS responsável pela saúde indígena, tem determinação legal para buscar tal integração.

O Estado brasileiro tem tentado suprir a falta de integração por meio de programas emergenciais e paliativos para combater a fome, porém verifica-se nos lugares visitados que não tem a organização adequada, levando à dispersão de esforços.

Programas assistenciais diretos como o Bolsa-Família, que no caso do MS distribui cestas básicas apresentam vários problemas que poderiam ser resolvidos por meio de melhorias administrativas e técnicas.

Tais medidas poderiam, por exemplo, facilitar o cadastramento das famílias sem documentação legal, e adequar o conteúdo das cestas às necessidades nutricionais das famílias.

A Comissão detectou em Dourados que as cestas estavam sendo distribuídas por família, sem considerar o número de seus componentes, e que várias famílias necessitadas não estavam recebendo o benefício pela simples falta de não terem a documentação.

Além disso, as cestas não eram suficientes para cobrir o período de um mês, nem para abranger todos que dela necessitam, pois 2900 cestas são distribuídas para uma população de quase 50 mil pessoas, em todo o MS, mesmo nesse período emergencial de alerta geral.

A cesta básica distribuída aos indígenas, composta por 32 kg de alimentos (10kg de arroz, 5kg de feijão, 2kg de açúcar, 2kg de farinha de trigo, 1kg de leite em pó, duas latas de óleo e 1kg de macarrão).

Pela lista de alimentos contidos nas cestas, concluiu-se que não são balanceados e que não estejam satisfazendo as necessidades de proteína das crianças.

Ao nos referirmos sobre as dificuldades de contratação de profissionais de saúde, de certo modo introduzimos o tema dos entraves administrativos na Funasa.

Com aproximadamente 3.000 funcionários para atendimento nos 34 Distrito Sanitário Especial Indígena do país, a Funasa utiliza conselhos indígenas, ONGs, e universidades numa média anual de pelo menos 50 convênios, para contratar cerca de 9 mil pessoas.

Em 2004, pelo menos cinco entidades foram afastadas sob suspeita de desvio de recursos, e de uma lista de 53 entidades, 24 têm alguma pendência na Receita Federal.

Diante desse quadro é compreensível que a Funasa exerça maior controle sobre os recursos que são objeto desses convênios, e busque a racionalização dos recursos, entretanto, é preciso evitar o que tem sido observado tanto no MS como no MT, a descontinuidade do fluxo administrativo gerando deficiências na assistência à saúde.

Números da própria Funasa indicam que foi lento o ritmo de liberação de recursos para órgãos e entidades conveniadas. Em 2004, foram celebrados 53 convênios, num total de R\$ 120.967.524,44. Desses, apenas R\$ 49.014.713,27 foram liberados ainda no ano. Outros R\$ 24,3 milhões foram este ano. E ainda faltam R\$ 48,7 milhões.

O tipo de gasto realizado pela Funasa também tem sido questionado, em razão da alta proporção de gastos com atividades não diretamente ligadas com a atenção à saúde.

Matéria da Folha de São Paulo e do Estadão no mês de Março, trouxeram dados espantosos sobre a administração financeira da FUNASA: despesas com combustíveis e mecânica superaram R\$ 5,269 milhões no ano passado, 53% a mais do que com alimentos, que somaram R\$ 3,453 milhões de acordo com dados do Siafi (sistema de acompanhamento de gastos federais). A FUNASA teria, ainda pelo Siafi, gasto mais com viagens do que com medicamentos para índios. Pelo levantamento, em 2004 foram gastos R\$ 5,4 milhões com passagens para funcionários da fundação. No mesmo ano, a FUNASA gastou R\$ 1,6 milhão com medicamentos. O gasto direto da FUNASA com atividade médica e alimentos representa 5% de seu orçamento de 2004, desta maneira aplicado:

- Despesas com combustíveis e mecânica superaram R\$ 5,269 milhões no ano passado, 53% a mais do que com alimentos: R\$ 3,453 milhões.
- R\$ 1.899.393,42 = “fornecimento de alimentos”
- R\$ 1.554.267,88 = “gênero de alimentação” = R\$ 6.900 S.R da Silva restaurante = R\$ 87.901,10 Churrascaria do Maranhão, MF de Lima.
- Passagens (R\$ 2.884 milhões) + Diárias (R\$ 2,9 milhões) + Hospedagem = R\$ 6,6 milhões = 92% acima dos gastos com alimentos e 44% acima de “material farmacológico” (R\$ 4,614 milhões pelo Siafi). * Viagens incluem participação em conselhos e avaliação de imóveis para aluguel em substituição de postos em reforma.
- Compra de remédios = R\$ 9 milhões.
- Material hospitalar, odontológico, químico e laboratorial = R\$ 513.686.
- Serviço funerário = R\$ 536.443,78.
- Locação de meios de transporte (táxi aéreo) = R\$ 1.601.783,10.
- Hospedagens = R\$ 765.186,19 = Magna Praia Hotel, Fortaleza (R\$ 7.954,80).
- Material de cama, mesa, banho, copa e cozinha = R\$ 169.529,44
- Material odontológico = R\$ 149.372.
- Vigilância ostensiva = R\$ 2,8 milhões.
- Pisorama Piso Revestimentos e Decorações = R\$ 3.500
- Cortinas na sede de Mato Grosso = R\$ 2.060
- LF Prestadora de Serviços e Decoração = R\$ 3.575 (divisórias)
- Assistência técnica, Tec Lar = R\$ 7.590
- Informática (R\$ 95 mil), Papelaria (R\$ 88,7 mil), Eletrônica (R\$ 30 mil) e Gráfico (R\$ 35 mil).
- Liquidado = R\$ 145.406.437,27 (Programa de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas).
- R\$ 7,4 milhões = atividades de saúde
- R\$ 26,1 milhões = ações diversas (de serviços domésticos à confecção de uniforme)
- Repasse a entidades conveniadas e prefeituras = R\$ 86,6 milhões
- Restos a pagar = R\$ 21,4 milhões
- Unesco = R\$ 3,7 milhões.
-

Outro aspecto administrativo ainda sem solução, com impacto na assistência à saúde é a dificuldade no estabelecimento de mecanismos de complementação da atuação da Funasa por instituições de estados e municípios.

A legislação atual indica que cabe “à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena”, mas também indica que “os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações”.

Tanto no MT como no MS foram observados conflitos nessa área.

No MS, houve discussão sobre a origem dos recursos aplicados e principalmente sobre a aplicação de recursos de convênio entre o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e o estado do Mato Grosso do Sul.

A execução das obras da rede de água é outro exemplo, a Prefeitura de Dourados informou que precisaria de mais dois milhões para sua conclusão, enquanto que a Funasa informa que não haverá problema com os recursos.

No MT, a coordenação regional da Funasa, mencionou que foi surpreendida por iniciativa de órgão estadual, que construiu um posto de saúde sem seu conhecimento, mas que iria ter seu funcionamento financiado pela Funasa.

Representante da Casa Civil do MT indicou a necessidade de aperfeiçoar mecanismos para que o pacto federativo também possa ser exercido na atenção à saúde indígena.

Outro aspecto administrativo sobre o funcionamento da Funasa é a questão da excessiva centralização. A Lei Orgânica do SUS indica que “o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado”.

Os dois últimos aspectos tem sido implantados por meio dos DSEI e pela organização da rede de assistência, ainda que insuficiente.

Como exemplo da centralização citamos a falta de medicamentos básicos no MT, que poderia ser minimizada caso algumas compras pudessem ser descentralizadas, não para ONGs, mas para outras instâncias do subsistema, evitando o desabastecimento local.

QUESTÕES CULTURAIS E OUTRAS RELACIONADOS AO COMPORTAMENTO

Várias autoridades anunciaram com destaque que problemas culturais seriam responsáveis pelos óbitos por desnutrição nas aldeias, como por exemplo, o costume de os adultos se alimentarem primeiro, a resistência ao tratamento de saúde e outros.

Qualquer generalização nessa área é perigosa, uma vez que tende a culpar as vítimas pelo seu próprio destino.

Aliás, em depoimento a esta Comissão Externa, Jorge Eremites, doutor em arqueologia pela PUC-RS, professor da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e membro do Conselho Municipal para Assuntos Indígenas – COMAI afirma que “não há base antropológica para se afirmar que a desnutrição e a morte são consequências da cultura guarani-kaiowá”.

É possível que em um ou outro caso fatores culturais possam ter sido importantes, como nos casos específicos e raros em que os familiares retiraram os filhos do hospital.

E mesmo nesses casos, houve falha, não culpa, do sistema de saúde em convencer os familiares da importância do procedimento.

A iniciativa em convencer as mães, familiares e lideranças espirituais das aldeias surtiu resultado nos trabalhos do Centrinho, garantindo espaço para que os mesmos acompanhassem o tratamento.

Com relação à resistência ao tratamento hospitalar, se já existia, em nada ajudam a divulgação de suspeitas que desqualificam serviços como um todo, a exemplo do que foi feito com o Hospital da Mulher e com o Centrinho.

A respeito do privilégio dos adultos na hora da alimentação, o membro do conselho do Instituto de Tradições Indígenas (IDETI), Jeremias Tsibodowapre, refuta totalmente o comentário e afirmou que os povos indígenas tratam as crianças com prioridade total, ““para que se formem novos guerreiros””.

Dentre problemas comportamentais que merecem atuação específica, por meio do diálogo intercultural, destacamos:

- pequeno espaço as gestações, interrompendo a amamentação;

- crença de que a medicina do branco não pode resolver algumas doenças que representam maldições, e que são resolvidas com reza, fazendo com que muitas crianças sejam levadas ao hospital já em estado grave, o que como já citamos, no caso da desnutrição grave, em nada favorece o prognóstico;

- o excessivo consumo de álcool, que também prejudica o nível de atenção dedicado às crianças e às vezes reduz os alimentos

disponíveis, visto que há relatos de casos em que alimentos são trocados por bebidas.

Sobre o perigo representado pelas generalizações, utilizaremos como exemplo a menção, por alguns, de que as mães negligenciam o cuidado de seus filhos.

Contrariando essa suposição, a Comissão ouviu em Dourados o depoimento de mulheres indígenas preocupadas com o fato de buscarem cestas básicas, não as conseguirem, por falta de documento, e observarem, perplexas, o caminhão, ainda contendo cestas, se retirar da aldeia. Observamos a necessidade urgente do órgão indigenista nacional providenciar a rápida documentação dos indígenas, à exemplo do Adjunto da Solidariedade patrocinado pelos Poderes Executivo e Judiciário do Estado do Acre.

Outra mulher informou que, muitas vezes teve de deixar as crianças sós, a fim de trabalhar em plantações, uma vez que o marido teria se afastado por várias semanas para trabalhar numa usina, de modo que era obrigada a buscar outra fonte de sustento.

Há ainda um aspecto cultural e comportamental que gostaríamos de mencionar, relacionado aos não indígenas: a dificuldade de as instituições e seus representantes assumirem a responsabilidade pelos acontecimentos.

Não foram raras as declarações em que representantes dos diversos órgãos - Funai e Funasa - inclusive durante a audiência realizada nesta Casa, procuravam se eximir de qualquer "culpa", enfatizando os feitos de sua área, atribuindo as causas do problema a outros setores, e, até mesmo, minimizando o impacto dos óbitos recentes, em razão de ocorrências anteriores.

Atitudes como a execução de atividades emergenciais e extremadas por período de tempo relativamente curto, acompanharam esse tipo de comportamento.

Certamente, o problema em análise é extremamente complexo, deriva de erros cometidos ao longo da história do País, de modo que não é factível, a identificação de "culpados", entretanto, não há como evitar a verificação das responsabilidades, a fim de que, reconhecidos os erros, ocorram avanços.

MEDIDAS ADOTADAS

Destacaremos nesse tópico as medidas que vem sendo tomadas pelas diversas instituições e que, apesar da insuficiência de algumas, tem o potencial de promover a redução dos óbitos por desnutrição entre as crianças indígenas.

A identificação dessas medidas é relevante, pois representam a base para as propostas de melhorias, além permitir o reconhecimento das experiências de sucesso.

Medidas da Funasa

Desde 1999, a responsabilidade de estruturar um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, foi transferida da Fundação Nacional do Índio (Funai) para a Funasa.

A Funasa tem atuado na implantação dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) desde 2000, que são unidades territoriais e populacionais divididas de acordo com a distribuição demográfica dos povos e sob responsabilidade sanitária claramente identificada.

Pela Portaria nº 70/GM/04 do Ministério da Saúde, que aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, percebe-se que a responsabilidade pelo emprego de verba pública é do representante da FUNASA – e do chefe do Distrito Sanitário Especial Indígena (arts. 3º e 6º, XII). Sendo que os Estados e Municípios respondem complementarmente à FUNASA na execução das ações de atenção à saúde indígena (art. 8º).

Também a Portaria nº 1.163/GM/99 do Ministério da Saúde, dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde. Conclui-se que com base no art. 1º é dever do representante da FUNASA a execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas e com base no art. 3º delega-se competente o Secretário de Assistência à Saúde no que toca à organização de assistência à saúde, no âmbito nacional, conjuntamente com os Estados e Municípios.

O atendimento de saúde é prestado por meio de convênios entre a Funasa e organizações não governamentais e universidades.

As normas do Ministério da Saúde já citadas são claras ao prever a execução direta das ações por parte dos DSEI, e a complementação das ações por estados e municípios por meio de indicação da Funasa.

Em 2004, a Funasa repassou R\$ 115, 7 milhões para ONGs e universidades que contratam agentes de saúde e coordenam o trabalho.

Ao mesmo tempo reduziu o volume de repasses para centralizar gastos, evitando fraudes, e aplicando diretamente R\$ 55,9 milhões, por meio da compra de medicamentos, equipamentos e outros insumos.

No novo modelo as ONGs ficam responsáveis basicamente pela contratação de pessoal.

Os Agentes Indígenas de Saúde (AIS), - atualmente existem quase 3000 profissionais -, são indicados pela comunidade, ficam vinculados a um posto de saúde, sendo responsáveis pelos primeiros-socorros, acompanhamento de vacinação, de gestantes e ações de prevenção.

O ponto de apoio dos agentes são os pólos-base, localizados em comunidades indígenas ou em municípios de referência, onde ficam as equipes multidisciplinares idealmente compostas por médico, enfermeira, dentista e auxiliar de enfermagem.

Os casos mais complexos são encaminhados para o atendimento convencional em outras localidades.

Muito foi realizado, e a expressiva queda da TMI entre crianças indígenas no país como um todo em tempo relativamente curto atesta esse fato (embora a queda da TMI tenha revertido em regiões específicas, como as que estamos analisando, e ainda que represente o dobro do valor da população em geral).

Para realizar o trabalho no MS, a Funasa dispõe de 18 equipes multidisciplinares, com 162 agentes de saúde, tendo cinco profissionais em média compondo as equipes (que estão desfalcadas), sendo eles médicos, enfermeiros, dentistas, e nutricionistas. Em 2004 foram recebidos recursos no valor de R\$ 12,5 milhões.

Desde 2003, a FUNASA afirma manter vigilância constante sob o peso das crianças indígenas com até cinco anos, o que constata que a FUNASA tinha conhecimento do risco de desnutrição. Para tanto, a Coordenação Regional da FUNASA em Dourados, disponibiliza profissionais que atuam no

Centro de Recuperação de Desnutridos “Centrinho” da cidade de Dourados, administrado pela ONG Missão Evangélica Caiuá, que também recebe recursos do SUS, além de ter sofrido revitalização em 2004, com reforma, ampliação e aquisição de equipamentos, através do aporte de R\$ 200 mil oriundos do Programa Fome Zero.

É relevante destacar a importância de atuações que não existiam antes de 1999, como as equipes do PSFI, acompanhamento nutricional, a implantação de sistema de informações (SIASI), que permite o acompanhamento crítico da situação por parte da sociedade, e a possibilidade de os Conselhos Distritais Indígenas influírem no planejamento das ações da instituição.

Essas são conquistas da sociedade que devem ser mantidas e aperfeiçoadas pelos que estiverem gerindo o órgão.

Tendo citado ações de caráter mais rotineiro da Funasa, destacaremos aquelas realizadas após o reconhecimento da situação de crise, em fevereiro de 2005, quase como se a situação representasse surpresa:

- Constituição de força-tarefa em Dourados por meio da transferência temporária do gabinete do Departamento de Saúde Indígena para o local e de nutricionistas, médicos, enfermeiros e agentes de saúde para reforçar a equipe local nas tarefas de avaliação nutricional, embora se constatou que o número de profissionais ainda é defasado;

- Na região de Campinápolis, as ações ficaram centralizadas na sede do pólo-base, inclusive o tratamento dos desnutridos, até mesmo dos casos menos graves;

- Transferências de pacientes desnutridos graves para serviços de maior complexidade;

- Abertura de pelo menos 20 leitos de UTI e enfermaria, em parceria com outras instituições, destinados ao tratamento de crianças indígenas com desnutrição;

- Comunicação à Funai e ao Ministério Público Federal sobre a resistência de algumas famílias que estão se negando a deixar que os filhos sejam levados para serem tratados nos hospitais (essa atividade é necessária, mas a própria instituição tem fomentado algum nível de resistência por meio do descrédito que vem promovendo de importantes instituições locais de saúde);

- Capacitação da equipe que coordena os trabalhos de saúde nas aldeias do MS pelo Instituto Materno Infantil de Pernambuco (Imip), referência na assistência hospitalar a desnutridos graves;

- Contratação de profissional para o Hospital da Missão Caiová, onde funciona o Centro de Reabilitação Nutricional (Centrinho), e formação de mais quatro equipes do PSFI no pólo de Dourados;

- Ampliação da vigilância nutricional para gestantes;

- Parcerias com a Funai, Ministério do Desenvolvimento Social, organizações sociais locais, prefeituras, conselhos de defesa da criança para o cuidado das crianças e das famílias que estão abaixo da curva nutricional;

- Descentralização das unidades de referência para reabilitação nutricional, implantando-as em outros quatro municípios: Paranhos, Japorã, Miranda e Amambaí;

- Instalação de uma casa de reabilitação nutricional em aldeia de Amambaí;

- Constituição de um comitê para articular as ações de redução da desnutrição e da mortalidade infantil;

- Limpeza das caixas d'água e a ampliação da rede de abastecimento de água na Reserva Indígena de Dourados, ainda que sem a eficácia necessária;

- Ensino para a população de modos de cozinhar e distribuição de panelas;

- Retomada da distribuição da farinha multimistura (em março, foram produzidas 194 kg da mistura), por meio da parceria com a Pastoral da criança; cujos equipamentos para produção estão instalados no Núcleo de Atividades Múltiplas da Unigran, na aldeia Jaguapiro, no pólo de Dourados, desde outubro de 2001, atendendo a todas as aldeias do sul do MS até 2003;

- Iniciado levantamento da situação em todas as aldeias dos municípios do MS com maior incidência de leishmaniose, e, se necessário, será determinado o abate dos animais sob suspeita.

No caso do Mato Grosso, o coordenador regional da Funasa anunciou que ao invés de criar uma força-tarefa para levar cestas básicas até as aldeias, os técnicos da Funasa vão estimular as mães a levar os filhos que

apresentam problemas de desnutrição ao pólo de saúde, para uma consulta médica, para que o médico prescreva os alimentos e mantenha a criança internada na Casai de Campinápolis até a recuperação da saúde e peso.

Essa medida “garantiria” a alimentação das crianças, entretanto, representa uma barreira que desestimula o tratamento, particularmente para os casos menos graves, cujos familiares deveriam se deslocar por grandes distâncias.

Caso houvesse profissionais de saúde na aldeia para realizar a adequada orientação, esse tipo de medida não seria necessária.

MEDIDAS DO MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL (MDS) EM PARCERIA COM OUTROS ÓRGÃOS

O Governo Federal criou em 14 de Abril de 2003, o Programa Fome Zero Indígena, através do repasse de R\$ 5 milhões, provenientes do Convênio 004/2003, estabelecido entre o então Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar, o MESA e o Governo do Estado de Mato Grosso do Sul, destinados justamente ao combate à fome e à desnutrição indígena.

Através do ofício 131/04 ASPAR/GM/MDS, de 18 de Março de 2004, ficou evidenciado que os R\$ 5 milhões foram integralmente depositados na conta do Governo do Estado ainda em 2003, e que até 2005 haviam sido aplicados R\$ 3,8 milhões, sem considerar a contrapartida do Estado que deveria ser de R\$ 608 mil;

Esses recursos destinam-se à compra de sementes, maquinários agrícolas e adubos, e reforma do Centrinho.

O governo do Estado do Mato Grosso do Sul divulgou que está destinando mais 1.200 cestas do programa Fome Zero às aldeias por mês, além das 1.782 que já estavam sendo distribuídas.

Foi prevista a distribuição de mais de 20 toneladas de alimentos para as famílias mais necessitadas.

As cestas são compostas por 32 kg de alimentos (10kg de arroz, 5kg de feijão, 2kg de açúcar, 2kg de farinha de trigo, 1kg de leite em pó, duas latas de óleo e 1kg de macarrão).

Antes da distribuição emergencial observou-se excessiva lentidão na distribuição dos recursos do fome zero, das 515 famílias que se inscreveram até fevereiro de 2005, só 31 o recebiam em espécie.

Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social, o atendimento dessas pessoas depende da revalidação do cadastro do programa pela nível municipal.

Há, ainda a preocupação de que a quantidade de alimentos não esteja sendo suficiente para todos os componentes da família, como também da baixa quantidade de proteína nos alimentos oferecidos.

MEDIDAS DAS PREFEITURA

Tanto em Dourados (MS), com em Campinápolis (MT), observou-se envolvimento das prefeituras, que são legalmente obrigadas a executar as ações de saúde, mas que dependem da articulação e recursos que a União está obrigada a oferecer.

No MT foram repassadas informações de que as prefeituras recebem recursos diretos da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde para contratar profissionais de saúde do PSF, e que algumas prefeituras também recebem recursos da Funasa para esse mesmo fim, mas que para evitar a contrapartida dos encargos sociais, fazem convênios com ONGs e universidades.

No MT esse processo não tem funcionado a contento, tendo sido necessário o afastamento da ONG denominada Sociedade de Defesa da Cidadania - SDC, e, no processo de substituição pela ONG denominada Organização Nossa Tribo - ONT, a Funasa permitiu que algumas aldeias ficassem por vários meses sem atendimento por profissional de saúde.

Vale registrar que a ong SDC, após impedimento pela Funasa de trabalhar na região devido à irregularidades no convênio firmado, e dando origem à ONT, foi composta pelos mesmos profissionais de saúde que atuavam na SDC. Detectou-se a não realização de capacitação pessoal e ausência da ong nas aldeias.

No MS há controvérsias a respeito da divulgação pública sobre qual ente federado estaria financiando as ações específicas de saúde indígena, particularmente no município de Dourados, muitas delas financiadas com recursos da União.

Entretanto, em que pese o compromisso de gestores estaduais e municipais do SUS, em gerir o sistema na sua área de competência, particularmente nas localidades entre as comunidades indígenas que residem próximo às cidades, uma vez que recebem recursos com base no número de habitantes (incluindo os indígenas), além de recursos adicionais específicos, a fim de complementarem as ações da União, não se pode minimizar a responsabilidade diferenciada da União em oferecer os recursos e promover a integração das ações.

A prefeitura de Dourados divulgou em audiência pública a construção de casas nas áreas indígenas, entretanto no dia 19 de abril as residências desabaram, conforme ilustrações a seguir.



Residencias Indígenas consruídas pela Prefeitura de Dourados.

MEDIDAS DA FUNAI

Pouco se pode falar a respeito de alguma ação da Funai nos estados visitados, em colaboração com outros órgãos, relevantes para a solução do problema em questão, até mesmo pela marcante ausência ou insuficiênciadas exposições realizadas nas audiências dessa Comissão.

MEDIDAS DA SOCIEDADE CIVIL

Destacamos a atuação das comunidades não indígenas que se mobilizaram como, por exemplo, na distribuição de sopão nas aldeias pela comunidade douradense, por meio de doações de empresários locais; e a construção de fogões artesanais para famílias da aldeia Bororó pelo Rotary Club de Dourados.

A UNICEF também enviou representante a Dourados, que recomendou a ministração de cápsulas de vitamina A para aumentar a imunidade das crianças indígenas.

No dia 13 de abril de 2005 a UNICEF publicou, em nota no site www.unicef.org.br, o investimento de R\$ 270 mil na região de Dourados, com incentivo à aquisição de caixas d'água e distribuição de vitamina A para crianças com risco grave de desnutrição.

A Sociedade Brasileira de Pediatria desde 2000 vem demonstrando preocupações com o tema e apresentou em seu I Fórum recomendações a todos os níveis de governo e se proponto a fazer parceria para tentar resolver o problema, como foi a elaboração do "Manual de Atenção à Sapude das Crianças Indígenas"

MEDIDAS DO CONGRESSO NACIONAL

Destacamos as seguintes recomendações específicas apresentadas em relatório das Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados em 2003, destinadas ao Congresso Nacional:

- Imediata aprovação do Estatuto do Índio, com garantia de preservação dos direitos conquistados e fidelidade aos interesses dos indígenas;

- Auditoria do Tribunal de Contas da União no sentido de fiscalizar todos os repasses de recursos já efetuados pela Funasa à rede de saúde e às entidades terceirizadas, com o objetivo de atender as populações indígenas.

Salientamos ainda, que além dos trabalhos dessa Comissão, a Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa do Senado tem promovido audiências públicas sobre os óbitos de crianças indígenas desnutridas.

Também são dignas de nota as investigações que estão sendo realizadas por duas CPI (Comissão Parlamentar de Inquérito), uma pela Assembléia Legislativa do Mato Grosso do Sul, e outra pela Câmara Municipal de Dourados.

PARTE III – ORGANIZAÇÃO SOCIAL E FUNDIÁRIA

Maloca improvisada na área indígena Bororo



Foto: Deputado Fernando Gabeira

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Para estudar os fenômenos da desnutrição e da morte de crianças indígenas é fundamental o conhecimento dos aspectos antropológicos das etnias indígenas, assim como de suas organizações sociais. De pronto o discurso que se ressalta em uníssono é a questão da terra, dos espaços “reservados” para os indígenas. Porém o problema fundiário não é um fenômeno tão atual que justifique a morte de dezenas de crianças.

A terra é patrimônio imprescindível para a sobrevivência do índio. Em seu território o índio pode desenvolver suas atividades culturais, preservar seus costumes e tradições, exercer suas atividades agrícolas e produtivas, e criar seus filhos e descendentes, em ambiente saudável e ecologicamente equilibrado. Por isso, é necessário que esta Comissão se

aprofunde, também, na questão relacionada com a terra indígena, considerando que este é o maior bem do indígena. O Sr. Silvio Paulo, da etnia caiuá-guarani, diz em Audiência Pública no Auditório da OAB em Dourados: “A terra é nossa mãe, sem terra nós não vive. Sem terra para plantar estamos que nem peixe na água sem comida. Nós queremos terra, ela é nossa liberdade.”.

Objetivando conhecer com detalhes a situação específica dos kaiowá-guarani, a Comissão Externa convidou antropólogos, historiadores, pesquisadores, a fim de apresentar as peculiaridades étnicas das comunidades indígenas dos Estados do Mato Grosso do Sul e Mato Grosso.

Os senhores Antonio Brand, representante do Programa Kaiowá-Guarani da Universidade Católica Dom Bosco/MS; Jorge Eremides Oliveira, doutor em arqueologia pela PUC/RS, professor da UFMS e membro do Conselho Municipal para assuntos indígenas – COMAI; Egon Reck, presidente do Conselho Missionário Indigenista (CIMI) Fábio Mura, doutorando do Museu Nacional e professor da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (req.20/05); e Marina Wenceslau, pesquisadora do Núcleo de Gestões Indígenas da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul em Dourados – UEMS contribuíram com informações à Comissão no sentido da contextualização da conjuntura que levou à tal situação dos indígenas na Reserva de Dourados. Foi feito um histórico da formação da Reserva Indígena, patrocinado pelo Serviço de Proteção ao Índio, orgão antecessora da FUNAI, e as condições de envolvimento das etnias Guarani-Kaiowá e Terena.

Em nosso relatório, empenhamo-nos, também, em realizar nossas próprias pesquisas nos acervos das bibliotecas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, em revistas especializadas e nos informativos eletrônicos de pesquisadores, universidades, organizações não governamentais, entidades indígenas e indigenistas, órgãos da Administração Pública.

Os dados coletados em audiências públicas e os que resultaram das mencionadas pesquisas adquiriram uma dimensão especial no momento em que esta Comissão Externa, ao visitar as comunidades indígenas no Estados, pôde confrontá-los com a realidade constatada *in loco*.

OS ÍNDIOS NO BRASIL – DADOS GERAIS

Segundo dados da Funai, hoje no Brasil existem aproximadamente 220 povos indígenas, totalizando aproximadamente 370 mil índios. Estão distribuídos em aldeias, que se localizam nos Estados brasileiros,

exceto Piauí e Rio Grande do Norte. Hoje, existem mais de 600 terras indígenas. Os índios brasileiros falam 180 línguas diferentes, que têm dois grandes troncos: Tupi e Macro-jê. Estes troncos dividem-se em 19 famílias lingüísticas.

Mais da metade dos índios brasileiros, aproximadamente 60%, vivem na chamada Amazônia Legal, que compreende os Estados do Amapá, Acre, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Mato Grosso e parte oeste do Maranhão. Uma significativa parcela da população indígena vive nas cidades.

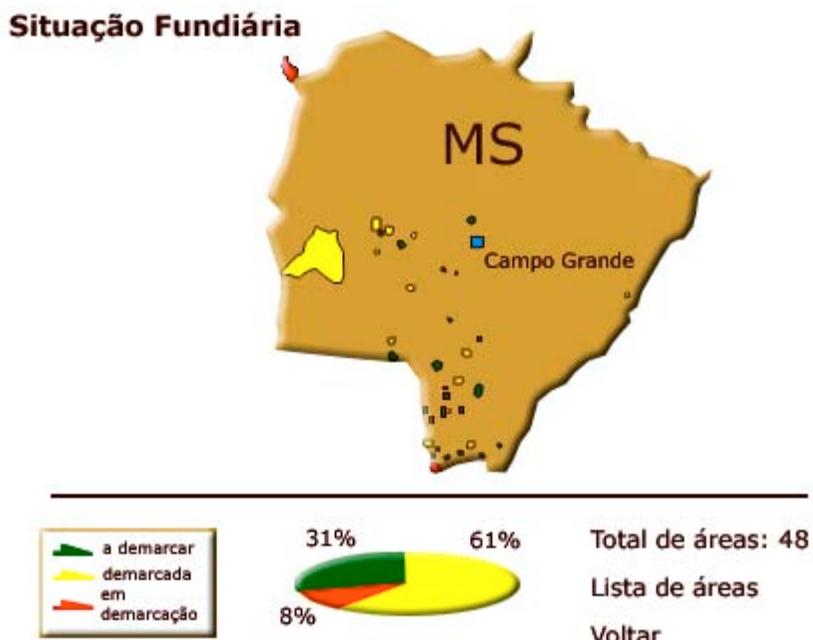
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

Neste Estado, seis grupos indígenas sobrevivem, apesar dos avanços da moderna agricultura. Mantendo seus costumes, tradições e sua língua nativa, os índios *Guarani*, *Kaiowá* e *Ñandeva*, os *Kadiwéu*, os *Guató*, *Terena*, e *Ofayé* formam uma população de aproximadamente 45 mil índios, havendo estimativas mais otimistas de 60 mil pessoas.

A Fundação Nacional do Índio – FUNAI é responsável pela assistência às comunidades indígenas, mas, no entanto, sem recursos, quadro de servidores condizentes com a necessidade da 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 e destilarias.

Tendo suas terras reduzidas pelo crescimento populacional, os índios do Mato Grosso do Sul, que viviam, no passado de caça e da pesca, perderam seus valores tradicionais e foram absorvendo um novo *modus vivendi*. Integraram-se ao processo de desenvolvimento da sociedade envolvente e passaram a viver da agricultura e da pecuária.

Hoje, continuam lutando pela demarcação de suas terras, assistência à saúde e educação, e dependem de programas assistencialistas para sobreviver.



(FONTE/FUNAI)

GUATÓ

De acordo com artigo publicado pelo pesquisador Carlos Roberto Cerqueira, os índios *Guató* destacavam-se dos demais por serem dóceis. Cultivavam milho, abóbora, batata e algodão e fabricavam lindos tecidos coloridos.

KADIWEU

Os *Kadiweu* eram semi-nômades e os remanescentes encontram-se concentrados em reserva doada por Dom Pedro II, em reconhecimento à participação na Guerra do Paraguai.

TERENA

Os *Terena* pertencem ao tronco lingüístico Aruak. No pós-guerra do Paraguai, com a consolidação do domínio brasileiro sobre a região, tentaram se instalar em seus antigos locais, mas enfrentaram os criadores de gado que começavam a adentrar a região. No início do Século XX, trabalharam junto ao Marechal Rondon na construção da linha telegráfica. O próprio Rondon compensou-os com pequenas reservas, mas insuficientes em vista do crescimento populacional.

Priscila D. Carvalho, assessora de imprensa do Conselho Indigenista Missionário, divulga no site www.cimi.org.br informativo, noticiando que:

- O povo Terena construiu uma forma bastante própria de relação com a sociedade envolvente: desde os mais velhos até as lideranças mais jovens, eles se orgulham de terem estudado.

- Em outros tempos, os Terena viam a educação como preparação para atuar na relação com os não índios e mesmo para entrar no mundo do trabalho da sociedade não indígena.

- Os Terena são conhecidos como um povo agricultor. No início do século, o Marechal Rondon, quando andou pela região que hoje é o Mato Grosso do Sul, levou indígenas Terena para outras partes do estado, porque queria que eles “ensinassem” aos outros povos da região este apreço pela agricultura.

- Os Terena de Nioaque reivindicam uma nova demarcação da terra, já que a demarcação inicial, realizada pelo SPI no início do século, não inclui todo território que era tradicionalmente ocupado por aquele povo. Para isso, é necessário que a Fundação Nacional do Índio (Funai) forme um Grupo Técnico para fazer um estudo antropológico e fundiário que identifique os limites da terra indígena.

- A luta pela demarcação de terras indígenas acontece também em outra área do povo Terena, a terra Buriti, localizada entre os municípios de Sidrolândia e Dois Irmãos do Buriti. Ali, os indígenas convivem com a tensão de estar na iminência de despejo das terras que retomaram em 2001.

OFAYÉ

Os *Ofayé* ocupavam as terras banhadas pelo Rio Sucuriú e tinham uma população estimada em mais de 5 mil índios. Hoje, estão reduzidos a menos de mil pessoas e estão confinados numa reserva no Município de Brasilândia.

GUARANI

Os *Guarani* eram senhores de uma área superior a 2 milhões de hectares e constituíam numa das maiores etnias do Brasil. Eram nômades e extraíam da natureza somente o necessário para sua sobrevivência. Tiveram seu território reduzido drasticamente e a população ficou dividida em pequenas áreas distribuídas nos municípios do Sul do Estado do Mato Grosso do Sul. Depois da guerra do Paraguai, a exploração do mate trouxe o prenúncio do fim do mundo *Guarani*. Os índios foram expulsos de suas terras e, para sobreviver, tornaram-se mão-de-obra escrava. Os *Guarani* sustentam-se sobre seu mundo religioso. Se as suas crenças se perderem, essa sociedade indígena desmoronará, pois é a relação dos *Guarani* com seus deuses que os mantém como uma comunidade peculiar e única.

De acordo com Priscila D. Carvalho, do CIMI, dentro da visão de mundo *Guarani-Kaiowá*, as mortes violentas, e também os suicídios, são relacionadas a feitiços. O feitiço, para os *Guarani*, é uma capacidade que eles têm de provocar mal indiretamente a uma pessoa. Para eles, a morte por feitiço é a mesma coisa que morte por assassinato, pois ela é provocada por alguém. Então, as acusações de feitiços mostram uma grande tensão interna e externa, mostram a existência de conflitos e de desajustes, que novamente ressalta a relação deste mal estar com a falta de terra. O confinamento de tanta gente num espaço tão exíguo – explica – cria um ambiente de mal estar, e as acusações de feitiço remetem para este clima. A excessiva proximidade física nas aldeias, com as diversas famílias vivendo muito próximas, cria um clima de grande tensão.

KAIOWÁ

Os índios *Kaiowá*, ou *Caiuá*, ocupavam extensas terras e eram confundidos com os índios *Guarani*, por terem o mesmo tronco lingüístico, que é o Tupi. Durante a exploração da erva mate, a exemplo dos *Guarani*, ficaram confinados em pequenas reservas. Dentre seus costume está o preparo da chicha, bebida de milho cozido e fermentado, usado na alimentação, rituais e festas.

Segundo o pesquisador Carlos Alberto Cerqueira, as duas nações *Guarani* e *Caiuá*, realizam uma reunião dos caciques, o *Aty Guasu*, a fim de discutir os trabalhos a serem realizados em suas aldeias.

Aqui transcrevo documento aprovado no *Aty Guassu*, realizado em março de 2005:

“Pela imediata homologação da terra indígena Ñanderu Marangatu

Exmo. Sr. Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva

Nós lideranças Kaiowá e Guarani de várias aldeias do estado do Mato Grosso do Sul reunidos na Aty Guasu na terra indígena Ñanderu Marangatu município de Antonio João-MS, vimos por meio dessa nos dirigir ao Senhor Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, para requerer a homologação imediata da terra indígena Ñanderu Marangatu bem como todas as áreas (tekoha) em conflito no estado.

O tekoha Ñanderu Marangatu já teve seu procedimento demarcatório com Portaria Declaratória do Ministro da Justiça, com toda a sua demarcação física concluída em 12/10/2004, somente carecendo da homologação por parte do Presidente da República.

Clamamos que as medidas liminares de reintegração de posse que foram concedidas pela Justiça Federal em favor de fazendeiro que se encontra na terra indígena Ñanderu Marangatu, sejam imediatamente cassadas a fim de se evitar uma grande tragédia com o cumprimento de ordem de despejo com força policial que mais parece um efetivo preparado para uma Guerra!

Os casos de desnutrição que tem ocorrido nas aldeias Kaiowá Guarani não são decorrentes “simplesmente” da fome e da miséria do povo, pois na verdade a fome, a miséria e também a violência, é consequência histórica da falta de terra. No caso do Mato Grosso do Sul, quase que a totalidade das terras indígenas precisam de revisão constitucional de limites, mas os procedimentos de demarcação se encontram totalmente paralisados ou mesmo nem sequer iniciados.

Até hoje no Estado do Mato Grosso do Sul somente 01 (um) tekoha em processo de revisão de limites foi homologado. Que foi o caso da terra indígena Panambizinho.

Vale destacar também, que nós povos indígenas Kaiowá Guarani do Mato Grosso do Sul, nos sentimos traídos pela apresentação do PL 188 de autoria do Senador Delcídio do Amaral do PT-MS, que vem a modificar o procedimento administrativo de demarcação de terras indígenas. Essas modificações vem justamente a prejudicar os povos indígenas do Brasil, trazendo morosidade ao procedimento, anulando processos já em andamento, sem contar o dinheiro público que já foi gasto com os processos em andamento que serão "jogados no lixo". Portanto, clamamos que seja arquivado definitivamente esse projeto de caráter "criminoso".

Pedimos empenho do Presidente da República para a regularização das terras indígenas do Mato Grosso do Sul a fim de se solucionar definitivamente todos o problemas que agridem o povo Kaiowá Guarani do MS.

Queremos lembrar que a luta pela terra do povo Kaiowá Guarani teve grandes guerreiros do tekoha Ñanderu Marangatu como Marçal de Souza que foi brutalmente assassinado pelos criminosos inimigos dos povos indígenas que jamais foram julgados e condenados por este crime, e Dom Quitito que faleceu em Coroa Vermelha-BA, quando participava da marcha e Conferência Indígena 2000. Queremos portanto, nessa oportunidade prestar nossas homenagens a todos esses guerreiros, e para os que continuarão com suas lutas pela terra e vida do povo Guarani."

Vale ressaltar que no dia 28 de março o Presidente Lula homologou a Terra Indígena Ñanderu Marangatu, embora não tenha realizado nenhum pronunciamento sobre a questão da desnutrição indígena.

Outra manifestação cultural é o *Jerokiguasu*, ou a *Grande Reza*, durante a qual são realizadas danças. É realizada por ocasião do nascimento de crianças, que são batizadas e recebem seus nomes na língua nativa.

VISITA A DOURADOS

Os índios *Guarani* do Mato Grosso do Sul enfrentam as mais diversas investidas contra seus territórios. E o principal exemplo de depauperação dos recursos naturais de suas terras pode ser visto em Dourados, onde tudo falta, até o mais primário de todos que é a água para beber.

AS TERRAS

Diz o art. 231 da Constituição Federal que as terras indígenas são aquelas por eles habitadas, as utilizadas para suas atividades produtivas, as imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários ao seu bem-estar e as necessárias a sua reprodução física e cultural. Portanto, as terras indígenas são as que atendem aos conceitos do art. 231, nem mais, nem menos.

Nas duas aldeias da região, Jaguapiro e Boboró, convivem, hoje, três etnias: Guarani, Kaiowá ou Caiuá, e Terena. Os índios Terena foram trazidos para a reserva de Dourados, pois não são originais daquela região. Hoje, estão integrados com os índios Guarani e Kaiowá, embora tenham traços culturais diferenciados.

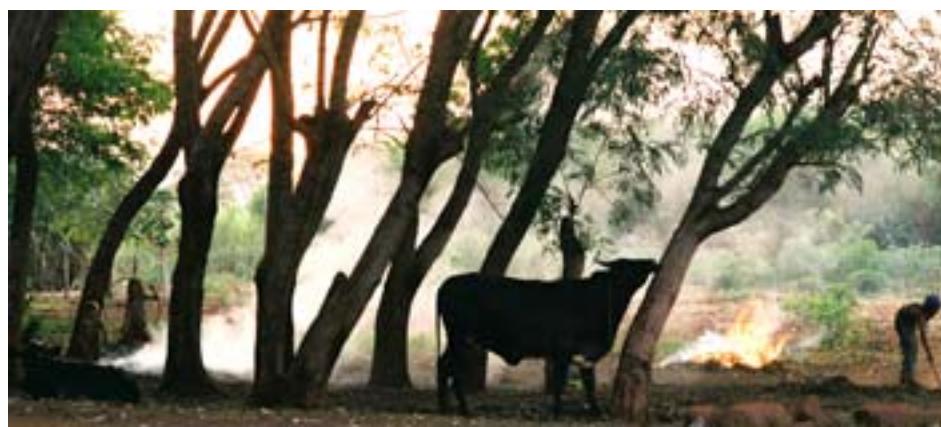
Percorrendo a reserva indígena de Dourados, percebe-se que as terras ali localizadas não suprem todos os requisitos do art. 231 da Constituição. Faltam terras para aquela comunidade indígena que está confinada a pouco mais de 3.500 hectares, insuficientes, pois, para o bem-estar das famílias indígenas.

De fato, as relações dos índios *Guarani* com os integrantes da nova sociedade foram desastrosas, sob o ponto de vista de sua cultura tradicional. Na verdade, a política indigenista desenvolvida nas últimas décadas foi condescendente com os interesses da sociedade envolvente que ocupou as terras dos índios *Guarani* e drasticamente devastou as florestas subtropicais, a flora dos cerrados e dos campos, para dar lugar a pastos e monocultura de soja e cana-de-açúcar. Nesse processo de ocupação predatória, os índios *Guarani* foram compulsoriamente confinados.

Em Dourados, os Parlamentares integrantes da Comissão Externa sofreram um sobressalto com a informação de que a reserva fora dividida e loteada em pequenas glebas entre os índios, tudo sob os olhos da FUNAI. Assim, a reserva de Dourados, cuja área é insuficiente para abrigar toda a população estimada em 11 mil pessoas – a maior do País, transformou-se num verdadeiro assentamento rural, com o agravante de que os índios mais influentes ficaram com as melhores terras para a agricultura e com os maiores lotes, de 60 hectares ou mais, em flagrante prejuízo para as famílias mais frágeis, que passaram a morar em pequenos espaços, verdadeiros lotes urbanos de 450 metros quadrados (15x30), segundo depoimentos de indígenas na Aldeia Jaguapiro, durante visita de membros desta Comissão.

Contrariando sua organização social, os índios de Dourados vendem, uns para outros, as pequenas glebas que dividiram entre si, ou as adquirem por sucessão hereditária. Aqueles que possuem áreas maiores, mas, por algum motivo, não as utilizam para a agricultura familiar, preferem arrendá-las para produtores não-índios, que as utilizam para a monocultura da soja ou do milho. Além do mais, o arrendamento, ou parceria - como preferem alguns, constitui flagrante prejuízo para os demais índios que não têm terra suficiente para desenvolver as atividades agrícolas tradicionais da mandioca e de outros alimentos que compõem a dieta indígena. Faltam, pois, aos índios as condições para plantio, e, em consequência, os meios necessários para suprir as necessidades alimentares de suas famílias. Não há, pelo que se pôde constatar, linhas especiais para o financiamento da agricultura tradicional. A distribuição de sementes e o preparo mecanizado da terra não atendem satisfatoriamente às famílias indígenas, segundo reclamações dos indígenas da Reserva de Dourados, durante visita da Comissão Externa.

CAPITÃO E CABECANTES



Preparação da terra para lavoura. Indígenas guarani.

Foto: Deputado Fernando Gabeira

Ainda em relação à sua organização social, causou surpresa aos Parlamentares a existência, até hoje, da liderança do “capitão”, uma reminiscência dos moldes de estratificação das sociedades indígenas impostos pelo antigo Serviço de Proteção aos Índios – SPI. A figura do “Capitão” foi criada pelo SPI para se encarregar de fazer cumprir as ordens do órgão indigenista. Nas últimas décadas, o “Capitão” tornou-se o responsável pelo trabalho coletivo. Trata-se de uma intromissão na estrutura social, visto que as lideranças indígenas tradicionais são os *caciques*.

Segundo informações da Sra. Edna Marçal de Souza, filha do líder Marçal de Souza Tupã-Í, em Audiência Pública na OAB de Dourados, informa que o “Capitão” organiza grupos de índios para prestar serviços fora da reserva, em canaviais, mediante contratos de curta duração, de 60 a 70 dias. A remuneração é calculada de acordo com a produção individual, cabendo ao “Capitão” uma comissão de 10%. O “Capitão” é auxiliado pelos “Cabeçantes”, igualmente comissionados, que se encarregam de organizar e escolher os índios para o trabalho nas fazendas de canaviais. Ressalta que a FUNAI tem conhecimento de toda situação, porém não toma as medidas necessárias e faz-se conivente com a situação.

Com a ausência dos pais de família as mulheres recorrem aos mercadinhos locais, onde adquirem mantimentos para sustento, proporcionando dívida com os estabelecimentos. Na ida dos homens para as usinas e fazendas os jovens são incluídos, afastando-se da escola e passam longo período afastados da família.

Com este conjunto de preocupações, os indígenas das aldeias JAGUAPIRÚ E BORORÓ exararam “NOTA À IMPRENSA” em 29 de

dezembro de 2004, formulada pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena de Mato Grosso do Sul, intitulada "O RETROCESSO DA SAÚDE INDÍGENA EM MATO GROSSO DO SUL" de onde destacamos os seguintes trechos:

"De 1999 a 2002, ainda na gestão do governo Fernando Henrique Cardoso e do Ministro da Saúde José Serra, período em que foi implantado o Dsei/MS e a sistematização dos serviços de saúde e das equipes foi possível perceber uma melhora significativa desse índice (mortalidade infantil), fechando o ano de 2002 com 48,3 x1000, ou seja, uma redução de 65,42% , mostrando claramente a qualidade do atendimento, a eficiência dos gestores na organização, planejamento e na execução das ações de saúde, através de projetos sérios e consistentes. Em 2003 permanecemos na mesma casa dos 48, mais precisamente com 48,1% e neste ano de 2004, mesmo com todos os avanços em relação aumento dos recursos financeiros, humanos, logísticos e apoio do governo do estado e de alguns municípios, como é o caso de Dourados, o índice de mortalidade infantil indígena do nosso estado (MS) fechou setembro com 62,14%, isso representa um aumento de 29% e a perspectiva para o fechamento de 2004 não é das melhores (índice de MS.). (...)

O índice de mortalidade infantil nas aldeias de Dourados cresceu 29% em 2004. Os números são do Conselho de saúde indígena, que denuncia um retrocesso na saúde pública voltada aos índios. Números da Funasa (Fundação Nacional da Saúde) revelam que em 2000, morriam 140 crianças para cada 1000 nascidas. Em 2001, o número de mortes caiu drasticamente para 56 em cada 1000. Com o trabalho do Pólo indígena de Dourados em parceria com o município e o Estado, o índice caiu para 46 casos em 1000 no ano de 2002.

Em 2003, os registros já subiram para 53 casos em 1000. Já em 2004, apenas com os óbitos registrados até novembro, o índice é de 67 em cada 1000."

Em ação contínua, a imprensa local divulga no jornal "O Progresso" do último dia 26 de janeiro, matéria sob o título "Segurança Alimentar chega às aldeias" onde o Governo do Estado apresenta seus números:

"Somente os índios de Dourados recebem 54,4 toneladas de alimentos todos os meses; ação será reforçada. - O governo do Estado distribui mensalmente 54,5 toneladas de alimentos, divididas em 1.782 cestas com 32 quilos cada, para famílias indígenas das aldeias estabelecidas na região da Grande Dourados. Os dados são do Programa de Segurança Alimentar (PSA), que atende, ao todo, 60 mil famílias em Mato Grosso do Sul, entre acampados, indígenas, quilombolas e favelados. Na Aldeia Jaguapirú está o maior número de famílias atendidas: 943. Na aldeia Bororó são distribuídas outras 743 cestas e no Panambizinho mais 75. Além disso são beneficiadas outras 31 famílias que vivem nos acampamentos indígenas de Porto Cambirá e Estação da Luz. Cada cesta contém 32 quilos de alimentos, sendo: 10 quilos de arroz, 5 quilos de feijão, 5 quilos de açúcar, 1 quilo de macarrão, 4 latas de óleo, 1 quilo de leite em pó, 1 quilo de fubá, 1 quilo de erva-mate, 1 quilo de farinha de mandioca, 1 quilo de charque, 500 gramas de goiabada, 1 quilo de sal e 5 latas de sardinhas.

Além de ser pioneiro na implantação de programa alimentar para famílias carentes, Mato Grosso do Sul é o único Estado a desenvolver o Programa Fome Zero Indígena, em parceria com o governo federal. Em 2004 foram investidos R\$ 3,8 milhões no programa, levando alimentos e ações que objetivam o desenvolvimento social para 70 aldeias onde vivem 11 mil indígenas sul-mato-grossenses.

Outras ações - O Programa Fome Zero Indígena é desenvolvido por diversos órgãos do poder público estadual: Secretarias de Trabalho, Assistência Social e Economia Solidária, de Desenvolvimento Agrário, Meio

Ambiente, Cultura, Instituto do Desenvolvimento Agrário, Assistência Técnica e Extensão Rural (Idaterra), Coordenadoria de Políticas Públicas para as Mulheres, além do apoio da organização não governamental Ibiss.

Em 2004, o Programa Fome Zero Indígena concentrou atenção aos índios Guarani-Kaiowá, em 20 aldeias da região sul do Estado, envolvendo Dourados, Amambai e adjacências. Foram repassados 30 kits para processamento de alimentos, utensílios de cozinha (tacho, panelas, colheres), carroças e cavalos, construção de 20 aviários, entrega de pintainhos e insumos, distribuição de 1.783 sacas de sementes de milho para 39 áreas Guarani-Kaiowá, 637 sacas de feijão para 16 áreas, 85 sacas de amendoim para 15 áreas, locação de 9.980 horas de máquinas para preparo do solo, mais de 11 mil toneladas de fertilizantes, 46.185 litros de diesel, aquisição de equipamentos agrícolas e implantação de quatro unidades demonstrativas de sistemas agro-florestais com capacitação de 22 agentes multiplicadores.

Além dessas ações diretas, o Programa Fome Zero Indígena liberou recursos para recuperação de solos, roças, realização de capacitações, cursos de qualificação profissional, geração de renda, oficinas de cidadania, entre outras ações. Só para o Centrinho, o Centro de Recuperação de Crianças Desnutridas da Missão Kaiowá, o programa repassou R\$ 200 mil no ano passado, recursos utilizados na reforma do prédio."

Como se vê, segundo o Governo Estadual tudo está perfeito, sendo absolutamente impensável falar em desnutrição diante destas ações. Ocorre que não se está a "falar" em desnutrição. O fato é que apesar desses números fabulosos existe desnutrição e mortalidade infantil. Assim é de se presumir que algo não está funcionando na máquina, aparentemente, super azeitada do Governo do Estado. Ou os números não correspondem à verdade ou existe uma flagrante e incomensurável incompetência por parte dos agentes públicos que estão na ponta do processo.

TRABALHO ESCRAVO

Verificou-se, ainda, que, ao término do contrato, os trabalhadores indígenas trazem poucos recursos para suas respectivas famílias, tendo em vista que, durante a permanência nas fazendas, recebem adiantamentos, sob a forma de "vales", para custear as suas despesas pessoais.

Segundo depoimentos ouvidos pelos Parlamentares em Audiência Pública na Assembléia Legislativa em Campo Grande, as fazendas não registram os trabalhadores indígenas, e não cumprem as demais normas trabalhistas. Os índios não têm, nem mesmo, o direito de se deslocar das fazendas para passar o final de semana com seus familiares, em flagrante ofensa ao seu direito de ir e vir. Estas informações reforçam o depoimento da Sra. Edna Marçal prestada no Auditório da OAB na cidade de Dourados.

Não se trata de problema recente, pois existem relatos da Comissão do Marechal Rondon, em expedição pela região na primeira metade do século XX, que constatam:

"É difícil encontrar um camarada que não deva ao seu patrão os cabelos da cabeça. De fato, os desgraçados nada devem ao patrão: primeiro, porque os seus serviços não são pagos pelo que valem (...); depois, porque nas vendas efetuadas pelo patrão aos camaradas, estes são tão roubados que jamais conseguem equilibrar-se nas relações comerciais. Daí a escravidão de nova espécie".

Também se evidenciou a falta de acompanhamento do trabalho indígena fora das aldeias pela FUNAI, em especial do emprego da mão-de-obra Guarani-Kaiowá pelas usinas de álcool do Mato Grosso do Sul, objeto de denúncias de exploração que chega às raias do trabalho escravo. O índio desde a adolescência é engajado no trabalho nas Usinas, onde permanece por um período que pode chegar a 70 dias. Enquanto isso sua família, dentro da aldeia fica abandonada, vivendo às custas de parentes, e de cestas básicas, quando chegam.

Assim, consideramos que as circunstâncias, de que se revestem os trabalhos realizados pelos índios nos canaviais, indicam a presença de contratação de mão-de-obra análoga à escravidão. Cabe, pois, a esta Comissão Externa encaminhar Indicação ao Ministério do Trabalho, sugerindo

ações fiscais na região, a fim de averiguar as irregularidades trabalhistas na contratação de mão-de-obra indígena nos canaviais da região.

CARTÕES MAGNÉTICOS



Aposentados têm seus cartões de aposentadoria retidos por comerciantes locais.

Foto: Deputado Fernando Gabeira

Depoimentos coletados na Aldeia Jaguapiro e no Auditório da OAB em Dourados, constatou-se a prática ilícita de retenção de cartões de benefícios de aposentadoria de indígenas, levada a cabo por comerciantes como garantia de dívidas e antecipação de créditos. Mais grave e desumano: agora com o crédito pré-aprovado de aposentados em instituições financeiras, os comerciantes têm perpetrado o empréstimo que vem, obviamente, descontado mês a mês no benefício previdenciário, mas que o indígena nem imagina que está pagando pois nunca recebeu o dinheiro.

Causou indignação aos Parlamentares o fato de índios aposentados ou beneficiários de programas governamentais terem seus cartões eletrônicos retidos pelos comerciantes, a título de garantia de suas compras. É lamentável que nos dias de hoje ainda existam práticas lesivas aos interesses do índio, com estas.

Não há dúvidas de que estamos diante de uma prática ilícita. Em que pese o fato do Código Penal não dispor de norma específica para tipificar a retenção dos cartões magnéticos por comerciantes, entendemos que de tal prática decorrem ilícitos penais, dependendo de cada conduta dos comerciantes, seja pela retenção de benefícios, seja pela fraude verificada palo saque com cartão magnético intransferível, seja pela lesão ao Código do Consumidor e infração à Lei Previdenciária.

Pelo menos no que diz respeito aos benefícios da Previdência Social, aplica-se, a nosso ver, a multa prevista no art. 250 do Decreto nº 2.172/97 (Regulamento dos Benefícios da Previdência Social), que pode variar de R\$ 563,27 a R\$ 56.326,83.

Para o caso em espécie prevê o art. 226 do Regulamento:

"Art. 226. O benefício concedido a segurado ou dependente não pode ser objeto de penhora, arresto ou seqüestro, sendo nula de pleno direito a sua venda ou cessão, ou a constituição de qualquer ônus sobre ele, bem como a outorga de poderes irrevogáveis ou em causa própria para seu recebimento,..."

CESTAS BÁSICAS

Outro fato que merece registro refere-se à concessão de cestas básicas. Muitos chefes de família e mulheres gestantes não recebem a cesta básica porque não possuem documentos de identidade e outros que lhes são exigidos para cadastro. No caso das gestantes, a situação se torna mais grave, pois suas necessidades alimentares e protéicas são maiores no período da gestação e após, durante a amamentação.

Por se tratar de indígenas que oferecem resistência cultural às normas burocráticas criadas por uma sociedade que não é a de sua origem, muitos não se preocupam em tirar carteira de identidade. As circunstâncias sugerem que a concessão de benefícios e cestas de alimentação não podem ser condicionadas a normas tão rígidas quanto as exigidas para cidadãos não-índios.

É importante que todos os índios possam receber a cesta básica independente de formalismos burocráticos. Afinal, o que se pretende, em

primeiro lugar, é erradicar definitivamente a desnutrição em comunidades indígenas, e este objetivo somente será alcançado com a universalização dos benefícios e das cestas de alimentação.

ÁGUA

O principal ingrediente dessa mistura fatídica seja a água, ou a falta dela. Algumas aldeias não têm nem 10% de extensão da rede para as casas. A FUNASA tem feito inclusive publicidade da instalação de "Sistema de Água" que abrange 100 % das aldeias. Ocorre que esse "Sistema" não tem implicado na obtenção de água pelas famílias, posto que as torneiras espalhadas pelas aldeias ficam dias a fio sem uma gota d'água.

Este um dos fatos que mais chocou esta Comissão Externa, vez que tivemos a oportunidade de abrir várias torneiras em diversos pontos da Reserva Indígena de Dourados, todas, absolutamente todas, não apresentavam sequer resquícios de água. Os moradores locais informaram que já não recebiam qualquer água, seja da torneira, seja de caminhões pipa, havia pelo menos uma semana.

O resultado do "Sistema 100%" que não funciona, é a confirmação de relatos de contaminação da água consumida na Reserva Indígena de Dourados, com níveis extremos de coliformes fecais e totais, conforme matéria publicada no Jornal local "Correio do Estado", de 27 de Março próximo passado, baseada em exames laboratoriais realizados através de uma parceria envolvendo o "Correio do Estado", o jornal virtual Dourados News e o Centro de Análises Clínicas JP Mansor que, segundo a matéria, "colheu amostras de água em vários pontos na aldeia, principalmente nos locais em que essa água é utilizada para consumo humano, e constatou alto grau de contaminação, condenando totalmente o uso".

Urge que a FUNASA tome atitudes concretas e imediatas para a resolução desse dilema cuja principal consequência pode se constituir em um dos elementos que contribuem decisivamente para a mortalidade de crianças indígenas por desnutrição.

Note-se ainda que no dia 11 de Março já era destaque na mídia eletrônica douradense, matéria do jornalista da Rede Globo local, Ginez César, intitulada "Índios sofrem com a falta de água nas aldeias". Nessa matéria relata o repórter que torneiras são peças decorativas e reservatórios

estão vazios. Agora o que realmente chama a atenção é a declaração da engenheira sanitária da FUNASA, Andréa Simioli, que disse, segundo a reportagem, que 70% da reserva indígena é coberta pela rede de abastecimento, entretanto, afirmou que pelo menos 10 quilômetros de tubulação estão fora dos padrões. ““São tubos impróprios que foram colocados para expandir de forma mais rápida a distribuição, mas que não conseguem suprir a demanda porque são mais estreitos e fracos””. Foi colhido também o depoimento do índio Nestor Veron segundo o qual “as crianças pedem água e não tem. Não sei o que faço.” Essa é a espécie de “Sistema de Água” da FUNASA

CONFINAMENTO

O problema central, no entanto, é, a nosso ver, o processo de confinamento, nas aldeias de Jaguapiru e Bororó, que compõem a Reserva de Dourados. Há reflexos diretos na organização social das três etnias que foram deslocadas compulsoriamente de outras regiões. O fato é que, segundo especialistas, antes do confinamento, as aldeias eram formadas por uma ou, no máximo, duas ou três famílias. Atualmente, com o crescimento da população, os índios estão organizados em 44 grupos maiores, sem o espaço de que necessitam para viver de acordo com seus costumes e tradições. A densidade populacional tem dado causas a conflitos internos entre as lideranças. E para os índios Kaiowá-Guarani surge o desaparecimento da seu maior bem, destacadamente vital para a sua sobrevivência, que é o espaço territorial.

ESTADO DO MATO GROSSO

Por ter uma extensão muito maior do que o Estado do Mato Grosso do Sul, o Estado do Mato Grosso, cuja região localizada ao Norte integra a Amazônia Legal, abriga maior número de etnias indígenas. Os 42 grupos encontrados neste vasto território preservam suas raízes, costumes, línguas e cultos religiosos próprios.

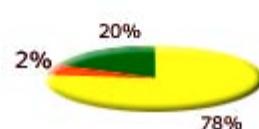
Segundo a FUNAI, a população indígena em Mato Grosso é de 25.123 índios, distribuídos em 42 grupos indígenas: *Bakari, Xavante, Irántxe, Mynky, Bororo, Nambikwara, Apiacá, Pareci, Suyá, Tapayuna, Juruna, Kayabi, Kreen-Akarôre, Aweti, Yawalapiti, Kalapalo, Kamayurá, Kuikuro, Matipu, Nafukuá, Trumai, Xiquitano, Waurá, Arara, Cinta Larga, Hahaintsú, Ikpeng, Karajá, Katitaulú, Kaiapó, Mehináko, Metuktire, Munduruku, Naravute, Panará, Parintintin, Rikbaktsa, Tapirapé, Terena, Umutina, Zoró, Enaweré-Nawé*

É importante ressaltar que a FUNAI ainda não tem uma estatística dos índios e das etnias, assim como das terras indígenas, que seja fundamentada em levantamentos de alta precisão. Os pesquisadores sempre se deparam com populações, números e nomes de etnias, de terras e aldeias que são divergentes, dependendo da fonte pesquisada. Portanto, aqui relacionamos os nomes divulgados pela FUNAI, sabendo, de antemão, que não correspondem necessariamente aos informes encontrados em outras publicações.

Em Mato Grosso, os pesquisadores e antropólogos deparam-se diante de uma enorme diversificação de culturas, embora alguns grupos já tenham desenvolvido alto grau de aculturação que os uniformizou sob diversos aspectos.

A questão fundiária no Mato Grosso foi objeto de poucos questionamentos, porque o Coordenador Regional da FUNAI-MT, Sr. Eduardo Celestino Barbosa, não compareceu à reunião de audiência pública, em Cuiabá,

Situação Fundiária



Total de áreas: 66

[Lista de áreas](#)

[Voltar](#)

embora tenha sido convidado pelo Presidente da Comissão Externa.
(FONTE/FUNAI)

XAVANTE

Diferentemente de outros grupos indígenas do Mato Grosso, os Xavante são muito conhecidos pela sua coragem e pelo seu caráter belicoso. Na mídia brasileira, mereceram destaque pelas ocupações de órgãos públicos e Ministérios. Suas lideranças passaram a freqüentar as principais manchetes dos jornais. Os líderes, Celestino e Mário Juruna, eram conhecidos pelo grande público. Mário Juruna chegou a ocupar uma cadeira no Parlamento, quando se elegeu Deputado Federal.

Segundo relatos dos convidados que participaram da reunião de audiências públicas, em Mato Grosso, e, de acordo com informes de publicações especializadas, os índios Xavante foram contatados em 1930, através do Serviço de Proteção ao Índio – SPI. O mais recente contato ocorreu em 1951, há apenas 54 anos, no atual Posto indígena Pimentel Barbosa, Município de Água Boa. Como se pode perceber, o contato é muito recente, motivo por que muitos índios adultos não falam português, conservam a sua língua tradicional, do tronco lingüístico “Jê”.

Vivem em 13 municípios da região do Médio Araguaia. Com uma população de 12 mil índios, estão divididos em 178 aldeias, e as áreas que ocupam têm uma extensão de 1 milhão de hectares, aproximadamente. Compreendem as terras de São Marcos, Sangradouro, Marechal Rondon, Pimentel Barbosa, Areões e Parabubure.

Devido a seus costumes tradicionais, a organização social tem como fundamento as atividades de subsistência, que se constituem basicamente de coleta de produtos florestais e horticultura. Eles viviam da caça e da pesca, mas estas atividades foram substancialmente reduzidas. As suas terras estão cobertas pela vegetação típica do cerrado, onde os animais silvestres estão em fase de extinção, tornando as atividades tradicionais da caça praticamente inviáveis para uma população em franco crescimento. Os Xavante ainda não desenvolvem atividades agrícolas em escala suficiente para produzir os alimentos de que necessitam. Incapazes de suprir as necessidades protéicas da dieta alimentar da população, os índios Xavante dependem da assistência da FUNAI e de outros órgãos do Governo Federal. No entanto, a

doação de cestas básicas pelo Governo, além da demora na distribuição, não tem sido suficiente para alimentá-los.

A falta de uma assistência alimentar eficiente por parte das entidades governamentais e a ineficiência de organizações não governamentais levaram os índios das comunidades mais atingidas a graves situações de desnutrição.

VISITA A CAMPINÁPOLIS

Os trabalhos da Comissão Externa concentraram-se na reserva indígena Xavante, onde, segundo noticiários veiculados na imprensa, os índices de mortalidade infantil eram considerados elevados.

Para a verificação *in loco* das condições sanitárias e fundiárias, a Comissão Externa visitou a Aldeia São Felipe, localizada no Município de Campinápolis. Neste Município, funciona a Administração Executiva Regional da FUNAI.

De certa forma, devido à ausência do representante da FUNAI, muitas questões relacionadas com os aspectos fundiários e antropológicos da etnia Xavante não foram debatidas.

Nos Municípios de Campinápolis e Água Boa, está localizada a Reserva Parabubure, com 224.447 hectares, onde vive pouco menos da metade da população Xavante, aproximadamente 5,8 mil índios, distribuídos em 70 aldeias.

Na visita à aldeia, a reunião com os índios foi bastante informal. Eles moram em choupanas de palha, e não têm construções em alvenaria, exceto um pequeno posto de saúde, que está localizado a pouca distância do conjunto de cabanas.

Durante a reunião, falaram o ancião, o cacique e outras lideranças. Os índios reivindicaram a substituição da bomba do poço que é movida por um painel solar, máquinas para agricultura, energia elétrica, e construção de casas de alvenaria, em substituição às moradias de palha. Cobraram, também, a melhoria e conservação das estradas da reserva.

Os programas sociais do governo não estão chegando às famílias indígenas, nos níveis e na freqüência necessárias, faltando-lhes, inclusive, assistência médica e medicamentos.

Verificou-se que, sob o ponto de vista de sua organização social, os índios Xavantes têm conseguido assimilar conhecimentos bi-culturais, o que tem permitido aos mais jovens a convivência com a sociedade envolvente, sem, contudo, perder sua identidade étnica.

A Comissão averigua ainda a necessidade de atendimento emergencial nas áreas indígenas do Mato Grosso, com distribuição de cestas básicas, entrega regular de remédios e atendimento contínuo das entidades conveniadas para atendimento de saúde, visto que foi detectado que na Aldeia São Felipe foi verificado que a Dra. Marli Okida, da Organização Nossa Tribo, visitava a aldeia pela primeira vez.

BEBIDAS ALCOÓLICAS



Foto: Deputado Fernando Gabeira

Ancião indígena alcoolizado – Campinápolis-MT

Na cidade de Campinápolis, verificamos que muitos índios circulam pelas ruas. Enquanto os índios mais velhos oferecem uma resistência cultural, mantendo seus costumes em suas aldeias. Os mais jovens mantêm uma interação muito grande com a sociedade urbana e são atraídos pelos bens de consumo, carros, aparelhos de TV e outros aparelhos eletrônicos. São

registrados, com freqüência, casos de envolvimento de índios com bebidas alcoólicas e drogas.

Em 1757, portanto há 248 anos, a preocupação, que as autoridades daquela época já tinham com a distribuição de bebidas alcoólicas aos indígenas, já se fazia sentir quando da edição do *"Directorio"*, que condensava todas as normas que deviam ser observadas *"nas povoaçãoens dos indios do Pará e Maranhão"*. Assim diziam os artigos 40 e 41 do *"Directorio"*:

"40. Ficando pois na liberdade dos Indios ouvender seus fructos por dinheiro, ou comutalos por fazendas, na forma que costumaõ as mais Naçoens do Mundo; sendo innegavelmente certo, que entre as mesmas fazendas, humas saõ nocivas aos Indios, com he a aguardente, e outra qualquer bebeda forte; e outras se devem reputar superfluas, attendendo ao miseravel estado a que se achaõ reduzidos; naõ consentirão os Directores, que elles comutem os seus generos por fazendas, que lhe naõ sejaõ uteis, e precisamente necessárias para o seu decente vestido, e das suas familias, e muito menos por aguardente que neste Estado he o siminario das maiores iniquidades, preturbaçoens, e desordens."

"41. E como para extinguir totalmente, o injusto, e prejudicial commercio da aguardente, naõ bastaria só prohibir aos Indios ocumutarem por ella os seus effeitos, naõ se cominando pena grave a todos aquelles que costumaõ introduzir nas Povoaçãoens esse perniciosissimo genero: Ordeno aos Directores, que apenas chegar ao Porto das suas respectivas Povoaçãoens alguma Canôa, ou outra qualquer embarcação, a vaõ logo examinar pessoalmente, levando na sua companhia o Principal, e o Escrivaõ da Camera; e na falta destes a Pessoa, que julgarem de maior capacidade; e achando na dita embarcação aguardente; (que naõ seja para o uso dos mesmos Indios que arremaõ na forma abaixo declarada), prenderão logo o Cabo da dita Canôa, e o remetterão a esta Praça a ordem do Governador do Estado; tomado por perdida a dita aguardente que se applicará para os gastos da mesma Povoação, de que se fará termo de tomadia nos livros da Camera assinada pelos Directores, e mais pessoas que apresenciarem."

Nos dias atuais, a preocupação das autoridades continua a mesma. As imagens de índios caídos em calçadas das cidades causam grande impacto na sociedade brasileira, a despeito de todas as medidas de apoio aos indígenas, que, como já foi explicitado, são tímidas, insuficientes e comprovamente incapazes de erradicar o alcoolismo entre os índios.

O vigente Estatuto do Índio encontra-se defasado, pois, após a introdução de uma nova política indigenista pela Constituição de 1988, muitos

de seus conceitos estão superados. Entretanto, é importante realçar que a Lei nº 6.001, de 1973, considera, no art. 58, como delito:

"propiciar, por qualquer meio, a aquisição, o uso e a disseminação de bebidas alcoólicas, nos grupos tribais ou entre índios não integrados; pena – detenção de seis meses a dois anos."

No entanto, trata-se de questão de alta complexidade, sabendo-se, de antemão, que não se pode responsabilizar apenas o comerciante ou o dono de um botequim. O alcoolismo não se combate, também, apenas com a edição de uma norma legal, isto é, não se resolve por decreto. Trata-se de questão relevante de saúde pública, cujas causas ainda são estudadas por pesquisadores, antropólogos, médicos, psicólogos e psiquiatras.

CARTÕES MAGNÉTICOS

Segundo denúncias, a exemplo de Dourados-MS, os comerciantes, por sua vez, fazem a retenção dos cartões magnéticos de benefícios, a fim de garantir o recebimento das vendas de mercadorias aos índios. Neste aspecto, aplicam-se os comentários relativos ao mesmo problema verificado em Dourados.

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 FUNAI está sediada em Brasília. Possui 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. As obrigações legais da FUNAI são complementares, umas das outras, e uma não exclui a outra obrigação.

No entanto, os Parlamentares da Comissão Externa 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 promover ações assistenciais, não o faz, pois não dispõe de recursos financeiros e humanos. Está totalmente sucateada, tendo em vista que parcela orçamentária que lhe é destinada não atende às mínimas necessidades, e, por outro lado, o quadro de servidores do órgão não é suficiente para atender às demandas sempre crescentes.

Segundo Márcio Santilli, em coletânea de entrevistas e artigos divulgadas na coletânea "Povos Indígenas do Brasil", "a dotação orçamentária sempre se mostrou uma peça de ficção, uma vez que o montante aprovado nem sempre corresponde à capacidade de desembolso do Governo." O processo de formulação da proposta de orçamento é absolutamente inconsistente, pois não há uma análise e sistematização das informações colhidas nas bases, que leve em consideração a a peculiaridade da população a ser atendida, e suas reais necessidades. O mais grave é que as políticas orçamentárias terminam por ser elaboradas de forma aleatória, já que não há consistência nas informações primárias. A situação se agrava pelos contingenciamentos que são impostos na execução orçamentária.

A penúria de recursos inviabiliza a celebração de convênios, pois o conveniado ficará sempre à mercê da liberação, que pode eventualmente atrasar.

Além das dificuldades orçamentárias o órgão enfrenta uma série de desafios, no exercício das atividades de sua exclusiva competência. As informações colhidas por esta Comissão Externa, em audiências públicas, sinalizam a necessidade de uma reestruturação que lhe dê maior capacidade para formular e executar projetos.

Nas reuniões de audiência pública realizadas nas cidades de Dourados, Campo Grande, Campinápolis e Cuiabá, a FUNAI se fez representar apenas em Campo Grande, a despeito dos convites do Presidente da Comissão.

Em Campo Grande, as palavras do Sr. Israel Bernardo da Silva, Administrador Regional da Funai – Núcleo de Dourados/MS, deixaram evidentes as deficiências do órgão indigenista no trato dos problemas que afetam os índios de Dourados. Com relação aos contratos de trabalho coletivo em canaviais, que têm sérios indícios de ilegalidades, o representante explicou que a FUNAI é conhecedora das ações que envolvem o capitão e os cabeçantes, mas a Funai prefere não se envolver. Sobre os arrendamentos das terras indígenas pelos próprios índios, a FUNAI também tinha conhecimento, mas preferia não intervir. Ou seja, a omissão do órgão é flagrante.

Em Cuiabá, o Coordenador regional da FUNAI, Sr. Eduardo Celestino Barbosa, embora convidado, não compareceu à reunião de audiência pública, sob protestos dos Parlamentares presentes ao evento.

É importante realçar que as lideranças indígenas, em Mato Grosso e em Mato Grosso do Sul, foram unânimes em manifestar a sua insatisfação com o órgão indigenista.

É oportuno realçar que a questão indígena preocupa, não apenas as autoridades, mas toda a sociedade brasileira. Organismos estrangeiros também lançam seus olhos sobre os problemas que afigem as comunidades indígenas.

A Anistia Internacional, por exemplo, publicou relatório sobre as questões indígenas no Brasil. O relatório relata casos e situações que representam exemplos diversos da complexa realidade que enfrentam os povos indígenas hoje no Brasil. Diz o relatório:

"O que os une é o fato de que todas estas situações são resultado de várias décadas de inação do Estado. A Anistia Internacional preocupa-se que o atual governo brasileiro, que até o momento não conseguiu implementar uma estratégia coerente para solucionar os problemas enfrentados pelos índios brasileiros, esteja simplesmente repetindo e exacerbando os erros do passado. A organização pede às autoridades brasileiras que cumpram com suas obrigações constitucionais e internacionais de proteger os índios e sua terra."

PARTE IV – Notícias de irregularidades administrativas

A Comissão, por intermédio de seus membros, recebeu cópias de termos de contratos firmados entre a Funasa e as empresas Quinhentas Milhas Ltda e Pessoa e Moura Ltda-ME, respectivamente com o objetivo de viabilizar: *"a prestação de serviços de manutenção e assistência mecânica, elétrica e de lanternagem, funilaria, borracharia, capotaria, tapeçaria e pintura, com aplicação de peças originais e fornecimento de materiais necessários nas viaturas de propriedade"* da Funasa (Contrato Administrativo nº 014/2004 – Processo nº 25185.001.243/2004-15); e *"a prestação de serviços de manutenção corretiva e assistência geral de: mecânica, elétrica, rebobinagens e motores, conserto de bombas submersas, grupo geradores, quadro de comando (compensadora e partida direta), com aplicação de peças originais"* (Contrato Administrativo nº 040/2004 – Processo Administrativo nº 25185.003.425/2004-12).

Acompanham essas cópias, reproduções, sem autenticação de registros do SIAFI, relativos à execução do Contrato firmado com a empresa Quinhentas Milhas Ltda. Em relação ao contrato firmado com a empresa Pessoa e Moura Ltda-ME, acompanham cópias de notas de empenho, de publicação de extrato do contrato no Diário Oficial, de ofício da empresa contratada ao Coordenador Regional da Funasa no Estado do Mato Grosso do Sul, encaminhando Notas Fiscais e orçamentos, bem como de Ordens de Reparo emitidas pela Funasa, além de registros do SIAFI, relativos à execução do Contrato firmado com a empresa Pessoa e Moura.

Em relação a esses contratos, foram entregues anotações apócrifas sobre os referidos contratos, com suspeita de medidas a serem adotadas. Além desses registros, constam anotações igualmente apócrifas sobre contratos firmados com as empresas Fernandes Neto & Cia Ltda e Henrique Tiradentes da Silva Miranda.

Da análise das cópias entregues à Comissão, considera-se a necessidade de melhor e maior investigação sobre eventuais irregularidades praticadas na contratação, em razão do que estabelece a Lei nº 8666/93, bem como a execução dos contratos. No caso, efetivamente chama a atenção, a circunstância relacionada à execução do contrato firmado com a empresa Pessoa e Moura, consistente na apresentação de Notas Fiscais com numeração sequencial, de 307 à 309, totalizando serviços no valor de R\$ 14.298,98, todas firmadas no dia 28 de outubro de 2004. No entanto, o representante legal da empresa contratada, menciona no ofício encaminhado ao Superintendente Regional da Funasa que os serviços teriam sido realizados nos meses de setembro e outubro de 2004.

No caso, a realização de auditoria pela Funasa, bem como pela Controladoria Geral da União, parecem ser os meios adequados, para que imediatamente a Administração Pública Federal esclareça sobre a legalidade das contratações e suas respectivas execuções.

Com efeito, os elementos apresentados à esta Comissão, por não guardarem relação, ao menos direta, com o objeto de sua constituição, merecem atenção e seu encaminhamento, para a devida e adequada apuração, inclusive pelo Ministério Público Federal, que possui atribuição para a investigação civil e criminal sobre os fatos noticiados nas cópias encaminhadas à esta Comissão Externa.

À rigor somente uma auditoria poderá esclarecer, corroborado por depoimentos das pessoas diretamente envolvida nas contratações e nas execuções dos contratos, a provável existência de indícios de delitos ou de improbidade administrativa nas contratações e nas execuções dos contratos.

PARTE VI – CONCLUSÕES

Os trabalhos desta Comissão, apesar de terem se desenvolvido em curto espaço de tempo, a fim de oferecer resposta oportuna às preocupações da sociedade brasileira, permitiram que seus membros chegassesem a consenso a respeito de pontos fundamentais, detalhados no corpo do relatório, mas cuja síntese passamos a descrever a seguir.

ASPECTOS SANITÁRIOS

As mortes associadas à desnutrição, tanto no Mato Grosso do Sul como no Mato Grosso não representam fato novo para as autoridades e relacionam-se a fatores plenamente evitáveis, dentre os quais se destacam o precário abastecimento de água para a população, o inadequado saneamento, a deficiência na capacidade de prevenção e assistência à saúde, (que deve ser garantido pela União e pode ser complementado por estados e municípios), 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.

Fatores ligados à questão cultural indígena, mencionados por várias autoridades, não pode explicar o aumento da mortalidade infantil observada de 2003 para 2004, mesmo porque estavam presentes nos anos em que tal indicador caiu acentuadamente. E se alguns desses fatores são relevantes para a saúde das crianças precisam ser discutidos com as comunidades indígenas para que se encontrem soluções.

A Comissão constatou que, particularmente no Mato Grosso do Sul, ocorreram entraves no fluxo administrativo da Funasa, que tem a obrigação legal de proporcionar a assistência à saúde, e de buscar a integração e a complementação de ações por parte de estados e municípios, 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 distribuição de leite de soja, através da “vaca mecânica”.

A insuficiência numérica das equipes de atenção à saúde impediu que as mesmas pudessem se dedicar mais a atividades preventivas, pois numa situação em que há dezenas de desnutridos para acompanhar, os mais graves são priorizados, enquanto que os vários que estão em risco nutricional caminham paulatinamente para o estado de desnutrição.

A falta de água limpa impede que as famílias adotem medidas básicas de higiene, e, até mesmo que diluam com segurança o leite em pó distribuído nas cestas básicas.

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, podem rapidamente deteriorar a saúde de uma criança que estava sob risco nutricional, produzindo a morte.

O atendimento à saúde das populações visitadas pela Comissão também se ressente de uma melhor articulação entre os entes federados.

Os conflitos administrativos e de competência observados entre instituições de saúde dos níveis federal, estadual e municipal dispersam esforços em discussões, muitas vezes inúteis para a comunidade indígena, a respeito da origem dos mesmos, e demonstram a necessidade de implementação de mecanismos para que essas instituições possam dividir responsabilidades de modo produtivo, e que a comunidade possa acompanhar, com transparência, a aplicação dos recursos.

A Comissão também considera que a relação da Funasa com as ONG, para fins de contratação de profissionais de saúde não tem permitido a garantia de atendimento adequado às populações indígenas.

É preciso salientar que, infelizmente, a Comissão tomou conhecimento de indícios de que o problema da desnutrição não está restrito aos indígenas do MS e do MT, como, por exemplo, a denúncia que o Ministério Público Federal em Minas Gerais encaminhou à Comissão Interamericana de Direitos Humanos da OEA e relatos de problemas semelhantes entre outras regiões do País.

Também destacamos 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.

ASPECTOS FUNDIÁRIOS

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, pela qual foram firmados os direitos à diversidade cultural, assim como ao seu espaço político no seio do Estado. 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 continuam, outrossim, 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 ao reconhecer as sociedades indígenas e suas formas de organização social, línguas, costumes, crenças e tradições, promoveu a valorização da identidade cultural diferenciada.

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 Comissão Externa, ficou claro que a política meramente assistencialista da FUNAI já se esgotou. Além do mais, as sociedades indígenas buscam alternativas de sustentabilidade. Mas, infelizmente, a necessidade de sobrevivência dessas comunidades indígenas tem levado a negócios clandestinos de madeira, de mineração, de conhecimentos tradicionais indígenas, de águas medicinais, arrendamentos de terras e de outras ações claramente prejudiciais aos interesses indígenas.

É fundamental, portanto, 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.

Com relação aos indígenas de Dourados, os Parlamentares puderam constatar que os índios Guarani/Kaiowá estão ocupando uma área de apenas 3,5 mil hectares, e, portanto, necessitam de mais espaço territorial para a sua população.

Considerando as necessidades antropológicas e social dos indígenas ocuparem terras que sejam suficientes para sua sobrevivência, faz-se necessário a garantia de áreas indígenas condizentes com as necessidades dos mesmos.

Ao analisarmos a realidade dos Guarani-kaiowá na Reserva Indígena de Dourados é patente que os problemas de desnutrição, suicídios, alcoolismo, busca de trabalho nas usinas e fazendas da região, mendicância na área urbana da cidade e a baixo-estima configuram-se principalmente pela ausência de terra para exercerem suas atividades culturais, agrícolas e ancestrais.

PARTE V – ENCAMINHAMENTOS

Apresentamos as sugestões a seguir, objetivando melhorar o quadro sanitário das populações indígenas e evitar a ocorrência de óbitos por desnutrição em crianças.

No âmbito da Câmara do Deputados

1. Apoio integral para a realização da Conferência Nacional dos Povos indígenas;
2. Recomendar à Comissão de Direitos Humanos e à Comissão de Seguridade Social e Família que promovam visitas a outras reservas indígenas a fim de verificar a situação das crianças, que realizem seminários e estabeleçam subcomissão para acompanhamento da situação;
3. Informar os órgãos públicos que, de alguma forma, estejam vinculados às questões tratadas neste relatório, sobre os trabalhos e resultados desta Comissão;
4. Promover debates, objetivando dar oportunidade às lideranças indígenas opinarem na revisão do Estatuto do Índio;
5. Encaminhar à Funasa, ao Ministério da Saúde, ao MPF e à Controladoria Geral da União, as cópias que chegaram ao conhecimento da Comissão, para efeito de sua apuração e esclarecimento sobre eventuais práticas de ilícitos penais e administrativos

Para o Ministério da Saúde e Funasa

1. Treinamento imediato de todas os agentes de saúde, com adequação aos costumes e tradições das aldeias indígenas;
2. Integração das lideranças espirituais nas ações de prevenção de doenças e tratamentos de saúde;
3. embora a presidência da Funasa já tenha se comprometido a resolver o problema do abastecimento de

água nas aldeias do MS em seis meses e ampliar as equipes de profissionais de saúde, a Comissão reforça a necessidade da execução dessas medidas;

4. no MT, redimensionar os painéis solares que fornecem energia aos poços para que funcionem adequadamente durante todo o ano;
5. sobre as equipes de saúde do MT é necessário maior fiscalização dos convênios de contratação de profissionais de saúde;
6. em relação à política de contratação de recursos humanos, diante das dificuldades observadas com o sistema de convênios, deveria ser considerada 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;
7. Não permitir a ocorrência de falhas de atendimento por problemas administrativos nos convênios;
8. Manter 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;
9. 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;
10. divulgação quinzenal dos dados sobre desnutrição e óbitos relacionados;
11. 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;

12. adotar com a maior brevidade programa de atenção à saúde mental, abordando a questão do suicídio e do alcoolismo;
13. implantação de projeto de prevenção às DST/Aids;
14. buscar a integração com outros órgãos, como a Funai, como determina a Lei Orgânica da Saúde;
15. 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;
16. Tomar providências necessárias quanto às notícias de irregularidades administrativas no Ítem IV deste Relatório, para seus devidos esclarecimentos e apurações.

Para a Presidência da República:

1. Criação da Secretaria Especial para Assuntos Indígenas, com *status* de Ministério, com poder normativo para definição da política indigenista;
2. Fortalecimento das ações da Fundação Nacional do Índio, com melhoria de seu quadro pessoal através de concurso público e orçamento apropriado às necessidades;
3. Fortalecimento das ações da Fundação Nacional de Saúde, no tocante às melhores condições estruturais à saúde indígena, com melhor capacitação orçamentária e diretrizes definidas;
4. Definição e implementação transversal de políticas indígenas em todos os órgãos do Governo Federal;

5. Ampla campanha publicitária enfocando a valorização dos povos indígenas, com contribuições para o resgate do respeito e solidariedade dos não índios aos indígenas;
6. 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.

Para a FUNAI:

1. Implementação de Centros de Atendimento aos indígenas nas proximidades, ou nas aldeias, favorecendo o acesso ao órgão;
2. Celebrar convênios com Estados e Municípios, descentralizando as ações de apoio e assistência às Comunidades Indígenas;
3. Adotem 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.
4. 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;
5. Fazer cumprir, através de ações junto às autoridades policiais e judiciárias, dos preceitos legais que proíbem a venda de bebida alcoólica aos indígenas;
6. Articular, junto a órgãos governamentais e outras entidades, programas de que objetivem o combate ao alcoolismo em aldeias indígenas;

7. Envidar esforços para que as sociedades indígenas encontrem alternativas de sustentabilidade, promovendo políticas públicas que contenham assistência técnica e financiamento para melhoria da produção agrícola;
8. 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.
9. Comunicar, imediata e incontinentemente 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;
10. Apurar e encaminhar solução legal às denúncias coletadas pela Comissão que indígenas estão arrendando suas terras à produtores agrícolas não índios.

Para o Ministério Públíco Federal:

Promover inquérito e a ação civil pública, em defesa dos direitos e interesses das populações indígenas, que, nos termos deste relatório, tenham sido atingidos, tais como:

1. retenção de cartões magnéticos dos aposentados, em estabelecimentos comerciais;
2. financiamentos bancários feitos por comerciantes, em nome dos aposentados;
3. favorecimento do alcoolismo;
4. Agilidade em ações que possam dar direito irrestrito ao uso e ocupação das terras tradicionalmente ocupadas;
5. Omissão da Funai sobre a contratação de mão-de-obra indígena análoga ao trabalho escravo;
6. Solicite da FUNAI e FUNASA o quadro oficial das mortes de crianças indígenas durante o corrente ano, com relatório

pormenorizado contendo nome, idade, "causa mortis" determinada, "causa mortis" correlata, local do óbito e local da residência da família da criança falecida, acompanhados por fotocópia dos respectivos atestados de óbito.

7. Promover inquérito e ação civil pública, em defesa dos direitos e interesses das populações indígenas, que tenham sido vitimadas por desnutrição, com imputação de responsabilidade da autoridade ou órgão competente;
8. Proceder apuração quanto às responsabilidades dos agentes públicos envolvidos na construção de casas populares indígenas nas aldeias de Dourados/MS.

Para o Tribunal de Contas da União:

1. 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;
2. Realizar auditoria nos recursos do Sistema Único de Saúde repassados às prefeituras que constam na sua circunscrição áreas indígenas, objetivando averiguar se o percentual destinado à saúde indígena tem aplicação condizente;
3. Promover análise dos convênios pelo Governo Federal, para a realização de ações estruturantes, assistencialistas 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.

Para o Ministério do Trabalho:

1. Fiscalizar os contratos de trabalho entre índios da Reserva de Dourados e os produtores de cana-de-açúcar e fazendas;
2. Acompanhar a proposta de capacitação de mão-de-obra indígena para agricultura mecanizada, sugerida pela Secretaria de Trabalho Emprego e Cidadania de Mato Grosso.

Para o Ministério do Desenvolvimento Social:

1. Facilitar o cadastramento das populações indígenas para o recebimento dos benefícios do Programa Fome Zero;
2. 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.

PARTE VI – ANEXOS

Em anexo à este relatório encontram-se:

1. Notas taquigráficas das Sessões e Audiências Públicas;
2. Respostas de Requerimentos enviados pelos órgãos oficiais à esta Comissão;
3. Documentos recebidos nas Audiências Públicas;
4. Documentos enviados à Relatoria desta Comissão Externa, do uso de recursos da FUNASA em Mato Grosso do Sul;
5. Voto em separado, apresentado pelo Deputado João Grandão.

**Deputada Perpétua Almeida
Relatora**