

Mãe amamenta filho em Rondônia: **Funasa** desenvolve projetos sociais, como o programa de estímulo ao aleitamento materno, que beneficiam milhares de indígenas em todo o Brasil

Saúde indígena: uma década de compromisso

EM SETEMBRO PRÓXIMO, a Fundação Nacional de Saúde estará completando dez anos como responsável pela saúde dos povos indígenas. Hoje, podemos mostrar em números o que foi feito ao longo desse tempo. A mortalidade infantil, por exemplo, caiu de 74,61 óbitos por mil nascidos vivos, em 2000, para 46,73 no ano passado. Este é só um dos indicadores positivos resultantes das ações em favor dos mais de 530 mil índios brasileiros. **PÁGINAS 3 A 5**

Entrevista

*O diretor do Desai, Wanderley Guenka, fala das realizações da **Funasa**, como o complexo atendimento na selva amazônica.*

PÁGINA 6

Saúde Indígena

Programa de atenção básica à saúde está salvando as vidas das crianças maxakali que vivem em aldeias de Minas Gerais.

PÁGINA 8

Higiene Bucal

Na reserva indígena de Dourados, no Mato Grosso do Sul, Programa de Saúde Bucal supera meta estabelecida pela OMS.

PÁGINA 11

Reconhecimento

*Encarregado de Direitos Humanos da Alemanha enaltece ações da **Funasa** junto à população indígena.*

PÁGINA 19



Saneamento

*Por meio do PAC, a **Funasa** está investindo R\$ 82 milhões em obras de saneamento nas aldeias espalhadas pelo País. Somente na Região Norte, cerca de 100 mil índios contam, agora, com água de qualidade.*

PÁGINA 16

Pensando no futuro

*É com muito orgulho que publicamos este Boletim com o balanço do que a **Funasa** faz pelos povos indígenas, de olho nas próximas gerações*

A CINCO MESES de completar 10 anos como executora da Política Nacional de Saúde Indígena (PNSI), a Fundação Nacional de Saúde (**Funasa**) consolidou um modelo de trabalho que determinará o futuro das ações de saúde destinadas aos povos indígenas. Programas e projetos foram implantados progressivamente e hoje temos orgulho de apresentar o que a **Funasa**, que no dia 16 de abril completou 18 anos de fundação, realizou em prol dessas populações no decorrer da década e que marcará as futuras gerações indígenas.

Neste informativo, apresentamos um breve relato de algumas realizações para ilustrar a atuação da **Funasa** voltada para as populações historicamente excluídas.

Primeiramente, proporcionamos uma visão da base legal que fundamenta e estrutura o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Nas demais páginas, são detalhadas as diversas unidades que compõem o atendimento à saúde indígena, possibilitando a compreensão dos desafios da gestão da PNSI.

Em entrevista, o diretor do Departamento de Saúde Indígena (Desai),

Wanderley Guenka, fala dos desafios, conquistas e reafirma: a legislação que regula a saúde indígena é progressista e avançada, sem similar no mundo.

Esta edição relata também o que estamos fazendo pelos maxakali de Minas Gerais.

Outro destaque é o trabalho de saneamento nas aldeias, evidenciado pelas ações desenvolvidas nas áreas Yanomami de Roraima, Xavante do Mato Grosso, Guarani Kaiowá de Dourados, no Mato Grosso do Sul, e com os Pataxó, da Bahia.

Um estudo internacional apresenta os novos modelos de gestão enfocando a atenção, organização e gestão de financiamento e de monitoramento e avaliação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, além da proposta do Plano de Ação para implementação das duas propostas.

O Grupo Internacional de Trabalho sobre Assuntos Indígenas (IWGIA) elogiou o serviço que a **Funasa** desenvolve em Dourados. O elogio integra o relatório “Os direitos dos povos indígenas em Mato Grosso do



Sul, Brasil – Confinamento e Tutela no Século XXI”.

Nas próximas páginas, mostramos, ainda, os resultados e um resumo de algumas das ações da Fundação Nacional de Saúde neste decênio.

Esta publicação representa uma prestação de contas à sociedade brasileira e revela o empenho da instituição em cumprir o papel que lhe cabe no governo federal, atendendo a população indígena de forma descentralizada, universal e equânime, e incentivando a participação comunitária e o controle social, como preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS). ■

Boa Leitura.

Danilo Forte

Presidente da Funasa

Expediente

Presidente da República

Luiz Inácio Lula da Silva

Ministro da Saúde

José Gomes Temporão

Presidente da Funasa

Francisco Danilo Bastos Forte

Assessor de Comunicação e

Educação em Saúde e Jornalista Responsável

Domingos Xisto (RJ 15.767 - JP)

Chefe do Núcleo de Imprensa

Rui Pizarro (RJ 15.300 - JP)

Edição Geral

Rui Pizarro

Edição

André Toscano e Ricardo Nobre

Redação

André Toscano

Cida Gutemberg

Chico Dias

Flávio Guimarães

Júlio Aires

Lylia Diógenes

Marcus Marconi

Ribamar Rocha

Ricardo Nobre

Rodrigo Abreu

Thiago Novaes

Vanuza Braga

Revisão

Marcus Marconi

Coordenação Editorial

Gláucia Oliveira

Projeto Gráfico

Oswaldo Moreira da Silva

Diagramação

Marcos Antonio S. de Almeida

Oswaldo Moreira da Silva

Editor de fotografia

Edmar Chaperman

Fotos

Edmar Chaperman, André

Toscano, Ascoms Regionais

Tiragem

20.000 exemplares

Ascom/Funasa

(61) 3314-6439 / 3314-6446

Fax: (61) 3314-6630

E-mail: nimp@funasa.gov.br

Site: www.funasa.gov.br

Endereço

Setor de Autarquias Sul - Quadra 4 - Bloco

N - 2º Andar/Ala Norte

70.070-040 Brasília/DF

Um marco no resgate da dignidade humana

Em dez anos, **Funasa** melhora os indicadores da saúde indígena



Crianças, como as de aldeias na Bahia, estão entre as principais beneficiadas com as ações

O ATUAL QUADRO da saúde dos povos indígenas é o reflexo de anos, décadas de descaso. Estima-se que a população indígena brasileira, no século XVI, era de cerca de 5 milhões de pessoas de diversas etnias. Dessas, muitas foram totalmente dizimadas por expedições punitivas contrárias às suas crenças, culturas e à sua resistência.

Porém, o principal agente da mortalidade foram as epidemias de doenças infecciosas, que tinham a sua virulência e letalidade favorecidas pelas alterações no modo de vida dos indígenas. Essas mudanças foram impostas pela colonização – escravidão, trabalho forçado, maus tratos, confinamento e fixação compulsória em aldeamentos e internatos.

Até hoje, ao longo de mais de 500 anos, houve conflitos de interesses econômicos e sociais entre os povos indígenas e diversos segmentos da sociedade, especialmente nas questões relacionadas à posse da terra, exploração de recursos naturais e implantação de grandes projetos de desenvolvimento.

Essa realidade também marcou as diversas fases e órgãos que foram, anteriormente, responsáveis pela atenção à saúde dos indígenas, que começou oficialmen-

te com a criação, em 1910, do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI). O órgão era vinculado ao Ministério da Agricultura e destinava-se a proteger os índios, procurando o seu enquadramento progressivo na sociedade e o de suas terras no sistema produtivo nacional.

Hoje, a Fundação Nacional de Saúde (**Funasa**) é o principal órgão responsável pela gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnspi) e, para cumprir essa missão, montou toda a arquitetura desse modelo apresentado a seguir.

Subsistema de Saúde Indígena

Em 1988, a Constituição Federal estipulou o reconhecimento e o respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, assegurando-lhes a capacidade civil plena – tornando obsoleta a instituição da tutela –, e estabeleceu como privativa da União a competência para legislar e tratar a questão indígena.

A Pnspi prevê a existência de uma atuação coordenada, entre diversos órgãos e ministérios, no sentido de viabilizar as medidas necessárias ao alcance de seu propósito.



Em Rondônia, aleitamento materno...



... e pesagem de crianças: proteção e prevenção

Nesse sentido, as Secretarias Estaduais e Municipais devem atuar de forma complementar na execução das ações de saúde indígena, em articulação com o Ministério da Saúde/**Funasa**.

Um dos principais critérios adotados foi a organização dos serviços de atenção à saúde dos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis).

Atualmente, a estrutura da **Funasa** para a saúde indígena é formada por 34 Dseis localizados em todo o território nacional, à exceção dos estados do Piauí e Rio Grande do Norte. Nos estados do Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, São Paulo e Espírito Santo existem as Assessorias Indígenas, que cumprem o mesmo papel do Dsei.

Além dos Dseis, a **Funasa** administra 337 Polos-base distribuídos em 460 municípios e 751 Postos de Saúde, dos quais 674 estão localizados em terras indígenas, 55 na zona rural e 22 em zona



Vacinação de adultos é outra prioridade no Dsei/RR

urbana. O outro tipo de sistema são as 60 Casas de Apoio à Saúde do Índio (Casais), localizadas em municípios de referência dos Dseis.

Mortalidade infantil

As ações de saneamento básico desenvolvidas a partir de 1999, aliadas ao trabalho de assistência básica à saúde, contribuíram para a redução do coeficiente de mortalidade infantil no período de dez anos, que caiu de 74,61 para 46,73 por cada mil nascidos vivos. No Mato Grosso do Sul, onde está concentrada a segunda maior população indígena do país, o índice de mortalidade infantil teve uma queda de 140 mortes num universo de mil crianças nascidas vivas, em 1999, para 30 óbitos/1000 em 2008.

Fortalecimento da gestão

Em 2008, ocorreram vários avanços na gestão dos recursos, como a aplicação de 94,08% do total do orçamento aprovado. No ano passado a **Funasa** entregou 223 picapes e três vans. Este ano a saúde indígena contará com mais 124 picapes, 100 automóveis modelo Fiat Uno e 45 ambulâncias, totalizando 495 veículos. Os Dseis receberam ainda 55 barcos, 94 motores de popa e 1.155 equipamentos médico-hospitalares e odontológicos. A **Funasa** também comprou 150 computadores para o Programa de Inclusão Digital em Áreas Indígenas e 505 para os Dseis, Polos-base, Postos de Saúde, Casais e o Departamento de Saúde Indígena (Desai). Foi providenciada, ainda, a construção, ampliação e reforma de 25 unidades de saúde, que resultarão na melhoria do atendimento à população indígena.

A **Funasa** buscou o fortalecimento da gestão dos 34 Dseis com a proposta de autonomia administrativa destes e a contratação imediata de 802 servidores temporários para a execução dessa gestão. A



Em 2008, Distritos Sanitários, como o da Bahia, receberam, no total, 226 veículos para o atendimento às famílias



Água tratada é realidade também em aldeias de Roraima

autonomia atenderia à reivindicação da população indígena manifestada na II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, em 1993, e reiterada na IV Conferência, realizada em 2006.

Medicamentos e insumos

Em 2007, o investimento com a aquisição de medicamentos para a saúde indígena foi de R\$ 23,4 milhões, somando R\$ 13 milhões no ano passado. Esses valores se referem a medicamentos odontológicos, farmacológicos, laboratoriais e hospitalares.

Aquisição de combustíveis

Um dos mais importantes resultados alcançados na gestão, durante o ano de 2008, foi a otimização dos mecanismos de controle e de acompanhamento dos contratos para aquisição de combustíveis utilizados pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. De 2007 para 2008, houve uma racionalização de gastos de 27,97%, sendo que a redução do consumo ocorreu em todas as unidades.

As maiores reduções foram registradas no Maranhão, na Casai do Distrito Federal, no Dsei Alagoas/Sergipe e no Rio Grande do Sul, que reduziram seus gastos em 74%, 70%, 60% e 57%, respectivamente.

Em 2007, os gastos com combustível, lubrificantes automotivos e pequenas manutenções com veículos utilizados na prestação de serviços de saúde indígena foram de R\$ 32,4 milhões. Em 2008, chegaram a R\$ 24,9 milhões, representando uma queda de 23%.

Monitoramento das ações

Para acompanhar as ações de saúde realizadas nos Distritos Sanitários, e sobre os dados de saúde da população indígena, foram desenvolvidos sistemas de informações, dentro da perspectiva do Sistema de Vigilância em Saúde, voltado para a população indígena.

A **Funasa** mantém o Sistema de Informações de Atenção à Saúde Indígena (Siasi), ferramenta de monitoramento da situação de saúde dos indígenas aldeados. O Siasi se complementa com informações provenientes de outros sistemas de informação em saúde, tais como o Sistema Nacional de Notificação de Agravos (Sinan), Sistema de Informações de Mortalidade (Sim), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) e o Sistema de Informações de Vigilância Epidemiológica (Sivep) da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Esses sistemas identificam dados que atendem às necessidades de cada nível gerencial, fornecendo subsídios para a construção de indicadores que avaliem a saúde e, indiretamente, a atenção à

Em dez anos, o coeficiente de mortalidade infantil nas aldeias caiu de 74,61 para 46,73 por cada mil nascidos vivos



Educação em Saúde: prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) é uma das ações da Funasa

saúde, como a organização dos serviços no Distrito Sanitário, particularmente no que diz respeito ao acesso, à sua cobertura e à sua efetividade.

Essas informações servem, também, para identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, estabelecer prioridades na alocação de recursos e orientação programática.

O Siasi subsidia os órgãos gestores e de controle social quanto à indispensável compatibilidade entre o diagnóstico situacional dos problemas de saúde identificados e as prioridades estabelecidas nos níveis técnico, social e político, visando a coerência

entre ações planejadas e as efetivamente executadas.

Equipes Multidisciplinares

As Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (Emsi) dos Dseis são compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem e agentes indígenas de saúde. E contam com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas, além de outros especialistas e técnicos considerados necessários.

De acordo com dados oficiais, no início de 2008 atuavam na área indígena 12.895 profissionais de saúde. Desses,

1.681 eram de nível superior e 11.214 de nível médio.

Agentes Indígenas de Saúde

Nas aldeias, a atenção básica é realizada permanentemente pelos Agentes Indígenas de Saúde (Ais), nos postos de saúde, e pelas equipes multidisciplinares, de acordo com o planejamento das suas ações. Atualmente estão em processo de capacitação pela Funasa 3.463 Ais.

A Formação dos Ais foi definida conforme a diretriz específica da Pnspi. A preparação desses recursos humanos para atuação exige o treinamento de indígenas como agentes de saúde, e é uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental. Não de modo a substituir, mas de somar ao conhecimento de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não.

O programa é desenvolvido de forma continuada, sob a responsabilidade de instrutores/supervisores devidamente preparados, com a colaboração de outros profissionais de serviço de saúde e das lideranças e organizações indígenas.

O modelo estimula o aperfeiçoamento, especialização para gestores, profissionais de saúde e assessores técnicos (índigenas e não-índigenas) das várias instituições que atuam no sistema de atenção à saúde desses povos em todo o Brasil. ■

A base legal da Saúde Indígena

A CONSTITUIÇÃO de 1988 definiu os princípios gerais do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabeleceu a responsabilidade pelo Sistema para o Ministério da Saúde. Para debater a saúde indígena, especificamente, foram realizadas, em 1986 e 1993, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, por indicação das VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde, respectivamente. Essas duas Conferências propuseram a estruturação de um modelo de atenção diferenciada, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis), como forma de garantir a esses povos o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena no processo de planejamento, execução e avaliação das ações.

Atualmente, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnspi) é regulamentada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Ela faz parte da Política Nacional de Saúde, de acordo com as determinações das Lei Orgânica da Saúde e da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais.

Esta proposta foi regulamentada pelo Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Medida Provisória nº 1.911-8/99, que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios, onde foi incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da Funai para a Funasa, e pela Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, que estabeleceu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS.

A implementação da Pnspi exigiu a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que assegurasse aos índios o exercício de sua cidadania.

Para que esses princípios pudessem ser efetivados, era necessário que a atenção à saúde levasse em consideração as especificidades culturais e epidemiológicas desses povos.

Com base nesses preceitos, foi formulada a Pnspi, cuja elaboração contou com a participação de representantes dos órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e pela política e ação indigenista do governo, bem como de organizações da sociedade civil com trajetória reconhecida no campo da atenção e da formação de recursos humanos para a saúde dos povos indígenas. ■

“Autonomia dos Dseis vai agilizar a saúde indígena”

Em julho deste ano, Wanderley Guenka estará completando dois anos à frente do Departamento de Saúde Indígena (Desai) da Funasa, cargo para o qual foi conduzido graças à sua experiência como chefe do Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei) de Mato Grosso do Sul, onde administrava a saúde de 68 mil indígenas. Odontólogo de formação, Guenka ressalta que o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena foi um grande avanço nessa área, mas destaca que essa universalização também gera desafios peculiares ao atendimento a uma população de mais de 530 mil indígenas. “Temos índios vivendo em regiões de difícil acesso, como no Norte, e em pequenas áreas, como no Centro-Oeste, o que torna o nosso trabalho bastante complexo”, lembra. O diretor também defendeu a autonomia dos Dseis, que são os responsáveis diretos pelas ações da Funasa nessas comunidades. “Isso vai diminuir o tempo de resposta nas ações emergenciais desenvolvidas pela Instituição”, diz.

É muito difícil cuidar dos índios brasileiros?

Ha várias considerações a fazer sobre a questão indígena. Em primeiro lugar, porque não se trata de um índio só; são mais de 200 etnias diferentes e cada povo indígena tem as suas especificidades, sua cultura, sua língua, sua religião. É difícil trabalhar com a questão indígena, sim, em um país com as dimensões do Brasil. No litoral, há um contato mais antigo, que vem desde a colonização. Mais para o interior, nas regiões remotas, temos índios mais isolados, autônomos. Então, são vários povos indígenas e várias situações indígenas. Outra questão é a da saúde, que também é complexa.

Essa seria uma das questões mais delicadas no trabalho da Funasa?

Sim. A dificuldade que existe deve-se ao fato de as políticas do Estado brasileiro com as populações indígenas serem muito recentes. Os europeus chegaram ao Brasil há 500 anos e, na verdade, a política indígena, de governo, só começou em 1910, com o Serviço de Proteção aos Índios (SPI), do marechal Rondon.

E como se deu essa evolução?

Em 1967 entra a Funai, com a criação das equipes volantes de saúde, formadas por médicos, enfermeiros e dentistas, entre outros profissionais que, periodicamente, faziam os atendimentos. Depois, temos um grande avanço com a Constituição de 1988, que passa a reconhecer a questão



Guenka: “Muitas vezes, as críticas são injustas”

multiétnica do País e estabelece o respeito às especificidades. Um pouco antes, em 1986, tivemos a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que é um marco, porque trata da reforma sanitária. Ao mesmo tempo, separadamente, acontece a I Conferência Nacional dos Povos Indígenas. Nessa época, já se pensava na criação do modelo dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis). Em 1991, é criada a Funasa, por meio do decreto nº 100 e da junção da Sucam com a Fundação Sesp. Ainda em fevereiro de 1991, o Decreto nº 23 já estabelecia, antes da criação da Funasa, que a saúde indígena iria ser cuidada por um órgão especial.

Que outro fato na história da política de atendimento à saúde indígena o senhor destacaria?

Eu destaco a chamada Lei Arouca (Lei nº 9.836/99) que, em setembro de 1999, criou o subsistema de saúde. Ela altera a Lei nº 8.080 e inclui, no Artigo 19, o subsistema de saúde indígena. Então, o que se constata é que, se a política de saúde pública brasileira é recente, o subsistema de saúde indígena é ainda mais. E trata-se de uma legislação progressista; não existe outra igual no mundo. Isso, na visão de muitos especialistas internacionais, pode significar até um risco: nenhum país conseguiu segurar um sistema de saúde tão democrático e universal como o do Brasil. E leva tempo para satisfazer o usuário plenamente. Por isso temos a demanda reprimida no SUS. E na saúde indígena mais ainda, porque só se passaram dez anos.

Os problemas seriam devidos, apenas, à questão do pouco tempo?

Não. Existe outro item que são as grandes distâncias. Quem vive nas áreas urbanas, sendo índio ou não, tem uma situação mais fácil em termos de atendimento à saúde. Já para os que moram em uma aldeia, por exemplo, as dificuldades são maiores, devido a problemas como distância, falta de equipamentos públicos e de logística. Então, o governo tem de dar prioridade a essas questões. Mesmo porque, metade da população indígena está situada em municípios de pequeno porte, com menos de 20 mil habitantes. Em muitos casos, existem hospitais nessas cidades, mas faltam equipamentos, centros cirúrgicos e profissionais de saúde. Por isso, é difícil: é um sistema novo, equânime, mas que ainda não consegue chegar a todos os municípios pequenos de modo satisfatório.

A desnutrição ainda é um tema que preocupa muito a Funasa?

A desnutrição está relacionada à carência de alimentos, mas, muitas vezes, mesmo havendo o alimento, a forma de aproveitá-lo, é equivocada. E fornecer alimentos não é atribuição da Funasa. Em muitos casos há falta de renda para os indígenas adquirirem os alimentos; em outros, há falta de local para produzir esses alimentos. Agora, o trabalho de vigilância alimentar, de acompanhar e de monitorar, isso a Funasa tem feito. Temos sido muito criticados injustamente por causa das mortes por desnutrição. A mortalidade infantil é sempre levada em conta nas estatísticas; ou seja, é um dos indicadores sensíveis de como se encontra aquela comunidade. Então, quando se compara

a Zâmbia com o Canadá, usa-se a mortalidade infantil, que se reflete na expectativa de vida. A desnutrição preocupa? Preocupa porque é preciso garantir o direito sagrado à vida.

A Funasa pode perder essa guerra?

De jeito nenhum. Se você comparar como era a mortalidade infantil em 1999 em relação a 2008 houve uma queda de 37% nos índices. Então, houve uma redução acentuada. Agora: é o dobro do verificado entre a população nacional não-índia? É o dobro, sim. Mas é preciso analisar sempre onde essas populações estão vivendo e em que condições estão vivendo. Na Região Norte, por exemplo, de difícil acesso, há índios dispersos em municípios pequenos de baixa resolutividade (oferta ineficiente de equipamentos públicos). Já no Nordeste e no Centro-Oeste, os indígenas, como disse antes, vivem em pequenas áreas. Então, quando se compara mortalidade infantil, temos de levar esses fatores em conta. Não é uma vergonha para a **Funasa**. Estamos trabalhando constantemente para evitar isso? Claro que sim. E temos vários exemplos, como a vacinação e o pré-natal, entre outras ações.

O que o senhor destacaria como outros avanços na atuação da Funasa?

Eu destacaria, primeiro, a criação do próprio Sistema Único de Saúde. Os 20 anos de SUS representam um avanço muito grande. Na questão da saúde indígena, que ficou a cargo da **Funasa** a partir de 1999, o grande avanço é o subsistema. É um dos mais modernos que existem no mundo. Nestes dez anos, também foram construídos mais de 200 tipos diferentes de unidades de saúde como postos de saúde, Polos-base e Casas de Saúde Indígena (Casais), dos mais simples aos mais complexos, que exigem equipamentos, manutenção e profissionais de várias áreas. E tivemos outros progressos, sobretudo no saneamento básico, com mais de 1.400 sistemas de abastecimento de água construídos, por exemplo. Eu destacaria, ainda, a criação dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi). Cada aldeia tem o seu conselho local de saúde que se reúne, elege seus representantes e tem poder de decisão. E outra coisa: a **Funasa** tem hoje em torno de 5 mil Agentes Indígenas, de Saúde e de Saneamento, que ao longo do tempo foram sendo treinados e capacitados.

Na sua opinião, o trabalho da Funasa não é reconhecido como deveria ser?

Acho que as críticas são, muitas vezes, in-

justas por não levarem em conta as complexidades da saúde indígena no Brasil de que falei antes. Quem critica por criticar desconhece essas dificuldades. Tem uns que entendem a complexidade indígena, mas não entendem a complexidade da saúde. E vice-versa. Há um certo “achismo” nessas questões, que é preocupante quando se transforma em notícia. São pessoas que nunca foram a uma aldeia e não têm conhecimento profundo para falar ou escrever sobre o assunto.

O senhor acha que as ações positivas são ignoradas pelos críticos?

Os índios satisfeitos com o trabalho da **Funasa** estão lá na aldeia. Esses não aparecem nas entrevistas. É preciso mostrar como é a realidade hoje, em comparação com a que havia dez anos atrás. Como era? Tinha água? Tinha medicamento e profissionais de saúde? Então, é preciso saber identificar esses críticos que falam sem saber, ou que falam com conhecimento, mas deturpam os fatos porque foram alijados de algum benefício que deixaram de usufruir. São essas pessoas que tentam desestabilizar o modelo atual e alimentam a mídia com opiniões que levam em conta apenas um lado da questão.

O que falta melhorar?

Apesar dos grandes avanços que tivemos nos últimos dez anos, é claro que falta melhorar algumas coisas, como a infraestrutura nas aldeias, a acomodação dos profissionais que viajam dois ou três dias de barco ou avião e os sistemas de comunicação nas grandes distâncias. Também queremos melhorar ainda mais as condições de atendimentos nas aldeias de difícil acesso, por exemplo. Mas o grande nó da saúde indígena são os recursos humanos.

E como a Fundação enfrenta esse problema?

Quando a **Funasa** recebeu a atribuição de prestar assistência à saúde indígena – estamos falando em mais de 530 mil habitantes – não recebeu no mesmo porte a contrapartida para contratar os profissionais que iriam atuar nessa área. E não se faz assistência à saúde sem profissionais de saúde. Atualmente, são mais de 12 mil profissionais. Logicamente, a maioria é da área de saúde, mas tem o pessoal de apoio, de serviços gerais, o barqueiro, o motorista etc. Assim, em 1999, a **Funasa** teve de

buscar alternativas para contratar esses profissionais. Uma delas foi o contrato com as Organizações Não-Governamentais (ONGs). O que nós precisávamos é que esses profissionais fossem contratados por meio de concurso e capacitados profissionalmente. Mas já foi assinado um Termo de Conciliação no Ministério Público do Trabalho para que o Ministério da Saúde, o Ministério do Planejamento e a **Funasa** realizem concurso público para recompor o quadro de pessoal. Esperamos que isso seja concretizado logo, para diminuir a rotatividade desses profissionais.

Discute-se muito hoje esse modelo de saúde indígena. Ele é o ideal? A autonomia dos Dseis é viável?

A transformação dos Dseis em unidades descentralizadas é uma antiga reivindicação dos povos indígenas e que a atual gestão da **Funasa** adotou como uma de suas prioridades. Quando se pensou nos Dseis, em 1998, pensou-se no Distrito com autonomia. E na gestão do presidente Danilo Forte,

“Nestes dez anos de subsistema foram construídos mais de 200 tipos diferentes de unidades de saúde em áreas indígenas”

estamos nos empenhando bastante para que os Distritos se transformem em unidades gestoras, com autonomia distrital, administrativa e orçamentária. A autonomia dará muito mais agilidade aos Distritos, que ficarão muito mais próximos do usuário. Ou seja, vai diminuir o tempo de resposta, por exemplo, nas ações emergenciais desenvolvidas pela **Funasa**.

Com todos esses problemas, o senhor se sente gratificado com o trabalho à frente do Departamento de Saúde Indígena?

Nós conseguimos formar uma equipe bastante técnica. Essa é uma satisfação, montar uma equipe conhecedora e competente. Fui chamado para esse posto por minha experiência em Mato Grosso do Sul, onde não foi fácil administrar 68 mil indígenas. Nunca a saúde indígena foi tão exposta como é hoje. Abrimos nossos números, nossos modelos de gestão e até uma CPI (Comissão Parlamentar de Inquérito), que foi criada na Câmara dos Deputados em 2008 para investigar a desnutrição em Mato Grosso do Sul, acabou em elogios ao trabalho da **Funasa** no estado. É claro que os resultados não aparecem em pouco tempo, mas pelo que estamos conseguindo posso dizer que me sinto pessoalmente gratificado com esta tarefa. ■

Funasa salva vida de crianças maxakali

Programa nutricional reduz mortalidade infantil em Minas



As crianças das aldeias maxakali fazem suas refeições sempre monitoradas pelas equipes multidisciplinares

O PRIMEIRO OLHAR quando se faz contato com uma tribo é através de seus indicadores. Assim, ao analisar os maxakali, se percebe que são a segunda maior população indígena aldeada do estado de Minas Gerais – a primeira é a da etnia Xacriabá, com cerca de 6,5 mil indígenas, localizada no município de São João das Missões, no norte de Minas. Atualmente, 1.476 pessoas vivem em aldeias, sendo que a pirâmide etária que se destaca é a da primeira idade (0 a 5 anos), representando 26,42%. O território maxakali fica nas Terras Indígenas de Água Boa e Pradinho, com cinco mil hectares, localizadas nos municípios de Bertópolis e Santa Helena de Minas, próximo à divisa com a Bahia. Existem também outros dois territórios cujas terras estão em processo de homologação: um em Ladadinha (aldeia Verde) e outro em Teófilo Otoni (aldeia Cachoeirinha). Os grupos têm origem em diferentes regiões que se estendem desde o litoral do Espírito Santo até às proximidades do rio Jequitinhonha, já em Minas.

Os indicadores mostram que, na população menor de 5 anos, as cinco principais causas de óbitos, segundo registros de 2000 a 2007, são as doenças infecciosas e parasitárias (26,67%),

sem diagnóstico definitivo (25,83%), outros grupos de causas (13,33%), lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas (13,33%) e má-formações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (10%), totalizando 89,17% dos óbitos ocorridos no período estudado. O risco de uma criança maxakali morrer por estes grupos de causas vai de 10,79 por 100 crianças menores de 5 anos para as duas primeiras causas a 4,05 por 100 para o grupo de má-formações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas.

Para enfrentar a mortalidade infantil, a Fundação Nacional de Saúde tem dedicado especial atenção às crianças e ao combate às doenças de maior impacto sobre essa população. O Programa de Recuperação do Estado Nutricional das Crianças Maxakali (PREN-M), implementado em abril de 2003, é uma ação de saúde desenvolvida pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (Emsi) dos quatro Polos-base da região. A seleção das crianças com desnutrição é realizada por meio de inquérito nutricional em meninos e meninas de 1 a 5 anos de ida-

de, com coleta de dados antropométricos (medição de peso e altura) nas aldeias e avaliação do estado nutricional.

Este acompanhamento serve de base para o trabalho de campo feito pelas equipes multidisciplinares com as famílias. Todos os dias, de manhã, à tarde e à noite, faça chuva ou faça sol, esses profissionais vão às aldeias monitorar a alimentação das 390 crianças atendidas pelo PREN-M. Resultado: a proporção de óbitos em crianças de 1 a 5 anos caiu de 40% em 2003 para 5,56% em 2007 em relação ao total de óbitos registrados no período. Ou seja, quando o Programa de Recuperação do Estado Nutricional foi implantado, a Funasa registrou nove mortes de crianças entre 1 e 5 anos. Em 2007 houve apenas um óbito.

O grande feito da Funasa com os maxakali foi ter iniciado um importante trabalho de prevenção e atenção à saúde, a exemplo, aliás, do que é realizado pela Fundação em todo o País. Mas lá, entre os indígenas de Minas, um aspecto se destaca: a grande participação comunitária na elaboração e desenvolvimento do programa.

Roberto Carlos de Oliveira, coordenador-técnico operacional das Emsis, lembra que não foi fácil, por exemplo, convencer pais e mães a levar os filhos aos postos de atendimento e submetê-los à rotina do inquérito nutricional. Hoje, ele elogia o envolvimento dos maxakali, o que contribuiu em muito para a melhoria dos indicadores infantis.

“A ação preventiva e a atenção básica à saúde foram fundamentais para a queda da desnutrição e da mortalidade infantil e a participação da comunidade está sendo essencial nesse processo”, diz Roberto Carlos.

“A ação preventiva e a atenção básica à saúde foram fundamentais para a queda da desnutrição e da mortalidade infantil entre os maxakali”

Roberto Carlos de Oliveira, coordenador técnico das Emsi

O coordenador técnico das Emsis destaca que a integração comunitária ocorre até na elaboração do cardápio servido às crianças e supervisionado por nutricionista. Mas ele ressalta que só isso não basta para

solucionar o problema da desnutrição entre os índios brasileiros. “Esse tipo de trabalho é importante. No entanto, é preciso desenvolver projetos de auto-sustentabilidade que garantam a saúde da população indígena de uma forma permanente”, aconselha Roberto Carlos.

Casai, o lar dos índios

Casas de Apoio, como as de Rondônia, são fundamentais na ajuda aos índios em tratamento de saúde e para a melhoria da qualidade de vida



Jovens e idosos estão entre os beneficiados com o trabalho nas Casas de Apoio: 530 mil procedimentos em oito unidades



Nas Casais, índios desenvolvem atividades educacionais como em Dourados, no Mato Grosso do Sul

Os 12.375 atendimentos feitos por médicos, enfermeiros e odontólogos e os 530.116 procedimentos como exames, curativos, medicação e outros, realizados em 2008, nas oito Casas de Apoio à Saúde Indígena (Casais), coordenadas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas Porto Velho e Vilhena, foram fundamentais para a melhoria da qualidade de vida dos aproximadamente 16 mil indígenas

atendidos pela **Funasa** em Rondônia, sul do Amazonas e norte do Mato Grosso. Todo esse serviço é prestado pela Coordenação Regional da **Funasa** em Rondônia (Core/RO).

Localizadas nos municípios de Humaitá (AM), Porto Velho, Guajará-Mirim, Ji-Paraná, Cacoal, Vilhena, Juina e Aripuanã, estas casas têm facilitado os encaminhamentos às unidades do Sistema Único de Saúde (SUS)

As Casas de Apoio à Saúde do Índio

Os SERVIÇOS de apoio aos pacientes indígenas encaminhados à rede do Sistema Único de Saúde são prestados pelas 60 Casas de Apoio à Saúde Indígena. As Casais foram instaladas a partir da readequação das antigas Casas do Índio. Elas possuem condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem. Além disso, as Casais promovem atividades de educação em saúde, produção artesanal e lazer. ■

e ajudado no processo de recuperação dos indígenas com problemas de saúde. Estão envolvidos, neste trabalho, 161 profissionais de saúde e 128 de apoio.

Em 2008, foram realizadas nas Casais subordinadas ao Dsei Porto Velho 2.837 atendimentos e 293.886 procedimentos. Nas casas de apoio administradas pelo Dsei Vilhena ocorreram 9.538 atendimentos e 236.230 procedimentos. Somente nos meses de janeiro e fevereiro deste ano foram executados nas Casais, em Rondônia, 1.613 atendimentos e 47.573 procedimentos.

Segundo Agnaldo Tupari, que já recebeu atendimento na Casai de Porto Velho, os serviços prestados são bons e o relacionamento entre funcionários e índios é amigável. Agnaldo diz que se sente amparado quando precisa de apoio. “A **Funasa** manda buscar o índio na aldeia e oferece tratamento adequado”, elogia Tupari.

Os indígenas das aldeias localizadas no município de Porto Velho e região que precisam de atendimento de saúde passarão a contar com mais uma estrutura de atendimento. Paralisada por problemas com a construtora vencedora da licitação, as obras da nova Casai de Porto Velho foram retomadas e devem estar concluídas até julho.

A nova unidade terá uma área construída de 1,1 mil metros quadrados, além de um piso superior com 161 metros quadrados, onde funcionará o Polo-base de Porto Velho. ■

Cobertura vacinal: muitos avanços

Mais de 90% dos indígenas foram imunizados contra a rubéola em 2008



Vacinação em Rondônia: índice de cobertura vacinal chega a 64,8% em todo o País

A POLÍTICA de atenção à saúde dos povos indígenas, com ações de prevenção e controle de doenças, sempre foi uma das prioridades da **Funasa**. E, como um dos eixos dessa política, o programa de imunizações desenvolvido pela Fundação é um dos mais importantes realizados pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis), dentro do contexto da atenção básica promovida nas aldeias.

Apesar do desenvolvimento desta ação ser complexo, devido a fatores como diversidade cultural, dispersão geográfica, dificuldade na coleta e análise dos dados e problemas logísticos, os Dseis têm conseguido resultados significativos desde a implantação, há dez anos, da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Um exemplo desse sucesso pode ser constatado quando se verifica, por exemplo, o percentual da população indígena aldeada que possui esquema vacinal completo. O índice de pessoas imunizadas com todas as doses das vacinas disponibilizadas no calendário vacinal indígena chega a 64,8%.

A **Funasa** também registra bons resultados em relação à cobertura vacinal em crianças menores de cinco anos de idade. É o caso da BCG. De acordo com dados enviados por 28 dos 34 Dseis, no ano passado nada menos do que 97,6% das crianças foram imunizadas contra formas graves de tuberculose. Já o índice de 75,3% alcançado da vacina contra a influenza pode ser explicado em função, principalmente, da dificuldade de se vacinar os menores de um ano com duas doses num curto intervalo de tempo.

Outro resultado bastante significativo foi o percentual de 90,3% das pessoas na faixa etária de 12 a 39 anos imunizadas contra a rubéola, durante a campanha de vacinação de 2008.

Aliás, o ano passado foi de grandes conquistas para a Fundação Nacional de Saúde. De 22 de abril a 23 de maio ocorreu o Mês de Vacinação dos Povos Indígenas (MVPI), evento coordenado pelo Departamento de Saúde Indígena (Desai) da **Funasa** e que fez parte da Semana de Vacinação nas Américas, promovida pela Organização Pan-Americana da Saúde. Na ocasião, as metas estabelecidas para o MVPI foram ultrapassadas em mais de

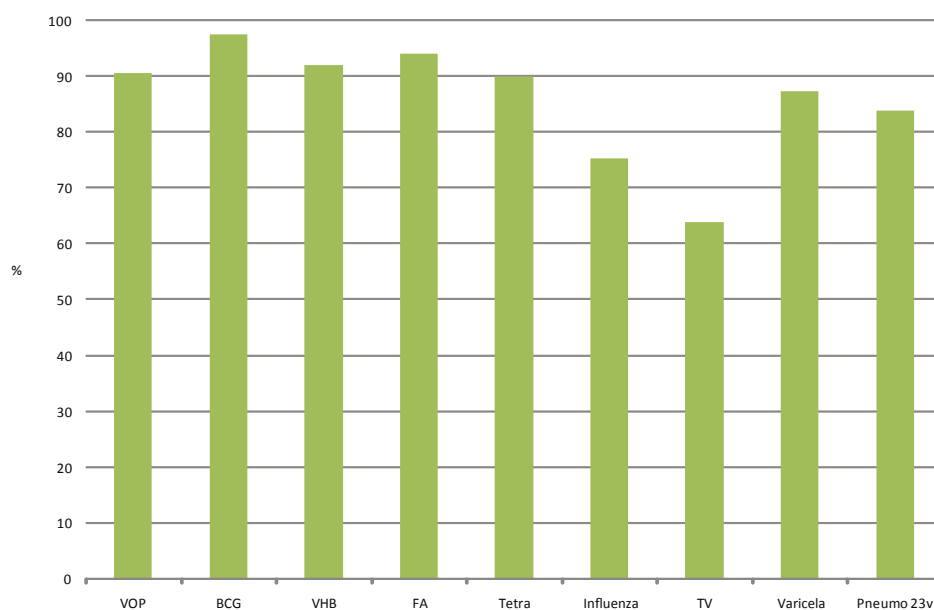
100%. Foram vacinados 74.017 indígenas, sendo 7.880 homens vacinados contra hepatite B e 18.018 mulheres em idade fértil (10 a 49 anos de idade), e aplicadas 156.255 doses de vacinas.

Para o MVPI, o Desai selecionou 15 Distritos Especiais Indígenas - Yanomami, Leste de Roraima, Kaiapó-PA, Alto Purus, Alto Juruá, Amapá e Norte do Pará, Porto Velho, Kaiapó-MT, Alto Rio Negro, Alto Rio Solimões, Manaus, Médio Rio Purus, Vale do Rio Javari, Médio Rio Solimões e Afluentes e Parintins. Os critérios de elegibilidade utilizados foram: áreas de difícil acesso; dificuldade de informação sobre cobertura vacinal ou baixas coberturas vacinais; problemas na qualidade, no fluxo ou no sistema de informações de vacinação e nenhuma, uma ou apenas duas etapas de vacinação no ano de 2007.

O desempenho obtido pela **Funasa** no Mês de Vacinação reflete a mobilidade dos Dseis e das equipes de campo para realizar com eficiência o trabalho, apesar das dificuldades de logísticas, administrativas e operacionais da instituição. As ações foram realizadas em 103 Polos-base, abrangendo 1.161 aldeias e envolvendo 1.385 profissionais, sendo 793 (57,3%) Agentes Indígenas de Saúde (Ais) e Agentes Indígenas de Saneamento (Aisans).

Outros avanços quanto à imunização indígena foram a amplitude do calendário vacinal da população indígena, com uma oferta maior de imunobiológicos, incluindo os especiais, a vacinação de rotina em 23 Dseis (área de difícil acesso) e a designação de um técnico responsável pela ação de imunização em cada Dsei. ■

Cobertura vacinal em crianças indígenas com menos de 5 anos de idade - 2008



Para que servem as vacinas: VOP (contra poliomielite); BCG (contra formas graves de tuberculose); VHB (contra hepatite B); FA (febre amarela); Tetravalente (difteria, tétano, coqueluche e *Haemophilus influenzae* tipo B); Influenza (contra gripe causada pelo vírus da influenza tipo A); TV (contra sarampo, caxumba e rubéola); Varicela (catapora) e Pneumocócica 23 (contra a pneumonia). Fonte: Dsei/Desai/Funasa/Ministério da Saúde.

Sorriso garantido

Programa de Saúde Bucal reduz prevalência de cáries em Dourados (MS) e supera meta da Organização Mundial de Saúde



Equipes de dentistas e técnicos garantem atendimento de qualidade no Polo base de Dourados

A COORDENAÇÃO REGIONAL da **Funasa** em Mato Grosso do Sul (Core/MS), por meio do Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei), implantou, a partir de 2002, ações de atendimento bucal nas seis aldeias da Reserva de Dourados, onde foram aplicadas medidas preventivas básicas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS). Entre as medidas, estão o autocuidado de higiene bucal (escovação), aplicação tópica de flúor, fluoretação com cremes dentais e fluoretação da água para consumo em caixas d'água de escolas e creches.

Uma pesquisa sobre as condições de saúde bucal da população brasileira, realizada pelo Ministério da Saúde em 2003, mostrou que, em média, adolescentes de 12 anos de várias regiões do país apresentaram um índice de 2,78 dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D), atingindo a meta prevista pela OMS, que é igual ou inferior a três dentes. Nesse mesmo período, os adolescentes indígenas de Dourados, na mesma faixa etária, registraram CPO-D de 1,54, bem abaixo dos números encontrados na população de não-índios.

Além das ações preventivas e dos cuidados constantes com a saúde bucal da

população indígena, a **Funasa** se preocupa, também, em levar novas tecnologias para melhorar o atendimento nas aldeias. Em Dourados, como ocorre em outras reservas, são utilizados materiais e procedimentos avançados de controle da cárie, como a Técnica Restauradora Atraumática (ART), que dispensa o uso de equipamentos tradicionais e pode ser aplicada em qualquer lugar, seja no posto de saúde, nas escolas ou até mesmo na casa dos indígenas, durante a visita domiciliar. Esta tecnologia utiliza um material restaurador que promove o selamento da cavidade cariada, remineraliza os tecidos sadios e ainda libera flúor na cavidade bucal, prevenindo o surgimento de novas cáries.

O diretor do Departamento de Saúde Indígena (Desai) da **Funasa**, Wanderley Guenka, anunciou que está em fase de avaliação a incorporação de um gel de papaína (extraída do mamão papaia), que possibilitará a realização de restaurações sem usar os incômodos “motorzinhos”, uma vez que este produto amolece a cárie, permitindo a sua remoção por instrumento manual.

“É desta maneira que vamos melhorando a saúde bucal da população indígena, incorporando materiais e técnicas apropriadas às especificidades culturais dos índios e que não dependem de infraestrutura sofisticada”, disse Guenka.

Atualmente, o Polo-base de Dourados é monitorado por uma equipe composta por quatro cirurgiões dentistas, um técnico em saúde bucal e dois auxiliares de saúde bucal. “Em 2008, o Desai enviou a Mato Grosso do Sul 145 mil unidades de creme dental, 121 mil escovas de dente para adultos e 60 mil escovas infantis. “Nossas equipes auxiliam toda a comunidade para troca de escovas a cada três meses, quando é feita nova distribuição de produtos bucais”, informou Luciene Alle Cardoso, coordenadora técnica do Programa de Saúde Bucal do Dsei/MS. ■

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas

O DISTRITO SANITÁRIO é um modelo de organização de serviços orientado para ser um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo delimitado. O Dsei é responsável pelo conjunto de atividades técnicas, medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde. Tem o objetivo também de promover a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e organizar as atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, estimulando o controle social.

Entre as atribuições do Distrito destacam-se a preparação dos recursos humanos para atuação no âmbito intercultural, monito-

ramento das ações de saúde dirigidas aos indígenas, articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde, promoção do uso adequado e racional de medicamentos, promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena.

Cada Distrito Sanitário é responsável, também, pelas ações que envolvem, direta ou indiretamente, a assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena, tais como seleção, programação, aquisição, acondicionamento, estoque, distribuição, controle e vigilância, inclusive a dispensa e a prescrição de medicamentos. Essas ações consideram sempre, em primeiro lugar, as necessidades e a realidade epidemiológica local. ■

Atendimento de alto custo no Amazonas

Uma ampola do Interferon, contra hepatite, custa R\$ 560,00

PARA GARANTIR o controle das hepatites entre os indígenas do Vale do Javari, no Amazonas, a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) desenvolve um programa de tratamento que inclui a aplicação de Interferon Peguilado, um medicamento de alto custo. Inicialmente, foram disponibilizadas 360 ampolas para 20 indígenas. O programa começou a ser adotado em fevereiro pela Coordenação Regional da Funasa no Amazonas (Core/AM).

Por conta da localização e características geográficas, a hepatite, acompanhada da malária e outras doenças endêmicas, há décadas está presente na vida dos cerca de 3,7 mil índios de diversas etnias que residem no Vale do Javari. Em fevereiro, enfermeiros da Funasa passaram a acompanhar, juntamente com equipes técnicas do Departamento de Saúde Indígena (Desai) da Fundação, o início dos tratamentos.

Os indígenas estão acomodados em uma casa no Distrito Sanitário Especial Indígena do Javari (Dsei/Javari), localizado a 1.105 quilômetro de Manaus, no município de Tabatinga. Um dos pacientes é Iza-

que Marubo, 32 anos, liderança da aldeia Maronal. Ele se diz ansioso, já que iniciou o tratamento e tem esperança de ficar curado. “Agora, posso acreditar que tenho oportunidade de ficar bom”, contou.

Em 2008, a Fundação Nacional de Saúde adquiriu, por meio de licitação, 960 ampolas de Interferon Peguilado para o Vale do Javari, das quais 360 já foram entregues ao Distrito Sanitário local, para o tratamento dos 20 indígenas previamente avaliados. Apenas um laboratório produz este medicamento, o que contribui para o seu elevado preço. A Funasa pagou R\$ 560,00 por cada ampola. Ou seja, somente para garantir o atendimento inicial no Vale do Javari, a Fundação gastou R\$ 201,6 mil. Além de outras despesas, o tratamento das hepatites requer a aplicação de uma dose semanal do Interferon durante um período de 48 semanas.

ATENÇÃO ESPECIAL – Segundo a enfermeira do Núcleo de Assessoramento à Saúde Indígena (Nuasi) da Core/AM, Margarida Mendonça Lima, a medica-



Vale do Javari já recebeu 360 ampolas de Interferon

ção é aplicada em pacientes portadores de hepatite dos tipos B, C e D.

Margarida faz parte da equipe que supervisiona o acompanhamento dos índios em Tabatinga. O trabalho de supervisão e avaliação do tratamento é realizado a cada dois meses por ela e sua colega Maria Clara Borba, além do médico infectologista da Fundação de Medicina Tropical do Amazonas (FMTAM), Wornei Miranda Braga.

Na casa em Tabatinga, os indígenas contam com acomodações em boas dimensões e adequadas à realidade etnocultural de cada povo. Os índios ficam hospedados em dois grandes salões (malocas), cobertos com palhas, com capacidade para abrigar até 40 pessoas divididas por etnia. A Casa possui, ainda, cozinha, refeitório, sala de TV e DVD, uma enfermaria e, para o suporte logístico, foi disponibilizada uma picape para fazer transporte dos pacientes.

A unidade conta, também, com uma equipe composta de 12 profissionais da Funasa, entre eles enfermeiros, técnicos de enfermagem e nutricionista. ■

O controle social na saúde indígena

A PARTICIPAÇÃO dos indígenas ocorre em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis) espalhados pelo País. A participação acontece especialmente por meio da constituição dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena; pelas Conferências Nacionais de Saúde Indígena e Fórum Permanente dos Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi), além da presença de representantes indígenas nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde.

Os Conselhos Locais de Saúde são consultivos e sua composição inclui representantes das comunidades indígenas da área de abrangência dos Polos-base, dentre lideranças tradicionais, professores indígenas, Agentes Indígenas de Saúde (Ais), parteiras e outros.

Os representantes do Conselho Local de Saúde são escolhidos pelas comunidades daquela região, tendo sua indicação formalizada pelo chefe do Distrito. Essa é uma instância privilegiada para articulação com gestores locais, em vista do encaminhamento das discussões pertinentes às ações e serviços de saúde, conforme a área de abrangência.

Os Conselhos Distritais de Saúde são instâncias de Controle Social, de caráter deliberativo e constituídos de acordo com a Lei nº 8.142/90. A sua composição é paritária e contempla a participação de 50% de representantes dos usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores/prestadores de serviços dos respectivos Distritos.



Da esquerda para a direita: Guenka e Forte, da Funasa; Meira, da Funai; e líder indígena William Domingues em reunião do Condisi

Todos os povos que habitam o território distrital deverão estar representados entre os usuários. Aos conselheiros que não dominam o português é facultado o acompanhamento de um intérprete. Os presidentes dos conselhos serão eleitos diretamente pelos conselheiros, que devem elaborar o regimento interno e o plano de trabalho de cada Conselho Distrital.

O Controle Social na política de saúde brasileira, no âmbito nacional, é exercido pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), onde se insere a política de saúde indígena. Na discussão da especificidade da saúde indígena, o CNS é assessorado pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi), atualmente coordenada por conselheiro representante dos usuários indígenas no CNS. ■

No Ceará, todas as crianças imunizadas

Esquema de vacinação completo é sucesso no Estado



O controle de doenças infectocontagiosas melhorara a vida de crianças indígenas tapebas na aldeia Caucaia

COM AS AÇÕES DE SAÚDE promovidas pelo Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei), a **Funasa** vem conquistando muitos avanços em áreas consideradas prioritárias no Ceará. É o caso, por exemplo, da vacinação. No estado, nada menos do que 100% das crianças indígenas estão com o esquema vacinal completo. Ao mesmo tempo, 97% da população indígena foram vacinadas contra a rubéola. O total de índios que já tomaram todas as vacinas recomendadas chega a 62%.

Além de dar continuidade às medidas preventivas e curativas relacionadas às doenças infectocontagiosas e estabelecer metas voltadas para a saúde da criança, saúde da mulher, prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, dentre outros, o Dsei/CE trabalha no controle de doenças, como o alcoolismo. Profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena já foram capacitados para a implantação do Plano de Ação em Saúde Mental nas aldeias cearenses. O curso foi importante para a consolidação

Mais de 2 mil famílias beneficiadas com saneamento

NOS ÚLTIMOS DOIS ANOS, a **Funasa** investiu nas aldeias indígenas cearenses mais de R\$ 2,3 milhões, beneficiando um total de 2.050 famílias com obras de saneamento básico para promoção da saúde. Alguns exemplos dessas melhorias podem ser vistos no município de Caucaia, na região metropolitana de Fortaleza, onde estão situadas 14 aldeias, com cerca de 7,5 mil índios da etnia Tapeba.

Na aldeia de Sobradinho, localizada às margens da BR-020, a Divisão de Engenharia e Saúde Pública (Diesp/CE) da **Funasa** realizou a drenagem do córrego que corta a aldeia e a pavimentação da rua central.

A obra melhorou o acesso de carros ao local e garantiu às crianças passagem segura para a escola, contribuindo para o bem-estar da população. "Antes, em época de chuva, para as crianças irem estudar, precisavam tirar suas roupas, colocá-las em cima da cabeça junto com os livros e atravessar o córrego", lembrou Gabriel Tapeba, uma das lideranças da aldeia de Sobradinho. "Agora temos acesso livre para ir e vir, sem ter que tomar banho ou se arriscar atravessando a estrada, que é muito movimentada", completou. Os recursos previstos na programação de saneamento 2009 nas áreas indígenas do Ceará somam R\$1,6 milhão, o que beneficiará mais de 2,4 mil índios de 18 aldeias. Serão implantados sistemas de abastecimento de água, construção de reservatórios, ligações domiciliares e ampliação das redes. E, também, construídas 349 unidades de melhorias sanitárias domiciliares (banheiros) em 15 aldeias. ❖



Cartilha contra verminose – A cartilha "Diarréia Infantil e Vermínoses" foi produzida pela **Funasa**, com o apoio do Unicef – Fundo das Nações Unidas para a Infância. A publicação foi preparada pelos Agentes Indígenas de Saúde (Ais) e Agentes Indígenas de Saneamento (Aisan) e servirá de instrumento nas ações de educação em saúde. O material utiliza uma abordagem adequada para a etnia Tapeba, levando em consideração os costumes e a cultura dos índios.

de uma proposta que vinha sendo abordada quanto à adoção de ações voltadas para a prevenção do alcoolismo entre as populações indígenas.

Outras ações desenvolvidas

CONTROLE SOCIAL – O controle social teve continuidade no primeiro trimestre de 2009, com as capacitações dos conselheiros de saúde e lideranças indígenas do estado. Dando relevância às ações de saúde, na complexidade de execução das políticas públicas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a Coordenação Regional da **Funasa** no Ceará (Core/CE) garantiu, neste ano, a qualificação dos conselheiros e lideranças para que façam o acompanhamento e a fiscalização, e contribuam para a formulação de estratégias de atuação no SUS e na política de atenção à saúde dos povos indígenas.

MEDICINA TRADICIONAL – Durante os meses de fevereiro e março deste ano, o Dsei/CE deu continuidade ao cadastramento dos cuidadores da medicina tradicional indígena, nas aldeias Horto, Olho d'água, Santo Antonio e Monguba. Esse programa tem por objetivo incentivar e fortalecer a medicina tradicional, preservando a cultura e revitalizando as práticas de saberes tradicionais indígenas. Foram cadastrados 46 cuidadores da etnia Pitaguary nas respectivas categorias: curandeiro, pajé, cacique, rezador, bezendeira, parteira e raizeiro.

HIPERTENSÃO E DIABETES – Profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena dos Polos-base foram capacitados em hipertensão e diabetes. Eles receberam informações relevantes para aprimorar a conduta do atendimento à população atingida por essas doenças. ■

No coração da selva

Funasa leva água tratada para comunidades yanomami que vivem no Amazonas. Ação reduz casos de diarreia e outras doenças

NO ANO PASSADO, a Fundação Nacional de Saúde conseguiu reduzir em 34% o número de casos de malária no Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami (Dsei/Yanomami), em Roraima. Agora, a **Funasa** comemora outro avanço: levou água tratada para áreas indígenas isoladas e encravadas no coração da selva Amazônica, entre elas o Novo Demini, uma das comunidades do Dsei/Yanomami administrado pela Coordenação Regional da Fundação (Core/RR) no estado.

Ali, os indígenas “vivem dias de felicidade” – como destacou o líder local Abraão Yanomami

–, graças à construção de um completo sistema de abastecimento de água composto por um poço artesiano, um reservatório com capacidade de 5 mil litros e uma casa para o grupo gerador que leva água encanada para as 54 malocas, beneficiando os 316 indígenas do povoado.

A obra solucionou de vez os surtos de diarreia que, em determinados meses do ano, assolavam os índios daque-

la comunidade por causa do consumo das águas poluídas do rio Demini, que corta a região. “Os técnicos da **Funasa** vieram aqui e viram que, em certos períodos, a água fica poluída e isso dava diarreia nos índios”, afirmou Abraão.

Depois de se reunirem, as lideranças

locais resolveram pedir à **Funasa** a construção de um sistema de abastecimento de água no Novo Demini, localizado no município de Barcelos, no estado do Amazonas, mas sob a jurisdição da Core/RR. “O rio está muito sujo e não é culpa nossa. A chuva leva barro e outras sujeiras da floresta

para dentro do rio e a água fica poluída, deixando o povo doente”, disse Abraão, explicando o porquê de ter pedido água tratada à **Funasa**. Ele lembrou que a decisão só foi aceita depois de reunir a comunidade e os conselheiros, e mostrar a necessidade de implantar o sistema. Tudo devidamente registrado em ata.

“Agora, nosso povo não tem mais diarreia; tem água boa e o povo fica

Cartilha na língua yanomami ensinará o manuseio da água, o uso dos chuveiros e o manejo e destinação adequados do lixo e dejetos



Mãe e filho yanomami: mais saúde

contente. Agora, água está perto da casa. Mulher faz mingau de banana e de macaxeira e fica mais fácil”, contou Abraão. “Agradecemos muito à **Funasa** por fazer sistema de água boa e acabar com diarreia do nosso povo”, completa o líder yanomami.

Chuveiros – Além de colocar torneiras próximas às choupanas (casas), a Divisão de Engenharia de Saúde Pública (Diesp) da Core/RR instalou chuveiros em dois locais e construiu quatro sanitários que estão em fase de testes na comunidade – por questões



Banho com água tratada no Novo Demini



Abraão Yanomami toma água de qualidade. Ele agradeceu à **Funasa** pelas obras



Agora, as crianças e adultos que vivem na comunidade do Novo Demini não sofrem mais com os surtos de diarreia

culturais, os yanomami ainda não adotaram o uso do vaso sanitário e do chuveiro. “Com isso, estamos levando mais saúde e qualidade de vida para aqueles indígenas”, disse o chefe da Diesp, Paulo Henrique Brasil Hass Gonçalves.

Para complementar o trabalho, a equipe de Educação em Saúde da Core/RR está elaborando uma cartilha na língua yanomami e promoverá palestras de conscientização do manuseio da água, uso dos chuveiros e sobre manejo e destinação adequados do lixo e dos dejetos.

Além do Novo Demini, a comunidade da Hadianai, no município de Mucajaí (RR), foi contemplada com o mesmo tipo de sistema de abasteci-

mento, com 845 metros de rede que leva água encanada a 12 malocas, o que beneficia 75 indígenas, também da etnia Yanomami.

O coordenador regional da **Funasa** em Roraima, Marcelo Lopes, lembrou da dificuldade de implantar o projeto no Novo Demini, em função do local ficar numa região de difícil acesso, aonde só se chega depois de duas horas de voo da capital, Boa Vista.

“Embora saibamos das complicações para se chegar à região dos yanomami, sabemos que eles almejam os benefícios da **Funasa**, principalmente o saneamento básico com acesso a água tratada”, disse.

Segundo o coordenador, as benfeitorias servirão para diminuir os índi-

ces de doenças causadas pelo consumo de água suja ou contaminada, tais como a verminose e a diarreia e, conseqüentemente, reduzir as remoções de pacientes para a Casa de Apoio à Saúde do Índio (Casai). “Com isso, baixamos os custos com logística”, explica Lopes.

Todo o trabalho foi feito em comum acordo com as comunidades contempladas que, por meio dos Conselhos de Saúde, solicitaram a implantação do sistema de abastecimento.

As ações foram supervisionadas pelos técnicos da Coordenação Regional de Roraima e custaram, aproximadamente, R\$ 300 mil, recursos do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC/**Funasa**). ■

Equipamentos para uma saúde melhor

AS ALDEIAS YANOMAMI receberam, em 2008, recursos estimados em mais de R\$ 5 milhões para equipar os Dseis, Polos-base e Postos de Saúde. Dentre as principais aquisições feitas no ano passado para o Dsei Yanomami, que atende os índios nos estados de Roraima e do Amazonas, destacam-se os equipamentos médico-hospitalares.

Foram adquiridos uma microcentrífuga, 80 inaladores/nebulizadores, um destilador e 11 centrifugadores de laboratório, 15 glicosímetros eletrônicos, um homogenizador para aplicação de plaquetas, 12 detectores optrônicos, oito autoclaves semi-automáticas, 59 macas de ferro esmaltado, 14 macas de aço tipo carro-maca, 30 macas de alumínio, 30 escadas hospitalares de aço, 50 balanças antropométricas digitais, 65 microscópios, dois controladores eletrônicos de temperatura, 15 detectores ultrassôni-

cos de fetos, um eletrocardiógrafo portátil e digital, 29 luxômetros para manômetro acoplado, 15 microscópios binoculares, 57 balanças pediátricas, uma balança analítica, 19 mesas auxiliares, 19 mesas ginecológicas, 10 focos clínicos e diversos acessórios para equipamentos odontológicos.

Entre os equipamentos de apoio, logística, comunicação e saneamento foram adquiridos 129 rádios transceptores, 53 barcos de alumínio, 26 motores de popa 15hp, 42 motores de 8hp e oito de 5 hp, sete câmeras fotográficas digitais, 21 microcomputadores, cinco roçadeiras manuais, 61 bombas aspersoras para borrifação, dez motores de bomba d'água portátil e 13 conjuntos motor bomba. No triênio 2007/09 foram entregues 24 picapes, duas ambulâncias e quatro veículos leves. ■

Muitas obras nas aldeias

População indígena é beneficiada com abastecimento de água e outras ações. Investimentos chegam a R\$ 82 milhões

AS OBRAS DE SANEAMENTO ambiental realizadas pela **Funasa** em áreas indígenas melhoram em muito a qualidade de vida das pessoas que vivem em diversas regiões do país. A Fundação está investindo R\$ 82 milhões do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC/**Funasa**) nessas obras, sendo que 200 delas foram finalizadas e outras 750 estão em andamento.

Na Região Norte, onde está a maior parcela dessa população, são, aproximadamente, 100 mil índios com água de qualidade à disposição. Só no estado do Amazonas há 33 mil indígenas de 103 aldeias beneficiados com obras de abastecimento de água, por meio de execução direta. O total de índios atendidos com esta ação no Brasil está em torno de 338 mil pessoas.

Em Mato Grosso do Sul, 91,4% das comunidades já contam com abastecimento. São 63,2 mil pessoas atendidas. O objetivo é aumentar a cobertura, com os investimentos do PAC/**Funasa**, para 100%, além de garantir a manutenção dos sistemas já existentes e em funcionamento, com o apoio dos Agentes Indígenas de Saneamento (Aisans), capacitados para atuarem em suas comunidades. De acordo com dados do Departamento de

Engenharia de Saúde Pública (Densp) da **Funasa**, foram treinados em todo o país, entre 2000 e 2008, 1.561 Aisan. Hoje, 1.229 atuam nas áreas indígenas e 237 trabalham em processo de capacitação.

Outro estado que pode exemplificar o empenho dos engenheiros da **Funasa** é Mato Grosso. Das 483 aldeias, 333 contam com água limpa disponível. São 27,5 mil pessoas (ou 84,1% da população indígena mato-grossense) que recebem água potável, o que reduz sensivelmente o risco de contaminação com doenças de veiculação hídrica.

As ações de saneamento não se resumem a oferecer água potável. A **Funasa** também implanta melhorias sanitárias domiciliares (banheiros com privadas, chuveiro, pia e esgoto com fossas sépticas) – MSD – nas comunidades. Atualmente, 320 mil pessoas, ou 60% da população total no país, já dispõem do benefício.

A aldeia Mangueirinha, localizada no Paraná, tem 100% de cobertura de esgotamento sanitário e 93% da população recebem água potável disponibilizada pela Fundação. Segundo o cacique kaingang Valdir José Kokoj dos Santos (35), as obras resultam em impacto positivo na vida da sua comunidade, que é formada por 385 famílias. “A aldeia



Água chega a aldeia Maréia, em Nova Nazaré (MS)

está sendo bem atendida e o serviço vai ser ampliado para todas as famílias. A **Funasa** está construindo banheiros nas casas que ainda não têm”, explicou. Valdir destacou também que foi possível observar a diminuição dos números de casos de diarreia entre os indígenas da comunidade.

No Amazonas, outros 53 mil indígenas também foram beneficiados com banheiros. As aldeias atendidas somam 265, representando 43,5% da população total no estado. A **Funasa** também investe na instalação de melhorias em Pernambuco. Lá, 80 aldeias que reúnem 25 mil pessoas vivem de forma mais confortável com a benfeitoria. O abastecimento de água atinge, nesse estado, 69,2 % da população.

O sistema de esgotamento sanitário convencional se aplica em algumas áreas indígenas onde a sua instalação é viável. Tal modelo atende 11,3 mil indígenas distribuídos nos seguintes estados: Alagoas, Bahia, Mato Grosso do Sul e São Paulo. Na Bahia, por exemplo, 6 mil indígenas são atendidos com rede de esgotamento. Outro estado que conta com o mesmo tipo de solução é o Espírito Santo, com 1,7 mil índios atendidos. ■



As ações de saneamento que a **Funasa** desenvolve em diversas regiões, como no Mato Grosso do Sul, estão atendendo, diretamente, cerca de 338 mil indígenas em todo o Brasil

Banheiros e água para comunidades da Bahia

Saneamento básico beneficia famílias de diversas aldeias



As obras do novo Polo base de Porto Seguro estão adiantadas. Unidade atenderá aldeias do sul da Bahia

MAIS DE 1,8 MIL indígenas da Bahia foram beneficiados, no ano passado, com ações da **Funasa** na área de saneamento básico. Aldeias das regiões norte e extremo sul do estado receberam sistemas de abastecimento de água potável e melhorias sanitárias domiciliares (banheiros), totalizando um investimento de R\$ 679 mil.

As famílias indígenas das aldeias de Imbiriba, Aldeia Velha, Mata Medonha, Coroa Vermelha, Gleba B, Gua-xuma, Corumbalzinho, Craveiro, Águas Belas I e II e aldeia Tuxá, todas no Sul da Bahia, já contam com as benfeitorias. Segundo o cacique Maninho, da aldeia de Mata Medonha, a **Funasa** tem avançado com ações de saneamento nas aldeias e as lideranças reconhecem esse progresso. “Nosso papel é orientar as comunidades indígenas sobre seus direitos de forma geral e, principalmente, em relação à saúde”, disse Maninho.

Para o presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena da Bahia, Anselmo da Conceição, conhecido como Tuxá, as obras melhoraram a saúde e

Para o ano de 2009, o total de recursos destinados às ações de saneamento básico nas aldeias da Bahia é de mais de R\$ 2,3 milhões

vida dos índios. “O abastecimento de água melhorou muito em 2008. Houve perfurações de poços e construção de banheiros em aldeias prioritárias. O Conselho Distrital e a **Funasa** estão trabalhando juntos na fiscalização das obras”, afirmou.

Para o ano de 2009, o total de recursos destinados às ações de saneamento básico nas aldeias é de mais de R\$ 2,3 milhões. Serão 24 comunidades atendidas com a ampliação ou implantação do sistema de abastecimento de água e banheiros. Somente na aldeia de Caramuru, localizada no município de Pau Brasil, a **Funasa** investirá mais de R\$ 1 milhão na construção do sistema de abastecimento de água.

NOVA SEDE - As aldeias do sul da Bahia vão receber mais um reforço na área de saúde. Está em fase adiantada de construção a nova sede do Polo base de Porto Seguro, responsável pela coordenação e suporte administrativo das ações executadas em 19 aldeias, atendendo quase 13 mil indígenas.

Com um investimento de R\$ 625 mil, a estrutura contará com um laboratório de controle da qualidade da água, salas para armazenagem e distribuição de medicamento, reuniões, e para técnicos de saneamento. O espaço terá ainda recepção, plataforma de elevação para portadores de necessidades especiais e um auditório com 56 lugares. O total de área construída é de 1.700m².

Além disso, os polos no interior baiano, como o de Feira de Santana e Juazeiro, estão sendo reformados para oferecer melhores condições de acomodação para as equipes técnica e administrativa. Em Ibotirama, a **Funasa** conseguiu a doação de um terreno de 2 mil m² para construção da nova sede do Polo base que atende os mais de 2,1 mil índios da região. A estrutura de atendimento à saúde indígena da Bahia é composta por seis Polos-base, 27 postos de saúde e cerca de 400 profissionais. ■

Os Polos-base

NA ORGANIZAÇÃO dos serviços de saúde, outra instância de atendimento da **Funasa** são os Polos-base. Eles são a primeira referência para os Agentes Indígenas de Saúde (Ais) que atuam nas aldeias, na atenção primária e nos serviços de referência. Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência. Neste último caso, correspondem a uma unidade básica de saúde na rede de serviços daquele município.

Os agravos à saúde que não forem ou não puderem ser atendidos nos Polos-base em função do grau de resolutividade são encaminhados para a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a realidade de cada Dsei. Essa rede já tem sua localização geográfica definida e é articulada e incentivada a atender os índios, levando em consideração a realidade socioeconômica e a cultura de cada povo indígena.

Já os 751 postos de saúde são unidades de saúde avançadas, que servem de apoio aos polos, prestando os serviços básicos de saúde e atendendo em caráter emergencial. ■

Preservando a tradição de um povo

Funasa melhora a vida de índios xavante que vivem no Mato Grosso

O MUNICÍPIO de General Carneiro, no Mato Grosso, onde ficam as aldeias Jesus de Nazaré e Nova Esperança, está localizado a 450 quilômetros a leste de Cuiabá. Para se chegar às reservas, saindo da capital pela Estrada Parque, é preciso subir 820 metros do nível do mar até à Chapada dos Guimarães, rumo aos municípios de Campo Verde e Primavera do Leste, região produtora de algodão e soja. Ainda pela BR-070, que liga Cuiabá a Barra do Garça (MT), é preciso atravessar o distrito de Paredão até entrar na divisa com o município de General Carneiro. A partir daí, o acesso às aldeias é por estrada de terra, interrompida por vários riachos com pontes em madeira rústica e dezenas de colchetes que dividem uma propriedade da outra.

A aldeia Jesus de Nazaré, fundada há cinco anos pelo xavante Pedro Wairotsu, 59 anos, pode ser vista de longe na descida do morro. Formada em círculo por 23 ocas, a aldeia abriga, aproximadamente, 200 pessoas. Esta reserva foi beneficiada no final de 2008 com obras de saneamento da **Funasa**, que implantou sistema de canalização de água, perfurou poços e construiu um reservatório de água.

A partir dessas ações houve uma significativa alteração nos hábitos de higiene das 18 famílias moradoras do local que, gradativamente, deixaram de utilizar as águas do córrego Barreiro, a 400 metros da aldeia.

“Eu sou irmão mais jovem do cacique Mário Juruna e há cinco anos vim da aldeia Guadalupe, distante 20 quilômetros daqui, para montar uma nova comunidade. Moro com minha mulher, seis filhos e dois netos. Na aldeia, eles têm escola, a gente planta, caça e preserva a natureza que nos sustenta. A chegada da água melhorou muito o dia a dia do meu povo”, declarou Wairotsu, enquanto fiscalizava, com o chefe da Divisão de Engenharia e Saúde Pública (Diesp) da Coordenação Regional da **Funasa** em Mato Grosso, Márcio Souza Faria,

A **Funasa** mantém Agentes Indígenas de Saneamento (Aisan) em mais de 70% das aldeias do Mato Grosso



Pedro Wairotsu, irmão de Mário Juruna, com os filhos: “Água melhorou a vida do meu povo”

a posição e o funcionamento das placas solares que passam energia para acionar a bomba d’água que abastece o reservatório da aldeia.

Além da rede de água, a **Funasa** mantém Agentes Indígenas de Saneamento (Aisans) em mais de 70% das aldeias do estado. “Na Jesus de Nazaré, investimos R\$ 89 mil para garantir 24 ligações domiciliares, perfuramos um

poço com 72 metros e construímos 612 metros de rede de água e reservatório para 15 mil litros. Também capacitamos um morador como Aisan. A meta da Coordenação em 2009 é priorizar a infraestrutura das aldeias xavante, e já traçamos um

plano de trabalho para que os projetos saiam do papel”, informou o coordenador Marco Antônio Stangherlin.

NOVA ESPERANÇA - O cenário rumo à aldeia Nova Esperança, a 15 quilômetros depois da Jesus de Nazaré, na direção sudoeste, se diferencia com centenas de postes erguidos e enfileirados anunciando a chegada do “Programa Luz para Todos,” do governo federal, às comunidades indígenas. A vegetação baixa e retorcida do cerrado se mistura com a terra arenosa intercalada pelos córregos

e riachos que atravessam a região montanhosa, caracterizando o difícil acesso.

Nova Esperança surge no descampado com 18 casas típicas construídas em sapê, dispostas em círculo, parte da tradição xavante. O pequeno povoado indígena, com 78 habitantes, hoje também pode comemorar a chegada da água, distribuída em 19 ligações bem em frente às casas, além de um reservatório com dez mil litros de água e um poço de 60 metros de profundidade perfurado pela **Funasa**. Em Nova Esperança, o investimento na área de saneamento básico foi de R\$ 77,3 mil.

O Agente Indígena de Saneamento (Aisan) Jaime Tsuwepte, 39 anos, e a mulher Vitória Pedzone, da mesma idade, filha de Mário Juruna, vieram da aldeia Barreirinho em 2002 para Nova Esperança e falam com orgulho dos benefícios. “Meu filho Mário Juruna Neto, de 12 anos, está no Rio de Janeiro estudando para ser alguém importante, mas eu fico feliz em poder estar aqui com a minha gente vivendo com o conforto da água e da luz”, desabafa Vitória, mostrando fotos antigas do pai que foi o único cacique xavante a se tornar deputado federal.

“Tenho orgulho de nossa cultura xavante, da nossa terra, de caçar, de ver minha mulher trabalhar na roça e minha neta crescer aqui na nossa casa”, completou Tsuwepte, enquanto cuidava do animal de estimação da família, um urubu.

POPULAÇÃO - A população indígena de Mato Grosso reúne, atualmente, 30,2 mil representantes de 46 etnias diferentes, divididas em 368 aldeias instaladas em 47 dos 146 municípios do estado. Para desenvolver e acompanhar as ações de saúde e saneamento, a **Funasa** dispõe de quatro Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis) - Kaiapó, Xingu, Xavante e Cuiabá - subdivididos em 18 Polos-base.

O mais populoso, concentrando apenas uma etnia, é o Dsei Xavante. Com sede na cidade de Barra do Garça, é responsável por 13.981 índios em 173 aldeias da região sul-leste de Mato Grosso, que compreende 13 municípios: Canarana, Paranatinga, Água Boa, Campinápolis, Novo São Joaquim, Barra do Garça, Primavera do Leste, Poxoréo, General Carneiro, Bom Jesus do Araguaia, Nova Nazaré, Nova Xavantina e Santo Antônio do Leste.

HISTÓRIA - Desde meados da década de 1940, missionários católicos e protestantes, além de uma equipe do Serviço

de Proteção ao Índio (SPI), iniciaram a colonização dos xavantes. Apesar de todas as influências trazidas às aldeias pelos não-índios, a cultura Xavante nunca deixou de se manifestar, retransmitida de geração em geração pelo conjunto etnolinguístico conhecido na literatura antropológica como Acuen (Macro-Jê).

O índio xavante passou a dominar a região Leste de Mato Grosso, com características distintas de outras etnias, como líder e guerreiro nato que, apesar de todas as alterações no ecossistema, ainda vive da caça, protege a família, mantém a língua materna e todos os rituais e cerimônias em respeito aos ancestrais. ■



Jaime e Vitória: “Fico feliz em poder viver, com conforto, junto da minha gente”, diz a filha do cacique Juruna

Autoridade alemã elogia trabalho da Funasa na área indígena



Faustino, Nooke, Kunow e Guenka: reconhecimento pelos avanços alcançados na saúde indígena

O ENCARREGADO de Direitos Humanos do governo federal da Alemanha, Günther Nooke, elogiou o trabalho da **Funasa** em prol da população indígena. A comitiva Alemã foi recebida pelo diretor-executivo da Instituição, Faustino Barbosa Lins Filho, no dia 6 de abril, na sede do órgão em Brasília.

Günther ressaltou que a Europa, especialmente a Alemanha, reconhece os avanços realizados pelo governo brasileiro nessa área. “Gostaríamos que os indígenas, assim como nós, europeus, reconhecessem o importante trabalho que o governo brasileiro vem fazendo para melhorar a qualidade

de vida dessa população”, afirmou o encarregado de Direitos Humanos da Alemanha.

Faustino agradeceu o reconhecimento e disse que o fato orgulha as autoridades brasileiras. “Para nós, que tanto lutamos para a melhoria das condições de vida dos índios, já é um alento saber que outros povos reconhecem a dimensão do nosso trabalho e os resultados positivos que ele tem provocado”, salientou.

Na ocasião, o diretor do Departamento de Saúde Indígena (Desai) da **Funasa**, Wanderley Guenka, fez uma exposição das ações de saúde indígena da Fundação e apontou a extensão

territorial do Brasil e as dificuldades de acesso como fatores que dificultam uma ação mais eficaz. Segundo ele, desde que a **Funasa** assumiu a saúde indígena, em 1999, grandes avanços já podem ser observados. “A queda da mortalidade infantil, que era de 74,61 óbitos por mil nascidos vivos, em 2000, é hoje de 46,73 para o mesmo universo”, ressaltou.

Outra ação destacada pelo diretor do Desai foi a criação do Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional, em 2002, que proporcionou a redução da subnutrição em 53,13%. “Mais de 96% das 12 mil crianças de zero a cinco anos são acompanhadas pelo programa”, frisou Guenka

A comitiva alemã, integrada, também, pelo embaixador da Alemanha no Brasil, Prot Von Kunow, esteve no País conhecendo órgãos relacionados com os direitos humanos. A viagem incluiu, ainda, uma passagem pela reserva Yanomami, em Roraima, onde os visitantes se encontraram com o cacique Davi Kopenawa. O funcionário alemão vai elaborar um relatório que será entregue à **Funasa**. “É muito importante que conheçamos essa visão de autoridades estrangeiras, como eles veem nosso trabalho, pois nos proporcionará um *feedback* de nossas ações”, ressaltou Guenka. ■

Para fortalecer a saúde indígena

Funasa recebe estudo sobre novos modelos de gestão



Danilo com Joana Godinho: “Estou muito satisfeita com o trabalho dos modelos”, diz a representante do Bird

A **FUNASA** recebeu em março, o relatório final que contém os novos Modelos de Atenção, de Organização, de Gestão, de Financiamento e de Monitoramento e Avaliação do Subsistema de Saúde Indígena, além da proposta do Plano de Ação para implementação das duas medidas. Os documentos foram elaborados pela consultoria contratada pelo Projeto Vigisus II/**Funasa**, no início do ano passado.

O trabalho ficou a cargo do *Institute of Development Studies* (IDS), instituição inglesa que lidera o consórcio formado, também, pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap) e pela Associação Saúde Sem Limites (SSL).

Os novos modelos já vêm sendo discutidos por técnicos e gestores de todos os setores da Fundação, dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis), do Ministério da Saúde, do Banco Mundial e por lideranças indígenas. A ideia, segundo Hermézio Filho, coordenador-geral do Vigisus II, é promover o fortalecimento dos Dseis, com a ampliação e aperfeiçoamento das ações desenvolvidas pela Fundação em favor dos povos indígenas.

“A aplicação das ações norteadas por essas novas propostas trará uma nova condução gerencial à saúde indígena, respeitando a enorme e complexa diversidade

dos povos indígenas, com ampla participação do controle social”, destacou.

O Vigisus II é um projeto idealizado em parceria com o Banco Mundial (Bird) e tem, como um de seus objetivos, articular um conjunto de ações para melhorar a qualidade dos serviços de atenção à saúde prestados às comunidades indígenas e aos quilombolas. O projeto é uma continuação do Vigisus I, que também voltou seu trabalho para o bem-estar dessas comunidades.

No dia 25 de março, a representante do Bird, Joana Godinho, foi recebida pelo presidente da Fundação, Danilo Forte, com quem discutiu o futuro Plano de Ação para a Saúde Indígena.

De acordo com Joana Godinho, a instituição acompanha “com muito interesse” a conclusão do relatório final. Entre as propostas em discussão, está a autonomia dos Dseis. “Estou muito satisfeita com a seriedade com que a **Funasa** e os responsáveis pelo Vigisus II executaram o trabalho dos modelos, a exemplo das oficinas e as ações de campo com as lideranças indígenas”, afirmou a representante do Banco Mundial.

A parceria com o Bird, inclusive, já rendeu muitos frutos ao Brasil. Nos últimos quatro anos, por exemplo, a **Funasa** construiu mais de 100 unidades de saúde para as famílias indígenas em 15 estados, entre postos de saúde, Casas de Apoio à Saúde Indígena (Casais) e Polos-base. Da mesma forma, foi feita uma ampla distribuição de equipamentos hospitalares para os 34 Dseis. Foram mais de 9 mil itens entregues em 23 estados, num grande trabalho de logística. Deve-se destacar que a maioria desses itens é destinada ao atendimento de crianças e gestantes. Além disso, a Fundação Nacional de Saúde promoveu no período um amplo repasse de material odontológico, o que vem ajudando a reforçar o atendimento direto às famílias.

No ano passado, as comunidades indígenas de nove estados foram beneficiadas com a entrega de 39 barcos com motores de popa para prestação de serviços de assistência à saúde indígena. Pelo Vigisus II foi possível, ainda, formar centenas de Agentes Indígenas de Saúde (Ais).

Como parceiro da **Funasa** no Vigisus II, o Banco Mundial acompanha com muito interesse a conclusão da consultoria que resultará na implementação dos novos Modelos de Atenção, de Organização, de Gestão, de Financiamento e de Monitoramento e Avaliação do Subsistema de Saúde Indígena. Entre as propostas em discussão está a autonomia dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

ONG internacional enaltece ação da Funasa em Dourados

A Organização Não-Governamental (ONG) Grupo Internacional de Trabalho sobre Assuntos Indígenas (IWGIA) destacou o trabalho na área de saúde que a **Funasa** desenvolve na reserva indígena de Dourados, no Mato Grosso do Sul. O elogio integra o relatório intitulado “Os Direitos dos Povos Indígenas em Mato Grosso do Sul, Brasil – Confinamento e Tutela no Século 21”, elaborado após visita de um pesquisador da IWGIA ao estado, a pedido da Associação de Jovens Indígenas de Mato Grosso do Sul.

O documento, apresentado no dia 12 de março no auditório da Seccional da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e na Escola Indígena “Tengatui Marangatu”, na aldeia Bororó, ambos em Dourados, foi encaminhado à Organização das Nações Unidas (ONU). O levantamento teve como objetivo traçar um perfil dos direitos indígenas, abordando, primeiramente, o tratamento que o estado brasileiro tem dispensado a esses povos. ■



Fundação
Nacional
de Saúde

Ministério
da Saúde

