

Entrevista com o Dr. Antônio Alves de Souza

Formado em medicina pela Universidade de Brasília, o Dr. Antônio Alves de Souza está à frente da Secretaria Especial de Saúde Indígena desde a sua criação, em 2010. Antes disso, como Secretário da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, coordenou o Grupo de Trabalho formado para discutir e apresentar propostas de ações e medidas que seriam implantadas no âmbito do Ministério da Saúde com vista à incorporação das competências e das atribuições referentes à atenção a saúde dos povos indígenas, procedentes da Funasa.

1. Como surgiu a ideia da criação da SESAI e como se inseriu neste contexto?

O primeiro evento que registra uma mobilização maior das comunidades indígenas vem logo após a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, conferência essa que teve um formato importante porque, pela primeira vez, se faz uma conferência que abre espaço para que a sociedade civil organizada possa estar representada paritariamente, junto com outros segmentos do governo. As sete conferências anteriores foram organizadas com a participação de técnicos de notório conhecimento, mas nunca com um envolvimento maior de parte da sociedade. Coordenada por Sérgio Arouca, a 8ª conferência se organiza paritariamente, com 50% de pessoas da sociedade civil, associação de moradores, centrais sindicais, movimento estudantil e academia, juntamente com os trabalhadores do SUS e também com os representantes dos governos, tanto estaduais

quanto municipais, e do governo federal. Naquele momento, já tivemos uma participação das comunidades indígenas, que vieram na representação do segmento de usuários.

Nessa conferência se definiu as bases e as diretrizes que seriam levadas ao processo de constituinte. Em 1986, já ocorreria a eleição que escolheria os parlamentares que iriam compor o colegiado constituinte, que, no período de 1987 e 1988, debateriam a revisão constitucional brasileira. Depois dessa conferência, se organizou uma comissão nacional de reforma sanitária, eu também tive o prazer e a honra de participar dessa comissão. Na época eu trabalhava no Ministério do Trabalho, como médico do trabalho, então nós percorremos o país levando o debate do relatório da 8ª conferência, discutindo com os candidatos, com o parlamento, aquilo que nós aprovamos na 8ª conferência, como base do processo constituinte. E nessa conferência se aprova, por decisão dos delegados e atendendo à reivindicação dos povos indígenas, a realização da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, realizada em dezembro de 1986. Já naquele momento os indígenas reivindicavam a criação de um órgão no âmbito Ministério da Saúde para cuidar da saúde deles. Depois, com o processo da constituinte, durante 87 e 88, se aprova o capítulo específico de defesa do direito dos povos indígenas na constituição de 88. Os artigos 230 e 231, asseguraram a autodeterminação desses povos o direito de serem respeitados. Pela primeira vez uma constituição brasileira traz um capítulo destinado aos povos indígenas.

Passado esse período, vem a regulamentação pela Lei 8.080, nascendo dois anos depois, ou seja, em 1990. Representando o Ministério, eu tive a oportunidade de participar com o Deputado Raimundo Bezerra, do Ceará, na elaboração do arcabouço do que seria, depois, a Lei 8.080. Eu acompanhei a sua redação e depois a discussão no Congresso. Pra nossa surpresa, aprovada a Lei em setembro de 1990, vem a sanção feita pelo presidente Collor, à época, e o veto aos principais artigos que previam a participação da comunidade, que era a regulamentação do artigo 198, quando lá diz que o Sistema Único contará com a participação da comunidade. E aí ele veta todos os artigos que faziam referência à conferência e ao conselho de saúde. Houve um grande movimento e o congresso foi “obrigado” a, em três meses, elaborar um novo projeto e aprová-lo em 27 de dezembro, que foi a Lei 8.142/90. Então duas Leis, chamadas Leis Orgânicas da Saúde, foram aprovadas em um curto espaço de tempo, o que só foi possível graças a essa mobilização.

O SUS começa a ser implantado, com muitas dificuldades, porque foi extinto o INPS e o Inamps. O Ministério da Saúde, até então, tinha o papel de coordenar basicamente as ações preventivas, pois as ações curativas ficavam com o Inamps que era ligado ao Ministério da Previdência Social, e passa a ter a função de ser o coordenador nacional da política do Sistema Único de Saúde. Os estados e municípios começam a se organizar também nessa perspectiva.

O Deputado Sérgio Arouca, que acompanhava de perto toda a implementação do SUS e, procurado por várias lideranças, identificou que o SUS que nós havíamos

aprovado, e que estava sendo implantado, tinha dificuldade de chegar até os povos indígenas, que viviam afastados dos grandes centros, sem parentes na cidade, muitos não falando a nossa língua, o português. E aí, em 94 ele apresenta um Projeto de Lei – PL propondo a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Esse subsistema é aprovado em 1999, introduzindo o capítulo V à Lei 8.080, definindo que essas ações ficariam por conta da União, logicamente com a parceria de estados e municípios.

A partir de 99, quando se cria o Subsistema, estabelecendo como unidade de execução, na ponta, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIs, foi delegada à Funasa a atribuição para coordenar a gestão desse subsistema. A Funasa, não tendo as condições adequadas para se organizar e poder oferecer esse serviço, se vale de experiências que já existiam anteriormente de atendimento aos indígenas, como das missões religiosas e das organizações não governamentais, e começa prestar assistência por meio de convênios com ONGs. O movimento indígena também ansioso por encontrar soluções para os seus problemas, e na perspectiva de poder ajudar, se organiza com várias organizações não governamentais indígenas, só que não tiveram o devido preparo para conduzir a gestão dessas ações na ponta. Então muitas das organizações conveniadas se perderam, desviaram recursos. Até hoje tem tomada de contas.

Os povos indígenas reivindicavam a autonomia do distrito, porque esses distritos já foram criados e já nasceram dentro de uma coordenação regional da Funasa, portanto, sem nenhuma autonomia. Para tudo dependiam da definição ou da aprovação do coordenador regional da Funasa ou da Funasa central. Então

os indígenas bateram forte nisso na terceira e também na quarta conferência de saúde indígena, sendo que na quarta eles propuseram a saída da Funasa e reivindicaram a criação de um órgão no âmbito do Ministério.

Com a chegada do governo Lula, em 2003, ao governo Federal, eu entro no governo, na área de gestão, junto com o Humberto Costa, no Ministério da Saúde, e se busca tentar corrigir, no âmbito da Funasa, algumas questões. Mas pela própria característica da Funasa, de ter como missão duas áreas que são emblemáticas, como é o caso saneamento em municípios com menos de 50 mil habitantes e saúde indígena, acabou que a prioridade ficou no saneamento, pela pressão de prefeitos, municípios, que têm uma organização política mais forte, ou seja, a saúde indígena foi relegada a segundo plano.

Criou-se no governo Federal a Comissão Nacional de Política Indigenista – CNPI, vinculada à Funai, Ministério da Justiça. Essa comissão é integrada por representantes indígena e membros do governo que tem a ver com as políticas indigenistas. Então a saúde está lá, a educação, a agricultura, o meio ambiente, a defesa e outros órgãos. O presidente Lula tinha o hábito de visitar com frequência as reuniões das CNPI e toda vez que ele comparecia ele escutava a queixa dos indígenas, representados lá, de que a saúde indígena não estava bem, que precisava ser feita alguma coisa para melhorar. Em uma destas reuniões, estava também presente o Ministro Temporão, da Saúde, o Danilo Fortes, presidente da Funasa, à época, e o presidente Lula, quando, após as queixas dos indígenas, o presidente chama o Ministro Temporão e o Danilo e determina aos dois que encontrem uma solução definitiva para a saúde indígena.

Dali nasce a determinação do Ministro de criar um grupo de trabalho para estudar a transição da saúde indígena para o Ministério, porque os índios pediam novamente a saída da saúde indígena da Funasa.

O Ministro Temporão tinha um projeto, que inclusive já tinha sido encaminhado para o Congresso, de dividir a SAS, Secretaria de Atenção à Saúde, em duas secretarias. Uma secretaria que cuidaria da atenção primária, atenção básica e promoção da saúde e outra secretaria que ficaria com a atenção de média e alta complexidade. Na exposição de motivos desse PL ficou mencionado que haveria, na secretaria de atenção básica e promoção da saúde, um departamento que cuidaria da saúde dos povos indígenas. Esse Projeto de Lei foi encaminhado para o congresso solicitando a aprovação para que o Ministério criasse mais uma secretaria na sua estrutura, pois os órgãos são criados por meio de Lei. O PL não dizia o nome do órgão, mas a exposição de motivos mencionava a reivindicação dos indígenas e a criação de um GT, que era para estudar a transição. Quando os índios viram o GT proposto pelo Ministro Temporão, o GT nem saiu do papel. Os indígenas fizeram um seminário e aprovaram a reformulação desse grupo, ampliando o número, incluindo indígenas na sua composição e manifestaram que não aceitavam pertencer a um departamento porque eles já estavam na Funasa sendo coordenados por um departamento, que era o DESAI. Eles não aceitavam e queriam uma estrutura própria no âmbito do Ministério. Nesse seminário eu fui convidado para falar de gestão participativa, controle social, não foi pra falar sobre saúde indígena.

O Ministro, que já tinha criado o GT,

recebe essa proposta, reavalia internamente e resolve revogar aquele GT e criar outro com uma composição de 26 membros, sendo 19 indígenas e 7 não indígenas, e me colocam nesse grupo como coordenador, secretário da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP, coordenando o GT. Então foi a primeira manifestação institucional, oficial, da minha participação na saúde indígena. Até então eu apenas acompanhava, no Conselho Nacional de Saúde, pela SGEP, o movimento dos indígenas que lá estavam. Algumas vezes eu operava algum indígena que vinha aqui para o Hospital de Base, como cirurgião, mas não tinha nenhum contato com a saúde indígena.

E aí o GT começa a trabalhar. Nossa primeira reunião foi em 5 de janeiro de 2009. Eu não me esqueço daquela reunião no plenário do Conselho Nacional de Saúde. Sentado na mesa da direção do conselho, quando olhei aquele plenário repleto de indígenas com seus cocares, com as suas bordunas, caracterizados com suas pinturas, esperando o início desse grupo, foi um impacto. Eu gravei muito porque fiquei pensando “o que vou fazer?”, eu não sabia como começar o trabalho. Com a minha experiência de controle social, começamos a ouvir. Aí, então, traçamos uma linha de trabalho. Iniciamos esse trabalho resgatando as propostas das conferências e fomos trabalhar na construção de um órgão que pudesse atender à reivindicação desses povos. E foi aí que eu me inseri nesse contexto da saúde indígena. Como eu tinha pouco conhecimento e tinha a responsabilidade de, junto com o coletivo, construir a melhor proposta, eu assumi pra valer, comecei a conhecer a realidade em que eles viviam, como viviam, como se organizavam, como eram seus costumes, as condições das

unidades de saúde que existiam, dialogando com eles. Fiz um conjunto de viagens para várias aldeias, distritos e trabalhamos com a organização dos seminários regionais para ampliar o debate, ouvir mais pessoas, mais indígenas e, ao final, quando foi em agosto de 2009 nós tínhamos concluído nosso trabalho e apresentado uma proposta. Essa proposta foi encaminhada para o Ministério do Planejamento, de criação de uma secretaria, com uma estrutura que era bem ampla, que chegava até aos pólos-base, mas depois foi reduzida. E como o governo não tinha como criar tantos cargos, nós aproveitamos o projeto que o Ministro Temporão tinha encaminhado para dividir a SAS, que foi retirado, e pudemos aproveitar os cargos que estavam previstos na estrutura daquele Projeto de Lei. Então nasce a proposta da SESAI. Nesse encaminhamento ao Ministério do Planejamento, a gente tinha feito, por exemplo, um plano de carreira, cargos e salários para os trabalhadores, mas o Planejamento não aceitou. Sugerimos que na carreira pudesse ter um momento da avaliação do nosso trabalhador pelo indígena, a gente vai adotar isso aqui internamente, mas ainda não foi possível.

Então, assim que nasce essa secretaria, o presidente Lula, pela sua perspicácia, pela sua sensibilidade e sua vivência política, decide encaminhar para o Congresso uma Medida Provisória, a MP 483, justamente porque ele sabia que um Projeto de Lei, com a composição do Congresso e a resistência que o PMDB tinha quanto à criação da SESAI, que sairia da Funasa, jamais aprovaria um PL. A gente fez a proposta e ele manda a Medida Provisória, que começa a tramitar.

Os índios foram enfáticos que o saneamento

em terras indígenas também fizesse parte da ação da SESAI. Essa foi a segunda resistência mais forte da Funasa e do partido que lá estava representado. Mas o presidente Lula bancou e o Ministro Temporão também, em uma negociação histórica. Ao final, fica autorizada a criação da secretaria. No dia 19 de outubro o presidente assina criando a secretaria e no dia 20, quando eu abro o diário oficial, está lá a estrutura da SESAI e, no outro caderno, eu nomeado como secretário especial de saúde indígena. Então minha história, minha inserção institucional na saúde indígena, nasce junto com a SESAI. Eu fui nomeado no mesmo dia em que foi criada a secretaria. E eu me vejo então, nomeado, sozinho, sem mais ninguém, com a responsabilidade de conduzir um subsistema com a complexidade que é o SASI/SUS. Aí eu negocieei com o Ministro Temporão para que ele me mantivesse como secretário da SESAI, acumulando como secretário da SGEP, até o final da gestão dele, em 31 de dezembro de 2010, para que eu tivesse condições de poder começar a construção da SESAI. Em outubro, novembro e dezembro eu acumulei as duas secretarias, a SGEP, que tinha orçamento, e a SESAI, que não tinha orçamento. A SGEP, que tinha um corpo de servidores, que me ajudaram muito, e a SESAI, que não tinha. Então, essa é a história inicial.

2. E nesse processo de criação da SESAI, o que mais lhe chamou a atenção?

Olha, a gente começa a perceber, já na época do GT, a complexidade de uma área que não era conhecida pelo governo. O governo tem regras que não foram feitas para uma realidade da saúde indígena, como por exemplo, a Lei 8.112/90 e a Lei 8.666/93, que foram construídas, idealizadas, para uma

realidade urbana, onde o trabalhador tem uma jornada de oito horas, almoça em casa, entra no serviço às oito e sai ao meio dia, volta às duas e sai às dezoito. Para uma realidade em que se pode interromper um processo licitatório e recomeçar depois, processo esse que tem um conjunto de empresas que se dispõe a participar, porque estão na mesma localidade em que o serviço vai ser prestado, enquanto a saúde indígena a realidade é completamente diferente. São povos que vivem afastados, a maioria em áreas de difícil acesso, onde não tem estradas. Muitas vezes o meio de acesso é somente fluvial ou aéreo, como é o caso dos yanomami e de algumas outras etnias, do Parque do Tumucumaque e tantos outros, e que para se chegar até eles, para levar a atenção básica, a atenção primária, você precisa organizar toda uma logística que o ordenamento jurídico nacional não previu e não está prevista ainda. Essas dificuldades ficam claras já na criação do grupo, quando eu tinha que me deslocar por muitas horas de avião e depois em estradas difíceis de se transitar, que não tem uma manutenção permanente pelos municípios, não tem asfalto, com veículos cuja manutenção é bastante precária. Eu andei 4 a 5 horas de barco, em que ao final da jornada, pela condição daquele barco, com um assento na horizontal sem o encosto, eu chegava com minha coluna arrebatada. Quando eu visitei Camarão, que é lá no Alto Rio Negro, eu perguntei para a coordenação do distrito, na época era chefia do distrito, como é que chegava uma gestante, que iniciava um trabalho de parto na aldeia, com nove meses de gravidez, trabalho de parto interrompido e, portanto, tendo que ser removida para a cidade, São Gabriel. Como chegava essa gestante, transportada num barco com um banco sem encosto, ela, com o abdômen

gravídico, grande, tomando sol e chuva, porque não tem a cobertura no barco. Um barco sem a manutenção adequada que podia, a qualquer momento, parar de funcionar e ter que ficar ali no mato. Como é que eles vivenciavam aquilo? Isso me marcou profundamente, a logística, as condições das unidades de saúde, onde os trabalhadores dormiam, pernoitavam, a falta dos equipamentos e medicamentos, quer dizer, o descaso com que o Estado tratava esses povos que foram os primeiros habitantes deste país, que deveriam ser motivo de honra e de orgulho para todo brasileiro. Com certeza, na miscigenação que nós temos hoje, cada um de nós aqui tem alguma coisa que veio deles, ou no sangue, no nosso DNA, ou nos hábitos e na cultura, a gente aprendeu e aprende diariamente com esses povos. Em muitos países não tem mais, foram extintos pelos colonizadores. Eram mais de 5 milhões e hoje estão reduzidos a menos de um milhão, falavam mais de mil línguas e hoje 274 línguas. Então isso me marcou profundamente, como foi possível o Estado brasileiro não ter tido esse olhar tão especial que deveria com esses povos?

E aí, depois disso, a dificuldade foi que eu precisava de pessoal para fazer um conjunto de coisas e não tinha recursos humanos nem autorização para fazer concurso. O Tribunal de Contas não permitia que eu contratasse apoio para nossas equipes, nem para a SESAI, nem para os distritos. Os órgãos de controle, até pela forma de utilização inadequada dos recursos por meio de convênios, estabeleceu regras rígidas, que hoje ainda persistem e, não tendo autorização para ter o quadro funcional adequado, continuo com essa dificuldade. Um orçamento que é inadequado, o saneamento que não tinha avançado, unidades de saúde precárias, CASAIs em péssimas condições.

Pessoas vinham da aldeia e precisavam ter um mínimo de conforto e de acolhimento descente, digno, humano, de uma casa de saúde indígena. Então tudo isso me chamou a atenção e me marcou profundamente. De lá pra cá, a gente vem enfrentando esse processo que ainda não está bom.

3. Todas essas características do Subsistema, mais esses desafios que o Sr. colocou para a atenção à saúde indígena, estiveram presentes, e ainda estão, para a implantação da SESAI. Além desses, que vem de longa data, existiram desafios próprios da estrutura do Ministério, para a implantação de uma nova secretaria, de um novo fluxo de trabalho?

Como eu disse, eu fui nomeado e o único cargo preenchido era o meu. Então tem aquele marco zero. A Funasa não cedeu todo o pessoal que trabalhava na saúde indígena, por exemplo, não veio ninguém do saneamento. Os trabalhadores que foram redistribuídos para cá foram aqueles que vinham da SUCAM ou da antiga Fundação SESP, portanto, sem nenhuma vocação para a saúde indígena, eles tinham uma missão que era outra. Do ponto de vista administrativo, não recebemos nenhum reforço, pouquíssimas pessoas que pudessem colaborar. E criar, no âmbito do Ministério, uma cultura que até então não existia, de uma área nova, a saúde indígena. Foi um grande desafio tentar internalizar no âmbito do Ministério da Saúde, em toda a sua configuração, a questão da saúde indígena, esse discurso, essa prática, essa área nova, e que perpassa todas as áreas. E com a grande novidade que é o Ministério, a partir da criação da SESAI, não mais organizar políticas para os outros, mas organizar para ele mesmo fazer, porque a execução da saúde indígena é direta do Ministério, não é o município que vai

fazer. Toda secretaria do Ministério trabalha com essa lógica, constrói uma política, discute tripartitemente e aí, aprova no conselho, mas ela é implementada por outro ente federado, não é pelo Ministério. Na saúde indígena ela é construída, aprovada, publicada e aí vem a parte mais difícil, é executada pelo Ministério da Saúde, que não tinha expertise para isso. Então, quando eu chegava no colegiado de dirigentes que levava alguma questão da saúde indígena, era uma interrogação, porque não havia um domínio, um conhecimento. Então esse foi um desafio grande que a gente teve aqui, a gente está vencendo barreiras, mas ainda continua. Outro desafio foi atender a uma das principais reivindicações dos indígenas, que era transformar o distrito em unidade gestora com autonomia. Ou seja, eles estão lá longe, lá em Atalaia do Norte, lá em Boa Vista, lá em Redenção e precisam comprar, precisam alugar, precisam ter condições para executar as ações. Isso tudo era deliberado nas capitais, pelas coordenações da Funasa. Esse foi um grande desafio nosso em 2011, de tentar construir as chamadas Unidades Gestoras – UG, em que o distrito pudesse ter sua conta bancária, seu orçamento próprio, uma comissão de licitação, mas tudo isso depende de regras que o Estado impõe e que precisam ser cumpridas. Por exemplo, só pode fazer parte de uma comissão de licitação um servidor efetivo do quadro. Tinha distrito com apenas três servidores efetivos, como no Vale do Javari. Um era agente administrativo, um artífice e o outro era um agente de endemias, e eu precisava ter lá um pregoeiro e uma comissão que envolve pessoas que pudessem fazer um termo de referência, publicar um edital, abrir uma licitação, julgá-la e escolher o vencedor. Então isso tudo foram desafios que se apresentaram

em, basicamente, todos os distritos, uns com mais dificuldades, outros com menos. Então, em 2011, essa foi a nossa meta. E aí veio outro desafio grande, a Funasa utilizou-se de uma estratégia para dar conta do papel que ela tinha, que foi fazer convênio com ONGs, e naqueles estados e municípios em que a comunidade não queria convênio, se repassava o dinheiro para a prefeitura e a prefeitura então assumia a atenção básica, o que não era a vontade dos indígenas. Com isso cria-se, nacionalmente, algumas incompreensões quanto ao Subsistema e uma reação forte, por parte das organizações municipais ou até estaduais. Essas entendiam que o Ministério não podia, na lógica do SUS, da descentralização, da municipalização, da organização do serviço próximo onde as pessoas vivem, ter uma ação executada e coordenada pelo nível central. E aí vieram os conflitos que a gente está tentando sanar, mas que continuam. Prefeituras queriam continuar executando as ações com a sua força de trabalho totalmente precarizada. Esses municípios recebiam recursos, mas não contratavam as pessoas formalmente. Os distritos do nordeste exemplificam bem essa situação. Nós, então, tomamos a decisão de que, a partir de 1º de novembro de 2011, que era o tempo em que terminavam os convênios das ONGs com a Funasa, a SESAI passava a assumir plenamente a gestão de pessoas e que não haveria nenhum trabalhador e nenhuma trabalhadora sem a sua carteira assinada, sem o seu registro e fundo de garantia. Tomamos essa decisão e temos hoje mais de 15 mil pessoas contratadas, cerca de 10 mil são indígenas, porque nós damos preferência para o trabalhador indígena. Por exemplo, se vai ser contratado um auxiliar de limpeza para o posto de saúde na aldeia, a empresa que ganhar a licitação é recomendada

a contratar, preferencialmente, um indígena, desde que ele tenha qualificação para a função. O mesmo para vigilante, motorista, piloto de barco, técnico de enfermagem, enfermeiro, além dos AIS e dos AISAN. Então essa é outra grande vitória e hoje somos o maior empregador de recursos humanos indígenas do governo, quase 62% são trabalhadores são indígenas. Esses desafios consomem tempo, exigem articulação. Não tivemos, até hoje, autorização para fazer concurso. A gente foi trabalhando com os poucos que vieram da Funasa e consultorias. Algumas barreiras que, muitas vezes, nos levaram a reflexões profundas.

4. Com tantos desafios, que problemas do Subsistema foram superados com a criação da SESAI e quais ainda existem?

Já me referi a um grande desafio que foi a autonomia dos distritos e poder fazer gestão plena dos recursos humanos da saúde indígena, que antes ficava uma parte com a Funasa, outra com conveniada e a outra com município. Nós ampliamos os recursos financeiros e orçamentários da SESAI, saímos de trezentos e poucos milhões em 2010, que era o orçamento da Funasa, chegando hoje perto de um bilhão de Reais, portanto um crescimento significativo. Ano que vem vamos ter mais um acréscimo. Priorizamos a questão das reformas de CASAI, ou mudança de endereço, para garantir condições dignas para as pessoas que vem da aldeia para aguardarem o tratamento no SUS, na referência especializada de média e alta complexidade. Substituímos o processo de fornecimento de alimentação de CASAI, que era marmitex, por serviços organizados com a refeição feita na própria CASAI, contratando empresas. Conseguimos resolver a questão da

frota de veículos, fazendo a opção de alugar e não comprar, porque para alugar eu só faço dois processos licitatórios, um para contratar o serviço, com motorista, e outro para comprar combustível. Quando compro, eu tenho que fazer um processo para comprar o veículo, um processo para comprar peças para o veículo, um processo para alugar oficina para o veículo, outro para contratar motorista e outro para comprar combustível. Toda a nossa frota está sendo substituída e hoje nós temos monitoramento via satélite desses carros. Eu sei agora, entrando no computador com acesso à internet, onde está cada veículo desses, fazendo o que, quantos quilômetros por hora, quanto rodou durante o mês. Conseguimos contratar horas voo para os locais mais remotos, como é o caso do Vale do Javari, em que as pessoas dependiam de barco, de veículo, levando 12 dias para chegar ao pólo-base. Hoje nós colocamos uma equipe em área com uma hora e vinte minutos e removemos uma gestante ou uma criança com picada de cobra, em menos de duas horas e trazemos para Tabatinga, para Atalaia. Isso tudo foram enfrentamentos e desafios que fomos vencendo. E tentando sensibilizar o nosso parceiro do SUS, o CONASS, o CONASEMS e secretários municipais e estaduais, da necessidade da integração do subsistema com o SUS. E uma discussão que nós fazemos com o controle social e com o movimento indígena, é que a forma deles fortalecerem o subsistema é buscar fortalecimento do SUS e não o enfraquecimento do SUS. Tendo as dificuldades naturais que tem o SUS, ele acaba sendo um obstáculo para o subsistema, na visão indígena. Como o indígena tem dificuldade de encontrar o cardiologista, o especialista, a vaga no hospital para operar, ele joga essa culpa no

SUS e acaba reivindicando um sistema próprio, querendo um sistema próprio, um outro SUS. Então esse debate a gente tem feito para tentar essa integração. Eu digo para eles que a forma de fortalecer o subsistema é fortalecendo o SUS, e vice-versa.

O controle social é outra área que nós avançamos bastante. Nós regularizamos todos os regimentos, a paridade nos conselhos, fortalecendo os conselhos locais, garantindo qualificação e, a partir do ano que vem, entraremos num processo também muito importante, que é a qualificação dos Agentes Indígenas de Saúde e dos AISAN – Agentes Indígenas de Saneamento. Já estão definidas as competências, agora estamos trabalhando na grade curricular. Reduzimos aquele curso de mil e poucas horas da Funasa para um curso de quinhentas horas, sendo a metade presencial e a outra metade em área, em serviço, para os AISAN também, e construído com eles. Vai ser desenvolvido com a escola técnica e em parceria com universidades, dando aí um salto de qualidade, porque esses AIS e AISAN são nossos sentinelas permanentes, vigilantes lá nas aldeias.

5. Uma coisa que caracterizou o processo de criação da SESAI foi o diálogo permanente com representantes indígenas, lideranças, conselhos. Como tem mantido o diálogo com o movimento indígena depois da criação da SESAI?

Existe o diálogo com o movimento indígena institucional do SUS, que são os conselhos, e aí a gente avançou muito nessa organização, dando todo o apoio logístico, orçamentário e financeiro, para que eles também possam fazer o controle, e com as organizações

indígenas, algumas tem assento nos conselhos e outras não, como é o caso da APIB, COIAB, ARPINSUL, ARPIPAN, APOINME, a FOIRN, lá no Alto Rio Negro e outras. Então a gente tem incentivado e mantido o diálogo permanente, logicamente, tentando, com eles, trabalhar nessa lógica de que nós temos uma missão de gestão institucional e que nós, nem sempre, podemos participar de tudo para que nos convidam. Tanto é que, com 3 anos de SESAI, dois anos efetivos de ação, porque nós começamos de fato em 2012, nós estamos fazendo uma conferência e vamos levantar o que tem de problema, o que avançou, o que não avançou e tentar corrigir rumos. Isso é uma demonstração que nós preservamos, apoiamos e queremos fortalecer o diálogo. Serão 1.536 delegados, a maioria de base, que vem lá das conferências locais, num momento em que se abre a SESAI para um debate amplo, com respeito, cada vez mais para se fortalecer.

6. Nesse momento em que ocorre a 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, em que se reflete sobre o subsistema, gostaria de saber o que o Sr. espera da relação do Estado com os povos indígenas no campo da saúde.

Com a implantação da SESAI e o fortalecimento dos distritos, a saúde, hoje, é a área do estado brasileiro que mais está presente nas comunidades indígenas. A FUNAI fez uma reorganização interna, deu uma enxugada na sua estrutura e muitas ações acabam refletindo na própria SESAI, porque ela está lá no dia a dia. Hoje, quem tem os veículos, meios de transporte, a comunicação, basicamente somos nós, e que temos equipe em área em quase todas as aldeias, 4.802 aldeias no país. Essa presença, e na medida em que se fortalecem as ações, identifica-se áreas que precisam do

investimento do estado brasileiro para garantir que a saúde possa ser plena, integral e que possa ter um resultado efetivo. E aí eu destaco, fortemente, a questão dos determinantes sociais da saúde. Dou como exemplo uma situação que é visível na ponta, que é a criança desnutrida. Identificada pelo nossa equipe, removemos esta criança para as nossas CASAs, damos todo o suporte para recuperação desta criança, mas ela depois retorna para a aldeia, e por não ter uma política de auto sustentabilidade desses povos, que possa assegurar que eles produzam seus alimentos, que possam ter aquilo que vá impedir que a criança, ou a gestante, ou a mulher vá estar com desnutrição, não está corrigido. Então, essa integração da política de saúde com as políticas que tem a ver com a determinação social da saúde - a condição da habitação, o saneamento (que é nosso), a recuperação das estradas, a demarcação das terras, a garantia do território, a autonomia desses povos, a educação de qualidade e bilíngue - é importante porque interfere na saúde. Essa questão é forte e a gente tem debatido isso com a Funai, com os órgão de governo.

E aí, um ganho nesses 3 anos, além de tentar internalizar, no âmbito do Ministério, a questão da saúde indígena, foi levar esse debate para fora do Ministério. Hoje o Ministério do Planejamento já tem uma visão diferente, a Casa Civil, a Secretaria Geral da Presidência, que são estruturas do Estado importantes e nos apoiam nesse processo como um todo.

7. Quais as perspectivas para a saúde indígena no futuro?

Como eu disse, a saúde não é só a ausência da doença. Essa você pode até combater com uma boa equipe, com pessoal treinado, com

recursos humanos, trabalhadores, profissionais qualificados, inclusive indígenas. Eu defendo que a saúde indígena possa ter uma política de formação de pessoas indígenas para a saúde indígena, porque o médico indígena vai conhecer a cultura, falar a língua, pois nasceu na aldeia, tem toda a história deles, os hábitos, as religiões. Além disso, nós precisamos descobrir uma forma de contratação desses profissionais que permita que eu fique com a equipe 24 horas, 30 dias por mês em uma aldeia. Que esse trabalhador, quando demandado, possa ser remunerado pelo tempo que ele dedica a essa demanda. O médico que fica na aldeia 30 dias, pode ser demandado a qualquer hora do dia e da noite, sábado, domingo e feriado, fora do seu horário de trabalho, e nós não temos uma forma de remuneração, de contabilizar essa jornada trabalhada, pelo regime que temos hoje. Então é preciso que encontremos uma forma de captação de pessoas, de garantir a essas pessoas. E uma estrutura que permita que a gestão seja compartilhada com os indígenas, ou seja, uma estrutura que permita que, num conselho de administração ou algo parecido, possa ter também um indígena, definindo e fazendo a gestão do subsistema, junto com os outros. Que possa ter políticas de Estado que enfrente os determinantes sociais, Minha Casa Minha Vida que chegue à aldeia, o programa de agricultura familiar que chegue lá, que compre alimento, que garanta a escola, que permita que o indígena forme lá no fundamental, mas que possa ter perspectiva de cursar um curso superior, que tenha uma cota pro indígena nos concursos públicos. Foi encaminhado um projeto de lei da cota do negro, mas o indígena também já se forma em direito, em administração, em medicina, em farmácia, em odonto. Que eles também possam ter, porque

são minorias. São minorias, são segregados, sujeitos a toda forma de preconceitos contra eles. Garantir a igualdade de todos é um princípio constitucional, vamos aplicar. Se você pega uma criança que nasce em um berço pobre, sem nenhuma condição, sem saneamento, com a casa de pau a pique, ela não é igual a outra que nasce no maior cuidado, que tem berçário pra uma recuperação para tratamento de uma icterícia neonatal. Ao nascer não são iguais, então, pra ter o direito previsto na constituição, do artigo 5º, essa que nasce nessa condição inferior teria que ser colocada no mesmo patamar. Daí por que eu defendo a questão das cotas, as políticas afirmativas.

Que haja um Sistema Único de Saúde pra garantir as ações complementares da atenção básica, de média e alta complexidade, quando o indígena precisar. Que o Ministério tenha mais orçamento para recuperar todas as unidades de saúde, com qualidade, com toda a estrutura que nós estamos almejando, organizada. E que o índio, de fato, possa ser visto pelo povo brasileiro, respeitado e tratado como os primeiros habitantes dessa nação, e como tal, merecendo toda a nossa dedicação em vê-los como nossos irmãos, que precisam ter direito às suas terras, que possam viver com saúde e com dignidade. Eu acredito que nos próximos 25 anos, na forma como o Brasil vem se organizando, com a consciência social ampliada, vencendo os bolsões do preconceito que ainda temos e a luta pela terra, que isso tudo possa ser contemplado e tenhamos felicidade para os indígenas e os não indígenas. Que ultrapassem a barreira do 1 milhão, que possam chegar aos 5 milhões que eram em 1500, quando os portugueses invadiram o Brasil. Recuperando e mantendo as suas

culturas, com o respeito que eles merecem e precisa ser assegurado pelo povo brasileiro.