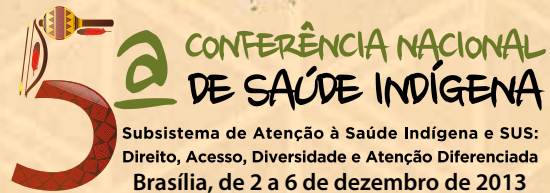


MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena: relatório final



Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e SUS:
Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada
Brasília, de 2 a 6 de dezembro de 2013

Brasília – DF
2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

**5ª Conferência Nacional de
Saúde Indígena: relatório final**



**Brasília – DF
2015**

2015 Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2015 – 10.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria Especial de Saúde Indígena
Esplanada dos Ministérios, bloco G,
Edifício Sede, 4º andar, salas 403 a 421
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-3774 / 3315-3785
Site: www.saude.gov.br/sesai
E-mail: sesai@saude.gov.br

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
Esplanada dos Ministérios, bloco G,
Edifício Anexo, ala B, 1º andar, salas 103 a 115
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-2151 / 3315-2150
Fax: (61) 3315-24 14 / 3315-2472
Site: www.conselho.saude.gov.br
E-mail: cns@saude.gov.br

Diagramação:
All Type Assessoria Editorial Ltda.

Revisão:
Ana Paula Andrade Silva Milhomem
Antônio Alves de Souza
Bianca Coelho Moura
Gisely Gleice Pasquini Danielli
Maurício Grandi Mandelli
Roberto Carlos de Oliveira
Thaís de Moraes Torres

Fotos:
Igor Freitas
Luís Oliveira/Sesai-MS
Rafael Lima

Editora responsável:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Fax: (61) 3233-9558
Site: <http://editora.saude.gov.br>
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:
Normalização: Daniela Ferreira Barros da Silva
Revisão: Tamires Alcântara

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena : relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
305 p. : il.

ISBN 978-85-334-2332-9

1. Saúde indígena. 2. Serviços de Saúde do indígena. 3. Atenção integral à Saúde. I. Título. II. Conselho Nacional de Saúde.

CDU 614.39(=1-82)

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2015/0460

Título para indexação:

5th National Conference on Indigenous Health: Final Report

LISTA DE SIGLAS

1ª CNPSI	– 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio	CEP	– Comitê de Ética em Pesquisa
2ª CNSI	– 2ª Conferência Nacional de Saúde Indígena	CF	– Constituição Federal
3ª CNSI	– 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena	CGU	– Controladoria-Geral da União
4ª CNSI	– 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena	CIB	– Comissão Intergestora Bipartite
5ª CNSI	– 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena	Cimi	– Conselho Indigenista Missionário
ACS	– Agente Comunitário de Saúde	CIR	– Comissão Intergestora Regional
AGU	– Advocacia-Geral da União	Cisi	– Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
AIM	– Agente Indígena de Microscopia	CIT	– Comissão Intergestora Tripartite
AIS	– Agente Indígena de Saúde	CJU	– Consultoria Jurídica da União
Aisan	– Agente Indígena de Saneamento	CJU	– Consultoria Jurídica da União
ANA	– Agência Nacional de Águas	CLSI	– Conselho Local de Saúde Indígena
Anac	– Agência Nacional de Aviação Civil	CLT	– Consolidação das Leis Trabalhistas
Apib	– Articulação dos Povos Indígenas do Brasil	Cnes	– Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
ASB	– Auxiliar de Serviço Bucal	CNPI	– Comissão Nacional de Políticas Indigenistas
CASAI	– Casa de Saúde Indígena	CNS	– Conselho Nacional de Saúde
CBO	– Classificação Brasileira de Ocupações	CNSPI	– Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas
Cefet	– Centro Federal de Educação Tecnológica	Coap	– Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde
CEO	– Centro de Especialidades Odontológicas		

Codevasf	– Companhia de Desenvolvimento do Vale do São Francisco e do Parnaíba	DST/aids	– Doença Sexualmente Transmissível/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Coiab	– Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira	Embrapa	– Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
Conab	– Companhia Nacional de Abastecimento	Emsi	– Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
Conasems	– Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde	EPC	– Equipamento de Proteção Coletiva
Conass	– Conselho Nacional de Secretários de Saúde	EPI	– Equipamento de Proteção Individual
Condisi	– Conselho Distrital de Saúde Indígena	ETSUS	– Escola Técnica do SUS
Conep	– Comissão Nacional de Ética e Pesquisa com Seres Humanos	FSESP	– Fundação Serviços de Saúde Pública
Cosai	– Coordenação de Saúde do Índio	Funai	– Fundação Nacional do Índio
Cosems	– Conselho de Secretarias Municipais de Saúde	Funasa	– Fundação Nacional de Saúde
Cras	– Centro de Referência de Assistência Social	Gati	– Gestão Ambiental e Territorial Indígena
Creas	– Centro de Referência Especializado de Assistência Social	Gdasi	– Gratificação de Desempenho por Atividade de Saúde Indígena
CTU	– Contrato Temporário da União	GT	– Grupo de Trabalho
DAS	– Direção e Assessoramento Superior	IAE-PI	– Incentivo da Atenção Especializada para os Povos Indígenas
DATASUS	– Departamento de Informática do SUS	Ibama	– Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis
Desai	– Departamento de Saúde Indígena	IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
DIASI	– Divisão e Atenção à Saúde Indígena	ICMS	– Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
Dnit	– Departamento Nacional de Infraestrutura e Transportes	Idam	– Instituto de Desenvolvimento Agropecuário e Florestal
DSC	– Departamento de Saúde Coletiva	Ifes	– Institutos Federais de Ensino
DSEI	– Distrito Sanitário Especial Indígena	Incra	– Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

MDA	– Ministério do Desenvolvimento Agrário	Pnae	– Programa Nacional de Alimentação Escolar
MDS	– Ministério do Desenvolvimento Social	Pnaspi	– Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
MEC	– Ministério da Educação	POP	– Procedimento Operacional Padrão
MJ	– Ministério da Justiça	PPA	– Plano de Pronto Ação
MMA	– Ministério do Meio Ambiente	PPI	– Programação de Pactuação Integrada
MME	– Ministério de Minas e Energia	PPTAL	– Projeto Integrado de Proteção das Populações e Terras Indígenas da Amazônia Legal
MPF	– Ministério Público Federal	Rename	– Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
MPOG	– Ministério do Planejamento e Gestão	RH	– Recurso Humano
MPS	– Ministério da Previdência Social	RJU	– Regime Jurídico Único
MPT	– Ministério Público do Trabalho	SAA	– Sistema de Abastecimento de Água
MS	– Ministério da Saúde	Samu	– Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
MSD	– Módulo Sanitário Domiciliar	SAN	– Segurança Alimentar e Nutricional
Nasfi	– Núcleo de Apoio à Saúde Indígena	SAS	– Secretaria de Atenção à Saúde
Nasi	– Núcleo de Atenção à Saúde Indígena	SasiSUS	– Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS
Nisi	– Núcleo Intersetorial de Saúde Indígena	SE	– Secretaria-Executiva
OIT	– Organização Internacional do Trabalho	Seduc	– Secretaria de Estado de Educação
OMS	– Organização Mundial da Saúde	Seind	– Secretaria de Estado para os Povos Indígenas do Amazonas
ONG	– Organização Não Governamental	SELOG	– Serviços de Recursos Logísticos
PDPI	– Projeto Demonstrativo de Povos Indígenas	Semec	– Secretaria Municipal de Educação
PGNATI	– Política Nacional de Gestão Territorial e Ambiental das Terras Indígenas	SEOFI	– Serviços de Orçamento e Finanças
PGRSS	– Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde		

Sepror – Secretaria Estadual de Produção Rural
SERH – Serviço de Recurso Humano
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena
SESANI – Serviços de Edificação e Saneamento Ambiental
Sgep – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Siafi – Sistema Integrado de Administração Financeira
Siasi – Sistema de Atenção à Saúde Indígena
SIH – Sistema de Informações Hospitalares
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade
Sinasc – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
Sisreg – Sistema de Regulação
Sisvan – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
Sisvan-I – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena

SMS – Secretaria Municipal de Saúde
Sucam – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS – Sistema Único de Saúde
Susam – Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas
TCJ – Termo de Conciliação Judicial
TCU – Tribunal de Contas da União
TFD – Tratamento Fora do Domicílio
UBS – Unidade Básica de Saúde
UnB – Universidade de Brasília
UOM – Unidades Odontológicas Móveis
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
VigiSUS – Projeto de Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde



AGRADECIMENTOS



Maria Fátima de Sousa
Relatora-Geral da 5ª CNSI


Muito obrigada!

Faltando três meses para a realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (5ª CNSI), recebemos do coordenador Antônio Alves de Souza o convite para compor a Comissão Geral da Relatoria. Desafio aceito, seguimos trabalhando com o que tínhamos de melhor: nossas vontades de apoiar na elaboração de um relatório fiel, ao máximo, as vozes e os desejos das comunidades indígenas.

Mal começamos as primeiras atividades, sentimos um desejo imenso de agradecer: primeiro, ao Pleno do Conselho Nacional de Saúde, à equipe da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e às demais comissões organizadoras da 5ª CNSI pela confiança em nós depositada.

Segundo, aos dirigentes da administração central da Universidade de Brasília (UnB), da Faculdade de Ciências da Saúde (FS) e do Departamento de Saúde Coletiva (DSC), por compreenderem a importância dessa “tarefa” e liberarem parte de minha agenda.

Terceiro, aos companheiros da comissão de relatoria, em nome de Andrey Moreira, Carla Costa Teixeira, Luciana Benevides, Roberto Carlos Oliveira e Tiago Coelho, extensivo aos demais, pela oportunidade de conhecermos uma equipe tão afinada em suas ideias no entorno dos valores éticos, políticos, na defesa da política integral da saúde indígena.



Pela igual oportunidade, agradeço o ensejo em vermos de perto o zelo e o cuidado com os quais os estudantes dos mais diferentes cursos da UnB tiveram, ao trazer, para si, a corresponsabilidade de poder ampliar as vozes dos seus “parentes”. Para estes, a beleza de participar, pela primeira vez, de uma Conferência com um “tom de leveza” em seus livres diálogos nos corredores.

Em quarto lugar, aos relatores dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), pela disposição ampliada de nos apoiar na reta final da construção deste Relatório. Todos(as), de fato, foram muito solidários e não mediram esforços em dispor do seu tempo, dia e noite, para sistematizarmos as questões centrais, em forma de propostas.

Por fim, participar da 5ª CNSI ensinou-me, diante do que vivenciamos, a alegria de continuarmos aprendendo a registrar e relatar, com as fibras do coração, a força do movimento participativo da comunidade indígena. Por tudo isso, só nos resta dizer que essa foi, para nós, de fato, uma singular experiência. Muito obrigada!








SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
MENSAGENS DE BOAS-VINDAS	17
DECLARAÇÃO DA 5ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA	23
PROPOSTAS APROVADAS	29
MOÇÕES APROVADAS	99
PERFIL DOS PARTICIPANTES.....	145
METODOLOGIA	151
APÊNDICES	169
Apêndice A – Avanços e desafios	171
Apêndice B – Contribuições para a Comissão de Relatoria	191
Apêndice C – Documentos produzidos pela Comissão de Relatoria.....	200
Apêndice D – Modelo de relatório	209
ANEXOS	219
Anexo A – Programação da 5ª CNSI	221
Anexo B – Trajetória das Conferências Nacionais de Saúde Indígena	231
Anexo C – Atos normativos	247
FICHA TÉCNICA	291



APRESENTAÇÃO



O presente documento trata-se do Relatório Final da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (5ª CNSI), realizada em Brasília/DF, no período de 2 a 6 de dezembro de 2013. As propostas aqui registradas foram discutidas, na etapa nacional, por 20 Grupos de Trabalho (GT), compostos paritariamente por usuários, trabalhadores e gestores. As salas nominadas por frutas nativas no Centro Internacional de Convenções do Brasil foram cenários de debates, votações e deliberações acerca das oito diretrizes e das 453 propostas constantes no Relatório Consolidado da Etapa Distrital.

Brasília, capital da República Federativa do Brasil, recebe de braços abertos, da Amazônia ao Sul do País, 148 dos 305 povos indígenas. Os(as) 1.226 delegados(as), que vinham representando os anseios das comunidades que vivem desde as florestas às cidades, não mediram esforços de entrar noite adentro nas discussões e aprovações das propostas. Anseios vocalizados e expressos nas propostas oriundas das 306 Conferências da etapa local, das 34 da etapa distrital e, finalmente, da etapa nacional.

À luz do mesmo tema “Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada”, homens e mulheres dos diferentes segmentos do controle social da saúde indígena dedicaram-se, durante os cinco dias da 5ª CNSI, a dialogarem no entorno dos Avanços e Desafios para: Atenção Básica, aprovando 32 propostas; Atenção de Média e Alta Complexidade (56); Recursos Humanos (70); Financiamento (46); Gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (113); Controle Social e a Gestão Participativa no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (63); Etnodesenvolvimento e a Segurança Alimentar e Nutricional para os Povos Indígena (45) e Saneamento e Edificações de Saúde (19).

É com grande alegria que o Conselho Nacional de Saúde, ao agradecer à equipe de relatoria e a todas as outras comissões, coloca à disposição dos conselheiros, profissionais, gestores, usuários, professores, pesquisadores e estudantes do setor Saúde de todo o País o Relatório Final da 5ª CNSI. Uma “obra” de qualidade para esta e outras gerações

compreenderem como pensaram e fizeram a equipe de relatoria antes e durante a conferência (vide “Metodologia de Trabalho”).

Desejamos que todos os(as) delegados(as) se vejam neste Relatório Final, e que salte aos olhos, às mentes e aos corações a fidedignidade de suas propostas, assim como o

compromisso de torná-las realidade. E que, neste momento, a gestão e a atenção acolhedora/humana nos processos de cuidar da saúde-doença-morte dos povos indígenas constituam objetivos republicanos rumo à (re)formulação das políticas que compõem o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), em curso desde sua criação pela intitulada Lei Arouca (Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999).





MENSAGENS DE BOAS-VINDAS



Prezado(a) participante da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena

É com imensa satisfação que, com a SESAI e o Conselho Nacional de Saúde, recebemos você nesta 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, que é o mais importante evento da área de saúde indígena do País. Esta será a maior Conferência dos Povos Indígenas do Brasil e do mundo, em que as comunidades indígenas, os trabalhadores e os gestores da área de saúde indígena e do SUS, por meio de representantes eleitos democraticamente, definem propostas e diretrizes para a revisão da atual Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada em 2002.

Vale também lembrar que, em 2011, completamos 70 anos de realização de Conferências Nacionais de Saúde e que, há 25 anos, a Assembleia Nacional Constituinte aprovou, acatando as deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, uma das principais conquistas da sociedade brasileira do século XX: o Sistema Único de Saúde (SUS). Também, naquele ano de 1986, ocorreu, pela primeira vez, a discussão sobre a saúde dos povos indígenas do Brasil, num evento denominado 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio.

Esta 5ª Conferência já entra para a história por ter tido uma ampla participação das comunidades indígenas nos debates. Foram realizadas 306 Conferências Locais, 34 Conferências Distritais, com a participação de indígenas e não indígenas, abrangendo 305 etnias que estão distribuídas em todo o território brasileiro. Esse é, portanto, um momento em que a participação popular e o controle social na saúde ganham em expressão e em visibilidade, tornando-se, na prática, fatores decisivos na construção de uma nova política de atenção à saúde para os primeiros habitantes do Brasil – os povos indígenas.

Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada. A partir desse tema, vamos referendar o caráter universal do nosso sistema público de saúde, que deve honrar o compromisso de acolher todos os indígenas que recorrem a seus serviços, garantindo seu direito constitucional, articulando com os gestores municipais e estaduais de saúde o acesso às ações de média e alta complexidade, além de discutir em conjunto a atenção diferenciada para esses 305 povos para que, assim, possamos garantir as integralidades das ações e dos serviços, com res-

peito às práticas de saúde e medicinas tradicionais indígenas. Por isso, é necessário investir mais recursos para a ampliação, a qualificação e a organização desses serviços do SUS e do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS).

Uma das novidades desta Conferência é que se buscou, desde a etapa local, a integração entre comunidades indígenas, gestores do SasiSUS e gestores do SUS, para que se apropriem dos conceitos e dos valores do Subsistema e de como este integra o SUS.

Em 1990, a Lei nº 8.142 consagrou as Conferências Nacionais de Saúde como instâncias colegiadas de representação dos vários segmentos sociais, com a missão de avaliar e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde nos níveis municipais, estaduais e nacional. Em 2014, temos como desafio garantir que o acesso com qualidade seja ágil, eficaz e também o grande símbolo do SUS. Estes cinco dias de muito trabalho e muito empenho resultarão, sem dúvida, em passos importantes para fortalecimento e consolidação da democracia brasileira e da garantia do direito à saúde dos primeiros habitantes do Brasil.



Ministério da Saúde. Presidência da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena

Prezados(as) participantes da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena


Indígenas e não indígenas, trabalhadores e trabalhadoras, gestores e gestoras, prestadores de serviço do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), sejam todos muito bem-vindos.

A 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena é um marco na história das lutas dos povos indígenas do Brasil pela saúde pública. Ela oferece a oportunidade de avaliar tudo o que já foi feito, criticar o que não está bom, reconhecer as conquistas e, principalmente, ajudar a melhorar o que vem sendo feito e indicar o que ainda precisa ser feito. Neste momento, você tem a oportunidade de dar a sua contribuição para a melhoria da saúde da sua aldeia, do seu povo, do seu distrito e, conseqüentemente, do SasiSUS.

Ao participar ativamente do processo desta 5ª Conferência, você coloca o seu talento e o seu conhecimento a favor da oportunidade de melhorar esse Subsistema, de fortalecê-lo, para que se possa ter uma política pública acessível a todas e a todos, atendendo a um direito assegurado pela Constituição e ao dever do Estado em torná-lo realidade.

Lutar pela saúde de todos os 305 povos indígenas do País é exercitar a democracia participativa e permitir que as riquezas produzidas no Brasil sejam devolvidas na forma de políticas públicas, com qualidade e no tempo necessário. É buscar fazer da saúde um bem comum que pode e deve ser partilhado por toda a sociedade.

Para que pudéssemos chegar a este momento, muitas pessoas estiveram envolvidas. Foram 306 conferências locais, nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que estão localizados em 24 estados e 560 municípios da Federação. Chamo sua atenção para o fato de que as regiões Norte (159) e Centro-Oeste (59) foram as que alcançaram a maior proporção de conferências locais realizadas: 51,96% e 19,28%, respectivamente; as demais regiões apresentaram 11,11% (Nordeste), e 17,65% (Sul/Sudeste). Isso traduz o envolvimento de um grande número de pessoas, organizadores e participantes dessas conferências, e atesta a aposta que a comunidade indígena brasileira faz na democracia participativa. Tamanha mobilização nos dá a clara noção da responsabilidade que repousa sobre este momento, como também



dos desafios colocados para os próximos quatro anos do SasiSUS e do Brasil.

É importante destacar outra dimensão de nossa responsabilidade: além de atuarmos intensamente nessa Conferência, é fundamental que seus resultados sejam do conhecimento de todas e todos, para que possam acompanhar sua aplicação, avaliar sua qualidade e melhorar ainda mais o que for necessário. Colabore com o direito das pessoas a essa informação. Esse é nosso dever e nossa oportunidade.

O tema central “Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e o SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada” gerou valiosos debates e propostas durante as etapas locais

e distritais da 5ª Conferência de Saúde Indígena. Essas propostas são as referências para atualizar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Vamos informar a população indígena sobre os seus resultados e promover iniciativas locais, distritais e nacionais de acompanhamento permanente da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

Em nome da Comissão Organizadora da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, desejo a você sucesso e uma ótima Conferência.

Coordenação-Geral da 5ª Conferência Nacional de Saúde



**DECLARAÇÃO DA 5ª CONFERÊNCIA
NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA**




“Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada”

A saúde indígena integra o Sistema Único de Saúde (SUS). A diversidade e a necessidade de atenção diferenciada para as populações indígenas deram origem à Lei nº 9.836 (Lei Arouca), de 23 de setembro de 1999, que institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). A responsabilidade pela gestão das ações de saúde indígena é do Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), com a participação das secretarias estaduais e municipais de saúde.

Em 2011, a 14ª Conferência Nacional de Saúde reafirmou que “Todos usam o SUS”. As Conferências de Saúde Indígena fazem parte do processo de educação permanente e de participação da comunidade. Servem para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde. As Conferências de Saúde Indígena indicam os caminhos para compreender qual é a necessidade da população e o que é possível ser feito para que todos tenham acesso aos serviços de saúde com qualidade e respeito. As Conferências são muito mais que eventos.

Declaramos que a 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, convocada pelo Conselho Nacional de Saúde e pelo Ministério da Saúde é instrumento para avaliar os fatores determinantes e condicionantes que levam ao adoecimento e à morte das populações indígenas, os principais sofrimentos que afligem as famílias, as comunidades indígenas e as pessoas com necessidades especiais, com políticas públicas que garantam as condições adequadas de saúde e o bem-estar da população indígena.

O tema central “Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e o SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada” gerou valiosos debates e propostas durante as etapas locais, distritais e a etapa nacional da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Essas propostas são as referências para atualizar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Vamos informar a população indígena sobre os seus resultados, e promover iniciativas locais, distritais e nacionais de acompanhamento permanente após a realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.



A atenção básica em saúde deve acontecer nas aldeias. Além disso, é preciso dispor de estruturas, recursos, pessoal e logística para garantir, no próprio território ou em uma região de referência, o acesso integral e resolutivo para os problemas de saúde. Muitos indígenas, quando precisam de tratamento fora da aldeia, ficam nas filas, e, em muitos casos, simplesmente não encontram vaga ou resposta para o que precisam. A 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena dispõe de propostas para a articulação do Subsistema de Saúde Indígena com o SUS, e a organização dos sistemas e das redes regionais de Saúde Indígena, com a ordenação de fluxos e garantia de oferta e acesso aos serviços em todos os níveis de Atenção à Saúde.

Nossos povos são guerreiros. Motivados pela 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, nos comprometemos a continuar a luta para ampliar a qualidade, a integralidade (com foco de atenção na pessoa como um todo) e a equidade da saúde indígena (serviços e prioridades de acordo com as necessidades). Vamos enfrentar com coragem o processo de regionalização, a baixa participação indígena nos Conselhos de Saúde, e rever, ajustar e aperfeiçoar os mecanismos para o exercício do controle a fiscalização das ações que acontecem em cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI).

Lutaremos para evitar a perpetuação de mortes precoces e internamentos evitáveis (por doenças com tratamentos disponíveis e de baixo custo, que deveriam ser ofertados no tempo adequado para a população indígena). Faremos a autodemarcação das terras indígenas, ampliando a articulação para superação da morosidade no processo de demarcação e homologação dos territórios indígenas. Vamos construir políticas públicas nas três esferas de governo voltadas para a convivência dos problemas relacionados à seca, ao alcoolismo e outras drogas, a migração dos povos indígenas, o preconceito da população, o desrespeito às práticas tradicionais de cura e autocuidado. Lutamos para defender nosso ambiente, nossas matas, rios e florestas. Solicitamos a definição de estratégias imediatas de articulação entre as Secretarias do Ministério da Saúde e os demais órgãos do governo federal, estados e municípios com objetivo de promover:

- Serviços de atenção básica, atenção de média e alta complexidade de qualidade, conforme legislação vigente.
- Fortalecimento do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) como espaço de construção do Subsistema e SUS.

- Valorização e formação dos trabalhadores de saúde indígena, acesso para todos os indígenas (aldeados, não aldeados e urbanos) aos serviços de saúde de qualidade.
- Política pública de estado específica para os povos indígenas.
- Realização da Conferência Nacional dos Povos Indígenas para tratar dos temas que afetam a vida das populações indígenas.

Os participantes da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena e a população indígena irão acompanhar e cobrar a qualidade nos serviços de saúde. Com mais participação comunitária, haverá mais qualidade nas ações de saúde indígena.



Homenageados pela luta à causa indígena

Foram prestadas homenagens a indígenas e não indígenas que lutaram, lutam e continuarão a lutar pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e na defesa do direito dos Povos Indígenas Brasileiros, a saber:

- | | |
|---|------------------------------------|
| • Alexandre Rocha Santos Padilha | • Jarbas Barbosa da Silva Júnior |
| • Carlos Augusto Grabois Gadelha | • Jean Keiji Uema |
| • Etelvina Santana da Silva (Maninha Xucuru Cariri) | • Luiz Odorico Monteiro de Andrade |
| • Helvécio Miranda Magalhães Júnior | • Marcia Aparecida Amaral |
| | • Mozart Sales |
| | • Zilda Arns Neumann |







PROPOSTAS APROVADAS

I EIXO TEMÁTICO – Atenção Integral e Diferenciada nas Três Esferas de Governo

DIRETRIZ: Ampliar o acesso às ações e aos serviços de Atenção Básica à Saúde dos povos indígenas como base estruturante de redes integradas no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

1.1 Subeixo: Avanços e Desafios para a Atenção Básica para os Povos Indígenas

1. A SESAI/DSEI deve garantir a efetividade e a qualificação do atendimento de saúde com melhorias nas condições de estrutura física, insumos, acesso, logística, equipamento e recursos humanos capacitados em quantidade suficiente para que se possa dar cumprimento aos protocolos do Ministério da Saúde para Atenção Primária e da Política Nacional de Saúde Indígena, respeitando as especificidades de cada povo em conformidade com o Plano Distrital.
2. Implementar protocolos de atendimento por categoria profissional e utilizá-los junto aos manuais padronizados pela SESAI.
3. Promover a fixação dos técnicos nas aldeias, a fim de fortalecer o vínculo com a comunidade.
4. Garantir condições aos distritos para desenvolver a Atenção Básica adequada nas aldeias.
5. Adquirir equipamentos, considerando a logística, a expansão e a diversificação no atendimento das redes de serviços.
6. Informatizar a rede básica de assistência à saúde indígena (incluindo o prontuário eletrônico e o acesso à internet), articulando com os órgãos responsáveis.
7. Equipar as Unidades Básicas de Saúde com Unidades Odontológicas Móveis devidamente equipadas para os Polos-Base e garantir sua manutenção.
8. Ampliar a quantidade de consultórios odontológicos fixos e portáteis nas aldeias e garantir a sua manutenção.
9. Implementar o modelo de Atenção à Saúde Indígena (incluindo a assistência farmacêutica, garantindo farmácias básicas em todos os Polos-Base), nas três esferas de governo, fundamentado nas linhas de cuidado integral, respeitando as especificidades dos povos indígenas e articulando com as práticas tradicionais indígenas.

10. Implantar, nos distritos, uma Política Nacional de Atenção à Medicina Tradicional Indígena, proporcionando o cultivo das ervas medicinais de interesse à população indígena e garantindo o sigilo e os direitos autorais dos saberes tradicionais.
11. Promover, valorizar e resgatar as medicinas tradicionais por meio de ações integradas no âmbito da Assistência Farmacêutica, inclusive associando conhecimentos indígenas e não indígenas na indicação de medicamentos.
12. Valorizar as práticas da medicina tradicional indígena, reconhecendo e respeitando o conhecimento milenar, além de promover a interação entre a medicina indígena e a ocidental.
13. Fortalecer a medicina tradicional nas aldeias e nos Polos-Base com a implantação de farmácias vivas e laboratórios de manipulação de medicamentos e de produtos à base de plantas medicinais.
14. Promover condições de trabalho aos conhecedores da medicina tradicional indígena, proporcionando insumos, alimentação, hospedagem, combustível, transporte (terrestre e fluvial), sempre que necessário (inclusive para os hospitais).
15. Implantar e implementar as ações das áreas programáticas da Atenção Básica e envolver o controle social no processo de planejamento, monitoramento e avaliação.
16. Garantir condições para a realização de supervisão técnica em área para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (Emsis), visando ao planejamento e ao acompanhamento das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, ao menos bimestralmente.
17. Garantir, nos distritos, a implantação de programas inter-setoriais e multidisciplinares no âmbito do SUS e de Centros de Atenção Indígena, para realizar ações voltadas para a promoção da cultura de paz e não violência.
18. Assegurar, na Atenção Básica e nos demais pontos da rede de prevenção, o tratamento de dependência ao álcool e a outras drogas, bem como transtornos mentais; utilizando a estratégia do apoio matricial às Emsis, considerando as etapas da vida humana: infância, adolescência, fase adulta e velhice.
19. Implementar, nos distritos, o planejamento familiar e o acesso aos métodos anticoncepcionais.
20. Articular com os países vizinhos, em regiões de fronteira, a implementação das ações de saúde da Atenção



Básica referentes aos programas nacional de imunização, DST/HIV, hepatites virais, vigilância epidemiológica.

21. Garantir a distribuição ininterrupta e de rotina de suplemento de ácido fólico e sulfato ferroso, conforme preconizado pelo Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena (Sisvan-I), visando diminuir a mortalidade infantil e materna.
22. Dever-se-á, obrigatoriamente, levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para Atenção à Saúde Indígena, que deve se pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.
23. Implantar o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes nos Polos-Base, com o objetivo de facilitar e agilizar o diagnóstico nas áreas indígenas, além de garantir profissionais para operacionalizar os procedimentos de saúde e os do sistema.
24. Fortalecer as ações de diagnóstico, prevenção, controle e enfrentamento de agravos crônico-degenerativos.



25. Realizar avaliação periódica, nas aldeias, das pessoas com risco nutricional e com baixo peso, e garantir os alimentos e os nutrientes necessários para crianças diagnosticadas com baixo peso e muito baixo peso.
26. Que o MS/SESAI garanta às equipes de Saúde Indígena condições de execução de ações de saúde mental com vistas à promoção, à prevenção e à recuperação de pacientes, a partir do diagnóstico, respeitando as especificidades culturais de cada povo; viabilize também outras necessidades que não são contempladas legalmente nas competências da SESA (como, por exemplo,





uniformes e bolas de futebol, fumo de rolo, gêneros alimentícios, entre outros culturalmente apropriados).


27. Promover projetos sustentáveis e oficinas intersetoriais para a prevenção do suicídio com participação ativa e autônoma de usuários e familiares.
28. Implementar os programas de saúde mental, incluindo ações de combate ao uso de álcool e outras drogas, utilizando-se de estratégias como atividades de lazer, esporte e cultura nas aldeias, respeitando os valores e as tradições indígenas.

29. Realizar seminário anual, palestras e oficinas para prevenção e combate ao uso de bebidas alcoólicas, tabaco e outras drogas, inclusive em datas comemorativas e eventos esportivos e culturais, com a participação de lideranças indígenas e profissionais que atuam na área de segurança pública.
30. Assegurar ao usuário indígena o direito às informações sobre o seu tratamento e evolução por intermédio do profissional médico.
31. Implementar o Núcleo de Apoio à Saúde da Família Indígena (Nasfi) a fim de que as ações da Atenção Básica sejam resolutivas e de qualidade, inclusive com financiamento diferenciado.
32. Criar e implementar protocolos padrões (POPs) conforme a necessidade do DSEI.

1.2 Subeixo: Avanços e Desafios na Atenção de Média e Alta Complexidade para os Povos Indígenas

1. Garantir que o MS/SESAI articule com Conasems, Cosems e CNS; e o DSEI com estados e municípios, a disponibilização de maior número de procedimentos e menor tempo de espera para exames, consultas e vagas em

- 
- hospitais para pacientes indígenas com ênfase na equidade, a exemplo de tratamento de saúde da mulher, de crianças, idosos e assistência do tratamento oncológico e outras de média e alta complexidade; objetivando a redução de tempo de espera dos indígenas nas Casas de Saúde Indígena (CASAs), observando a especificidade sociocultural do paciente indígena.
2. Que haja articulação do Ministério da Saúde para a inclusão e o fortalecimento do acesso das populações indígenas em todas as Redes Assistenciais de Saúde do SUS, como: Cegonha, Rege, Rede de Apoio Psicossocial, Urgência e Emergência, Atenção à Pessoa com Deficiência, Saúde da Mulher e Assistência ao Pré-Natal.
 3. Que o MS/SESAI articule com a SAS o remapeamento da Rede de Referência de média e alta complexidade do SUS, com vistas a garantir serviços segundo as reais necessidades dos povos indígenas aldeados com atendimento diferenciado, incluindo a revisão e a ampliação dos recursos do Incentivo da Atenção Especializada (IAE-PI). Com gestão transparente no planejamento, na execução e na prestação de contas para cada DSEI e Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi).
 4. Garantir, por meio do MS/SESAI/DSEI, a inserção dos povos indígenas no processo de elaboração, implementação e pactuação do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (Coap), articulando estados, superintendências regionais de saúde, municípios, DSEI e Condisi, para contemplar as reais necessidades de serviços de saúde na média e alta complexidade em consonância com o Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011.
 5. Que o MS/SESAI promova maior articulação nas gestões tripartite e bipartite para o fortalecimento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no SUS, pactuando nestas instâncias, por meio da Programação de Pactuação Integrada (PPI), quotas para internações, exames laboratoriais e imageológicos, além de consultas especializadas, garantindo o acesso aos indígenas nos estabelecimentos de saúde de média e alta complexidade com atendimento diferenciado e em seus municípios de origem, reduzindo os encaminhamentos para o centro de maior complexidade.
 6. Aumentar os recursos financeiros para pactuações das ações de atenção à saúde entre as três esferas do governo, no sentido de ampliar as cotas para exames, consultas e



procedimentos de média e alta complexidade nos âmbitos intramunicipais, intermunicipais e estaduais ou em outras instituições (Consórcios Intermunicipais de Saúde), sempre que necessário, com monitoramento na utilização dessas cotas pelo DSEI e Condisi.

7. Que o MS/SESAI/DSEI articule desde a Atenção Básica até os Centros de Referência especializados nos municípios sede de DSEI, para o atendimento aos indígenas dependentes de álcool e outras drogas, com equipe multiprofissional capacitada para realizar o atendimento, respeitando as diversidades culturais de cada povo.
8. Que o MS/SESAI/DSEI garanta a articulação entre municípios, Samu, hospitais e Corpo de Bombeiros para a criação e implantação do Samu Indígena, com capacitação dos profissionais, objetivando a melhoria dos atendimentos de urgência e emergência em área e definindo, nos municípios, as Unidades de Pronto Atendimento Indígena (UPA), com acessibilidade aos portadores de necessidades especiais.
9. O MS/SESAI, em articulação com os gestores estaduais e municipais, deverá criar uma política de reconhecimento, articulação dos conhecimentos e práticas das medicinas tradicionais indígenas, e serviços de saúde

em conjunto com as comunidades indígenas e os profissionais na assistência de saúde nas unidades de referência, adequando a ambiência, para que proporcionem o atendimento diferenciado a essa população.

10. O MS/SESAI deverá garantir, por meio de legislação específica, uma assistência diferenciada aos povos indígenas, de acordo com as suas especificidades e necessidades de assistência integral, com agendamento de exames e garantindo medicamentos que não estão incluídos na Atenção Básica.
11. Que o MS/SESAI assegure teto orçamentário para aquisição de medicamentos não constantes na lista da Rename, com prazo máximo de 72 horas, enquanto o município e o Estado não os forneçam, a fim de acabar com o tempo de espera do usuário.
12. Garantir que estados e municípios, responsáveis pelas unidades de referência e contrarreferência, disponibilizem continuidade do tratamento após alta hospitalar, inclusive na dispensação do medicamento, dos equipamentos médico-hospitalares necessários para o diagnóstico e tratamento da população indígena, assegurando o quantitativo de leitos para atender à população, adequando espaço físico (redes) para aten-

- der às necessidades de pacientes e acompanhantes, recebendo uma assistência diferenciada em todas as etapas do atendimento.
13. Que o MS/SESAI assegure, com as secretarias estaduais e municipais de saúde, maior agilidade no acesso de medicamentos e suplementos nutricionais especiais com prazo máximo de 72 horas.
 14. O MS/SESAI deve articular, com as unidades reguladoras do Sistema Único de Saúde (SUS), a inclusão de Centrais de Regulação dentro dos Polos-Base e das CASAI, garantindo, assim, a melhor viabilidade do acesso dos indígenas aos serviços de saúde de média e alta complexidade em tempo hábil.
 15. Garantir para a população indígena, no sistema de referenciamento e regulação: marcação de consultas, exames clínicos e laboratoriais de média e alta complexidade em tempo hábil, com a finalidade de agilizar e reduzir o tempo dos indígenas nos municípios e nas CASAI, observando a especificidade sociocultural do paciente indígena.
 16. Garantir a construção de hospitais indígenas padronizados para cada DSEI do Brasil, respeitando as diversidades culturais dos indígenas para atendimentos básicos e tratamentos de média e alta complexidade.
 17. Garantir a disponibilização de leitos em UTI e UTI Neonatal, por meio de legislação e pactuações específicas, com vistas a uma assistência diferenciada aos povos indígenas.
 18. Que o MS/SESAI/DSEI articule, com os estados e os municípios, o atendimento hospitalar à população indígena com atenção diferenciada em todas as suas dimensões (físicas, biológicas, mentais e espirituais),





respeitando suas crenças e tradições, a fim de garantir a qualificação dos serviços de referência com equipes capacitadas e a ambiência nos serviços de média e alta complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), valorizando a medicina tradicional e permitindo o acesso dos detentores de saberes tradicionais nos serviços oficiais de saúde, com enfermarias adaptadas, indígenas com direito a acompanhante, em especial a parturiente, respeitando as especificidades indígenas.


19. Garantir, nos hospitais e nas maternidades, a capacitação dos profissionais de saúde de alta e média complexidade na antropologia da saúde e nas culturas e tradições indígenas locais.
20. Garantir que a Portaria Hospital Amigo do Índio seja operacionalizada em todos os hospitais, assegurando a humanização e a entrada dos detentores da medicina tradicional.
21. Garantir incentivo financeiro para estados e municípios para aplicação em ações básicas complementares, e para média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar, sendo pactuado e fiscalizado pelo controle social, com serviços de auditoria e avaliação, garantindo a

equidade e a integralidade da assistência à saúde dos povos indígenas.

22. Aumentar os recursos financeiros assegurando as ações diferenciadas nos âmbitos intramunicipais, intermunicipais e estaduais, ampliando o número de hospitais que recebem incentivo especial médico hospitalar para: garantir os procedimentos de média e alta complexidade, equipar os hospitais, contratação de médicos, realização de exames especializados, sendo os recursos pactuados e fiscalizados pelo controle social.
23. Padronizar e uniformizar os procedimentos de gestão, de execução financeira, monitoramento e avaliação das ações no âmbito da atenção especializada de média e alta complexidade da Saúde Indígena.
24. Garantir a reestruturação das CASAs de todos os DSEIs do Brasil para atender às necessidades específicas e do espaço físico, atendendo e respeitando os costumes tradicionais da alimentação do indígena de acordo com seus hábitos alimentares e, principalmente, com todos insumos necessários para que possam dar um atendimento de qualidade e eficaz para as populações indígenas.








- 
25. Construir, por meio da SESAI, um protocolo nacional para definição de serviços e modelo assistencial a ser desenvolvido nas CASAls, incorporando a presença do profissional enfermeiro em tempo integral, visando à supervisão desses serviços.
 26. Alterar o perfil de atendimento e a finalidade das Casas de Apoio à Saúde do Índio de maior referência, dando autonomia para ampliação de seus serviços.
 27. Garantir/criar um fluxo de troca de acompanhantes para pacientes em TFD que permanecem longos períodos em tratamento, garantindo espaço físico, alimentação e transporte em todo o período de tratamento.
 28. Regularizar a situação da CASAI como unidade de saúde mista, criando uma CASAI para cada DSEI, atendendo às especificidades e à cultura.
 29. Aumentar o número de CASAI nos municípios de referências, com apoio diagnóstico para garantir um atendimento de qualidade aos pacientes e acompanhantes.
 30. Solicitar, por meio da SESAI, que a Fundação Nacional do Índio interceda junto ao Ministério da Justiça no sentido de garantir recursos para a construção de Casa de Apoio, visando atender às necessidades sociais dos indígenas e proporcionando a diminuição do fluxo nas CASAls, favorecendo uma assistência à saúde de melhor qualidade.
 31. Instituir algumas CASAls como referência nacional na rede da média e alta complexidade, assegurando recursos humanos e financeiros.
 32. Garantir o apoio da CASAI de Porto Velho para referência dos pacientes do DSEI Médio Rio Purus, disponibilizando número suficiente de leitos e profissionais de saúde para acompanhamento.
 33. Cada DSEI deve garantir uma sala de laboratório, com os respectivos equipamentos e recursos humanos para a realização de exames necessários na sua própria CASAI e Polos-Base.
 34. Efetivar a implantação do Programa Brasil Sorridente Indígena, contemplando a implantação do Centro de Especialidade Odontológica (CEO) por município, garantindo o cadastro e a implantação de Laboratórios de Próteses Dentárias nas instâncias municipais e regionais dos DSEI.
 35. A SESAI/DSEI deve articular, com os municípios de população indígena e outras instâncias, a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) para oferta, via regulação, de atendimento às



- demandas de exames e consultas especializadas da saúde bucal indígena; com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia, cirurgia oral menor, endodontia e atendimento aos portadores de necessidades odontológicas no âmbito do DSEI.
36. Implantar sistema de regulação de marcação de consultas (Sisreg) nas CASAls, garantindo cotas para a população indígena nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs).
 37. Formalizar um contrato para o tratamento odontológico nos Polos-Base que não possuem referência especializada no SUS, visando à promoção, à proteção e à recuperação integral do indígena.
 38. Implantar, nas CASAls, atendimento odontológico por meio de consultório fixo equipado adequadamente com profissionais com carga horária de 40 horas semanais.
 39. Implantar, padronizar e uniformizar os procedimentos de gestão, execução, monitoramento e avaliação dos serviços de logística, garantindo viaturas, tais como aviões, barcos e ambulâncias para atendimento nos casos de referência em urgência e emergência nos Polos-Base.
 40. Assegurar e melhorar o transporte sanitário adequado para pacientes indígenas atendidos em outros municípios na média e alta complexidade, assegurando a diminuição do tempo de espera dos pacientes para exames, consultas e procedimentos especializados, incluindo internações e tratamento hospitalares.
 41. O MS/SESAI/DSEI deve garantir em todas as referências e contrarreferências o acompanhamento dos pacientes por profissionais de saúde qualificados a todos os Estabelecimentos de Saúde da Média e Alta Complexidade, com garantia de diárias, de acordo com a necessidade do paciente em tratamento de saúde fora do domicílio, com seu acompanhante ou intérprete, quando indicado.
 42. Assegurar que o profissional que acompanhou o deslocamento de pacientes em Tratamento Fora do Domicílio (TFD) ficará responsável pela guarda e organização dos formulários de referência e contrarreferência.
 43. Garantir/criar um fluxo de troca de acompanhantes de pacientes em TFD que permanecem longos períodos em tratamento, garantindo, aos acompanhantes, hospedagem, alimentação e transporte em todo o período de tratamento.

- 
- 
- 
44. Propor ao Ministério da Saúde a criação do aluguel social para pacientes do TFD para a população indígena (hepatopatas, nefropatas, transplantados e outros).
 45. Garantir parceria do DSEI com municípios, hospitais, Samu e Corpo de Bombeiros, para capacitação dos profissionais em serviços de urgência e emergência de pacientes indígenas, e a inclusão dos profissionais da Saúde Indígena no deslocamento desses pacientes.
 46. Que os estados e os municípios garantam o fornecimento de medicamentos para pacientes indígenas atendidos na alta e média complexidade, que não são contemplados na Rename.
 47. Que o MS/SESAI garanta o acesso do indígena, por meio de compra, a órteses e próteses.
 48. Garantir o fornecimento, pelo DSEI/SESAI, de bolsas de colostomia, colchão d'água, suplemento alimentar (fórmula láctea) para crianças que necessitam de atenção especial, fraldas e insumos necessários para atender os indígenas portadores de necessidades especiais, pacientes acamados e/ou idosos nos municípios que não possuem o serviço de Benefício de Atenção Básica estruturado.
 49. Propor ao Ministério da Saúde a contratação de laboratórios e clínicas especializadas para a realização de exames que não estejam disponibilizados na rede pública de saúde do SUS.
 50. Garantir recurso financeiro para tratamento de pacientes indígenas encaminhados para outras referências que necessitem de exames especializados não ofertados pelo SUS.
 51. Garantir o atendimento diferenciado com equidade aos povos indígenas referenciados para os municípios.
 52. Repactuar a forma de atendimento dos municípios, readequando aportes financeiros para o atendimento às comunidades indígenas.
 53. Construir um laboratório de análises clínicas nos DSEIs para realização de exames de atenção básica, incluindo ultrassonografia, raios-X, eletrocardiograma e mamografia, com fins de agilizar e dinamizar os laudos clínicos laboratoriais.
 54. O MS/SESAI deverá garantir atendimento itinerante nas aldeias de difícil acesso em parceria com o Estado, o Exército e a Aeronáutica, levando atendimento médico especializado duas vezes ao ano.

55. Garantir que o Cartão SUS possa ter, de fato, caráter nacional para os povos indígenas.
56. Garantir a integralidade das ações de saúde indígena em todos os níveis de Atenção à Saúde: primária, secundária e terciária, disponibilizando incentivos financeiros específicos para o atendimento dos indígenas na alta e média complexidade para os estados e municípios.

1.3 Subeixo: Avanços e Desafios na Área de Recursos Humanos para a Saúde Indígena: formação, educação permanente, capacitação e práticas de saúde e medicinas tradicionais


DIRETRIZ: Estruturar a política de desenvolvimento de pessoas inserindo-as nos processos de formação, capacitação, educação permanente e continuada para assegurar a qualidade da atenção à saúde dos povos indígenas, respeitando suas necessidades à luz das atuações em contexto intercultural.

1. Garantir concurso público regionalizado para a SESAI, por meio do Ministério da Saúde (MS), respeitando as especificidades para os profissionais de Saúde Indígena e diferenciado para os profissionais indígenas,


de forma que atenda as especificidades socioculturais dos povos indígenas, conforme os artigos 231 e 232 da Constituição Federal de 1988 e a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), adequando a organização social de cada povo, devendo ser realizado no mesmo dia em todo o Brasil.

2. Os órgãos responsáveis (Ministério do Trabalho, Ministério do Planejamento e Ministério da Saúde) devem garantir a realização do concurso público para contratação de profissionais, no intuito de suprir a grande deficiência na gestão administrativa (área meio) e trabalhadores de saúde (área fim). Concurso esse que deve ser planejado de forma diferenciada para que servidores que atuam há tempos na Saúde Indígena não sejam prejudicados. O mesmo vale para profissionais indígenas dos DSEIs.
3. Realização de concurso público nacional para a Saúde Indígena, simplificado, diferenciado, regionalizado, para recomposição da força de trabalho dos DSEIs (sem terceirização), para contratação de profissionais de saúde e outras categorias profissionais, para as áreas meio e fim, nível médio e superior, com o objetivo de garantir

- o desenvolvimento das ações de saúde preconizadas pela Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena.
4. Editar o estatuto do concurso público da Saúde Indígena para a gestão do DSEI, com plano de cargos, carreira e salários, com critérios específicos que levem em consideração a regionalização dos DSEIs e as especificidades da Saúde Indígena, inclusive com aproveitamento da força de trabalho existente.
 5. Garantir edital do concurso público com diferenciação e regionalização de temas para a seleção dos candidatos, pelo regime CLT, com cotas indígenas, inserindo uma remuneração diferenciada que propicie a dedicação exclusiva, com qualidade e comprometimento com a causa indígena.
 6. Que a elaboração do edital de concurso (instrumentos legais), pela SESAI, tenha comissão formada por profissionais dos DSEIs e contemple: valorização dos profissionais que já atuam nas áreas indígenas; vagas e conteúdos regionalizados; critérios no aproveitamento do perfil e da experiência profissional de trabalho em área indígena; critérios de aproveitamento dessa experiência (como provas de títulos); pontuação que valorize os profissionais indígenas; diferenciado com cotas para profissionais indígenas (cota de aprovação de 80% para indígenas e 20 % para não indígenas); pontuação diferenciada para contratação de profissionais que já atuam na Saúde Indígena, inclusive profissionais administrativos; priorização de reserva (garantia) de vagas para os profissionais indígenas; criação de gratificações da Saúde Indígena; casos específicos dos AIS, AIM e Aisan; criação de um Plano de Carreira, Cargos e Salários específicos para os profissionais indígenas e para aqueles que possuem experiência; gratificação financeira aos profissionais/trabalhadores que atuam na Saúde Indígena, com valores diferenciados, dependendo de sua lotação, considerando também o vínculo já existente dos profissionais.
 7. Que a inscrição e a prova do concurso público sejam presenciais, realizada na cidade onde os aprovados serão lotados; que a prova tenha questões específicas de cada região (conteúdo regionalizado); que a nota de corte para a 1ª fase do concurso seja de 30% e que, na 2ª fase do concurso, entre como pontuação: tempo de serviço prestado com população indígena, pós-graduação em Saúde Indígena e cursos/capacitações em Saúde Indígena com 30 horas ou mais.

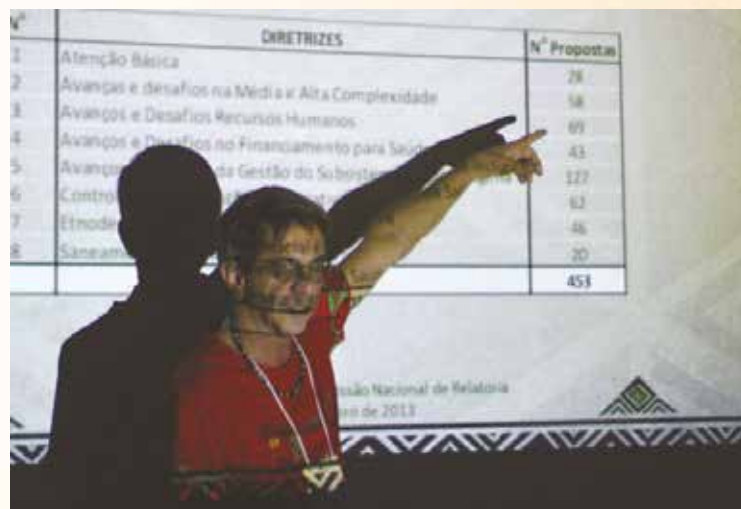
- 
8. Garantir a contratação de profissionais indígenas e não indígenas para as Emsis, por meio de processo seletivo simplificado, diferenciado, com análise curricular, entrevista técnica, comprovação de trabalho na mesma aldeia (nos casos dos membros da comunidade indígena), considerando o critério de residência fixa nas aldeias, considerando o tempo de trabalho (em caso de nova seleção ao término dos convênios): AIS, Aisan e ASB.
 9. Contratar equipes técnicas e administrativas para a assistência à saúde dos povos indígenas por meio de processo seletivo especial para a Saúde Indígena, garantindo a permanência dos profissionais já existentes e considerando o tempo de serviço do profissional, residência no município de abrangência do DSEI/Polo-Base e cursos realizados na área, ampliando o número de vagas de profissionais, bem como contratando profissionais de outras categorias, conforme a necessidade.
 10. Realizar processo seletivo específico para contratação dos profissionais que irão compor a equipe técnica da SESANI (edificações e saneamento), para elaboração e acompanhamento da execução dos projetos em área indígena.
 11. Garantir, junto ao Ministério Público Federal (MPF) e ao Ministério Público do Trabalho (MPT), a renegociação dos prazos do Termo de Conciliação Judicial para a realização de concurso público, assegurando os contratos dos prestadores de serviços de Saúde Indígena, por meio do Ministério da Saúde/SESAI, até que haja rediscussão ampliada das diretrizes e proposições da 5ª CNSI e leve-se em consideração as especificidades de cada povo indígena.
 12. Garantir a efetivação de profissionais, priorizando indígenas e não indígenas por tempo de trabalho na Saúde Indígena. As Emsis devem ter qualificação e apoio técnico garantido para os profissionais, conforme demanda necessária da área. Exigir que esses profissionais cumpram com sua carga horária conforme contrato e escala, promovendo a substituição dos profissionais em caso de férias, atestados, etc. O contratado, após três meses de experiência, deverá aguardar e respeitar a decisão final da comunidade junto ao Condisi e às lideranças, e avaliação da área técnica do DSEI sobre sua permanência ou não. O governo, por meio dos DSEIs, deverá respeitar a decisão conforme a

- Convenção 169 da OIT. Incluir o programa “Mais Médicos” na Saúde Indígena.
13. Criar uma política de recursos humanos para a Saúde Indígena, assegurando a efetivação dos atuais profissionais, transformando-a em carreira de Estado, garantindo que nas futuras contratações seja realizado concurso público regionalizado (por estado) para todos os cargos necessários na estrutura da SESAI, assegurando cotas para indígenas e validação de provas de títulos, comprovando a experiência de atuação na área indígena.
 14. Garantir, por meio de articulação com o Ministério do Planejamento e Gestão (MPOG), em conformidade com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, Lei 8.080 (SUS), capítulo V, e artigo 5 da Convenção 169 de 1989 da OIT (Organização Internacional do Trabalho), a inclusão dos cargos de Agente de Saúde Indígena (AIS) e Agente Indígena de Saneamento (Aisan) no quadro de servidores da SESAI e a efetivação dos servidores temporários da União (CTU), bem como a contratação direta dos colaboradores que atualmente são contratados por meio das ONGs, atendendo às especificidades culturais e particularidades de cada etnia, com vistas a garantir efetiva oportunidade de concorrência dos indígenas.
 15. Propor a criação de uma lei específica para a contratação de profissionais para atuarem na Saúde Indígena, regida pela CLT, por meio de processo seletivo diferenciado e regionalizado, considerando o tempo de serviço e a experiência acumulada com cada etnia, respeitando os seus aspectos culturais, priorizando os profissionais indígenas com a participação do DSEI, caciques, lideranças e comunidades indígenas.
 16. Criação de uma emenda constitucional que ampare as contratações, em geral, diferenciadas para a Saúde Indígena, e garantir aumento salarial dos profissionais.
 17. Garantir política de Recursos Humanos (RH) diferenciada, considerando a diversidade sociocultural e geográfica dos povos indígenas e a heterogeneidade na implantação do SUS, nas diferentes regiões, estados e municípios; considerando a experiência profissional na Saúde Indígena, especialização específica e regionalização.
 18. Criar e implantar um Plano de Carreira, Cargos e Salários no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com redimensionamento da força de trabalho, no intuito de ampliar a oferta de profissionais por categorias, em cada DSEI.
 19. Garantir o pagamento de gratificação específica aos profissionais da SESAI em exercício na Saúde Indígena.




- 
20. Que a SESAI/MS articule com o Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG) a implantação de uma gratificação especial e permanente para os trabalhadores federais que atuem nas ações de saúde das comunidades indígenas, incorporando-a integralmente na aposentadoria; negociação coletiva com data-base para os profissionais de Saúde Indígena.
 21. Garantir, por meio da SESAI/MS, a valorização de todos os trabalhadores da Saúde Indígena, independentemente do vínculo empregatício, gratificações especiais, seguro de vida e adicionais de insalubridade e periculosidade, vale-alimentação e auxílio-alimentação integral durante o período que estiver em área indígena, condições de trabalho e equipamentos de proteção individual, infraestrutura de alojamento salubre própria para os profissionais; assim como a implantação de plano de cargos e salários.
 22. Assegurar, por meio do MS/SESAI, o cumprimento da legislação trabalhista específica e a instituição do programa de sobreaviso para os profissionais da Emsi de caráter exclusivo, contemplando as especificidades do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.
 23. Assegurar isonomia salarial por categoria profissional para os profissionais de Saúde Indígena.
 24. Garantir equiparação salarial aos AIS, ACS e Aisan, baseado na Lei 11.350/2006.
 25. Contratar AIS e Aisan por meio de Contrato Temporário da União (CTU), sendo tais profissionais eleitos por suas respectivas comunidades indígenas.
 26. Garantir, na política de RH, cargo de DAS para os assessores indígenas do controle social e criação, nos DSEIs, da assessoria de comunicação dos DSEIs, bem como garantir que a ocupação do cargo de coordenador(a) seja por meio de processo seletivo entre os profissionais da SESAI e a população indígena, e homologado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena, nunca por indicação política.
 27. Garantir, junto ao MS/SESAI, o encaminhamento de projeto de lei para regulamentação da profissão de Agente Indígena de Saúde (AIS) e Agente Indígena de Saneamento (Aisan).
 28. Reconhecer e regulamentar como categorias profissionais: agente indígena de saúde bucal, agente indígena de endemias, agente indígena de microscopia, piloto fluvial indígena, proeiro indígena e intérprete indígena.


29. Reconhecer os pajés e as parteiras indígenas como categorias profissionais.
30. Definir o papel e garantir o exercício da profissão da Equipe de Endemias dentro da Vigilância Ambiental no controle das doenças transmitidas por vetores e antropozoonoses, disponibilizando ao DSEI recursos financeiros, capacitações e insumos necessários para as ações das equipes nas aldeias e comunidades indígenas.
31. Incluir na Equipe da DIASI o profissional médico-veterinário, para o controle da zoonose, bem como a compra de insumos e medicamentos veterinários, ações de vigilância permanente e educação continuada.
32. Adequar/redimensionar/ampliar/garantir número suficiente de todos os profissionais necessários para a realização das ações de Saúde Indígena, de acordo com o perfil epidemiológico de cada região, necessidades logísticas e populacionais, para garantir o atendimento contínuo, com cobertura ininterrupta nas aldeias, em conformidade com a necessidade local, como médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem, técnicos de saúde bucal, AIS, Aisan, cozinheira, barqueiro e tradutor indígena, bem como agente de endemias; nutricionista, técnico de nutrição, assistente social, psi-


cólogo, engenheiro civil, sanitарista, arquiteto, geólogo, técnico de saneamento e edificação, Aisan, pedreiro, carpinteiro e eletricitista. Para garantir a manutenção do trabalho em área, operador de radiofonia para as comunidades, mediador com formação na área de ciências humanas, visando enriquecer as relações entre equipe de saúde, AIS e comunidade. Ampliar o quadro de motoristas; contratar motoristas fluviais indígenas; engenheiro agrônomo; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; farmacêutico bioquímico, técnico de laboratório, técnico em




- análises clínicas, profissional de Educação Física; microscopista e agentes de endemias, auxiliar operacional de serviços de saúde, guardas de endemias; ampliar o quadro administrativo.
33. Criar o cargo de coordenador técnico-administrativo para contratação e atuação nos Polos-Base; e garantir os cargos de auxiliar administrativo e auxiliar de serviços gerais para os Polos-Base e CASAI, além de motoristas e arrais amador para os locais em que se faça necessária a contratação.
 34. Contratar assistente social, psicólogo, antropólogo e médico para estruturar o Programa Saúde Mental, desenvolvendo atividades de promoção e prevenção e buscando soluções aos problemas peculiares a cada área.
 35. Garantir o aumento dos investimentos específicos voltados para Saúde Indígena na qualificação dos profissionais e na contratação de nutricionistas.
 36. Aumentar a quantidade de Aisan por aldeia (pelo menos, dois por SAA), mesmo sem o sistema de abastecimento de água, para que auxiliem no trabalho de educação sanitária e ambiental na comunidade que deverão assistir.
 37. Adequar o número de Aisan e AIS, utilizando como referência o número de habitantes, para atendimento satisfatório às comunidades no que se refere à manutenção dos sistemas de abastecimento de água, da higienização da aldeia e ao acompanhamento dos pacientes.
 38. Criar novos postos de trabalho ligados ao saneamento ambiental e às edificações, agente ambiental etc. Oferecer cursos de formação para verificação da qualidade da água, da limpeza das aldeias, do destino do lixo, da proteção e da fiscalização da reserva indígena e de formação para técnicas de plantio e meio ambiente, reflorestamento e recuperação do solo.
 39. Contratar e capacitar dois Agentes Indígenas de Endemias do Polo para realizar o trabalho de controle de endemias nas comunidades indígenas.
 40. Criar o cargo de coordenador local de Polos-Base, com gratificação DAS 2, para todos os Polos-Base nos 34 DSEIs, dando prioridade aos profissionais indígenas capacitados, respeitando a indicação do movimento indígena, dos conselhos locais, do conselho distrital, podendo solicitar o desligamento do coordenador.
 41. Garantir a contratação de assessores indígenas para os Polos-Base e DSEI.

- 
- 
- 
42. Contratar/fixar tradutores/intérpretes indígenas de diferentes línguas para as CASAs e os Polos-Base.
 43. Contratar mulheres como Agentes Indígenas de Saúde (AIS) em regiões específicas, de acordo com a vontade das lideranças e da comunidade, visando dar apoio ao Programa de Saúde da Mulher e da Criança.
 44. Contratar um antropólogo, especialista em etnias locais, para capacitar os profissionais de saúde antes de suas entradas em áreas, como também na educação permanente, sempre em conjunto com as lideranças, as organizações indígenas e as instituições locais para repassar suas culturas.
 45. Criar e disponibilizar vagas, de acordo com as necessidades de cada DSEI, para advogados, contadores, administradores (para auxiliar no sistema de gestão da administração dos DSEIs), oftalmologista, ginecologista, piloto de avião, gestor ambiental, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, técnico em prótese dentária, técnico em nutrição, técnico agrário, técnico de contabilidade.
 46. Garantir que os indígenas formados tenham preferência nas contratações para a área da saúde.
 47. Assegurar que contratações e demissões dos profissionais de saúde dos Polos-Base, das aldeias e CASA1 sejam realizadas com a participação e a avaliação do conselho local e distrital.
 48. Garantir que as empresas responsáveis pela contratação de recursos humanos assegurem a substituição dos profissionais nos casos de férias, licença-maternidade e tratamento de saúde.
 49. Desenvolver plano de ordenação da formação de RH para a Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, no prazo de 90 dias: AIS, Aisan, AIM (formação e atualização), nível superior (especialização e atualização), nível médio (especialização e atualização), pajés e parteiras (oficina de integração de saberes científicos e tradicionais).
 50. Propiciar escolarização, assim como curso técnico com certificação para os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (Aisan) em atuação, bem como para novos profissionais, por meio de convênios/parcerias com Escolas Técnicas do SUS e outras instituições formadoras e certificadoras.
 51. Oferecer capacitações e curso técnico, em parceria com as Escolas Técnicas do SUS e outras instituições formadoras, em obstetrícia, para as parteiras indígenas.
 52. Firmar Termo de Cooperação Técnica com a Rede de ETSUS e outras instituições, para promover a formação

- 
- dos Agentes Indígenas Microscopistas como técnicos de laboratório; dos AIS como técnicos de Enfermagem; dos Aisan como técnicos de Vigilância Ambiental; e dos ASBs como técnicos de Saúde Bucal.
53. Garantir a qualificação semestral dos conselheiros locais e distritais de Saúde Indígena, assim como das lideranças e dos trabalhadores indígenas, em Gestão da Administração Pública e projetos de financiamento do SUS, para que eles possam compreender os processos licitatórios, monitorar e avaliar as ações realizadas pelo DSEI. Deve-se privilegiar o uso de material educativo nas línguas indígenas.
 54. Garantir a capacitação anual do controle social, em âmbito local, distrital e nacional, assegurando a participação dos professores indígenas, AIS, Aisan, AIE, parteiras, pajés, curandeiros e outros, para que possam desempenhar seus papéis com maior eficiência, assim como acompanhar e fiscalizar a execução do recurso do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.
 55. Garantir a formação periódica e continuada para Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (Aisan) e microscopistas, por meio de oficinas, capacitações e cursos, com material didático específico, de acordo com as especificidades de cada povo.
 56. Articular com os órgãos responsáveis a garantia de cursos profissionalizantes para AIS, Aisan, ASB, entre outros, bem como a criação de políticas de incentivo para formação profissional no nível técnico e a disponibilização de recursos para capacitações, ministradas pela comunidade e profissionais, envolvendo DSEI, CASAI, Polos-Base com abrangência de todas as etnias indígenas em todas as localidades.
 57. Promover a inserção de uma disciplina sobre conteúdos referentes à Saúde Indígena nas grades curriculares dos cursos de graduação e técnico, seja na modalidade presencial ou a distância, em áreas de conhecimento das Ciências da Saúde, com a promoção de atividades curriculares e de extensão nas comunidades indígenas, por meio da articulação entre SESAI, Fundação Nacional do Índio (Funai), Ministério da Educação (MEC), universidades, Institutos Federais de Ensino (Ifes) e demais instituições formadoras de ensino de nível superior e técnico. Deve-se priorizar a contratação de profissional indígena para ministrar a disciplina.

- 
58. Assegurar cursos de especialização e residência em Saúde Indígena para os profissionais que atuam na Saúde Indígena, com prioridade para os profissionais indígenas.
59. Assegurar que os profissionais formados nas áreas de Ciências da Saúde prestem serviço nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) por, pelo menos, dois anos após a conclusão dos cursos.
60. Criar uma Política Nacional de Recursos Humanos para o Sasi-SUS, que seja diferenciada, valorize a educação permanente e continuada, assim como os processos de formação antropológica, específica, multiprofissional e multidisciplinar, privilegiando as práticas de ensino em serviço; de acordo com a realidade social, linguística e cultural de cada povo; garantir como via de acesso a experiência e a qualificação profissional.
61. Que seja instituído, no âmbito SUS, por meio do Humaniza SUS e da educação permanente e continuada, qualificação antropológica de todos os profissionais que atuam na Atenção Básica, secundária e terciária, qualificando-os para a assistência diferenciada aos povos indígenas; promoção de capacitações sobre o Subsistema com as equipes multidisciplinares do DSEI e das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde.
62. Garantir capacitação permanente para os conselheiros de Saúde Indígena e Emsi, visando à qualificação das ações de saúde e atuação dos Condisi, tais como: curso preparatório para os novos profissionais no início de suas atividades na Saúde Indígena, curso de especialização, participação em congressos e seminários, assegurando serviço de educação a distância.
63. Garantir o reconhecimento e a valorização das medicinas tradicionais indígenas e de seus terapeutas – como parteiras, pajés, benzedores e benzedoras, rezadores e rezadores, raizeiros, conhecedores de ervas, pegadores de ossos, cantadores e curadores –, por meio de oficinas, mapeamentos, grupos de discussão, intercâmbios, encontros locais, regionais e nacionais nas comunidades e aldeias, com a participação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (Emsis), lideranças, conselheiros, organizações indígenas e outras entidades, para promoção de troca de saberes e conhecimentos.
64. Reconhecer e profissionalizar os pajés, os rezadores, os benzedores, os puxadores, as parteiras e os conhecedores de ervas, viabilizando sua remuneração por trabalho, como colaboradores da Emsi, e a sua contratação nas Unidades de Atendimento de Saúde.

- 
65. Incentivar pesquisas científicas de plantas medicinais em área indígena, com a garantia de retorno dos resultados à população indígena.
66. Garantir capacitação permanente aos profissionais de Saúde Indígena para o desenvolvimento de competências comunicativas interculturais e articulação dos serviços de saúde às medicinas indígenas, com a participação de antropólogos, indigenistas, linguistas e sabedores tradicionais dos povos indígenas da região, como: pajés, curandeiros, cantadores, parteiras. As capacitações devem ser viabilizadas por meio de parceria entre SESAI, Funai, organizações indígenas e organizações indigenistas.
67. Reconhecer legalmente as práticas das medicinas tradicionais indígenas no âmbito do SUS, garantindo acesso e espaço físico adequado para atuação e acomodação permanente dos profissionais da medicina tradicional indígena, dos usuários e dos acompanhantes dentro das unidades de saúde, inclusive na rede hospitalar.
68. Garantir, incentivar e valorizar as práticas tradicionais indígenas, os pajés, os líderes espirituais, as parteiras e as rezadeiras, assegurando recursos para custeio de transporte, alimentação, hospedagem, além de insu-
- mos, como *kit*-pajelança (tabaco, velas, erva-mate e outros), de modo a possibilitar o exercício das práticas tradicionais indígenas nas redes de atenção à saúde, inclusive nos hospitais.
69. Criar, por meio da SESAI, um programa para a medicina tradicional com os demais programas de saúde já existentes, com objetivo de fortalecer e valorizar as práticas da medicina tradicional indígena, incentivando, dessa forma, as equipes e as comunidades a incorporarem, em suas práticas, o conhecimento dos conhecedores de ervas, raizeiros, parteiras e pajés.
70. Identificar e inserir, no contexto de trabalho das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, os xamãs e as mulheres que prestam assistência ao parto, para incentivar a realização do parto tradicional indígena e a troca de conhecimentos indígenas e não indígenas.


1.4 Subeixo: Avanços e Desafios no Financiamento para a Saúde Indígena

DIRETRIZ: Assegurar que o financiamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas seja de acordo com o perfil demográfico, epidemiológico e suas características geopoliticoculturais,

propiciando mecanismos adequados para aprimorar a forma de repasse de recursos aos gestores integrados do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e do SUS.

1. Assegurar a autonomia dos DSEIs e garantir que o financiamento da Saúde Indígena seja pautado pelos Planos Distritais e assegurado no Orçamento Geral da União, de forma que atenda às especificidades dos usuários, com oferta organizada de serviços em todos os DSEIs.
2. Assegurar repasse dos recursos Fundo a Fundo aos DSEIs.
3. Aumentar o teto financeiro dos DSEIs, visando assegurar o cumprimento das ações propostas pela Política Nacional referente ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.
4. Garantir que 1% do Produto Interno Bruto (PIB) Nacional seja destinado à Atenção em Saúde Indígena.
5. Garantir aumento do recurso financeiro de acordo com a realidade de cada DSEI e assegurar a descentralização e regionalização no que diz respeito à aquisição de cotas de combustível, alimentação, armazenamento, alojamento e utilização de veículo terrestre, fluvial e aéreo para urgências e emergências.
6. Garantir recursos financeiros suficientes para compra de combustível, permitindo acesso mensal obrigatório a todas as aldeias de abrangência de cada Polo-Base, de acordo com as peculiaridades geográficas.
7. Garantir repasse do orçamento do Plano Distrital Anual e outros recursos orçamentários, como guias de consultas, internações e exames, diretamente para os DSEIs, dando autonomia a estes para gerir suas próprias guias, com aval da comissão mista para execução de serviços emergenciais, transportes, consertos, manutenções técnicas de equipamentos, assim como consolidar e manter oferta de medicamentos dentro e fora do Renam.
8. O Ministério da Saúde/SESAI deve garantir recurso financeiro para aquisição de medicamentos padronizados em cada DSEI (de acordo com as diretrizes terapêuticas dos Comitês Distritais de Farmácia e Terapêutica) e não padronizados (isto é, que não constam na Renam SUS), referentes aos componentes básico, estratégico e especializado, incluindo os medicamentos manipulados, de acordo com a necessidade local e segundo o perfil epidemiológico de doenças e agravos.
9. Garantir regime diferenciado na contratação dos serviços, bem como estabelecer mecanismos que agilizem

- a aplicação desses recursos e ofereçam maior transparência na prestação de contas.
10. Garantir suprimento de fundo para aquisição de insumos, medicamentos e material de consumo diário.
 11. Garantir recursos financeiros para aumento salarial dos profissionais da Emsi, com ênfase para os AIS e Aisan, para o pagamento de gratificações, para a contratação de novos profissionais e capacitações.
 12. Garantir acréscimo de recursos orçamentários e financeiros, no teto dos DSEIs, para aqueles que comprovarem a realização de atividades efetivas de educação permanente ou capacitações com todos os profissionais da Saúde Indígena.
 13. Assegurar recurso financeiro adicional para atendimento de saúde aos DSEIs localizados em região de fronteira.
 14. Aumentar o teto financeiro dos DSEIs que têm comprometido com horas-voo mais de 40% de seus recursos orçamentários.
 15. Assegurar orçamento aos DSEIs para realizar as remoções de urgência e emergência e ampliar a frota de veículos e embarcações.
 16. Assegurar recurso financeiro para exames e consultas de urgência, assim como flexibilizar o suprimento de fundos para situações de urgência nos Polos-Base.
 17. Garantir recurso financeiro e amparo legal aos DSEIs para a compra de consultas, medicamentos e exames especializados, garantindo a integralidade à saúde do paciente indígena.
 18. Assegurar recurso financeiro para aquisição de veículos com tração e rádio, assim como Unidades Móveis de Atendimento Odontológico, ambulâncias com suporte avançado de vida, horas-voo em UTIs aéreas e veículos adaptados para portadores de necessidades especiais, bem como garantir a disponibilidade desses veículos para atuarem nos fins de semana e feriados, garantindo a disponibilidade de transporte dentro das aldeias por 24 horas em todos os dias da semana.
 19. Assegurar recursos financeiros específicos para aquisição de sistema de comunicação (radiofonia, internet, telefonia móvel e fixa) mais eficiente entre aldeias, Polos-Base, DSEI e CASAI.
 20. Garantir recursos financeiros para aquisição de passagens, diárias e gastos com locomoção de pacientes em tratamento de saúde e de seus acompanhantes.

- 
21. Assegurar recursos financeiros para aquisição, de maneira descentralizada e regionalizada, de materiais e equipamentos para prestar atenção diferenciada nas aldeias, medicamentos fora da lista da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), órteses e próteses e de exames que não são oferecidos na rede pública.
 22. Garantir recurso financeiro para a instalação da rede de frio em todos os Polos-Base, visando ao correto armazenamento dos imunobiológicos e à adequada distribuição entre as aldeias.
 23. Garantir aumento do recurso financeiro destinado ao atendimento odontológico à população indígena, visando melhorar a qualidade desse atendimento por meio da aquisição de equipamentos e insumos, bem como do financiamento da logística necessária para atendimento nas aldeias.
 24. Garantir recurso financeiro para implantação e implementação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família Indígena (Nasfi) e de Centros de Referência de Assistência Social Indígena (Cras), bem como contratar nutricionistas para a rede de saúde nos Polos-Base.
 25. Assegurar que as CASAs recebam recursos financeiros conforme a demanda populacional de cada DSEI.
 26. Revisar, ampliar, garantir e fiscalizar o Incentivo à Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI) para os municípios e hospitais regionais que são referência para o atendimento indígena de média e alta complexidade, na área de abrangência dos DSEIs. Assim como assegurar prestação de contas desse incentivo à comissão de conselheiros locais, distritais e demais lideranças indígenas.
 27. Garantir o aumento nos valores dos recursos financeiros para incentivo hospitalar nos estados e municípios que realizam atendimento à população indígena, bem como ampliar para os municípios ainda não contemplados. Utilizar esses recursos para pactuar serviços com clínicas e hospitais na rede de referência mais próxima dos municípios com áreas indígenas.
 28. Garantir o aumento do Incentivo à Atenção Especializada para os Povos Indígenas (IAE-PI) aos hospitais de referência indígena, visando à criação de ambiência e contratação de intérpretes e profissionais de enfermagem.
 29. Garantir o repasse e a aplicação de recurso financeiro, visando oferecer atendimento na média e alta complexidade, assim como a construção de hospitais e policlínicas regionais para atender à população indígena.

30. Garantir financiamento direto do governo federal ao Subsistema de Saúde Indígena para realização do tratamento fora do domicílio.
31. Garantir recurso financeiro de forma continuada para manutenção, reforma e ampliação das estruturas físicas já existentes na Saúde Indígena (Polos-Base, CASAL e postos de saúde), bem como para a construção de novas unidades de saúde.
32. Assegurar recursos financeiros para implantação, aquisição, construção, reforma, manutenção de sistemas de abastecimento de água, sistemas de esgotamento sanitário, módulos sanitários, laboratório móvel para análise de água e de coleta de lixo.
33. Instituir política de financiamento diferenciado para implantação de saneamento básico e ambiental no semiárido nordestino, por meio de parceria com o MS/ SESA/ANA/Codevasf.
34. Estabelecer um Plano Diretor de Investimentos em estruturas físicas para atenção à saúde dos povos indígenas, sendo apresentado, no prazo de seis meses após a 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, o projeto e cronograma do referido Plano.
35. Articular a implementação de um Programa de Aceleração do Crescimento Indígena para a construção de postos de saúde, casas de apoio, pistas de pouso, estradas e sistemas de saneamento.
36. Garantir e assegurar, nos Planos Distritais de Saúde Indígena, recursos financeiros específicos para o fortalecimento da medicina tradicional indígena e dos espaços de socialização dessas práticas, respeitando as especificidades culturais de cada povo.
37. Garantir o repasse de recursos financeiros para apoio e serviço dos profissionais da medicina tradicional indígena nas referências de média e alta complexidade, bem como assegurar incentivos financeiros para pajés, rezadores, parteiras, raizeiros e benzedeiros.
38. Garantir incentivo financeiro especial para cada parto realizado por parteiras indígenas, bem como assegurar orçamento exclusivo para a valorização e a capacitação das parteiras indígenas.
39. Garantir financiamento tripartite para implantação de Práticas Integrativas Complementares nas aldeias indígenas e garantir a disponibilidade de recursos específicos para o resgate e a integração da medicina tradicional indígena, articulando a implantação e o



intercâmbio entre as etnias. Além disso, disponibilizar recursos específicos para implantação e custeio de laboratórios nas aldeias, de modo a garantir a produção de medicamentos tradicionais, fortalecendo as práticas tradicionais indígenas.

40. Assegurar repasse financeiro específico para a implantação e manutenção de farmácias vivas e herbários, com plantas medicinais da comunidade local, visando valorizar o conhecimento étnico cultural de cada povo indígena.
41. Garantir recurso orçamentário e financeiro específico para compra de equipamentos, máquinas e insumos agrícolas, assim como espaços para preparo e industrialização de alimentos para as comunidades indígenas interessadas, beneficiando os produtos produzidos e gerando renda para as comunidades.
42. Garantir recurso financeiro e orçamentário para articulação política do controle social.
43. Garantir recurso financeiro para aquisição de diárias, passagens e locomoção para participação dos convidados, pelo Condisi e pela Comissão Organizadora, nas reuniões de propostas em nível de DSEI e da SESAI. Assegurar espaços para atuação do controle social dentro de todas as instâncias administrativas, realizando

reuniões periódicas para análise e avaliação dos serviços prestados entre usuários, profissionais e gestores.

44. Garantir recursos financeiros e orçamentários específicos para as atividades de educação continuada do controle social nas instâncias local, distrital e nacional, bem como assegurar a infraestrutura e a logística necessárias para a efetivação dos referidos conselhos.
45. Implantar sistema de informação referente ao financiamento do Subsistema de Saúde Indígena, que permita o acompanhamento e a fiscalização transparente pelos conselhos locais e distritais de saúde, assim como fomentar parcerias com os órgãos de controle (federal, estadual e municipal), visando dar maior celeridade aos processos licitatórios.
46. Garantir a disponibilização de recursos financeiros para a contratação de serviços funerários.

1.5 Subeixo: Avanços e Desafios da Gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

DIRETRIZ: Aperfeiçoar os mecanismos de gestão nos DSEIs de modo a ampliar suas capacidades administrativas




garantindo agilidade nos processos de tomada de decisão compartilhada com autonomia locorregional.

1. Efetivar a descentralização dos DSEIs, garantindo autonomia política, administrativa, financeira e técnica, assegurando instalações físicas próprias, recursos humanos necessários nos Postos de Saúde, nos Polos-Base e nas CASAls, considerando os planos distritais e as deliberações dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.
2. Garantir a celebração de Contratos Organizativos de Ação Participativa (Coaps) com gestores municipais e estaduais, visando ao monitoramento da aplicação dos recursos financeiros na atenção em Saúde Indígena. Assegurar, também, a participação dos conselhos de Saúde Indígena nas discussões e aprovações dos Coaps.
3. Assegurar infraestrutura em informática e telecomunicações para alimentação dos sistemas de informação da Saúde Indígena.
4. Consolidar o processo de autonomia financeira e administrativa dos DSEIs com a garantia de orçamento para construção de suas sedes próprias e implantação de infraestrutura em energia elétrica, informática e telecomunicações, nos Polos-Base, para alimentação dos sistemas de informação da Saúde Indígena.
5. Descentralizar as decisões de atendimento à Saúde Indígena, visando a maior rapidez e, consequentemente, a um atendimento satisfatório.
6. Garantir pelo MS/SESAI/DSEI a disponibilização de DAS na estrutura do Ministério da Saúde para cargo de coordenador administrativo de Polo-Base.
7. Assegurar a aquisição, o fornecimento contínuo e a manutenção dos equipamentos e dos materiais de consumo utilizados nos processos de trabalho da gestão, da atenção e logística suficientes para suprir as reais necessidades de cada DSEI.
8. Assegurar, em lei, que os processos licitatórios e os trâmites burocráticos para aquisição de materiais permanentes e de consumo sejam acelerados e priorizados.
9. O MS/SESAI deve articular-se com órgãos de controle e fiscalização externa do governo, como: Advocacia-Geral da União (AGU), Controladoria-Geral da União (CGU), Tribunal de Contas da União (TCU) e Ministério Público Federal (MPF), para cumprimento nos processos licitatórios na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, considerando que a implementação da Saúde

- Indígena tem sido afrontada de forma grave, contrariando a legislação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, disposta no artigo 19/F.
10. Realizar auditorias periódicas do Ministério Público, da CGU e do TCU de fiscalização das aplicações dos recursos e das ações de saúde para melhorar o atendimento dos profissionais e das ações de atenção à Saúde Indígena, além de avaliação periódica com desligamento de convênios e contratos descompromissados com a recuperação da saúde dos povos indígenas, e instalar ouvidoria no âmbito do DSEI e da SESAI.
 11. Estabelecer critérios minuciosos e transparentes para a distribuição dos recursos financeiros para os DSEIs, considerando o perfil epidemiológico, as diversidades e as especificidades culturais e geográficas, respeitando sempre os planos distritais de Saúde Indígena, elaborados e discutidos pelos povos indígenas de cada DSEI.
 12. Garantir que o MS/SESAI faça o repasse direto dos recursos financeiros para os DSEIs, para que estes possam pactuar, com os municípios e os estados, serviços de saúde para sua população indígena.
 13. O MS/SESAI deve garantir recurso financeiro, conforme cronograma de execução de atividades do distrito sanitário, para que sejam atendidas todas as demandas e necessidades das comunidades indígenas.
 14. Garantir que a realização da Conferência Nacional de Saúde Indígena seja anteriormente ao Plano Distrital de Saúde Indígena, garantindo integralmente a liberação do orçamento já aprovado no Plano Distrital para os DSEIs.
 15. Garantir, no orçamento da SESAI, secretarias municipais de saúde e Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas (Susam), recursos financeiros para atendimento diferenciado aos indígenas não aldeados.
 16. Garantir, por meio do MS/SESAI, recursos e logística para que a gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e equipes técnicas e gestão dos DSEIs, escritório local e Polos-Base realizem visitas regulares às comunidades indígenas, além de atividades de planejamento, capacitação e supervisão sistemática as Emsis, em parceria com o controle social.
 17. Criar e instrumentalizar um sistema de avaliação de desempenho, ações e estrutura de saúde para cada conselho local, distrital e nacional, para gerar melhorias


- no atendimento e garantir respostas às solicitações dos conselhos. E, assim, assegurar que a gestão realize o planejamento das ações de saúde, recurso e prestação de contas com os conselhos locais e municipais, no início, no meio e no fim do exercício.
18. Descentralizar o pregão nacional de medicamentos, insumos e material médico-hospitalar para os Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena, garantindo medicamentos do componente estratégico e especializado, quando prescritos na rede de referência do SUS.
 19. Garantir a autonomia do DSEI para a elaboração da lista básica de medicamentos com base no perfil epidemiológico, dando continuidade na dispensação dos medicamentos que atendam ao Programa de Planejamento Familiar, conforme estabelecem a Lei nº 9.263/96 e as especificidades da saúde indígena.
 20. Instituir normativa que permita a aquisição pelo DSEI de medicamentos não contemplados pela Rename, conforme as receitas médicas, e que autorize a retirada de medicamentos nas farmácias Popular do Brasil, sem custo para o usuário indígena, quando tiver desabastecimento nas unidades do DSEI.
 21. O Ministério da Saúde/SESAI deve garantir autonomia aos DSEIs para instruir os processos licitatórios para aquisição de medicamentos de média e alta complexidade, assim como a realização de exames laboratoriais particulares.
 22. Readequar a Política de Assistência Farmacêutica aos povos indígenas, bem como revisar a Portaria 3.185, de 19 de outubro de 2010, em consideração ao atendimento diferenciado e às especificidades culturais com recursos financeiros da SESAÍ.
 23. Articular, com os órgãos responsáveis, a criação de uma Superintendência de Assistência Farmacêutica Indígena, visando formular, desenvolver e coordenar a Política de Assistência Farmacêutica para os povos indígenas que garanta a aquisição de medicamentos não elencados na Rename Indígena e a inserção no Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Eixos: estrutura, educação, informação e cuidados), de acordo com a Portaria 1.214, de 13 de junho de 2012.
 24. Readequar a lista Rename por perfil epidemiológico de agravos e morbidades.
 25. Garantir a uniformização da Rename SUS/Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.


- 
26. Garantir a criação da Rename e da Renases para a população indígena, descentralizadas e regionalizadas para compra de medicamentos.
 27. Propor, com o Ministério Público Federal, o Conselho Nacional de Saúde e outros órgãos de controle, ao Ministério da Saúde, a revisão da Portaria nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010, como forma de assegurar o acesso dos pacientes indígenas ao medicamento estratégico, excepcional e especializado na rede pública de saúde.
 28. Adquirir, de maneira ágil, os medicamentos e os insumos de vida útil com mínimo de 75% do prazo de validade e em veículos específicos para seu transporte –, conforme as demandas de problemas/doenças mais recorrentes nas comunidades.
 29. Inserir o serviço de assistência farmacêutica na organização oficial da SESAI, implementando essa política, garantindo a continuidade de abastecimento e controle de distribuição permanente dos medicamentos para os Polo-Base.
 30. Ampliar a rede Farmácia Popular nos municípios de abrangência da Saúde indígena.
 31. Garantir e assegurar aos Polos-Base e às CASAls a inclusão dos medicamentos controlados no programa “Aqui tem Farmácia Popular” quando prescritos pelo médico, descentralizando para os DSEIs os recursos necessários à aquisição dos medicamentos por meio de licitações.
 32. Garantir a permanência de profissionais de saúde nas farmácias básicas nos finais de semana.
 33. Criar estratégias para ampliar o acesso aos medicamentos do componente especializado da Rename.
 34. Garantir, em todas as CASAls, ambulância para transporte de pacientes acamados, combustível para abastecer os carros da comunidade em casos de urgência e emergência, assim como contratações de serviços terrestres (passagens) e aéreo (passagens e hora-voo na UTI aérea) para remoção de pacientes graves e emergenciais, com acompanhamento de profissional, e para o deslocamento de pacientes e acompanhantes.
 35. Implantação da Rede Samu na área indígena com transporte rápido (ambulância fluvial e aérea) nos Polos-Base para atendimento das urgências e das emergências nas regiões de difícil acesso.
 36. Assegurar, por meio da articulação das instituições parceiras (Funai, Ministério da Defesa, DNIT, estados e municípios), o direito dos pacientes em trânsito ou em atendimento em localidades desprovidas de unidades

- da SESAI/DSEI ao transporte aéreo, terrestre e fluvial, à alimentação, à hospedagem, à ajuda de custo, bem como aos acompanhantes, sejam familiares ou profissionais envolvidos na Saúde Indígena, respeitando as práticas e os saberes tradicionais de cura dos povos indígenas.
37. Garantir o aumento da frota de veículos e outros meios de transporte aéreo, terrestre e fluvial que atendam as remoções de pacientes, de urgência e emergência, em curto espaço de tempo, com qualidade no atendimento de média e alta complexidade, bem como deslocamento das Emsis, e também o monitoramento e a avaliação das remoções para a Ordenação da Assistência com Vigilância (motivo, origem, destino, desfecho).
38. Prover, em quantidade necessária, o número de veículos, assim como garantir veículos adequados para suporte das Emsis e transporte sanitário para o deslocamento dos indígenas em tratamento de saúde, e, quando necessário, seu traslado ao município de referência.
39. Garantir equipes multidisciplinares e a infraestrutura do DSEI com o aumento da frota de transportes terrestres e fluviais, com manutenção preventiva e sistemática, visando suprir as necessidades das aldeias e das terras indígenas em processo de demarcação.
40. Assegurar que a SESAI providencie, de imediato, Casas de Apoio com alimentação para o pernoite dos pacientes indígenas e seus acompanhantes nos Polos-Base onde não exista a CASAI, assim como nos municípios onde há atendimento para os indígenas.
41. Que a SESAI institua mecanismos administrativos específicos, assegurados no planejamento anual pelo Condisi, para custear as despesas com deslocamento, transporte, alimentação e pousada para conselheiros locais e distritais de saúde, lideranças indígenas e demais indígenas (que atuem em ações de saúde e não tenham vínculos com o serviço público e conveniadas), independentemente da localidade.
42. Garantir parcerias entre Ministério da Saúde/DSEI/SESAI, Funai, Anac e MPF, visando ao registro das pistas de pouso existentes nos quatro Polos-Base e nas aldeias do Parque Indígena do Xingu e de todos os territórios indígenas com abertura de novas pistas de pouso, de acordo com as necessidades de atendimento à assistência à saúde.
43. Garantir que haja a parceria entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Justiça/Funai, o Ministério do Meio Ambiente/Ibama e o Ministério da Defesa/Anac para

- homologação ou registros, melhoria e recuperação das estradas e das pistas de pousos existentes, além da abertura de novas pistas de pouso/decolagem em pontos estratégicos, nos Polos-Base e postos centrais.
44. Articular, junto à rede de urgência e emergência, a aquisição de “ambulanchas” e ambulâncias para atender os DSEIs e os escritórios locais, estruturando os veículos com todos os equipamentos para atendimento à saúde e os meios de comunicação, como o *Global Star*.
45. Construir, equipar e manter em funcionamento unidades de pronto-atendimento nos Polos-Base e implementar redes de urgência e emergência e serviço odontológico especializado.
46. Buscar parceira com o Ministério das Comunicações para implantação, ampliação e manutenção do sistema de comunicação nas aldeias.
47. Que a SESAI garanta comunicação tecnológica eficiente, com instalação, manutenção técnica e financeira, treinamento de pessoal, em todas as aldeias, Polos e CASAI, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Escritórios Locais e DSEI, com os seguintes serviços e equipamentos: internet; antena e linha telefônica; sistema completo de radiofonia, de acordo com as demandas; viaturas.
48. Garantir recursos para facilitar a comunicação do controle social, assegurando a socialização das informações.
49. O Ministério da Saúde e a SESAI devem garantir recursos financeiros para aquisição de consultas e exames não cobertos pelo SUS; ou cobertos, mas não ofertados temporariamente.
50. Garantir o aumento do número de AIS e Aisans a serem contratados, conforme necessidades das comunidades, respeitando os critérios em vigor, e a aquisição de material de consumo permanente e de uso diário desses profissionais, como materiais hidráulicos, ferramentas e Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Além disso, assegurar a construção de galpões nas aldeias, com a finalidade de armazenar os materiais de manutenção do saneamento, viabilizando supervisores indígenas para serem os articuladores da continuidade no fornecimento de materiais para manutenção do Sistema de Abastecimento de Água (SAA).
51. Criar uma assessoria jurídica da AGU específica para análise dos contratos nos estados que possuam DSEI, buscando garantir agilidade nos trâmites jurídicos e na realização do concurso público (SESAI/Ministério da Saúde), bem como criar critérios de seleção e remuneração.


- neração que sejam regionalizados e específicos para a Saúde Indígena.
52. Que o Ministério da Saúde/SESAI institua uma Política de Recursos Humanos específica e diferenciada para a Saúde Indígena, regionalizada por meio do DSEI, implementando um plano de cargos, salários e carreiras, estabelecendo critérios que garantam a efetivação dos profissionais por meio de seleção simplificada, levando em conta:
- a) A Lei 9.836/1999, a Constituição Federal.
 - b) O conhecimento do profissional na área.
 - c) Experiência de trabalho na área.
 - d) O investimento aplicado na capacitação e na formação dos profissionais do SasiSUS.
53. Garantir, por meio da SESA, a manutenção do Convênio com a Organização Não Governamental (ONG) existente para a contratação dos profissionais das equipes multiprofissionais que atuam no DSEI e no Polo-Base, evitando a interrupção dos serviços prestados à Saúde Indígena, até que haja a solução definitiva para a efetivação desses profissionais.
54. A SESA, por meio dos DSEIs, deve priorizar a contratação de indígenas capacitados. Por meio das con-
- veniadas, contratar profissionais para atuarem no Polo-Base, como: serviços gerais, cozinheiras, motoristas fluviais, coordenador de Polo, bem como disponibilizar ajuda de custo para os acompanhantes indígenas e de pacientes referenciados às unidades de saúde do SUS.
55. Reestruturar a Saúde Indígena de maneira que os Polos-Base sejam reconhecidos dentro da estrutura organizacional e os chefes de Polo, de preferência indígenas, tenham reconhecimento do cargo com suas gratificações. E, onde houver necessidade, sejam criados subpolos.
56. Consolidar os Polos-Base como unidades administrativas e assistenciais dentro dos municípios de sua abrangência.
57. Reconhecer os Polos-Base dentro da estrutura organizacional dos DSEIs.
58. Reestruturação do DSEI referente ao organograma de funcionamento e à regularização em relação aos Polos-Base e às CASAls.
59. Implantar, na estrutura organizacional dos DSEIs, setor que trate do etnodesenvolvimento, da produção de alimentos e da segurança alimentar e nutricional das comunidades indígenas.

- 
60. Garantir que os municípios e estados que atendam populações indígenas possam ter, em suas estruturas organizacionais, uma secretaria para tratar dos vários assuntos referentes à Saúde Indígena.
61. Garantir que a CASAI Manaus seja reconhecida como CASAI Regional – referência para os sete DSEIs do Amazonas.
62. Solicitar, junto à SESAI/Ministério da Saúde, a criação de um DSEI na calha do Rio Madeira que contemple os municípios de Manicoré, Novo Aripuanã, Borba e Nova Olinda do Norte.
63. Criação dos DSEIs em Guajará Mirim/Humaitá, para que o recurso de Brasília (DF) vá diretamente para esse município, conforme documentos dos Parintintins aprovados na plenária da IV Conferência Local.
64. Garantir a efetivação de um DSEI em Aracruz (ES), conforme aprovação na 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (4ª CNSI), e a criação de um setor jurídico na estrutura dos DSEIs, com autonomia de elaboração de pareceres jurídicos, visando à agilidade nos processos licitatórios.
65. Criar um DSEI no Município de Sinop (MT), conforme encaminhado na 4ª CNSI, inserindo o atendimento aos povos indígenas Kawaiwete, às terras indígenas Kururuzinho, Apiaká/Kaiabi e a outras etnias interessadas da terra do PIX.
66. Criar o DSEI em Teresina (PI) para garantir atendimento aos indígenas naquela capital, bem como facilitar o livre acesso à Atenção de Média e Alta Complexidade.
67. Criar o DSEI Médio Juruá, com sede no Município de Eirunepé (AM).
68. Garantir a revisão da delimitação do DSEI Interior Sul, criando um DSEI por estado (São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul), de modo a suprir as necessidades de todos os povos indígenas que estejam na área de abrangência do DSEI, bem como implantar uma CASAI no Rio Grande do Sul e outra em Santa Catarina.
69. Considerar o reconhecimento e a inclusão de novos povos indígenas, a diversidade étnica, geográfica, cultural, a fim de facilitar a proximidade entre os gestores do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, do SUS e comunidades indígenas, garantindo a criação de novos DSEIs nas regiões oeste do Pará (Santarém e Oriximiná) e sudeste do Pará (Marabá e Tucuruí).

- 
70. Realizar o reconhecimento do DSEI Araguaia, com sede no Estado do Mato Grosso, pertencente à Amazônia Legal, para efeito de equiparação salarial do quadro de recursos humanos (servidores e profissionais das conveniadas).
71. Assegurar que a SESAI dê encaminhamento à criação do DSEI Imperatriz (MA), devido à vasta extensão territorial do atual DSEI Maranhão.
72. Garantir, por meio do Ministério da Saúde/SESAI, recursos para implantação de um departamento e coordenação nos DSEIs que visem ao desenvolvimento de programas e projetos voltados para a cultura e medicina tradicionais.
73. Garantir a não municipalização da Saúde Indígena.
74. Assegurar que a SESAI execute o plano distrital aprovado no Conselho Distrital e homologado pela própria SESAI nos 34 DSEIs, diminuindo a burocracia para efetivação das ações de Saúde Indígena.
75. A SESAI, por meio dos DSEIs, deve garantir a efetividade e a qualificação do atendimento em saúde, com melhorias nas condições de estrutura física; insumos; acesso; logística; equipamento; materiais médico-hospitalares em quantidade suficiente; material didático e recursos humanos capacitados em quantidade suficiente, para dar cumprimento aos protocolos do Ministério da Saúde sobre a Atenção Primária e da Política Nacional de Saúde Indígena, respeitando as especificidades de cada povo em conformidade com o Plano Distrital.
76. Garantir que a SESAI cumpra o prazo determinado pela comunidade na execução das ações de saúde e Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, e que os DSEIs efetivem as ações de endemias nas comunidades indígenas.
77. Implantar uma política sustentável permanente de incentivos à cobertura e à permanência de pessoal, categorias e quantitativos necessários, bem como melhorar a estrutura técnica e administrativa dos Polos-Base e das unidades de saúde.
78. Garantir o desenvolvimento das atividades das Emsis, de forma contínua e regular, por meio de regime de escala e revezamento, com equipamentos básicos (aquisição, instalação e manutenção) e insumos em todas as aldeias indígenas.
79. Estreitar a relação da SESAI com as equipes de saúde e parceiras que atuam junto aos povos indígenas, para que elas tenham melhores condições de traba-

- lho e recursos, articulando a execução do instrumento de referência e contrarreferência nas três esferas de governo.
80. Garantir a implementação da Política Nacional de Formação Permanente dos conselheiros locais e distritais de Saúde Indígena, buscando consolidar o entendimento dos deveres e dos direitos, com formação nos conceitos legais vigentes, no âmbito da Saúde Indígena, vindo a proporcionar o efetivo exercício de controle social.
 81. Garantir, por meio do Ministério da Saúde/SESAI, em articulação com municípios e estado, a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no que diz respeito aos programas de saúde, priorizando: Saúde da Mulher; do Homem; da Criança; do Idoso; do Adolescente; Bucal; Assistência Farmacêutica; Saúde Mental diferenciada; Imunização; Vigilância Epidemiológica; além dos programas propostos pelo Ministério da Saúde (Brasil Sorridente, Política Nacional de Humanização, Programa Mais Médicos etc.).
 82. Garantir que a SESAI pactue com municípios e estados para atender às comunidades, e que essas pactuações sejam cumpridas levando-se em consideração a mobilidade populacional e a alteração do espaço territorial.
 83. Que o DSEI defina as atribuições do Escritório Local de São Paulo e sua funcionalidade, operacionalizando suas ações.
 84. Implantar, por meio do Ministério da Saúde/SESAI, programa para uso de ervas medicinais e medicamentos fitoterápicos. Assegurar a qualificação dos profissionais da Saúde Indígena, dos professores das escolas indígenas e dos demais trabalhadores; assim como a valorização da medicina tradicional, incentivando seu uso e o desenvolvimento das ações de saúde em conjunto com os representantes de cada grupo (ex: kuiãs, karaís, parteiras).
 85. Assegurar que o Ministério da Saúde faça valer propostas previstas na Constituição Federal de 1988, referentes ao atendimento diferenciado às populações indígenas, aprovando incentivos para os municípios onde existam tais populações.
 86. Criar instrumentos de fiscalização do trabalho no Ministério da Saúde/SESAI. Aplicação de recursos financeiros repassados pelos Ministérios nos municípios e reforçar a qualidade de atendimento básico em Saúde Indí-

- gena com acompanhamento e participação do controle social.
87. Que a SESAI, por meio dos DSEIs, institua um instrumento para monitorar e avaliar os serviços de saúde prestados à população indígena dentro dos hospitais que recebem o Incentivo da Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI), como também a garantia de que os recursos alocados nesses hospitais sejam utilizados especificamente para atender aos indígenas.
88. Que a SESAI garanta a implementação de um sistema de monitoramento em que o Conselho Distrital tenha condições de monitorar e acompanhar a aplicação dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) repassados para o SasiSUS.
89. Garantir, por meio do Ministério da Saúde, da SESAI e do MPOG, os recursos aprovados no Plano Distrital em sua integralidade, contemplando todas as ações do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, facilitando a logística e respeitando a organização interna dos povos indígenas de acordo com a Convenção 169 da OIT, mediante a realização de contratos de prestação de serviços pelo DSEI.
90. Garantir, junto à SESAI, incentivos para os estados e os municípios, visando assegurar ações complementares para os exames de Urgência e Emergência e os que não têm cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS), de média e alta complexidade e para a Atenção Básica.
91. Pactuar oficialmente com os estados e a SESAI/DSEI os contratos organizativos de ação pública (Coap) de Saúde Indígena, para garantir e qualificar o acesso à atenção integral de saúde dos povos indígenas, especialmente nas atenções de média e alta complexidade.
92. Inserir serviço de assistência laboratorial na organização oficial da SESAI, garantindo, em cada município, laboratórios de análises clínicas equipados, de modo a realizar todos os exames laboratoriais exigidos pelos programas da Atenção Básica de Saúde.
93. Que a Funai, com o DSEI/ARP/SESAI, garanta o direito de acesso ao Cartão de Usuários do SUS nos Polos-Base.
94. Garantir a disponibilização de dados do Siasi entre os DSEIs, bem como a criação de uma carteira de identificação do indígena aldeado, com anuência do cacique e das lideranças indígenas, visando garantir a assistência à saúde dos aldeados e dos estudantes indígenas que estão fora das suas aldeias de origem.


- 
95. O Ministério da Saúde/SESAI deve articular com a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e com a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e garantir, junto ao Ministério da Saúde, ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasem) e ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), a divulgação permanente da Política Nacional de Saúde Indígena junto às regiões de saúde e aos municípios; a mudança do regimento interno da Comissão Intergestores Regional (CIR) e CIB, a fim de incluir o gestor da saúde indígena como membro efetivo nas referidas comissões; além da criação de Câmaras Técnicas.
96. Garantir, junto ao Ministério da Saúde, ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), a inclusão dos gestores de saúde indígena nas instâncias de pactuação do SUS – Câmara Técnica da Bipartite.
97. Buscar parcerias com a Funai, Secretarias de Estado, Ministério da Defesa, Embrapa, Ibama, Prefeituras etc., para melhoria dos determinantes e condicionantes da Saúde Indígena.
98. Exigir que as três esferas de governo cumpram sua responsabilidade com a Atenção à Saúde Indígena, integrando-a à Política Nacional de Saúde, buscando ações intersetoriais que promovam a demarcação, a homologação, a desintrusão e a proteção dos territórios indígenas de responsabilidade do governo federal, no sentido de garantir saúde e qualidade de vida.
99. Garantir a articulação interinstitucional entre a SESA, a Funai e a Previdência Social, visando à inclusão da doença de Chagas como patologia de aposentadoria permanente e a criação específica de auxílio-doença, respeitando as especificidades dos povos indígenas.
100. Definir os compromissos de cada esfera de Gestão do SUS. E, por meio da articulação entre Ministério da Saúde, SESA, DSEI, Conasem, Cosem, Conass, CNS, estados e municípios, garantir que cada esfera execute o que lhe é cabível quanto à sua responsabilidade na execução das ações de saúde nos três níveis de atenção (primária, secundária e terciária). Além disso, garantir o atendimento pleno de saúde da população indígena, inclusive com sistema de marcação de consultas, exames de média e alta complexidade específicos aos povos indígenas, descentralizando a senha do

Sistema de Regulação (Sisreg) para os Polos-Bases e as CASAI, possibilitando que a SESAI assuma os espaços assistenciais existentes devido à insuficiência de serviços disponibilizados na Rede do SUS nos estados e nos municípios de abrangência dos DSEIs, proporcionando um melhor acesso às marcações dos exames e das consultas especializadas.

101. Que o controle social de Saúde Indígena, por meio do Ministério da Saúde/SESAI, garanta, junto ao Parlamento Brasileiro, ao Ministério Público Federal, ao Ministério da Justiça/Funai, a revisão da Portaria nº 70, de 23 de dezembro de 2004, no que se refere aos índios desaldeados, a fim de que o Ministério de Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG) e o Ministério da Saúde/SESAI criem mecanismos de atenção básica ao índio desaldeado, definindo responsáveis sanitários ou dentro da aldeia de origem, conforme reconhecimento do seu próprio povo. Solicitar à SESAI a inserção de novas famílias no cadastro do Siasi, de acordo com o reconhecimento étnico de cada povo e lideranças tradicionais, proporcionando seminários locais e regionais específicos para discutir a assistência aos índios desaldeados e controle social por meio

de financiamento com recurso extrateto complementar ao Plano Distrital.

102. Articular, junto à Funai, a reativação dos postos e a permanência integral de profissionais da Funai em todos os Polos-Base.
103. Articular, por meio do DSEI, do Conasem, do Cosem, do Conass e do CNS, com os municípios e os estados, a implantação, a implementação e a ampliação da quantidade de cotas para o atendimento pleno de saúde da população indígena pelo sistema de marcação de consultas, exames de média e alta complexidade específico aos povos indígenas. Descentralizar a senha do Sistema de Regulação (Sisreg) para os Polos-Bases e as CASAI, proporcionando um melhor acesso às marcações dos exames e das consultas especializadas.
104. Articular, com a presidência da Funai, a efetivação de um papel fiscalizador dessa instituição, a fim de evitar a entrada de bebidas alcoólicas/drogas, roubos, furtos e crimes nas comunidades indígenas, e que garanta, ainda, servidores em quantidade suficiente nos postos de fiscalização para um melhor controle em terras indígenas.

- 
105. Exigir que a Funai e o Ibama respeitem as decisões dos povos indígenas quanto à abertura e à recuperação de estradas e pontes que dão acesso às comunidades indígenas.
 106. Fomentar parceria entre as redes de saúde, assistência social e educação, incluir a Saúde Indígena no Programa de Melhoria e Qualidade e implantar o serviço de ouvidoria da SESAI.
 107. Criação de uma emenda à Lei Arouca 9.836/99 que ampare o índio urbanizado para o seu atendimento no SasiSUS, compartilhando as responsabilidades da atenção integral nas três esferas do governo, levando em consideração as diversidades culturais.
 108. Garantir que não haja exploração mineral da fauna e da flora nas terras indígenas sem a consulta prévia das comunidades, respeitando os direitos de preservação dos territórios.
 109. Garantir a articulação com os órgãos responsáveis (Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Justiça) para a criação de uma comissão intersetorial permanente, que analise e aprove os projetos de pesquisa em terras indígenas, após a averiguação da entidade pesquisadora pela Polícia Federal e credenciamento dentro da SESAI/DSEI das entidades. Que essa ação ocorra por meio de contrato específico entre comunidade e pesquisador, com conhecimento da Funai, com garantia contratual do patrimônio genético e dos produtos das pesquisas para benefício das comunidades indígenas e com obrigatoriedade do repasse das informações coletadas nas pesquisas por meio de fóruns e debates em conjunto com a comunidade pesquisada.
 110. Garantir que a realização das pesquisas em saúde nas terras indígenas estejam legalizadas por meio da Conep, fiscalizadas pela Funai, pela SESAI e pelo Conselho Local de Saúde Indígena, e que seus resultados sejam disponibilizados para a comunidade pesquisada e arquivados em banco de dados.
 111. Reconhecer, garantir e assegurar a propriedade intelectual de práticas de saúde tradicional e a patente do uso das ervas medicinais utilizadas pelas comunidades indígenas.
 112. Criar centros de treinamentos terapêuticos e oficinas para resgatar o uso de ervas e plantas medicinais como meios tradicionais de reafirmação da cultura dos povos indígenas em relação à medicina tradicional.

113. Garantir que a SESAI crie uma portaria específica que garanta prioridade dos usuários indígenas na rede do SUS.

II EIXO TEMÁTICO – Controle Social e Gestão Participativa

2.1 Subeixo: Avanços e Desafios para o Controle Social e a Gestão Participativa no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena




DIRETRIZ: Fortalecer a participação da população indígena nas instâncias de controle social do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e do Sistema Único de Saúde, com vistas ao aprofundamento do direito democrático nos espaços de gestão, de forma a permitir o monitoramento e a avaliação da efetivação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

1. Garantir, por meio do Ministério da Saúde/SESAI, espaço e ampliação das vagas para participação dos integrantes do Condisi nas diferentes esferas do governo, nas organizações das ações, serviços de saúde e criação de políticas públicas, assegurando, por lei, o direito de participação diferenciada e igualitária, bem como a efetivação e a ampliação de vagas para representação do DSEI e do Condisi, no CNS e CIT. Dessa forma, assegurar o direito à voz e ao voto reconhecidos quando relacionado à saúde e à política direcionadas à Saúde Indígena, obedecendo às recomendações da legislação brasileira, como a consulta prévia e de boa-fé aos povos indígenas – Convenção 169 da OIT.
2. Fortalecer as reuniões locais nas comunidades indígenas, criando uma agenda local e distrital em todos

os DSEIs. Articular a aproximação entre os representantes locais do Condisi, a liderança indígena, as associações indígenas, o controle social não indígena e instituições afins.

3. Garantir a realização de encontro estadual entre as Organizações Indígenas e o Condisi.
4. Assegurar que os Conselhos sejam paritários (indígenas, trabalhadores, gestores e prestadores) e deliberativos no âmbito de sua abrangência. E também garantir as vagas pertencentes aos indígenas nos Conselhos Municipais de Saúde (por indicação dos CLSIs), as vagas no Conselho Estadual (por indicação do Condisi), e as vagas no CNS (por indicação do Fórum de Presidentes Distritais), ou que a indicação seja feita por meio de fórum de debate, garantindo a participação nos prazos estipulados dos regimentos de cada Conselho.
5. Ministério da Saúde/SESAI/DSEI deve considerar as decisões de grande relevância, que são resolvidas de forma isolada pela SESAÍ e pelo DSEI, devendo respeitar, na prática, o controle social e gestão participativa, com a discussão prévia de normas e regimes para trabalho das Conferências de Saúde Indígena, que atendam às necessidades e às especificidades dos povos indígenas no encaminhamento de suas demandas, não se aplicando o descrito no regimento da Conferência de Saúde, elaborado pelo CNS, nas etapas locais e distritais, e que sejam realizadas em áreas indígenas, de acordo com encaminhamento de cada conselho.
6. Garantir que o Ministério da Saúde, por meio da SESAÍ, exija que os DSEIs enviem aos Condisis quadrimestralmente (três vezes por ano) suas prestações de contas detalhadas para que os Conselhos Locais tenham acesso a elas.
7. Garantir que o Condisi seja cogestor dos recursos financeiros destinados ao controle social. Propiciar maior participação do Condisi dentro das comunidades indígenas, realizando reuniões em todos os Polos-Base de maneira alternada, a fim de intensificar o controle social das ações das Emsis.
8. Garantir a realização de uma Conferência a cada quatro anos com as três esferas de governo (etapa local, distrital e nacional) para criação de um plano de investimentos nas áreas da saúde, social, educacional, cultural, etnodesenvolvimento sustentável, demarcações de terras e segurança dos povos indígenas.

- 
9. Garantir que o Condisi promova e articule fóruns distritais que contemplem a participação das três esferas de governo, DSEI, Funai, hospitais, Secretarias de Saúde, Conselhos Municipais de Saúde etc., instituições indígenas (Federação, Organizações Locais, Associações etc.) e outras instituições.
 10. Garantir a participação das organizações da sociedade civil, indígenas ou não, com atuação direta ou indireta nas ações de saúde, nas instâncias do controle social, sendo garantidos voz e voto.
 11. Fortalecer e garantir que os conselhos locais e distritais possam desenvolver formas de fiscalização dos recursos e monitoramento das ações de atenção aos usuários indígenas prestadas pelo DSEI e em outros espaços de atendimento do Sistema Único de Saúde, com a criação de um órgão específico, com poder punitivo, garantindo espaços de articulação entre controle social indígena, educação indígena e outros parceiros.
 12. Garantir ao controle social o direito de livre expressão, participação plena efetiva e informada em todas as instâncias de tomadas de decisões, planejamento, gestão, administração, respeitando as formas organizacionais, culturais, espirituais de cada povo, conforme orienta a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho/OIT. Reforçar a presença de representantes tradicionais (pajés, curandeiros, parteiras etc.) e comunidade indígena nas reuniões, nas discussões, nas ações e nas decisões a serem tomadas, assegurando critérios mais rígidos na escolha dos conselheiros, focando interesse, compromisso e preocupação com a saúde da comunidade.
 13. Garantir a inclusão de representantes indígenas, conselheiros de Saúde Indígena de todos os segmentos (usuários, trabalhadores e gestores) nos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, estabelecendo mecanismo de escolha para titulares, bem como representatividade dos DSEIs na Comissão Intergestora Bipartite (CIB), Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e Comissão Intergestora Regional (CIR). Dessa forma, assegurar o acompanhamento e a deliberação nas ações de saúde e seu cumprimento, possibilitando a inserção da Saúde Indígena em todas as instâncias decisórias do SUS. Considerando que a relação dos Conselhos Locais (CLSI) e Condisi com os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde ainda está deficiente, para começar, deve-se haver interação entre conselhos locais e Condisi com

- o DSEI e, então, com o município e o estado. Deve-se exigir a presença dos conselheiros de outros níveis de saúde nas reuniões que envolverem interesses entre as três esferas; deve-se, ainda, informar às organizações indígenas e convidá-las para reuniões dos conselhos e para que participem das políticas públicas de saúde.
14. A SESAI deve garantir recursos para a realização do Fórum de Saúde Indígena distrital periódico e o fortalecimento da equipe multidisciplinar, instituindo um Conselho Local com regimento próprio, que englobe: cronograma, aplicação de financiamento com abrangência em todos os polos, datas, reuniões, transportes e demais necessidades operacionais locais.
 15. Assegurar a implantação e/ou implementação dos Conselhos Locais de Saúde Indígena em todas as terras indígenas, inclusive aquelas em processo de demarcação.
 16. Fomentar a criação de um Conselho Nacional de Saúde Indígena, deliberativo e consultivo, com a finalidade de que as demandas da saúde indígena não fiquem reprimidas no Conselho Distrital.
 17. Assegurar e promover a participação:
 - a) Das mulheres nas instâncias do controle social e na implementação das ações de saúde, por meio de sua atuação nos Conselhos de Saúde e na formação de grupos de discussão sobre seus problemas específicos nos âmbitos locais, regionais e nacionais.
 - b) Dos jovens que não estão retornando às aldeias após estudarem na cidade, para ajudar no controle social esclarecido.
 - c) Da representatividade dos acampamentos indígenas no Condisi.
 18. Assegurar que Ministério da Saúde/SESAI, Funai, Ministério Público Federal (MPF), Polícia Federal, Controle Social Indígena e lideranças fomentem discussões junto à Justiça e ao Ibama, para que sejam inseridas as áreas indígenas no processo de fiscalização ambiental e social, objetivando coibir a comercialização de drogas lícitas e ilícitas dentro das áreas indígenas, incluindo o apoio do DSEI para o fomento do diálogo entre os profissionais de saúde (farmacêutico, enfermeiro, médico, assistente social e técnicos), de modo que eles se articulem com os caciques, pajés, benzedores (conhecedores da medicina tradicional) e representantes do Conselho Local de Saúde Indígena. Que isso ocorra no intuito de promover seminários ou capacitações com a troca de saberes, permitindo, quando não houver risco de vida aos indí-


- genas, a aplicação dos saberes da medicina tradicional, respeitando a cultura de cada etnia na promoção e na recuperação da saúde dos povos indígenas.
19. Assegurar que o conselho local seja composto apenas por indígenas usuários, conforme a portaria que regulamentava o controle social.
 20. Criar um grupo de trabalho paritário em nível nacional, pós-Conferência, para acompanhar e monitorar a implementação das resoluções que foram aprovadas nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena, cabendo à SESAI/Ministério da Saúde dar as condições necessárias no processo de implementação.
 21. Articular com os órgãos responsáveis para que os direitos assegurados aos povos indígenas na Constituição Federal de 1988 não sejam alterados.
 22. Criar assessoria jurídica para fortalecer a gestão e subsidiar, junto à Consultoria Jurídica da União CJU/AGU, a emissão e a análise de pareceres referentes aos processos, aos contratos e aos convênios da saúde indígena.
 23. Fazer valer a aplicação do artigo 19 F (que prevê a obrigatoriedade de se levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas, de modo que o modelo a ser adotado para
- Atenção à Saúde Indígena deverá ser pautado por uma abordagem diferenciada e global) e do parágrafo 2º do artigo 19 G (que estatui que o Sistema Único de Saúde servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para tanto, ocorrer adaptações em sua organização e estrutura, para propiciar, nas regiões onde residem as populações indígenas, essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminação) da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, garantindo os direitos constitucionais e a gestão participativa no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.
24. Fiscalizar o Subsistema de Saúde Indígena para que as diretrizes, as leis e os decretos sejam cumpridos, com o comprometimento responsável das autoridades na fiscalização das ações de Saúde Indígena. Oferecer formas de controle social, em conjunto com ONGs Indígenas, participar, fiscalizar, acompanhar e cobrar dos gestores o desempenho do seu papel. Melhorar a interlocução entre o Condisi, a Cisi, o CNS e as organizações indígenas em conjunto. Descartar conselheiros que já tenham cargo na instituição para não gerar acú-


- mulos de funções. Criar cargos de supervisores indígenas para acompanhar os trabalhos de AIS e Aisan.
25. Articular a aprovação do novo Estatuto do Índio que se encontra paralisado no Congresso Nacional.
 26. Acrescentar, na Carta dos Usuários do SUS, os direitos e os deveres dos povos indígenas, bem como os direitos e os deveres individuais, com as especificidades antropológicas, culturais, formas de organização, costumes, crenças, tradições, com atenção diferenciada, acolhimento e atendimento humanizado à população indígena em todos os contextos de inclusão e acesso ao SUS.
 27. Garantir a difusão do poder e atribuições da ouvidoria do SUS para que atenda às especificidades dos povos indígenas.
 28. As instituições públicas e privadas de ensino e pesquisa interessadas em pesquisar a saúde e tudo que for de interesse dos povos indígenas devem consultar previamente as comunidades indígenas e suas respectivas organizações, respeitando os direitos garantidos por meio da Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Posteriormente, submeter o projeto de pesquisa ao sistema CEP-Conep/CNS, CLSI, DSEI/ SESAI e Funai. Quando se tratar de conhecimento tradicional associado à biodiversidade (plantas, animais), submeter o projeto ao Conselho Nacional de Patrimônio Genético/Ministério do Meio Ambiente, observando a Medida Provisória nº 2.186, de 23 de agosto de 2001. Garantir o acompanhamento efetivo do controle social indígena e disponibilizar os resultados documentados das pesquisas realizadas, dando a devolutiva dos resultados para a comunidade onde a pesquisa foi executada. Lembrar que as pesquisas podem ajudar a valorizar a cultura da comunidade, fazendo com ela estudos e projetos que façam o governo reconhecer as suas tradições e seus costumes. Adaptar o sistema de ética em pesquisa para a realização de projetos por pesquisadores indígenas em suas próprias comunidades.
 29. Garantir uma melhor articulação e parceria da SESAI com as outras esferas de Governo, para o fortalecimento da assistência à população indígena, tais como: construção de casas de farinha, museu, escola, Cras, Creas indígenas etc.
 30. Garantir que as lideranças e as comunidades das áreas indígenas que venham a sofrer impactos ambientais motivados por empreendimentos sejam consultadas



- previamente, além de garantir ações corretivas nas áreas que já sofreram algum tipo de impacto ambiental.
31. Garantir que os critérios de distribuição de recursos orçamentários e financeiros respeitem o princípio da equidade, a diversidade cultural, a questão populacional, a localização geográfica e a realidade de cada DSEI, assegurando a participação das comunidades e dos povos indígenas na discussão do PPA e Orçamento.
 32. Considerar e garantir que as deliberações (recomendações e resoluções) do controle social, encaminhadas pelos Conselheiros Distritais de Saúde Indígena, sirvam de subsídio aos mecanismos de execução das ações planejadas.
 33. Garantir o aumento do orçamento disponibilizado ao Condisi para 0,1%, fortalecendo e garantindo, dessa forma, eventos, reuniões e capacitações do controle social.
 34. Assegurar que a administração do DSEI seja feita por uma gestão participativa com a população indígena, no âmbito das três esferas de governo, garantindo a regularidade efetiva do exercício do controle social nas terras indígenas. E que a SESAI respeite, na íntegra, as demandas propostas nos Conselhos Locais e delibera-
- das nos Distritais. E que o controle social, por meio do Condisi e dos Conselhos Locais, em cada Polo-Base:
- a) Participe da elaboração das ações de saúde.
 - b) Acompanhe a execução dos programas de atenção à Saúde Indígena: Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (Emsi); Serviços de Edificação e Saneamento Ambiental (SESANI); Divisão e Atenção à Saúde Indígena (DIASI); Núcleo de Atenção à Saúde Indígena (Nasi); Serviço de Orçamento e Finanças (SEOFI); Serviço de Recursos Logísticos (SELOG); Serviço de Recursos Humanos (SERH); e demais programas que venham a ser implantados na Atenção à Saúde Indígena, para que o controle social seja ouvido e respeitado.
 - c) Tenha acesso e aprecie a prestação de contas do Estado, dos municípios e do DSEI, da utilização dos recursos destinados à Saúde Indígena, bem como aos valores repassados pelo Ministério da Saúde aos hospitais de referência que atendem os povos indígenas.
35. Garantir que o Condisi tenha sua autonomia administrativa e financeira.



- 
36. Que o Ministério da Saúde promova a reformulação do Regimento Interno da SESAI para equiparar os Polos-Base Técnico-Administrativos com os escritórios locais, na estrutura organizacional, com a definição de cargos DAS I, II, III; e salários em âmbito nacional. Dessa forma, fica responsável a SESAI para que a escolha dos coordenadores dos DSEIs e do coordenador local dos Polos-Base de Saúde Indígena ocorram, obrigatoriamente, com a participação efetiva do Condisi, das lideranças representativas de cada povo e das organizações indígenas dos seus respectivos estados.
37. Assegurar a participação efetiva das comunidades e dos povos indígenas na construção, no acompanhamento e na avaliação orçamentária do Plano Distrital.
38. Garantir reuniões anuais sobre orçamento democrático junto aos gestores públicos.
39. O Ministério da Saúde deve garantir o cumprimento, pela SESAI, do Plano Distrital aprovado pelo Condisi, com avaliação semestral das ações desenvolvidas.
40. Garantir a obrigatoriedade da prestação de contas da SESAI/Brasília, dos estados, dos municípios e do DSEI aos Conselhos Locais e Distritais. Garantir a plena participação das organizações indígenas e do Condisi na construção e na definição da proposta orçamentária dos DSEIs e na escolha e indicação do gestor dos DSEIs e das coordenações dos Polos e das CASAls, observando os critérios e o perfil técnico, sem a interposição política, visando à autonomia e ao fortalecimento do Subsistema de Saúde Indígena.
41. Garantir efetiva participação dos Conselhos Local e Distrital, no limite de suas competências, na seleção e na contratação dos profissionais de saúde e assessoria jurídica para o controle social.
42. Recomendar, por meio de organizações indígenas e do Condisi, ao MPF, que instaure inquérito para investigar desvios de recursos da saúde: na construção de “postinhos” mal estruturados, com infraestruturas precárias, sempre faltando água, energia, falta de espaço para acomodação da equipe, falta de armários para acondicionamento de medicamentos, tratamento realizado em condições precárias. Averiguação do MPF em tudo que já foi feito, mas não funciona; os gestores ganhando dinheiro, enquanto tudo está sem funcionar. Dinheiro jogado fora. Fiscalizar a alocação de recursos do SUS na Saúde Indígena, participando ativamente da alocação de recursos via controle social.

- 
43. Garantir que não haja indicação de políticos na Saúde Indígena. Assegurar a participação do Controle Social/Condisi nas entrevistas para contratação e avaliação dos profissionais que atuarão na SESAI e no DSEI, bem como na indicação ou na exoneração dos cargos de confiança, elegendo apenas representantes locais escolhidos pela comunidade de cada microárea, sem intervenção de partido político ou coordenador distrital e chefe de CASAI; no caso dos Polos-Base e CASAI, garantir a participação do Presidente do Conselho Local.
44. Que o Ministério da Saúde garanta orçamento ou rubrica específicos, podendo ser via Siafi, aos Conselhos Distritais e Locais no Plano Distrital de Saúde Indígena e na SESAI/DSEI, para execução de atividades do controle social indígena e para o funcionamento adequado nos DSEIs e nos Polos-Base, de acordo com as especificidades geográficas, climáticas e étnicas, tais como:
- a) Deslocamento, alimentação, hospedagem e ajuda de custo (conforme calendário das reuniões dos Conselhos Locais e Distritais), pois os conselheiros precisam deslocar-se e abrir mão dos trabalhos na aldeia.
 - b) Estrutura logística e física: aquisição de meio de transporte fluvial e terrestre (exclusivo para o Controle Social/Condisi e CLSI), sala específica para os conselhos, mobiliário, equipamento de informática, materiais de Equipamento de Proteção Individual (EPI) e Equipamento de Proteção Coletiva (EPC).
 - c) Pessoal necessário: técnicos para inspecionar na aldeia, trabalhando com a aldeia; criar cargos de supervisores indígenas para acompanhar os trabalhos de AIS e Aisan.
45. Garantir as traduções dos Regimentos Internos nas línguas maternas.
46. O Ministério da Saúde deve garantir recursos e dar prioridade à realização de capacitação continuada/educação permanente, podendo ser itinerante e semestral, de acordo com as demandas locais para:
- a) Os conselheiros locais e distritais, titulares e suplentes, secretários(as) executivos(as), usuários(as), trabalhadores indígenas e não indígenas, lideranças, parteiras, pajés, curadores, rezadores, raizeiros, com a presença dos gestores do DSEI.
 - b) Em parceria com o Ministério da Saúde/SESAI (Conselho Nacional de Saúde e Escola Técnica de Saúde

- do SUS), Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.
- c) Conteúdo abrangendo: Programa de Inclusão Digital; legislação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e SUS; legislação brasileira; Constituição Federal de 1988; Estatuto do Índio (Lei 6.001/73); Convenção 169 OIT; Lei nº 9.836/99 (Lei Arouca); noções de legislação e gestão pública, bem como de execução física e financeira.
47. Garantir capacitação dos conselheiros titulares e suplentes (Conselho Local e Condisi) no início de seu mandato vigente.
48. O Ministério da Saúde/SESAI deve garantir recursos e mecanismos para comunicação e divulgação das ações do controle social, por meio de:
- a) Produção de materiais impressos como: cartilha bilíngue; fôlderes; boletins informativos (para divulgar as ações desenvolvidas nos DSEIs e as reuniões mensais com os conselhos locais e distritais); periódicos e cartazes, fortalecendo, dessa forma, o controle social e sua gestão participativa no âmbito do DSEI.
- b) Articulação com o Ministério das Comunicações para inclusão digital, instituindo uma rede de informação virtual com a comunicação via internet e *link* de forma articulada, para integração das organizações indígenas locais com os Polos-Base, Conselhos Locais, Municipais, Distritais, Estaduais, Nacional e Fórum de Presidentes em tempo real.
- c) Disponibilizar meios de comunicação para a interatividade entre todas as aldeias para troca de informações (radiotelefonia rural, radiodifusão, canal de televisão comunitária) e a participação entre usuários e gestão do DSEI.
49. Garantir que a SESAI crie a Plataforma Nacional de Comunicação da Saúde Indígena, viabilizando aos DSEIs acessibilidade aos eventos, às conferências e às informações para Controle Social e Gestão Participativa.
50. Realizar, sistematizar e divulgar as pesquisas demográficas, epidemiológicas, socioantropológicas, acerca da Saúde Indígena, para que possa aplicá-las nos serviços de políticas públicas de saúde para conhecimento, gestão e direcionamento de políticas públicas de saúde.
51. Criar um fórum entre colegiados para assegurar que os Condisis, os movimentos indígenas, os conselhos municipais, estadual e nacional se reúnam de dois em

- dois anos, a fim de discutir e buscar melhorias para o usuário do SasiSUS.
52. Garantir a elaboração de um seminário nacional anual entre os conselheiros de Saúde Indígena para avaliação e aprimoramento do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.
53. O Ministério da Saúde/SESAI deve efetivar o fortalecimento do Controle Social Indígena com a interação entre municípios, estados, Ministério Público, Polícia Federal e Funai para que a gestão se torne realmente participativa e esclarecedora; e também a prestação de contas dos gestores municipais e estaduais nas reuniões dos Conselhos Locais, Conselhos Distritais, Conselhos Estaduais e Municipais, nas discussões com os estados e os municípios sobre o direcionamento e a utilização dos recursos da saúde repassados aos municípios (como exemplo, o recursos do IAE-PI) e aos estados.
54. Garantir ao controle social a participação em outros conselhos na área de abrangência do conselho correspondente, além de assegurar recursos orçamentários e financeiros para os conselheiros que fazem intercâmbio com as demais instâncias de controle social dentro e fora do estado, garantindo a participação efetiva dos representantes indígenas – de acordo a Lei 8.142/1990 e a Resolução CNS nº 453/2012 – nas discussões de interesse coletivo. Estabelecer novos critérios para que os conselheiros municipais, representantes das entidades indígenas, sejam também, obrigatoriamente, conselheiros locais de Saúde Indígena; e que se cumpra o que está na lei, garantindo a realização de conferências locais, distritais e nacionais de Saúde Indígena a cada quatro anos.
55. Garantir as reuniões ordinárias e/ou extraordinárias dos Conselhos Locais de Saúde Indígena, dos Conselhos Distritais, assim como do Fórum de Presidentes, conforme os seus regimentos internos.
56. Garantir ao controle social o uso de ferramentas para criar transparência nas atividades desenvolvidas dentro de cada DSEI, tais como:
- a) Portal de Transparência e ouvidoria exclusivos para os DSEIs, para que possam fiscalizar os recursos disponibilizados a eles, com criação de lei que assegure e torne obrigatória essa ação, de modo que possam denunciar quando um trabalhador de qualquer esfera discriminar e/ou maltratar um usuário indígena, contribuindo, assim, para acabar

- com a política de omissão e conivência do governo diante do genocídio praticado contra os indígenas, com punições para os desvios praticados dentro da Saúde Indígena e indenização pelo genocídio praticado contra o indígena.
- b) Sítio eletrônico, inclusive para orientações educativas no sentido de evitar o uso de bebidas alcoólicas e outras substâncias entorpecentes em áreas indígenas.
- c) Apresentação de relatórios semestrais e, quando necessário, garantir o acesso do controle social às informações sobre ações administrativas e financeiras executadas pelos DSEIs e municípios.
57. Garantir que os conselhos e o Fórum de Presidentes do Condisi, Ministério da Saúde/SESAIs criem instrumentos de repasse e transparência para que a comunidade indígena possa acompanhar os repasses orçamentários e financeiros repassados às instituições que prestam serviço ao Subsistema de Saúde Indígena.
58. Garantir a participação de representantes indígenas (caciques, lideranças e conselheiros locais) na seleção, no acompanhamento e na avaliação dos profissionais das Emsis e dos Polos-Base, e na escolha dos gestores da SESAI e dos DSEIs, bem como assegurar a participação de indígenas nas equipes de gestão dos DSEIs.
59. Garantir que seja definido o perfil e o papel do assessor indígena, bem como seu reconhecimento como trabalhador da Saúde Indígena.
60. Assegurar que os gestores dos DSEIs estabeleçam, junto à Fundação Nacional do Índio (Funai), fluxo regular de envio de pesquisas de saúde na área de abrangência dos Distritos Sanitários de Saúde Indígena.
61. Assegurar que a SESAI, junto ao Ministério da Saúde, providencie o material necessário para a confecção dos cartões do SUS para os indígenas e promova o cadastramento nacional dos conselheiros de saúde indígena, emitindo documentos de identificação. Além disso, que promova uma verificação no cadastramento nacional do SUS, pois constata-se duplicidade de identificação entre o cartão de saúde do indígena e o cartão do SUS emitidos pelas Secretarias Municipais de Saúde, caracterizando uma situação de cadastramento não indígena.
62. Garantir, sempre, consulta à comunidade indígena na avaliação da qualidade dos serviços oferecidos, conforme a Convenção 169 da OIT.

63. Definir e garantir, por meio do ParticipaSUS, recursos financeiros para a educação permanente dos Conselheiros de Saúde e da comunidade sobre o controle social.



III EIXO TEMÁTICO – Etnodesenvolvimento e Segurança Alimentar e Nutricional

3.1 Subeixo: Avanços e Desafios para o Etnodesenvolvimento e a Segurança Alimentar e Nutricional para os Povos Indígenas

DIRETRIZ: Reconhecer, como direito, a importância da diversidade social e cultural dos povos indígenas, considerando seus sistemas tradicionais de saúde, o respeito às concepções, aos valores e às práticas relativos ao processo saúde-doença-cuidado próprio a cada povo indígena, articulando saberes diversos com o objetivo de promover o desenvolvimento étnico e de sua segurança alimentar.

1. Assegurar que o Ministério da Saúde/SESAI, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Fundação Nacional do Índio, Companhia Nacional de Abastecimento descentralizem e garantam a qualidade e a ampliação das cestas básicas para famílias indígenas que se encontram em vulnerabilidade, com a fiscalização do controle social, respeitando a especificidade da cultura alimentar das populações indígenas nas aldeias

e nas terras indígenas em processo de demarcação. Implantar programas de suplementação alimentar e investir na agricultura de subsistência, a fim de combater os casos de desnutrição em áreas com escassez de alimentos.

2. Criar parceria com o Ministério da Educação, secretarias e afins para a implantação de escolas técnicas profissionalizantes direcionadas aos povos indígenas, focando na produção e no preparo de alimentos saudáveis e visando ao uso dos alimentos regionais com diversidade de cardápios, além da realização de oficinas culinárias e confecção de material específico sobre alimentação tradicional nas línguas indígenas.
3. Desestimular a política das cestas de alimentos, gradativamente, com projetos de desenvolvimento da agricultura familiar indígena e acompanhamento de especialistas na área agrícola, com entrega de cestas básicas de caráter emergencial e não assistencialista, em que os itens que compõem a cesta não devem estimular o uso de alimentos industrializados e transgênicos, devendo cada família ter acompanhamento nutricional e social para incentivar os modos de produção tradicional.

4. Ampliar e adaptar o Programa Bolsa Família, criando um módulo Programa Bolsa Família Indígena, respeitando as especificidades de cada povo com acompanhamento sistemático.
5. Priorizar o atendimento à saúde e à educação específico e diferenciado nas áreas em conflito e que estão em processo de demarcação.
6. Que o Congresso Nacional aprove o Estatuto dos Povos Indígenas, por meio da Comissão de Constituição e Justiça, com acompanhamento e acesso do Conselho Nacional de Saúde; e que articule parcerias por meio da SESAI/Ministério da Saúde com a CNPI, Apib, Funai/MJ, MPF e AGU, junto ao Congresso Nacional, para desengavetamento do Estatuto dos Povos Indígenas (Lei Federal 6.001/1973), com vistas ao fortalecimento institucional dos direitos territoriais dos povos indígenas, de acordo com a Constituição Federal e a Convenção 169 da OIT, garantindo a consulta aos referidos Estatutos sobre qualquer tipo de empreendimento público em terras indígenas.
7. Que a SESAI/Ministério da Saúde garanta recursos para realização de projetos e ações em educação, saúde e fortalecimento das medicinas tradicionais e da alimentação tradicional, por meio de intercâmbios, seminários, encontros e feiras, reforçando a troca de experiências e produtos entre as comunidades, sempre levando em conta os critérios a seguir: garantir a participação do homem e da mulher indígena nos encontros; que os indígenas sejam eleitos pelas suas comunidades; que esses encontros também sejam realizados nas áreas urbanas dos municípios.
8. Garantir políticas de fortalecimento das associações indígenas, buscando investimento para infraestrutura e aquisição de equipamentos e liberação de recursos, para a criação de uma Feira Nacional de Artesanato Indígena para exposição e comercialização, gerando renda e agregando valor cultural.
9. Disponibilizar recursos para associações e organizações indígenas de piscicultura, avicultura, agricultura e manejo florestal, assegurando o fortalecimento das associações e cooperativas de produtores indígenas e garantindo sua inserção no Programa de Aquisição de Alimentos, para a produção de alimentos nas aldeias, e a inserção da produção indígena na agricultura familiar, garantindo a compra dos produtos pelos produtores e pelos órgãos federais (SESAI). Garantir incentivo à

- produção para a agricultura familiar indígena por meio de associações e/ou cooperativas, e por meio de projetos específicos, incluindo educação em saúde e preservação do meio ambiente.
10. Que a SESAI articule, junto aos demais órgãos do governo, o registro e a comercialização dos produtos produzidos nas áreas indígenas e no mercado externo, garantindo que os indígenas sejam autores de sua plantação, bem como assegure recursos para realização de encontros interculturais, visando à troca de experiências, mudas, sementes, entre outros artigos, com intuito de valorizar a cultura alimentar, nutricional e fitoterápica, até mesmo podendo comercializar o excedente.
 11. Realizar, por meio dos DSEIs/Sesai, um diagnóstico situacional, educacional, econômico e de saneamento para melhoria da assistência à saúde nas aldeias, com fins de elaboração de projetos de autossustentabilidade por meio das Associações Indígenas e PSFI.
 12. Fortalecer as organizações sociais indígenas e capacitar as comunidades para cooperativismo, associativismo, gestão administrativa e financeira. Garantir um espaço físico e recursos financeiros adequados e permanentes para a venda de produtos artesanais, criando um processo de manejo das matérias-primas, além de capacitar indígenas para produção de artesanato a partir de produtos tradicionais oriundos das comunidades. Garantir o incentivo à produção para a agricultura familiar indígena por meio de associações e/ou cooperativas, e por meio de projetos específicos, incluindo educação em saúde e preservação do meio ambiente.
 13. Mobilizar e capacitar os produtores indígenas, garantindo o investimento de instituições e representantes de organizações indígenas e não indígenas na busca de recursos para motivação das comunidades na ocupação de criar e plantar.
 14. Que o Ministério da Saúde articule, com o Ministério de Pesca, Ministério da Agricultura e Organizações e Associações Indígenas, para garantir que os profissionais da pesca e da agricultura implantem um melhor aproveitamento, desenvolvimento e escoamento dos produtos indígenas, garantindo recursos financeiros com incentivos para aquisição de equipamentos e insumos necessários.
 15. Formar parcerias entre estado, municípios, instituições de ensino superior, Organizações Não Governamentais

- (ONGs) e demais órgãos da esfera federal, para incentivar a agricultura familiar e garantir acompanhamento técnico da produção.
16. Garantir investimentos em projetos agroecológicos, com o resgate de sementes nativas alimentícias e medicinais de cada região, realizando oficinas e reuniões para sensibilizar os indígenas sobre a sustentabilidade dos projetos que serão executados nas aldeias, garantindo, assim, segurança alimentar e geração de renda, de modo que se assegure a autossustentabilidade.
 17. Garantir orçamentos dos vários ministérios para articular programas na dimensão de respeitar, proteger e promover o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), financiando projetos de produção sustentável nas comunidades indígenas; orçamentos e recursos humanos, por meio da criação de um comitê gestor interministerial que vise viabilizar e articular programas que tratem do respeito, da proteção e da promoção dos Direitos Humanos à Alimentação Adequada (DHAA), de forma a financiar projetos de estímulo à produção agrícola sustentável com a oferta de equipamentos agrícolas, incluindo meios de transporte para a realização do escoamento da produção.
 18. Firmar parcerias e articulação com órgãos estaduais, federais e ONGs para garantir a capacitação para plantio, como a Empresa Baiana de Desenvolvimento Agrícola (EBDA) e a Embrapa (sementes), nas áreas de fruticultura, animais de pequeno porte, horticultura, além do acompanhamento técnico na elaboração, na execução, no monitoramento e na fiscalização de projetos de autossustentabilidade e segurança alimentar e nutricional aos povos indígenas, de maneira transparente e participativa de técnicos desses órgãos.
 19. Garantir quadro técnico-profissional, como agrônomos, veterinários e nutricionistas indígenas e não indígenas, para acompanhamento em ações nas aldeias que promovam o etnodesenvolvimento da região. Por meio do agroflorestamento de espécies nativas dos biomas, possibilitar a revitalização de alimentos tradicionais, criando banco de sementes, realizando feiras e encontros de intercâmbio para troca, garantindo a estrutura nas comunidades para essas ações. Para isso, deve haver a proteção e a vigilância dos territórios a fim de não haver contaminação por agrotóxicos, seja no solo, no lençol freático e vento.


- 
20. Articular, com as instituições formadoras, a oferta de cursos profissionalizantes e de qualificação nas áreas de sistemas agroflorestais, garantindo amparo técnico para o manejo e o desenvolvimento de estratégias sustentáveis, por meio de parcerias para formação e contratação de profissionais indígenas na área de Agronomia, técnico-agrícola, nutricionista, engenheiro florestal, entre outros, bem como cursos de capacitação para mulheres indígenas em sistema de produção de cooperativas para produção e conservação de alimentos beneficiados.
21. Que a SESAI garanta, assegure e articule, com o Ministério da Justiça/Funai, Ibama e Incra, a viabilização da participação e da contratação dos Agentes Ambientais Indígenas em ações de Proteção Territorial e Desenvolvimento Sustentável, garantindo, assim, o espaço físico para práticas de plantio (resgate da roça de toco), caça, pesca, cultura e medicina tradicional para os povos indígenas. Assegurar a continuidade dos programas de governo, por exemplo: VigiSUS (Ministério da Saúde), PDPI/MMA, Carteira Indígena/MMA, bem como ações integradas junto ao Ministério do Desenvolvimento Agrário, Ministério do Meio Ambiente, Ministério da Justiça e Economia Solidária e Bem-Estar Social, para que sejam realizadas as ações de Vigilância Nutricional.
22. Realizar destaque orçamentário e termo de cooperação entre o Ministério da Saúde, Ministério do Meio Ambiente, Ministério do Desenvolvimento Agrário, com apoio das organizações governamentais e não governamentais, para a elaboração de projetos baseados em estudos direcionados para as condições de plantio nas terras indígenas, junto às Associações Indígenas, realizando cursos de capacitação para elaboração de projetos sociais e de sustentabilidade, voltados para as temáticas de segurança alimentar e nutricional, fonte de renda, fluxo de produção, comercialização e escoamento dos produtos produzidos nas comunidades indígenas. Assegurar recursos para capacitação dos indígenas em extrativismo e agricultura familiar, intensificando a fiscalização do uso de agrotóxicos de forma indiscriminada em torno das áreas indígenas.
23. Garantir projetos para a formação e a contratação de agentes agroflorestais indígenas, e também para a recuperação dos solos e nascentes, utilizando 50% do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

- (ICMS) Ecológico Municipal em terras indígenas, em parceria com o projeto Gestão Ambiental Territorial Indígena (Gati) e com escolas indígenas, desenvolvendo projetos de viveiros de plantas medicinais, nativas e frutíferas.
24. Viabilizar parcerias para a formação de indígenas em cursos técnicos em Agropecuária e superior em Ciências Agrárias, priorizando a inserção desses profissionais nos processos de assistência e consultoria a propostas nas regiões e comunidades, visando, assim, implementar programas de apoio à produção autossustentável de alimentos regionais e culturalmente identificados nas comunidades indígenas. Formação técnica e universitária de indígenas em Ciências Agrárias, para sua inserção nos processos de assistência e consultoria a projetos nas regiões e comunidades.
 25. Que a SESAI/Ministério da Saúde possa garantir recursos para compra exclusiva de alimentos produzidos e cultivados nas terras indígenas, podendo os DSEIs fazer a compra de maneira direta e facilitada, fornecendo os alimentos tradicionais para as CASAs e os Polos-Base, servindo-os aos pacientes e aos acompanhantes, respeitando sua culinária.
 26. Estimular a valorização dos alimentos produzidos pelas comunidades, gerando renda. Que a SESAI possa, com outros órgãos, assegurar a realização de encontros interculturais, visando à troca de experiências, mudas, sementes, no intuito de fortalecer os modos de produção e alimentação tradicionais, nutricionais e fitoterápicos de cada povo.
 27. Articular, em parceria com outros órgãos das três esferas do governo, a elaboração e a implantação de projetos na área de saúde e educação, visando à redução da desnutrição infantil nas aldeias, bem como na promoção da alimentação adequada e saudável, com base na cultura e nos hábitos alimentares de cada comunidade. Com acompanhamento do nutricionista, realizar ações, como palestras sobre segurança alimentar e nutricional, e oficinas de culinária nas aldeias, com a finalidade de valorizar os alimentos e as preparações tradicionais.
 28. Assegurar, por meio do MEC/Seduc/Semec/SESAI/DSEI e órgãos competentes, o respeito à cultura e à tradição alimentar de comunidades indígenas nas merendas escolares, nas refeições das CASAs e dos Polos-Base. Estabelecer critérios para o recebimento das cestas básicas nas comunidades indígenas, pois estas geram

- um impacto cultural alimentar. Garantir, pelo MDS/Conab, cestas básicas diferenciadas, respeitando a realidade de cada povo.
29. Ampliação/efetivação do Sisvan em toda terra indígena, incluindo o profissional nutricionista na Emsi, garantindo o trabalho em conjunto com os pajés, as parteiras e as lideranças, para maior efetividade das ações e valorização das práticas alimentares. Que a SESAI realize treinamento continuado para as Emsis (com foco maior no AIS) sobre o Sisvan, com entrega de certificado, disponibilizando material educativo na língua materna. Que o Ministério da Saúde/SESAI garanta suprimento de fundo para os Polos-Base realizarem a compra de suplementos nutricionais para crianças, gestantes e idosos debilitados, com acompanhamento dos profissionais da área.
 30. Implementar e fortalecer condições para o pleno funcionamento do Comitê Gestor da Política Nacional de Gestão Territorial e Ambiental das Terras Indígenas (PNGATI), tendo como foco a valorização das culturas indígenas e a garantia da segurança alimentar e nutricional.
 31. Sensibilizar e mobilizar as lideranças indígenas, com o apoio da Funai, quanto ao impacto negativo da insegurança alimentar, para que a alimentação destinada à recuperação nutricional de crianças, idosos e gestantes desnutridos seja realmente consumida pelo paciente. Garantir, também, a alimentação de pacientes e seus familiares em tratamento, conforme a demanda de cada Polo-Base, evitando abandono de tratamento, assim como a visita e a supervisão de um nutricionista nos Polos-Base e na CASAI para o acompanhamento nutricional e a realização de palestras sobre segurança alimentar, promovendo a qualidade de vida, respeitando os hábitos alimentares e culturais de cada etnia.
 32. Garantir recursos para irrigação e plantio durante todo ano, além de viabilizar projetos para armazenamento de sementes nativas dos povos indígenas do Nordeste e do Brasil, promovendo um intercâmbio entre os povos indígenas do País pelo MDA/secretaria dos estados e dos municípios, com vistas ao fortalecimento da agricultura familiar indígena.
 33. Garantir políticas estruturantes para a segurança alimentar e nutricional, por meio de ações que permitam a diversificação do cultivo, a distribuição de leite artificial nos casos preconizados pelo Ministério da Saúde,

- a criação de hortas comunitárias e de oficinas que permitam a troca de informações referentes à alimentação, sendo todas essas ações realizadas com o acompanhamento das lideranças indígenas locais.
34. Articular e viabilizar parcerias com os Institutos Federais, universidades e Embrapa para a elaboração e distribuição de material instrucional, ilustrado e bilíngue, sobre as políticas públicas de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e o aproveitamento integral de alimentos regionais típicos dos hábitos de cada povo, de forma a sensibilizar a sociedade indígena sobre o real valor nutricional de suas espécies comestíveis, utilizando esse material como guia para a formulação de políticas destinadas aos povos indígenas.
35. Realizar parceria com MDA, MDS e MEC para articular a criação de um banco de sementes (crioulas) específico para a cultura indígena, e incentivar programas e parcerias com os municípios para a compra de alimentos produzidos nas aldeias pela população indígena. Fomentar projetos e ações relacionadas à promoção de alimentos, assegurando a sustentabilidade compartilhada e a segurança alimentar e nutricional das comunidades indígenas.
36. O Ministério da Saúde/SESAI deve articular, com o MJ/Funai, a regulamentação das terras indígenas, garantindo o direito à terra em condições para a vivência indígena. E, nas terras já demarcadas, fortalecer a fiscalização efetiva, reduzindo os ilícitos ambientais, a fim de garantir a sustentabilidade e a soberania alimentar.
37. Realizar articulação interministerial para recuperação ambiental nas terras indígenas, com participação das comunidades, que possuem áreas degradadas, bem como garantir o direito às ações de recuperação ambiental aos povos cujas terras ainda se encontram em processo de demarcação fundiária, além de efetivar a aplicação da legislação (artigo 231 da CF) quanto à proteção territorial das áreas indígenas demarcadas ou em processo de demarcação, criando programas com as comunidades para coibir a entrada de caçadores, madeireiros, fazendeiros, pescadores e mineradores nas áreas indígenas.
38. O Ministério da Saúde/SESAI/DSEI e a Funai/MJ devem incentivar as comunidades indígenas a plantarem e cultivarem seu próprio alimento, de acordo com a viabilidade geográfica, visando valorizar e fortalecer as práticas tradicionais indígenas, tais como: sementes

- tradicionais, agricultura, caça, pesca e extrativismo não madeireiro. Assegurar a articulação com as instituições dos governos federal, estadual e municipal, para a criação e a execução de uma política pública nacional de desenvolvimento e sustentabilidade, na área de agricultura familiar e segurança nutricional, com efetiva participação da comunidade indígena, com apoio contínuo e suporte técnico dos órgãos competentes.
39. Garantir recursos financeiros e humanos para elaboração de projetos de desenvolvimento sustentável em áreas indígenas, além da criação de um programa de apoio à produção agrícola, dispondo de assistência técnica e financeira para manutenção das roças, aquisição de materiais, ferramentas e sementes para desenvolver o programa nas comunidades indígenas, com vista às boas práticas agroecológicas.
40. A SESAI/Ministério da Saúde e a Funai/MJ devem articular, com MDA, MMA, MDS, Sepror, SEIND, Idam, Embrapa, estados e municípios, a criação de comissão com o objetivo de viabilizar, flexibilizar, elaborar e implantar projetos com assistência técnica permanente para a produção, o desenvolvimento sustentável e a geração de renda que fortaleçam as práticas próprias de alimentação tradicional nas comunidades indígenas. Além disso, garantir a participação e o acesso das populações indígenas nas políticas de segurança alimentar e nutricional, possibilitando, assim, os cuidados básicos em saúde e fortalecendo o desenvolvimento de soluções locais sustentáveis.
41. Articular, com o Ministério do Desenvolvimento Agrário, a criação da Política de Atenção Diferenciada para atender à demanda nos territórios indígenas.
42. Implantar programas de Agricultura Familiar Indígena em conjunto com os órgãos governamentais e não governamentais afins, garantindo a capacitação da comunidade para o desenvolvimento de projetos sustentáveis de cunho alimentar, visando à subsistência, ao etnodesenvolvimento sustentável e ao aumento da produção, respeitando os aspectos culturais de cada povo. Que cada projeto implantado tenha seu cronograma respeitado e um técnico das entidades parceiras para apoio operacional e financeiro durante sua execução, com o fornecimento inicial de insumos necessários e incentivos à comercialização da produção.
43. Realizar oficinas para capacitação e manutenção de projetos sobre produtividade e escoamento agrícola,



incentivando e fortalecendo a agricultura familiar indígena, além de criar um banco de sementes dos alimentos produzidos na comunidade e incluí-los no cardápio escolar. Dessa forma, garantir que o PAA e Pnae possam ser efetivados nas terras indígenas, gerando renda e estratégias de distribuição dos alimentos excedentes da produção, garantindo o diálogo com o MEC e as Secretarias de Educação dos estados para repensar o Pnae e adequar a merenda escolar à realidade cultural, aos hábitos tradicionais indígenas e aos recursos naturais de cada região.

44. Que a SESAI/Ministério da Saúde possa realizar programas de incentivo ao aleitamento materno, e que implante em todos os DSEIs um Banco de Leite Materno destinado às crianças desnutridas e em risco de desnutrição, como fonte de suplementação alimentar e nutricional. Que as gestantes desnutridas possam ter acompanhamento e monitoramento pelas equipes multidisciplinares do desenvolvimento da criança e de sua genitora. Tendo como base o fortalecimento do

Sisvan Indígena, por meio de ações da promoção de saúde e educação alimentar e nutricional, favorecer o diálogo intercultural por meio da inclusão das mulheres indígenas com o olhar voltado para o aleitamento materno e a alimentação complementar saudável.


45. Assegurar, por meio do MDS, da Conab, da Funai, da Sesai e dos órgãos competentes, o respeito à cultura e à tradição alimentar de comunidades indígenas no fornecimento de cestas básicas, complementação alimentar e nutricional, implementando programas diferenciados de agricultura familiar para os povos indígenas, com o objetivo de fomentar ações autossustentáveis, inclusive nas áreas em processo de demarcação e em casos de emergências de seca, enchente e queimada. Nos casos de família em vulnerabilidade, o fornecimento de cestas básicas e o acompanhamento do nutricionista, principalmente às crianças desnutridas, gestantes, idosos, portadores de doenças crônicas, como HIV, câncer, tuberculose, hanseníase e pessoas com deficiência.


IV EIXO TEMÁTICO – Saneamento e Edificação de Saúde Indígena

4.1 Subeixo: Avanços e Desafios do Saneamento e das Edificações de Saúde

DIRETRIZ: Valorizar as ações de saneamento básico desenvolvidas nos distritos e suas interrelações com o meio ambiente e a saúde dos povos indígenas, visando à necessidade de promover a saúde e a prevenção de enfermidades, assegurando à população: água de boa qualidade; destino adequado dos dejetos e lixo; controle de insetos e roedores.

1. A SESAI deverá criar uma Política Nacional de Reestruturação e Adequação das Construções Físicas dos DSEIs, garantindo a construção, a reforma e a ampliação das sedes dos distritos, de postos de saúde (UBS), CASAI, Polos-Base, Casa de Apoio para Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, Aisan/AIS/Conselheiros Locais e Distritais nos 34 DSEIs, respeitando a diversidade cultural e a especificidade local, assim como as necessidades dos idosos e dos deficientes físicos. Compete à SESAI, também, a ampliação dos recursos financeiros para o saneamento, garantindo o abastecimento de água potável para áreas indígenas com avaliação anual dos projetos de saneamento e edificações.
2. Garantir a construção de novas CASAIs, conforme demanda e especificidade de cada DSEI, e a reestruturação das CASAIs existentes.
3. Revisar a Portaria nº 840/08, com vistas a possibilitar a construção de edificações com materiais diferenciados, para os casos onde não existe acesso ao transporte dos materiais para construção previstos para os projetos arquitetônicos definidos na Portaria.
4. Criar estrutura física no Polo-Base para o funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde Indígena.
5. Reestruturar as pistas de pouso nas aldeias, construir pontes sobre os igarapés que interligam as aldeias aos postos de saúde, simplificando as exigências burocráticas, a fim de agilizar as construções.
6. Implantar um sistema de abastecimento e controle de qualidade da água, de forma a garantir o fornecimento de água potável em todas as aldeias indígenas, realizando o controle da qualidade da água por meio da instalação de laboratórios (fixos e itinerantes) de análise da água.

- 
7. Assegurar fornecimento de água por meio de caminhão-pipa para atender a população indígena em caráter emergencial.
 8. Implantar sistema simplificado de água e esgoto em todas as aldeias.
 9. Implantar fossa séptica e construção de banheiros individuais, respeitando a cultura e a organização da comunidade.
 10. Construção e manutenção, nas aldeias, de poços artesanais, de Módulo Sanitário Domiciliar (MSD), assegurando a limpeza das fossas periodicamente.
 11. Garantir o acompanhamento e o monitoramento do Aisan e do supervisor técnico, o apoio logístico e orçamentário para o desenvolvimento de suas atividades, criando calendário mensal para visitas nas aldeias, bem como a manutenção e a reposição de materiais hidráulicos e equipamentos em geral dos sistemas implantados com a aquisição ou contrato de manutenção, como também ações educativas de prevenção de doenças transmitidas por animais domésticos e silvestres.
 12. Criar uma comissão de fiscalização das obras, composta por técnicos, conselheiros e lideranças locais, além de uma comissão de recursos orçamentários, de controle de qualidade dos materiais, do cumprimento de prazos estabelecidos para realizações das obras, viabilizando o deslocamento dessa comissão para o cumprimento dessas tarefas.
 13. Articular com o Ministério do Desenvolvimento Social, o Ministério do Meio Ambiente, o Ibama e demais instituições governamentais e não governamentais, bem como com os estados e municípios de referência, a coleta do lixo comum e infectante em terras indígenas, incentivando a criação de políticas de proteção das fontes e das nascentes, assim como a restauração de matas ciliares, proibindo o uso de pesticidas e produtos tóxicos no entorno das terras indígenas, com destinação adequada dos resíduos sólidos proveniente dessas comunidades.
 14. Garantir o estudo de impacto ambiental, social e cultural nas aldeias indígenas, com capacitação dos indígenas para reaproveitamento e comercialização dos materiais recicláveis, garantindo, também, recursos para a implantação do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS). Criar parcerias para a elaboração de projetos, com as comunidades indígenas, que possibilitem a realização do manejo ambiental, a construção de depósitos de lixo adequa-

- 
- dos nas aldeias, coletores de resíduos sólidos para as residências indígenas, a realização de coleta seletiva para a reciclagem do lixo, e ofertar capacitação para confecção de artesanato dos produtos da reciclagem.
15. Implementação de projeto de saneamento básico e infraestrutura em saúde em terras indígenas, com inserção da SESAI na Política Nacional de Gestão Ambiental e Territorial em Terra Indígena (PNGATI), sendo o DSEI responsável em articular com o município a construção de aterros sanitários para descarte correto dos lixos oriundos das comunidades indígenas, com campanhas de reciclagem, educação em saúde ambiental e sustentabilidade.
 16. Fomentar/garantir que as empresas de construção de usinas hidrelétricas possam recolher/destinar seus resíduos sólidos de forma adequada, bem como contribuir de forma efetiva na reestruturação da Atenção Básica de Saúde, nas aldeias das terras indígenas envolvidas.
 17. Que o Ministério da Saúde articule, com os órgãos competentes, a implantação do Programa Luz para Todos em todas as comunidades indígenas, com instalações de redes elétricas, placa solar, ou outra solução alternativa para geração de energia, assegurando, ao menos, duas fontes de geração de energia elétrica.
 18. Garantir o acesso à comunicação com radiofonia, telefones, internet via satélite.
 19. Realizar articulação com os órgãos responsáveis para a construção e a manutenção nas áreas indígenas de moradias adequadas à cultura indígena em substituição às moradias inadequadas, recorrendo ao Programa Minha Casa Minha Vida, e a construção e a manutenção de estradas que dão acesso às áreas indígenas, visando à maior promoção da saúde.



MOÇÕES APROVADAS





Missao Evangelica Canua

Moção nº 1

Tipo: Apelo

Destinatários: Ministério da Saúde (MS); Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)

Proponentes: Henrique Surui; Meyoa Surui; Nelson Mutzie; Manoel Filho Sabanê; Ronildo Gonçalves Silva Apurinã; Patanga Surui

Segmento: Usuário

Adoção de medidas específicas com destinação de recursos financeiros para combater a mortalidade dos povos indígenas por tuberculose.

A tuberculose é uma doença que vem agravando a população indígena pertencente ao DSEI Vilhena nesta última década. A doença é mais evidenciada na etnia Suruí, após o contato com a população não indígena. Esse contato ocasionou, posteriormente, várias mortes entre o povo Suruí. Na ocasião do aumento do número de casos de tuberculose, a Funai era o órgão responsável pela Saúde Indígena e tomou as providências necessárias para o controle dessa doença. Após a Funai, a saúde indígena foi assumida pela Funasa e pela SESAI. Nessa transição, ocorre o início de novos casos entre outros povos pertencentes ao DSEI Vilhena, ou seja,

a enfermidade multiplicou-se entre povos que anteriormente não adoeciam de tuberculose, como, por exemplo, os povos Rikbaktsa, Cinta Larga, Apurinã, Nambikwara, Aikanã, Mequéns e Kwasar. Considerando essa situação que se encontra em interface com o Sistema Único de Saúde (SUS) e, principalmente, fragilizado na questão de leitos hospitalares, profissionais especializados e exames na região de abrangência do DSEI Vilhena, a situação torna-se mais agravante, pois ações e serviços necessários ao controle da doença ficam a desejar. Portanto, é necessária, de forma imediata, a adoção de medidas específicas para esse problema, com destinação de recursos financeiros específicos para combater a mortalidade desses povos indígenas por tuberculose.



Moção nº 2

Tipo: Apelo

Destinatário: Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA)

Proponentes: Lideranças indígenas; Conselhos de Saúde Indígena

Segmento: Trabalhador, gestor e usuário

Assistência técnica indígena.

Venho, encarecidamente, fazer um pedido de apelo de ampliação de assistência técnica nas aldeias, por meio das empresas de cada região na rede de Ater Indígena.

Além disso, garantir 10% das vagas do concurso público na área Técnica-Agrônômica e Social para os indígenas ou indigenistas que já prestam serviços de assistência nas áreas indígenas.

Moção nº 3

Tipo: Apelo

Destinatários: Ministério da Saúde/SESAI

Proponentes: Arlindo Lima Ferreira; Ivo Fernandes Fontoura

Segmentos: Trabalhador e usuário

Contratação de equipe médica.



A falta das equipes médicas nas unidades hospitalares localizadas nas áreas indígenas, para o atendimento dos serviços de saúde de média e alta complexidade, resulta na remoção de pacientes para outros centros de referência localizados nos centros urbanos, nos quais a demora do atendimento pelos hospitais do SUS tem causado a morte de pacientes indígenas de todas as partes do Brasil, inclusive da Região do Alto Rio Negro. Diante dessa situação de descaso, apelamos pela contratação urgente da equipe médica para a Unidade Hospitalar de Iauaretê para atender, exclusivamente, os povos indígenas, a fim de conter essa situação que se agrava a cada dia, gerando preocupação para os usuários (aproximadamente, 10 mil indígenas).

Moção nº 4

Tipo: Apelo

Destinatários: Ministério da Saúde; SESAI; Ministério do Planejamento; Congresso Nacional

Proponentes: Profissionais contratados da Saúde Indígena

Segmento: Trabalhador

Moção de criação da Comissão Deliberativa de Profissionais Contratados para discussão da efetivação dos profissionais que atuam na Saúde Indígena.

Nós, profissionais da Saúde Indígena dos 34 Distritos Especiais de Saúde Indígena, reunidos na 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, decidimos juntar nossas vozes no intuito de alcançarmos o reconhecimento/valorização, uma vez que já desenvolvemos nosso trabalho nas comunidades indígenas e já constituímos um vínculo e uma identidade com as populações que assistimos. Acreditamos que é imprescindível a criação de uma Comissão Deliberativa dos Profissionais Contratados (conveniadas/contrato direto com a União) da Saúde Indígena pelo MS/SESAI, com representação de, no mínimo, dois profissionais por distrito para discutir a proposta de elaboração do mecanismo de efetivação dos profissionais que já atuam na Saúde Indígena.



Moção nº 5

Tipo: Apelo

Destinatário: SESAI; Ministério da Saúde; Congresso Nacional; Senado Federal; Presidência da República

Proponentes: Delegados da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena

Segmento: Trabalhador, gestor e usuário

Criação de legislação especial/específica para operacionalização dos processos de compra e fornecimento de equipamentos e insumos, em geral necessários para o pleno

funcionamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena/SUS.

Por meio da Lei 9.836/1999, foi criado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), visando garantir atenção básica às populações indígenas em todo o território nacional, cujas terras, na sua maioria, estão localizadas em municípios de pequeno porte, lugares de difícil acesso que não dispõem de fornecedores disponíveis para atender às necessidades para o pleno funcionamento desse Subsistema, devido às burocracias administrativas, mediante rigor da legislação brasileira relacionada aos processos de licitações, pregões etc. Essa situação tem engessado e travado administrativamente todas as aquisições de compra de serviços, insumos e equipamentos, gerando uma série de transtornos para a gestão da SESAI e para as populações indígenas, ocorrendo inclusive óbitos devido às situações referidas.

Conforme exposto, nós delegados participantes da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, reunidos nos

dias 2 a 6 de dezembro de 2013, em Brasília/DF, vimos, por meio desta Moção de Apelo, REQUERER que seja criada uma legislação especial/específica para a operacionalização dos processos de compra e fornecimento de equipamentos e insumos, em geral necessários para o pleno funcionamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.



Moção nº 6

Tipo: Apelo

Destinatário: Ministério da Saúde/SESAI

Proponente: União dos Povos Indígenas do Vale do Javari

Segmento: Usuário

Moção para criação de Protocolo de Atenção à Filariose em regiões endêmicas.

Os delegados da etapa distrital da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena do DSEI Vale do Javari, por meio desta moção, declararam a necessidade preeminente de criação de um Protocolo de Atenção à Filariose, para que seja possível a realização de ações de diagnóstico, tratamento, assim como medidas de prevenção e controle.

Até o momento, não há disponível tratamento adequado para os casos de filária, sendo necessária, também, a qualificação dos microscopistas e dos laboratoristas para o diagnóstico correto da doença.



Moção nº 7

Tipo: Apelo

Destinatários: Ministério do Planejamento e Orçamento;
Ministério da Saúde

Proponentes: Delegados representantes do DSEI Interior Sul na 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena

Segmento: Trabalhador, gestor e usuário

Criação de um DSEI específico para o Estado do Rio Grande do Sul.

Nós, delegados representantes do DSEI Interior Sul, Rio Grande do Sul, na 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, vimos, por meio desta Moção, fazer um apelo para que seja criado um DSEI específico para o Estado do Rio Grande do Sul, onde há uma população ultrapassando 22 mil indígenas.

Hoje, o DSEI Interior Sul abrange uma área de quatro estados e não dá conta da demanda em saúde no Estado do Rio Grande do Sul, uma vez que o estado vem pleiteando há mais de dez anos a criação desse Distrito.

Moção nº 8

Tipo: Apelo

Destinatários: Plenária Nacional; Ministério da Saúde; Ministério do Planejamento e Orçamento; Ministério da Justiça

Proponentes: Delegados presentes na 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, etapa nacional, nos dias 2 a 6 de dezembro de 2013

Segmento: Trabalhador, gestor e usuário

Criação do Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Juruá.



Considerando que foi discutida, na 3ª Conferência, e aprovada, na 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, a criação do Distrito Sanitário Especial Indígena do Médio Juruá, que abrange os municípios de Envira, Itamarati, Ipixuma, Carauari e Eirunepé, conforme consta no relatório da referida Conferência; e considerando que os municípios citados possuem em média 7 mil indígenas, constituídos de 68 aldeias com 11 equipes de Saúde Indígena, compostas por 37 AIS, dois Aisans, 12 enfermeiros, um assistente social, um psicólogo, dois odontólogos, um nutricionista, 32 técnicos em Enfermagem e três técnicos de Patologia Clínica; dificultando, assim,

a logística do referido DSEI do Médio Juruá para garantir o atendimento integral e diferenciado às populações indígenas dos municípios citados, diminuindo, portanto, a distância entre essas comunidades.

Moção nº 9

Tipo: Apelo

Destinatários: Presidência da República; Senado Federal

Proponente: Nazareno Barroso da Silva Filho

Segmento: Usuário

Ministério dos Povos Indígenas do Brasil (MPIB).

Nós, povos indígenas, somos os primeiros habitantes do Brasil, pertencentes a mais de 637 mil habitantes indígenas, dos 305 povos, falando ainda 274 idiomas, aqui participando na condição de delegado da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Temos certeza que a criação do Ministério dos Povos Indígenas do Brasil (MPIB) irá suprir todas as demandas dos povos indígenas que, há anos, vêm sofrendo as diferentes ameaças física, espiritual, cultural, jurídica, política e organizacional.

Moção nº 10

Tipo: Apelo

Destinatário: Ministério da Saúde/SESAI

Proponentes: Servidores efetivos do quadro do Ministério da Saúde/SESAI

Segmento: Trabalhador

Demora na resolução do pleito.

Que o Ministério da Saúde/SESAI garanta, com o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, gratificação específica aos servidores do quadro do Ministério da Saúde em exercício na Saúde Indígena.

Moção nº 11

Tipo: Apelo

Destinatários: Movimento Indígena do Brasil.

Participantes da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena; SESA; SUS.

Proponente: Organização Kambeba Omáguas Paulivença do Amazonas (Okopam)

Segmento: Gestor

Direito à saúde diferenciada e específica às populações indígenas que vivem na zona urbana dos municípios do País.

As populações indígenas que vivem na zona urbana dos municípios do País reivindicam atendimento por parte da SESAI, pois, considerando o estado multicultural e plural reconhecido na Constituição Federal de 1988, os povos indígenas possuem o direito à saúde diferenciada e específica, levando-se em consideração seus usos, seus costumes e suas tradições, que não estão sendo respeitados. Podemos destacar a população Kambeba, do Município de São Paulo de Olivença, no Amazonas, que é uma realidade viva do Brasil, pois a cidade cresceu dentro da aldeia Kambeba.

Moção nº 12

Tipo: Apelo

Destinatários: Câmara dos Deputados Federais; Ministério da Saúde; SESAI; Ministério do Trabalho e Emprego; Ministério Público Federal

Proponentes: Júnior Anacé; Cida Potiguara

Segmento: Usuário

Efetivação dos profissionais de saúde.

No contexto histórico da Saúde Indígena, a precarização dos contratos de trabalhos dos profissionais de saúde, bem como a alta rotatividade desses profissionais e, às vezes, a falta de profissionais e também a existência de profissionais sem compromisso com a causa indígena ou sem qualificação para trabalharem nas aldeias, causa prejuízos imensos à saúde dos povos indígenas.



Solicitamos aos deputados federais a criação de um Projeto de Emenda Constitucional (PEC); do Ministério da Saúde (MS); Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI); Ministério do Trabalho e Emprego (MTE); Ministério Público Federal (MPF/PR), para efetivação dos atuais profissionais de saúde que atuam na Saúde Indígena, por meio de mecanismos legais que garantam a permanência desses profissionais nos locais onde estão lotados, pois já têm compromisso com as comunidades e conhecimento da medicina tradicional e da cultura dos povos indígenas.



Moção nº 13

Tipo: Apelo

Destinatários: Ministério da Saúde/SESAI; Ministério do Trabalho

Proponentes: Trabalhadores presentes na 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, de 2 a 6 de dezembro de 2013.

Segmento: Trabalhador

Estabelecer o regime de 1/1 (um dia de folga para cada dia trabalhado) na escala de serviço dos profissionais que atuam em área indígena.

Considerando o trabalho contínuo por 24 horas durante a permanência em área indígena; considerando os aspectos trabalhistas conforme a CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas); contemplando os critérios relacionados à saúde do trabalhador conforme NR 32; e favorecendo melhor qualidade de vida aos profissionais, que refletirá na redução do nível de estresse, melhorando a qualidade no atendimento ao povo indígena, deve-se estabelecer o regime de 1/1 na escala de serviço dos profissionais que atuam em área indígena.

Moção nº 14

Tipo: Apelo

Destinatários: Plenária Nacional; Ministério da Saúde; Conasems.

Proponentes: Ercília da Silva Vieira – Presidente do Condisi – MRSA

Segmento: Usuário

Garantia da participação do Controle Social Indígena por meio dos conselhos locais e distritais, em que é responsável pelo acompanhamento, pela fiscalização e pela deliberação dos recursos destinados à Saúde Indígena.

Considerando a falta de representatividade do Controle Social Indígena no Conselho Municipal de Saúde; considerando o Decreto nº 453, de 10 de maio de 2012, que fala da composição paritária do seguimento de usuário das entidades indígenas, vimos, por meio desta reivindicação de redenção, onde consta “entidades indígenas”, alterar para “representantes e seguimento usuário do Controle Social de Saúde Indígena”; considerando a necessidade do estreitamento entre as comunidades com os gestores e a sociedade civil organizada.

Moção nº 15

Tipo: Apelo

Destinatários: Presidente Dilma Rousseff; Conselho Nacional de Saúde (CNS); SESAI

Proponente: Fellicia Ferreira da Mota

Segmento: Trabalhador

Implementação das equipes de Saúde Indígena com fisioterapeutas.

Os delegados da etapa nacional vêm apelar para a implementação das equipes de Saúde Indígena com



profissionais que estão previstos na Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008, que cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) – que, no âmbito da Saúde Indígena, corresponde ao Núcleo de Apoio à Saúde Indígena (Nasi) –, sobretudo o fisioterapeuta, para acompanhamento, controle, prevenção e promoção da saúde física, com vistas à Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006) e à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002). O Conselho Federal de Fisioterapia já reconhece e regulamenta a atuação do fisioterapeuta na

Atenção Básica e da saúde coletiva, segundo a Resolução nº 363, de 20 de maio de 2009.

A saúde não indígena já possui esse profissional incluído em suas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Além disso, deve-se considerar o panorama de transição epidemiológica que abrange os povos indígenas, sobretudo em relação às doenças crônicas não transmissíveis e respiratórias (principais causas de mortes em nível nacional), doenças neurológicas e osteomusculares.

O fisioterapeuta é essencial no atendimento integral e diferenciado aos povos indígenas, uma vez que permite a assistência em campos ainda não contemplados no atual sistema estruturado pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), sejam portadores de necessidades especiais, doenças neurológicas, doenças respiratórias, cardiovasculares e neuromusculares. É necessário assegurar os princípios basilares do SUS, sobretudo a equidade, a integralidade e a universalidade; rompendo com paradigmas e visando a uma melhor estratégia no âmbito da promoção e da proteção à saúde indígena.



Moção nº 16

Tipo: Apelo

Destinatários: SESAI; Ministério da Saúde

Proponentes: Raísa de Almeida Duarte; Elda Andrade

Segmento: Trabalhador

Inclusão de nutricionistas, profissionais de Educação Física, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos e psicólogos nas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena.



Considerando a necessidade de um atendimento integral à saúde e o atual padrão de morbimortalidade da população indígena pelas doenças crônicas e psicossomáticas, esta Moção vem solicitar a inclusão desses profissionais na composição da Emsi, haja vista que as atividades de prevenção, proteção, promoção e tratamento também carecem do olhar desses profissionais, colaborando para a melhoria do atendimento integral, específico e diferenciado às necessidades dos diversos povos indígenas do Brasil, em conjunto com a medicina tradicional indígena.

Moção nº 17

Tipo: Apelo

Destinatários: Ministério da Saúde; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

Proponente: Clícia Alves Padilha Dantas

Segmento: Gestor

Instituição da Gratificação de Desempenho por Atividades de Saúde Indígena para os servidores efetivos do Ministério da Saúde, em exercício nos DSEIs/SESAI.

Considerando que os servidores efetivos do quadro do Ministério da Saúde desenvolvem atividades de atenção à

saúde das populações indígenas, em contextos específicos e diferenciados, submetendo-se cotidianamente a riscos de acidentes (trânsito, animais peçonhentos, animais silvestres) e violência, esta Moção vem solicitar a instituição da Gratificação de Desempenho por Atividades de Saúde Indígena (Gdasi), para todos os servidores efetivos do Ministério da Saúde em exercício nos DSEIs/Sesai.



Moção nº 18

Tipo: Apelo

Destinatários: Ministério da Saúde; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

Proponente: Clícia Alves Padilha Dantas

Segmento: Gestor

Intituição do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) específico para os servidores efetivos do Ministério da Saúde, em exercício nos DSEIs/Sesai.

Considerando que os servidores efetivos do quadro do Ministério da Saúde desenvolvem atividades de atenção à saúde das populações indígenas, submetendo-se cotidianamente a riscos de acidentes (trânsito, animais peçonhentos, animais silvestres) e específicos da atuação em contexto intercultural, esta Moção vem solicitar a instituição do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) específico para todos os servidores efetivos do Ministério da Saúde em exercício nos DSEIs e na SESAI.

Moção nº 19

Tipo: Apelo

Destinatário: Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)

Proponente: DSEI Alto Rio Negro

Segmento: Gestor

Moção de apelo pela gestão compartilhada das CASAIs regionais, especialmente da CASAI Manaus.

1. Recebemos constantes reclamações dos usuários indígenas que permaneceram alojados na CASAI Manaus.
2. Há muita dificuldade de comunicação com os profissionais dessa CASAI.
3. Há dificuldade em estabelecer fluxos de referência e contrarreferência para a CASAI Manaus.
4. Compreendemos que a CASAI Manaus não é referência apenas para o DSEI Manaus, mas sim para outros DSEIs da Região Amazônica, principalmente: Alto Rio Negro; Alto Rio Solimões; Médio Rio Solimões; Javari; Médio Rio Purus; Parintins. Os gestores e os usuários dos DSEIs citados não conseguem contribuir diretamente nos serviços oferecidos pela CASAI Manaus.
5. Não há um canal de comunicação formal entre a CASAI Manaus e os DSEIs usuários que possibilite o planejamento,

o monitoramento e a avaliação das ações dessa CASAI de forma compartilhada.

Providências:

1. Envolver os gestores dos sete DSEIs usuários da CASAI Manaus em sua gestão direta.
2. Envolver os usuários dos sete DSEIs que utilizam a CASAI Manaus em sua gestão direta.

Sugerimos a criação do Conselho Gestor da CASAI Manaus, com participação de um representante dos usuários (Condisi)



e um representante da gestão de cada um dos sete DSEIs que utilizam a CASAI Manaus.

Moção nº 20

Tipo: Apelo

Destinatários: Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde.

Proponente: Comissão Nacional de Juventude Indígena

Segmento: Usuário

Perspectivas para a juventude indígena.



Que o MS desenvolva mecanismos, por meio de parcerias com o MEC, MinC, MMA, MDA, MDS, Ministério do Turismo, Ministério do Esporte, MJ/Funai, para a participação efetiva da juventude indígena, fazendo uso de ações afirmativas que atendam aos anseios da juventude indígena do Brasil, garantindo a essa população o desenvolvimento físico, econômico e psicossocial.

Moção nº 21

Tipo: Apelo

Destinatários: Governo federal; parlamento brasileiro; organismos nacionais e internacionais de direitos humanos; estados e municípios

Proponente: Povos indígenas

Segmento: Usuário

Por uma saúde específica, de qualidade e humana.

Nós, povos indígenas pertencentes a mais de 637 mil habitantes indígenas, dos 305 povos, falando ainda 274 idiomas, participando na condição de delegados na 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, vivenciando e sofrendo as diferentes ameaças (física, espiritual, cultural, jurídica, política,

organizacional) e, em especial, inseridos na complexidade da Saúde Indígena, propomos:

- Que seja resolvida, de maneira imediata, a falta de assistência à Saúde Indígena em nossas aldeias.
- Eliminar o nepotismo, os vícios políticos para cargos, seleção de pessoal na Saúde Indígena, as barreiras da assistência entre o sistema de baixa, média e alta complexidade.
- Eliminar os empecilhos burocráticos, a corrupção e outros entraves para eficiência de uma gestão de Saúde Indígena.
- Fazer uma gestão compartilhada, inclusiva, participativa e positiva.
- Concentrar os recursos humanos e financeiros exclusivamente para levar a assistência em cada uma das aldeias.
- Valorizar e incluir os recursos humanos indígenas em todas as esferas governamentais, desde as categorias de atenção básica, planejamento, gestão e nas decisões de todos os temas referentes aos povos indígenas.
- Encaminhamos, ainda, esta Moção às autoridades brasileiras, ao parlamento brasileiro, aos organismos internacionais de direitos humanos, para que seja garantida a continuidade dos povos indígenas em suas terras e em nosso País.

Diante desse quadro desolador, afirmamos nosso compromisso, determinação e esperança para conseguir uma saúde diferenciada, de qualidade e humanizada.

Moção nº 22

Tipo: Apelo

Destinatários: Presidência da República; Ministério da Justiça

Proponentes: Delegados presentes na 5ª Conferência

Nacional de Saúde Indígena, etapa nacional, nos dias 2 a 6 de dezembro de 2013.

Segmento: Trabalhador, gestor e usuário

Regularização imediata das terras indígenas.

Considerando as dificuldades enfrentadas pelas populações indígenas do Brasil decorrentes de diversos fatores, tais como: comercializações de bebidas alcoólicas, invasões de terras tradicionais por não indígenas, homicídios, discriminações, por conta da não regularização das terras tradicionalmente habitada pelos povos indígenas, pede-se a regularização imediata dessas terras.

Moção nº 23

Tipo: Apelo

Destinatários: Ministério da Saúde; SESAI; Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/MS; Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas; Secretaria Municipal de Saúde de Atalaia do Norte; Conselho Nacional de Saúde

Proponente: União dos Povos Indígenas do Vale do Javari

Segmento: Usuário

Moção de reivindicação de atenção integral ao agravo hepatites virais na saúde indígena.



Por meio desta Moção, a 5ª Conferência Distrital de Saúde Indígena do DSEI Vale do Javari vem colocar a necessidade de atenção integral ao agravo hepatites virais na saúde indígena.

Nós, povos indígenas, reivindicamos a realização do inquérito sorológico das hepatites virais (A, B, C e Delta) em toda a população, priorizando as residentes nas áreas de alta endemicidade da Região Norte.

Uma vez traçado o perfil epidemiológico de prevalência e incidência dessa população, deverá ser dada a ciência dos resultados do inquérito aos seus líderes e representantes, de forma culturalmente adequada.

De posse dessas informações, que sejam tomadas as seguintes medidas:

1. Realizar o esquema vacinal completo para as hepatites A e B na população indígena, ainda vulnerável e suscetível, independentemente da faixa etária, de modo a interromper a cadeia de transmissão.
2. Disponibilizar vacina para hepatite B e imunoglobulina (HBiG) para recém-nascidos de mães portadoras crônicas



do vírus da hepatite B nos Polos-Base, visando interromper a transmissão vertical.

3. Que 100% dos indígenas portadores crônicos das hepatites B, C e Delta tenham garantidos: acesso aos exames e aos tratamentos preconizados pelos protocolos clínicos de diretrizes terapêuticas de hepatites virais do Ministério da Saúde, com atendimento adequado às suas especificidades, além de acompanhamento por meio de equipe multiprofissional e por especialistas de cada um dos povos indígenas (pajés, curandeiros, rezadores, parteiras).

Moção nº 24

Tipo: Apelo

Destinatários: Ministério da Saúde; SESAI

Proponentes: DSEI de Pernambuco; Geraldo Alves de Carvalho

Segmento: Usuário

Moção para revitalização e despoluição dos rios São Francisco, Ipojuca e Ipanema.

Pedimos aos participantes da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena para que apoiem a Moção de solicitação ao Ministério da Saúde e à SESAI, e que articulem, com

a Funai, o Ministério do Meio Ambiente (MMA), o Comitê da Bacia Hidrográfica do Rio São Francisco (CBHRSF) e a Agência Nacional de Águas (ANA), recursos para a revitalização e a despoluição dos rios São Francisco, Ipojuca e Ipanema, objetivando, assim, uma fonte com água de boa qualidade para a população indígena e os municípios que ficam nas suas margens, visto que representam uma fonte de vida para as comunidades indígenas.

Moção nº 25

Tipo: Apoio

Destinatário: Fundação Nacional do Índio (Funai)

Proponentes: Mulheres indígenas

Segmento: Trabalhador e usuário

Ampliação de assessoria indígena nas CR, CTL da Funai.

Pedimos mais contratação de mulheres indígenas como assessoras nas CR, CTL da Funai, tendo em vista a dificuldade de participação da mulher indígena no âmbito do poder.

Moção nº 26

Tipo: Apoio e solidariedade

Destinatário: Ministério da Saúde

Proponentes: Delegados e todo o Brasil

Segmento: Trabalhador e usuário

Apoio ao Dr. Antônio Alves.

Nós, delegados da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, vimos, por meio desta Moção, manifestar o nosso apoio integral ao Dr. Antônio Alves, pela sua dedicação à SESAI, pelo seu bom desenvolvimento, sensibilidade, conhecimento real da população indígena como um todo. Portanto, ressaltamos que, juntos, podemos construir uma política diferenciada de fato, conforme preconiza o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Moção nº 27

Tipo: Apoio

Destinatários: Presidente Dilma; Ministério da Saúde

Proponente: Sônia Maria da Cunha Rodrigues

Segmento: Usuário

Apoio aos Agentes Comunitários de Saúde/Agentes Indígenas de Saúde.



Venho, por meio desta Moção, solicitar apoio de todos os delegados participantes da 5ª CNSI, para que seja colocada em pauta, no Congresso Nacional, a votação do projeto de lei que cria cargos, carreiras e salários dos Agentes Comunitários de Saúde.

Moção nº 28

Tipo: Apoio

Destinatário: SESAI

Proponente: Associação da Comunidade Indígena Wanana Katitia (ACIWK)

Coordenadora: Maria do Carmo Trindade Serra

Segmento: Usuário

Atendimento da SESAI à população indígena da zona urbana da cidade de Manaus/AM.

Há uma grande concentração de população indígena na zona urbana da cidade de Manaus/AM (cerca de 10 mil pessoas) e falta atendimento por parte da SESAI a essa população.

É necessária a criação de um Subdistrito, vinculado ao DSEI Manaus, para atender às demandas em saúde da população indígena que vive na zona urbana da cidade de Manaus.

Moção nº 29

Tipo: Apoio

Destinatário: Ministério da Saúde/SESAI

Proponente: José Luiz Soares

Segmento: Usuário

Criação de DSEI no Rio Grande do Norte e atendimento emergencial.

Tendo em vista que os indígenas Potiguaras, Tapuias e Tapuia Paiacu, do Rio Grande do Norte (RN), não têm, até o momento, atendimento básico de nenhum DSEI, solicitamos a criação imediata de um DSEI no RN para atender seis aldeias distribuídas entre oito cidades no estado, em caráter de emergência. Enquanto isso, equipar o DSEI Potiguará da Paraíba para atender às necessidades da população indígena do RN.

Moção nº 30

Tipo: Apoio

Destinatários: SESA; Funai

Proponentes: Conselhos locais e tribo Xacriabá

Segmento: Usuário

Criação de DSEI.

Vimos, por meio desta Moção, pedir apoio à criação de um DSEI na cidade de Montes Claros, que fica há 300 km de nossa aldeia. O DSEI que temos fica distante da etnia Xacriabá, há 900 km (Governador Valadares/MG), sendo difícil o acesso de nossos indígenas, assim como realizar os atendimentos da tribo, na qual se encontram 11 mil indígenas. Essa tribo conta com nove polos de saúde e nove conselhos locais em Montes Claros. Além disso, outras etnias poderão ser beneficiadas.

Obs.: não estamos pedindo a mudança do DSEI de Governador Valadares, e sim a criação um mais próximo para facilitar o atendimento aos indígenas.

Moção nº 31

Tipo: Apoio e Apelo

Destinatários: Presidente da República; Ministério da Saúde;
Conselho Nacional de Saúde Indígena

Proponente: Conselho Indígena Tapajós Arapiuns (Cita)

Segmento: Trabalhador e usuário

Criação do DSEI Tapajós-Arapiuns.

Os povos indígenas da Região do Baixo Tapajós, dos municípios de Santarém, Belterra e Aveiro, e do Estado do Pará – Arapiun, Apiaká, Arara-Vermelha, Borari, Cumaruara, Jaraki, Maytapú, Munduruku, Munduruku – Cara-Preta, Tapajó, Tupaiú e Tupinambá –, depois de mais de 15 anos lutando para serem assistidos com uma saúde diferenciada, solicitam a criação do DSEI Tapajós-Arapiuns, que visa atender 12 povos, de 54 aldeias, somando cerca de 7.500 indígenas de diversos costumes culturais. Nós, povos indígenas do Baixo Tapajós, não somos atendidos por nenhum DSEI e não suportamos mais ver nossos irmãos morrerem, sem que seus e nossos direitos possam ser respeitados. A criação do nosso DSEI vem reforçar nossa resistência e a garantia do nosso povo.



Com a certeza de que nós seremos atendidos, ficamos nos votos de estima e apreço.

Moção nº 32

Tipo: Apoio

Destinatário: Funai

Proponente: Tserere Xavante

Segmento: Usuário

Moção de apoio à demarcação do Território Eterãirebere/MT.

Nós, indígenas presentes nesta 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, vimos manifestar nosso apoio à demarcação do território indígena Êterãirebere/MT, do povo xavante, nos municípios de São Joaquim, Santo Antônio do Leste, Campinápolis, no Estado do Mato Grosso, que se encontra atualmente em tramitação na Funai, faltando encaminhamento para a conclusão do Ministério da Justiça e da Casa Civil.

Moção nº 33

Tipo: Apoio

Destinatário: Maria Augusta – Presidente da Funai

Proponente: Lideranças do DSEI Manaus Amazonas

Segmento: Trabalhador

Fiscalização das terras indígenas do Amazonas.

Pedimos à Sra. Presidente Maria Augusta apoio sobre a fiscalização das terras indígenas do Amazonas e de todas as outras regiões, pois há muito tempo não recebem tipo algum de fiscalização, dando liberdade aos fazendeiros, madeireiros e pescadores de invadirem nossas terras, levando o que é de mais precioso dos nossos povos, como: a madeira, a caça e o pescado, que são parte da nossa alimentação e da agricultura familiar.



Moção nº 34

Tipo: Apoio

Destinatários: SESAI; todos os DSEIs

Proponente: DSEI Alto Rio Negro

Segmento: Gestor

Moção de apoio à iniciativa de criação dos Comitês de Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal, com participação do controle social.

A SESAI disparou nos DSEIs o processo de formação dos Comitês de Vigilância do Óbito, que possibilitarão a participação do Condisi e dos representantes indígenas.

Os Comitês irão investigar os óbitos de mulheres e crianças no DSEI, a fim de esclarecer os reais motivos das mortes/óbitos e qualificar as informações que são repassadas para os sistemas de informação do SUS.

Esta Moção é para apoiar e divulgar a criação dos Comitês de Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal nos DSEIs, com participação do controle social, para que todos possam discutir conjuntamente a realidade de cada DSEI e buscar soluções para evitar mais óbitos por causas evitáveis.

Moção nº 35

Tipo: Apoio

Destinatários: Ministério da Saúde; SESAI; Funai; Ministério do Desenvolvimento Social

Proponente: Ronaldo Santhiago Bonfim de Souza

Segmento: Trabalhador

Moção para intervenção de urgência ao uso abusivo de bebidas de alto teor alcoólico.

Por meio desta Moção, fazemos um apelo e solicitamos apoio do Ministério da Saúde, da SESAI, da Funai e do Ministério do Desenvolvimento Social para que realizem, em caráter de urgência, medidas nas comunidades indígenas de todo território nacional, com o objetivo de diagnosticar, tratar e prevenir o uso abusivo de bebidas de alto teor alcoólico, que tem adoecido, vitimizado e fragilizado essas comunidades.

Moção nº 36

Tipo: Apoio

Destinatário: Funai

Proponentes: Mulheres Indígenas

Segmento: Trabalhador e usuário

Reativação da Coordenadoria da Mulher Indígena no Âmbito da Funai.

Considerando a extrema necessidade de ações específicas e afirmativas para as mulheres indígenas no contexto das comunidades indígenas, esta Moção vem solicitar a reativação da Coordenadoria da Mulher Indígena no Âmbito da Funai, proporcionando visibilidade, autonomia e um atendimento de qualidade com recurso próprio, observando a especificidade em suas necessidades cotidianas, tais como:



desenvolvimento de autossustentabilidade com planejamento; acompanhamento técnico e garantia de execução nos projetos de etnodesenvolvimento com a participação plena da mulher indígena, a fim de combater diversos casos de enfermidades, proporcionando, assim, uma alimentação segura e eficaz para suas comunidades, além de apoiar a luta de todas as mulheres indígenas.

Moção nº 37

Tipo: Apoio

Destinatário: Conferência Nacional de Saúde Indígena

Proponente: Gilberto Silva dos Santos

Segmento: Usuário

Reconhecimento da 1ª Conferência Municipal de Saúde Indígena do Município de Guarulhos.

Com o propósito de consolidação para a Política Municipal de Saúde Indígena, o Município de Guarulhos realizou, em 29 de junho de 2013, a 1ª Conferência Municipal de Saúde Indígena, como etapa local preparatória para a participação na 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. A realização dessa 1ª CMSI teve o propósito de fortalecer as diversas linhas de ação que, desde 2008, a Secretaria Municipal de Saúde de

Guarulhos/SP vem realizando na promoção de saúde das diferentes etnias que vivem na cidade; dessa forma, vimos solicitar o reconhecimento dessa Conferência, assim como as propostas que nela foram aprovadas.

Moção nº 38

Tipo: Apoio

Destinatários: Ministério da Saúde/SESAI; Ministério da Saúde /SGTES; Ministério do Trabalho e Emprego; Ministério da Educação/Secadi

Proponente: GT de Saúde Indígena da Abrasco

Segmento: Usuário

Apoio à regulamentação e à profissionalização dos AIS/Aisan.

Considerando a importância estratégica da atuação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e dos Agentes Indígenas de Saneamento (Aisans) na implementação da Pnasp, e que as propostas das 2ª, 3ª e 4ª Conferências Nacionais de Saúde Indígenas referentes à regulamentação e à profissionalização desses trabalhadores ainda não foram implementadas, solicitamos de forma imediata:

- A regulamentação profissional desses trabalhadores, com seu reconhecimento como profissionais de saúde do Subsistema.
- Construção e implementação de estratégias de elevação de escolaridade dos AIS e Aisan.
- Construção e implementação de itinerário formativo para profissionalização em saúde, que permita certificações imediatas, progressão da escolaridade e titulação técnica, e que seja desenvolvida em parceria com as Escolas Técnicas do SUS.





Avaliamos que, da mesma forma que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes de Vigilância em Saúde obtiveram o reconhecimento e a regulamentação profissional pela Lei 10.507, de 10 de julho de 2002, contratação por CLT pela Lei 11.350, de 5 de outubro de 2006, e itinerário formativo com titulação final de técnico em Agente Comunitário de Saúde, em 2004, os AIS e os Aisans têm direito às mesmas conquistas.

Moção nº 39

Tipo: Apoio

Destinatário: SESAI

Proponente: Fórum Permanente de Presidentes do Condisi

Segmento: Usuário

Moção de repúdio à indicação político-partidária.

Nós, delegados participante da 5ª CNSI, manifestamos apoio para não indicação e interferência político-partidária nos DSEIs, considerando de grande importância que seja observada a capacidade técnica para indicação das coordenações dos DSEIs.

Moção nº 40

Tipo: Apoio

Destinatário: SESAI

Proponentes: Delegados dos 34 DSEIs participantes da 5ª CNSI.

Segmento: Trabalhador, gestor e usuário

Solicitação de 34 Assessores Jurídicos para a SESAI.

Solicitamos à SESAI a articulação de ação com o Ministério da Justiça, ou outro órgão competente, para disponibilização e efetivação de Assessoria Jurídica nos 34 DSEIs, a fim de

prestar orientações e permitir maior celeridade dos processos administrativos e de compras.

Moção nº 41

Tipo: Apoio

Destinatário: SESAI

Proponentes: Delegados dos 34 DSEIs participantes da 5ª CNSI

Segmentos: Trabalhador e usuário

Solicitação de ampliação de cinco vagas de Assessores Indígenas Macrorregionais na SESAI.



Solicitamos a ampliação para cinco vagas de Assessores Indígenas Macrorregionais na SESAI/MS, conforme proposta original do Grupo de Trabalho da Criação da SESAI, objetivando agilidade de providências das demandas encaminhados pelos 34 DSEIs para a SESAI; atuando in loco para averiguação das melhorias de problemas vivenciados nas aldeias, nos polos e na CASAI, buscando interação direta e gestão participativa dos povos indígenas.

Moção nº 42

Tipo: Outro


Destinatário: Ministério da Saúde

Proponentes: Mariana Maleronka Ferron; Alexandre Cantuária; Carlos Madson

Segmento: Gestor

Moção de apoio ao financiamento para realização dos cursos de Ais e Aisan.

A presente Moção tem o objetivo de fomentar a garantia de financiamento específico para que as ações de qualificação de Ais e Aisan sejam realizadas nos 34 DSEIs.



O processo de formação e capacitação de trabalhadores para atuação na Saúde Indígena deve levar em conta o contexto intercultural dos povos, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito à sua cultura.

Nesse sentido, a SESAI realizou o mapeamento do perfil referente à escolaridade, à qualificação em saúde e às principais atividades desenvolvidas, de 3.500 Agentes Indígenas de Saúde (Ais) e de 1.618 Agentes Indígenas de Saneamento (Aisans), contratados entre os anos de 2011 e 2012. Os resultados apontaram que, aproximadamente, 40% dos AIS e 60% dos Aisans contratados tiveram acesso a algum curso/módulo temáticos em processos de qualificação, nos últimos anos. Entretanto, o mapeamento realizado e as demandas surgidas nos espaços comunitários de participação social nos 34 DSEIs evidenciaram como uma necessidade relevante a elaboração de uma proposta de qualificação para esses agentes, baseada no contexto atual.

Para atender a essa necessidade, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Geral (SGTES) e a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), do Ministério da Saúde, promoveram reuniões e oficinas de trabalho, com a participação dos AIS, Aisans e outros profissionais das equipes de Saúde Indígena para descrever e discutir as ações desenvolvidas pelos agentes em seu processo de trabalho. Em seguida, em parceria com a Fiocruz-MS e com a colaboração de diferentes profissionais em momentos distintos, foram construídas diretrizes e orientações para nortear processos de qualificação do Agente Indígena de Saúde e do Agente Indígena de Saneamento a serem desenvolvidos nos DSEIs, contemplando o mapa de competências e o marco de orientação curricular.

Realizadas essas etapas, torna-se necessário garantir um financiamento específico para que as instituições de ensino parceiras consigam dar continuidade à implementação dos processos de qualificação desses profissionais. É com o propósito de avançar nesse sentido e fomentar a garantia de previsão orçamentária pelo governo federal, em 2014, para que os cursos sejam ofertados aos AIS e Aisans de todos os 34 DSEIs, com apoio das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) e escolas formadoras, que os delegados solicitam a aprovação desta Moção.

Moção nº 43

Tipo: Outro

Destinatário: Departamento Nacional de Estrada e Rodagem (Dnit); Funai; Ministério Público Federal

Proponentes: Maria Luciene da Silva; Antônio Marcos da Silva

Segmento: Usuário

Asfalto para a BR 110 – PE.

Asfalto para a BR 110 que liga Ibimirim a Petrolândia/PE, pois a estrada está sem condições de tráfego.

Moção nº 44

Tipo: Outro

Destinatário: Ministério da Saúde

Proponente: Mariana Maleronka Ferron; Carlos Madson;

Alexandre Cantuária

Segmento: Gestor

Garantir o vínculo da Emsi com a população, por meio da delimitação de seu território de atuação, evitando a rotatividade de profissionais.

Considerando a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que tem como objetivo garantir o acesso à

atenção integral à saúde desses povos, e a responsabilidade da SESAI de ofertar uma Atenção Primária de qualidade nas aldeias, esta Moção visa propor que se garanta o vínculo da Emsi, por meio da delimitação de seu território de atuação, evitando, assim, rotatividade de profissionais.

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o primeiro recurso no sistema oficial de saúde a ser buscado pela população. Esse serviço, que se utiliza de tecnologias e métodos práticos de cuidado, prevê um território delimitado, dentro do qual a equipe de saúde deve atuar, considerando aspectos da população que vai além do corpo biológico, incorporando, por exemplo, aspectos sociais e espirituais. Para tanto, algumas características da APS são fundamentais:

- Continuidade do cuidado: a pessoa atendida deve manter seu vínculo com o serviço ao longo do tempo, de forma que, quando uma nova demanda surgir, esta será atendida de forma mais eficiente.
- Integralidade: significa a abrangência ou a ampliação do conceito de saúde, não se limitando ao corpo puramente biológico, mas integrando a diversidade cultural, geográfica, histórica e política da população atendida.

- Coordenação do cuidado: mesmo quando o cuidado à saúde de uma pessoa for realizado em outros níveis de atendimento, o nível primário (Emsi) tem como responsabilidade organizar, coordenar e integrar esses cuidados, promovendo maior diálogo entre os profissionais de áreas diferentes.

Desse modo, para que os serviços ofertados nas aldeias possuam as características mencionadas e sejam socialmente aceitáveis, é fundamental garantir o vínculo da

equipe com a população. A garantia desse vínculo pode ser potencializada por meio da delimitação do território de atuação das Emsis, evitando, assim, a rotatividade de profissionais para outros polos e/ou territórios. Tal delimitação ou territorialidade constitui uma estratégia fundamental para que os profissionais de saúde conheçam e reconheçam os aspectos integrantes da saúde daquela população, bem como para que construam uma relação de confiança com os indivíduos e as famílias do território pelo qual se é responsável.



Moção nº 45

Tipo: Outro

Destinatário: SESAI

Proponente: Equipe de Saúde do Polo-Base Amambai do DSEI-MS

Segmento: Trabalhador

Melhorias para os trabalhadores da área meio.

Nós da 5ª Conferência Nacional da Saúde Indígena vimos solicitar, em caráter de urgência, a necessidade de inserir os trabalhadores da área meio (administrativos, motoristas, vigilantes, copeiras, cozinheiras e serviços gerais) nos recursos

humanos SESAI/Convênio, sendo reconhecidos como profissionais auxiliar/técnico-administrativos, e/ou por meio de um processo seletivo simplificado pela CTU e regionalizado.

A empresa terceirizada traz uma grande instabilidade em função das condições de trabalho e do baixo salário; com isso, a insatisfação dos trabalhadores, conseqüentemente, compromete o andamento do processo de registro da produtividade das equipes.

Moção nº 46

Tipo: Outro

Destinatários: SESAI/Ministério da Saúde; Funai/Ministério da Justiça

Proponentes: Jorge Oliveira Duarte; Bruno Araújo da Cunha Pereira; Fabrício Ferreira Amorim

Segmento: Gestor e usuário

Necessidade de instituir uma política específica em saúde para os povos indígenas isolados e recém-contatados.

1. No Brasil, habita a maior população conhecida e confirmada de povos indígenas isolados no mundo. Povos indígenas isolados são povos ou segmentos de povos que

decidiram estabelecer uma estratégia de isolamento, ou seja, evitam situações de contatos com agentes da sociedade nacional. Deles, conhecemos evidências de sua existência, elementos de sua ocupação territorial, cultura material, hábitos alimentares e outras informações sobre seus modos de vida. Em algumas situações, há avistamentos e/ou breves contatos, sobretudo com as populações indígenas do entorno. São povos que resistiram à dominação no processo da formação e da instituição do estado brasileiro, por livre opção, daí a importância em respeitar suas estratégias e decisões.





2. Há, também, no Brasil uma diversidade de povos denominados de “recente contato”, que são povos que já estabelecem contatos intermitentes e permanentes com segmentos na sociedade nacional que, independentemente do tempo de contato, apresentam singularidade em sua relação com a sociedade nacional e seletividade (autonomia) na incorporação de bens e serviços. São, portanto, grupos que mantêm fornecidas suas formas de organização social e suas dinâmicas coletivas próprias, e que definem sua relação com o Estado e a sociedade nacional com alto grau de autonomia.
3. Os povos isolados e recém-contatados são populações extremamente vulneráveis, seja sob o ponto de vista epidemiológico ou sócio-cultural. Uma simples gripe, por exemplo, pode desencadear um fulminante processo de extermínio. Além disso, a proteção de seus territórios é fundamental para a manutenção de suas atividades tradicionais, sendo a ocupação plena o principal fator para a manutenção de sua saúde.
4. Atualmente o Brasil, por meio da Funai, executa uma política pública de não promover o contato forçado, sendo que, na atualidade, essa política é referência internacional. Executam-se atividades de localização dos grupos, identificação de seus territórios e o seu monitoramento, com ações de vigilância e fiscalização, diálogo e participação dos trabalhos pela população indígena ou não indígena do entorno desses territórios. Essas atividades compõem as ações necessárias à proteção territorial, sem que se faça contato: respeitam-se suas decisões e estratégias.
5. No que diz respeito às questões de assistência à saúde, não há uma política específica de atenção aos povos indígenas isolados e aos de recente contato, a fim de que se possa atuar com a efetividade e a agilidade necessárias para prevenir e controlar surtos epidêmicos que, historicamente, acometem diversos grupos indígenas, com grande depopulação.
6. No que tange aos povos indígenas isolados, a prevenção e a proteção da saúde do entorno desses povos devem ser realizadas com prioridade, tendo em vista que um provável contato desses grupos isolados se dará com seus vizinhos. Nos casos de eventuais contatos não planejados, deve-se operar um plano de contingência, eficaz e imediato, com vistas a garantir o menor impacto ocasionado por surtos epidêmicos.
7. Com os grupos indígenas de recente contato, o atendimento à saúde deve incentivar e reconhecer as práticas



tradicionais de cura, as dinâmicas tradicionais de ocupação (mudanças de comunidade, entre outras) e fortalecer a alimentação tradicional. Deve-se prevenir a disseminação de doenças não indígenas entre os grupos recém-contatados, priorizando atividades de prevenção, tais como: atualização do calendário vacinal dos indígenas e de todas as pessoas que acessam seus territórios. Nesse sentido, as práticas desenvolvidas pela SESAI devem preferencialmente fornecer as condições necessárias para que o atendimento à saúde seja realizado no interior das terras indígenas, evitando-se ao máximo a remoção, que, quando for necessária, seja feita com atendimento ágil e diferenciado.

8. A partir dessas considerações, seguem algumas observações pertinentes, em forma de propostas:

a) Que seja criada uma política específica de saúde para os povos indígenas de recente contato, prevendo práticas, normas específicas, implementação de estruturas físicas nas aldeias, centro de excelências nas cidades para os casos de remoção, profissionais de saúde capacitados e capacidade logística para atuar nas regiões de ocupação dessas populações.

- b) Realizar um mapeamento da prevalência de doenças na região do entorno dos povos isolados de recente contato, com vistas ao planejamento e à execução de ações de prevenção e controle de doenças. Que seja realizada a atenção à saúde das populações do entorno dos povos indígenas isolados de forma prioritária.
- c) Projetar planos de contigência em casos de contatos e de surtos epidêmicos junto a grupos isolados e recém-contatados.
- d) Instituir, estruturar e operacionalizar um setor específico dentro da SESAI para atuar nessa questão em articulação com a Funai.
- e) Instituir, estruturar e operacionalizar equipes específicas em campo (núcleos) e capacitá-los.
- f) Implementar planos de capacitação e conscientização com populações indígenas no entorno de territórios de povos isolados.
- g) Que as terras indígenas de usufruto de povos indígenas isolados e de recente contato também sejam reconhecidas, demarcadas, homologadas e protegidas.
- h) É fundamental que a SESAI/MS e a Funai/MJ estabeleçam fóruns mais eficazes e permanentes de articulação,

visando a uma resposta rápida para possíveis intervenções em situações emergenciais.

- i) É fundamental o fortalecimento da Funai, bem como da SESAI, para que o estado brasileiro, de fato, respeite as normas e os marcos jurídicos nacionais e internacionais de reconhecimento dos direitos desses povos.
- j) Que as experiências de outros países da América do Sul sejam reconhecidas e consideradas na construção dessa política pública.



Moção nº 47

Tipo: Outro

Destinatário: Ministério da Saúde


Proponentes: Mariana Maleronka Ferron; Alexandre Cantuária; Carlos Madson

Segmento: Gestor

Moção sobre a necessidade de regulamentação da atenção à saúde às populações indígenas em situação urbana.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena foi estabelecido como componente do Sistema Único de Saúde (SUS) em 23 de setembro de 1999, pela Lei nº 9.836, de autoria do então Deputado Federal Sérgio Arouca. A Lei Arouca – como ficou conhecida – foi incluída no capítulo V da Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) – Lei n. 8.080/90 – e, portanto, é considerada o marco regulatório da Saúde Indígena, uma vez que dispõe sobre as atribuições ministeriais para implantação de um subsistema de atenção diferenciada à saúde, baseado na distritalização sanitária.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnspi) tem o propósito de garantir aos indígenas o acesso à Atenção Integral à Saúde, de acordo com os prin-



cípios e as diretrizes do SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

O modelo de atenção à saúde apropriado foi o de “Distrito Sanitário”, orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando a medidas racionalizadas e qualificadas de Atenção à Saúde, promovendo a reordenação da Rede de Saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativas-gerenciais necessárias à prestação da assistência com controle social.

A Secretaria Especial de Saúde é área do Ministério da Saúde criada para coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde, em todo o território nacional. A SESAI tem como missão principal o exercício da gestão da saúde indígena, no sentido de proteger, promover e recuperar a saúde dos povos indígenas, bem como orientar o desenvolvimento

das ações de Atenção Integral à Saúde Indígena e de educação em saúde, segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e as condições sanitárias de cada DSEI, em consonância com as políticas e os programas do SUS.

De acordo com o Censo do IBGE de 2010, existem, no País, 817 mil pessoas que se auto declararam indígenas. Os dados do Siasi (2013) revelam que existem cerca de 600 mil indígenas aldeados e que são atendidos pelo Subsistema de Saúde Indígena nos 34 DSEIs.

Portanto, pode-se inferir que existem, aproximadamente, 300 mil indígenas vivendo em situação urbana (desaldeados) e acessando os serviços de saúde de atenção primária de média e alta complexidade da rede do SUS nos municípios de residência.

Nesse sentido, entende-se ser necessário que o Ministério da Saúde elabore diretrizes para o atendimento diferenciado à população indígena urbana com a participação da SESAI, SAS, Condisi, Conass e Conasems.

Moção nº 48

Tipo: Outro

Destinatário: Ministério da Saúde

Proponentes: Mariana Maleronka Ferron; Alexandre Cantuária; Carlos Madson

Segmento: Gestor

Moção de regulamentação das ações das CASAls.

Implementar um grupo de trabalho para discutir as atribuições das CASAls, definindo os modelos de gestão, estrutura física, equipamentos e insumos, quadro de pessoal, fluxo de informação e fluxo de articulação com as redes de atenção, considerando as diferenças regionais. O grupo deverá ser composto por representantes dos DSEIs, do Condisi e do nível central da SESAI.

Observa-se que, hoje, as CASAls enfrentam dificuldades nos fluxos da atenção à saúde e na adequação da estrutura física, havendo também uma grande diversidade de entendimentos na rede de Saúde Indígena quanto às atribuições das CASAls. Para que esse serviço atenda adequadamente a população indígena, é necessário definir o papel, o tipo (distrital, regional ou nacional), bem como a abrangência das CASAls.

Moção nº 49

Tipo: Outro

Destinatário: Ministério da Saúde

Proponentes: Mariana Maleronka Ferron; Alexandre Cantuária; Carlos Madson

Segmento: Gestor

Moção de regulamentação das ações de controle de endemias nas terras indígenas.

A malária continua sendo considerada um grave problema de saúde pública, atingindo 40% da população mundial, com cerca de 300 a 500 milhões de casos e aproximadamente um milhão de óbitos por ano.

No Brasil, 99% dos casos se concentram na região amazônica legal, considerada a área endêmica, composta pelos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins.

É uma doença que pode evoluir para a forma grave e complicada e levar ao óbito. Para evitar esse quadro entre a população indígena, considerada mais vulnerável, uma das medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde, por meio

da Secretaria de Vigilância em Saúde, é a realização das ações de controle de endemias a fim de interromper a cadeia de transmissão da doença.

Desde 1999, com a descentralização das ações de combate às endemias, o combate à malária, em área indígena, vem sofrendo alguns impasses por não haver regulamentação específica, principalmente nas ações de controle vetorial nessa área, como: borrifação, qualificação e aquisição de insumos e equipamentos. Desse modo, é fundamental regulamentar e garantir a realização dessas ações em terra indígena para diminuir a incidência de malária.

Moção nº 50

Tipo: Repúdio

Destinatário: Agência Nacional do Petróleo, Gás Natural e Biocombustíveis (ANP)

Proponente: União dos Povos Indígenas do Vale do Javari

Segmento: Usuário

Moção de repúdio à ação da ANP no Vale do Javari.

Por meio desta Moção, os povos indígenas do Vale do Javari vêm repudiar a Agência Nacional do Petróleo, Gás Natural e

Biocombustíveis (ANP), contratante da empresa Georadar para pesquisa sísmica na margem dos rios Juruá e Ipixuna, que afetará a área de ocupação dos povos isolados e do povo Marubo, no limite da Terra Indígena Vale do Javari (TIVJ).

Nós, povos indígenas Marubo, Mayoruna, Matis, Kulina e Kanamary do Vale do Javari, repudiamos essa pesquisa que afetou a área de ocupação dos índios isolados do limite da Terra Indígena do Vale do Javari e fez leilão da área pesquisada, em novembro, sem consultar os povos indígenas dessa área. Tal situação vai agravar os problemas sociais, o desmatamento, aumentar a presença de invasores dentro das nossas terras, além de promover a escassez da caça e pesca, afetando nossa cultura e a biodiversidade que está sob nossa proteção; por isso, nosso repúdio. Além disso, acirrará os conflitos com povos indígenas que ainda vivem isolados. Temos que respeitar as decisões dos índios isolados de permanecer sem contato e proteger seu território. Por serem isolados, o seu território pode se estender para além dos limites demarcados para a Terra Indígena Vale do Javari. Portanto, não aceitamos qualquer tipo de projeto de empreendimento do governo brasileiro na nossa terra sem a consulta prévia garantida pela Convenção 169 da OIT.

Moção nº 51

Tipo: Repúdio

Destinatário: SESAI; Funai; Condisi

Proponentes: Delegados Xavantes

Segmento: Usuário

Moção de Repúdio.

Nós, A'uwe (delegados indígenas das nove terras indígenas Xavante: Marechal Rondon, Sangradouro, São Marcos, Parabubure, Ubawawe, Chão Preto, Areões, Pimentel Barbosa e Marâiwatséde), reunidos na cidade de Barra do Garças/MT para participar da Conferência Distrital de Saúde, entre os dias 15, 16 e 17 de agosto deste ano, vimos manifestar o repúdio em relação à Associação Xavante Warã. Essa Associação diz representar nossos povos em diversas instâncias governamentais, como Funai, SESAI, e não governamentais. A Associação Xavante Warã pratica suas atividades em nome do povo Xavante sem nos informar e nos consultar de suas ações e interesses, desrespeitando a nossa diversidade regional e obtendo benefícios em nosso nome.

Diante disso, aproveitamos o momento para encaminhar esta Moção de Repúdio para todos os órgãos competentes

que atuam com o povo Xavante. Pedimos a colaboração e o respeito à nossa forma de organização tradicional e formal, devendo informar e consultar cada região/terra indígena quando houver ações que nos atinjam, e não procurar a Associação Xavante Warã. Queremos o respeito da Convenção 169 da OIT.

Moção nº 52

Tipo: Repúdio

Destinatário: Ministério do Trabalho; Ministério da Saúde; Ministério do Planejamento

Proponente: Presidente e delegados do DSEI Interior Sul na 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena

Segmento: Trabalhador, gestor e usuário

Moção de Repúdio ao concurso público.

Nós, delegados representando o DSEI Interior Sul, repudiamos o concurso público, pois não há garantia de permanência da força de trabalho já existente nesse DSEI, após a realização do concurso. Esses profissionais que atuam na comunidade indígena já têm vínculo com essa comunidade, conhecem a realidade local, os agravos, compreendendo como se dá o

processo saúde-doença com os indígenas. Além disso, em anos, já se gastou tanto com recursos humanos que entendemos o concurso como retrocesso e, por isso, pedimos a efetivação de todos os profissionais que hoje atuam em Saúde Indígena.

Moção nº 53

Tipo: Repúdio

Destinatário: Ministério da Justiça e Presidência da República

Proponente: Condisi/MS; Conselho Aty Guasu; Conselho Lideranças Terena

Segmento: Usuário

Moção denunciando as violências sofridas pelos povos indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul.

Os povos indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul vem sofrendo, há décadas, situações de confinamento dentro de reservas indígenas, em acampamentos à beira de rodovias e em áreas de retomadas em condições subumanas, sob ameaças diuturnamente de capangas de fazendeiros, sendo ainda ameaçados e tratados com discriminação e preconceitos quando vão à cidade em busca de algum serviço. Além disso, vem ocorrendo inúmeros assassinatos de lideranças



indígenas nas últimas décadas, sem as devidas providências por parte do judiciário contra os autores dessas agressões e assassinatos. Solicitamos agilidade nos processos demarcatórios das terras indígenas, mais segurança e assistência à saúde, educação, alimentação e moradia adequadas às famílias que vivem nas condições citadas. Repudiamos as atitudes do governo federal e da Câmara Federal, que tentam retirar direitos já adquiridos na Constituição Federal por meio de portarias e PECs, tal qual a PEC 215.

Moção nº 54

Tipo: Repúdio

Destinatário: Conselho Nacional de Saúde; SESAI; Ministério da Saúde

Proponente: Delegados da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena

Segmento: Trabalhador e Gestor

Exclusão e negação em garantir a participação efetiva de representantes indígenas nas instâncias de controle social do SUS, nos estados e municípios que possuem terras indígenas.

Nós, delegados participantes da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, reunidos nos dias 2 a 6 de dezembro de 2013, vimos, por meio desta Moção, repudiar as atitudes dos Fóruns dos Usuários, dos trabalhadores de saúde e dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, que negam e excluem a participação de representantes indígenas como membros titulares, utilizando argumentos e artifícios sem nenhum fundamento legal, apenas por discriminação e preconceito. Tais fatos vêm acontecendo em vários municípios e estados, prejudicando os debates para elaboração dos planos municipais



e estaduais de saúde, eximindo essas esferas de governo de suas responsabilidades sanitárias para com os povos indígenas, trazendo graves prejuízos às populações indígenas, cidadãos brasileiros, uma vez que somente nós, que estamos dentro das nossas aldeias, conhecemos a real situação vivenciada pelo nosso povo. Tais atitudes ferem o que diz a Resolução 453, de 10 de maio de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, Terceira Diretriz, item III, letra c.



Moção nº 55

Tipo: Solidariedade

Destinatário: Congresso Nacional; Presidente da República

Proponente: Paula Guimarães de Oliveira Silva

Segmento: Trabalhador

Aprovação do Projeto de Lei 5.278/2009 do piso salarial dos Assistentes Sociais.

Venho, por meio deste documento, solicitar o apoio dessa plenária, que compõe a 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, à aprovação pelo Congresso Nacional e à

sanção pela Presidência da República, do Projeto de Lei nº 5.278/2009, que tramita na Câmara dos Deputados e que institui o piso salarial de R\$ 3.720,00 (a ser reajustado no mês da publicação da Lei), para uma jornada de trabalho semanal de 30 horas para a categoria de Assistentes Sociais do Brasil. Esse é um direito pelo qual a categoria de Assistentes Sociais do Brasil, que tanto luta cotidianamente para garantir o acesso aos direitos e às políticas públicas pela população usuária do Serviço Social, está na luta diante do grande número de profissionais que recebem baixos salários em um sistema capitalista que precariza as condições de trabalho.

Lutemos pelo piso salarial da categoria.



O povo
brasileiro de
mãos dadas
por um SUS de
qualidade e
para todos





PERFIL DOS PARTICIPANTES

A 5ª Conferência entra para a história por ter tido uma ampla participação das comunidades indígenas nos debates. Foram realizadas 306 Conferências Locais, 34 Conferências Distritais, com a participação de indígenas e não indígenas, abrangendo 305 etnias que estão distribuídas em todo o território brasileiro. Para a etapa nacional, a 5ª Conferência superou a 4ª CNSI, saltando de 1.228, na 4ª CNSI, para 1.907 participantes. O destaque especial da 5ª CNSI vai para a participação das vozes dos usuários indígenas, que aumentou 58%; ou seja, de 372, na 4ª CNSI, para 589 delegados indígenas representando 148 etnias. Em outras palavras, pode-se registrar que 49% das etnias brasileiras estavam representadas pelo segmento dos usuários. Esse é, portanto, um momento em que a participação popular e o controle social na saúde ganham em expressão e em visibilidade, tornando-se, na prática, fatores decisivos na construção de uma nova política de atenção à saúde para os primeiros habitantes do Brasil: os povos indígenas.

Na etapa nacional, o número de delegados esperado, conforme Resolução CNS nº 461, de 8 de novembro de 2012, para a 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, era de 1.352. A Comissão Organizadora conseguiu cadastrar 91%, ou seja, 1.226 Delegados Nacionais. Durante a Conferência

foram credenciados 1.907 participantes; destes, 1.226 constituíram-se de delegados nacionais (64%) e 400 participantes (21%) divididos entre: convidados, painelistas, visitantes, imprensa e expositores. Outro destaque vai para os 305 (16%) participantes que se dividiram em várias comissões para fazer acontecer da melhor maneira possível a 5ª Conferência (veja a distribuição desses participantes na Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos participantes por categoria, 5ª CNSI, Brasília, 2 a 6 de dezembro de 2013

CATEGORIA	TOTAL	%
Delegado Nacional	1.202	63,0
Comissão Organizadora	24	1,3
Comitê Executivo	3	0,2
Comissão de Relatoria	78	4,1
Equipe de Apoio	200	10,5
Painelista	11	0,6
Imprensa	85	4,5
Visitante	11	0,6
Convidado	214	11,2
Expositor	79	4,1
Total	1.907	100,0

Fonte: Subcomitê de Credenciamento da 5ª CNSI.

Outra característica que deixa registrada a atuação da SESAI é a busca por uma gestão compartilhada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena com o SUS, trazendo vozes de representações importantes para o fortalecimento da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, a saber: Conselho Nacional de Saúde, Conselhos Estaduais de Saúde (Conass), Conselhos Municipais de Saúde (Conasems), Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (Fentas), Fundação Nacional do Índio (Funai), organizações indígenas e das outras secretarias do próprio Ministério da Saúde, conforme demonstra a Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos delegados, segundo a origem da representação, 5ª CNSI, Brasília, 2 a 6 de dezembro de 2013

ORIGEM DOS DELEGADOS	Nº DE DELEGADOS	%
Distritais	1.084	88,4
Conselho Nacional de Saúde	14	1,1
Conselho Estadual de Saúde	33	2,7
Conasems	10	0,8
Ministério da Saúde	14	1,1
Fentas	17	1,4
Organizações Indígenas	35	2,9
Funai	4	0,3
Outros	15	1,2
Total	1.226	100,0

Fonte: Subcomitê de Credenciamento da 5ª CNSI.

Todo esse esforço sem perder de vista as exigências e as determinações de paridade da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e da Resolução CNS nº 453, de 10 maio de 2012, quanto à distribuição dos delegados pelos segmentos dos usuários, dos trabalhadores e dos gestores; estes com o cuidado de se fazer representar pelos gestores das 34 unidades gestoras – os DSEIs –, como pode ser visualizado pela distri-

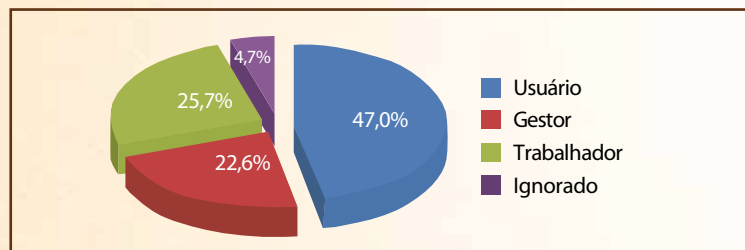
buição dos delegados por segmento na Tabela e no Gráfico a seguir:

Tabela 3 – Distribuição dos delegados por segmento de representatividade, 5ª CNSI, 2013

SEGMENTO	TOTAL	%
Usuário	589	48,04
Gestor	277	23
Trabalhador	315	26
Ignorado	45	4
Total	1.226	100,0

Fonte: Subcomitê de Credenciamento da 5ª CNSI.

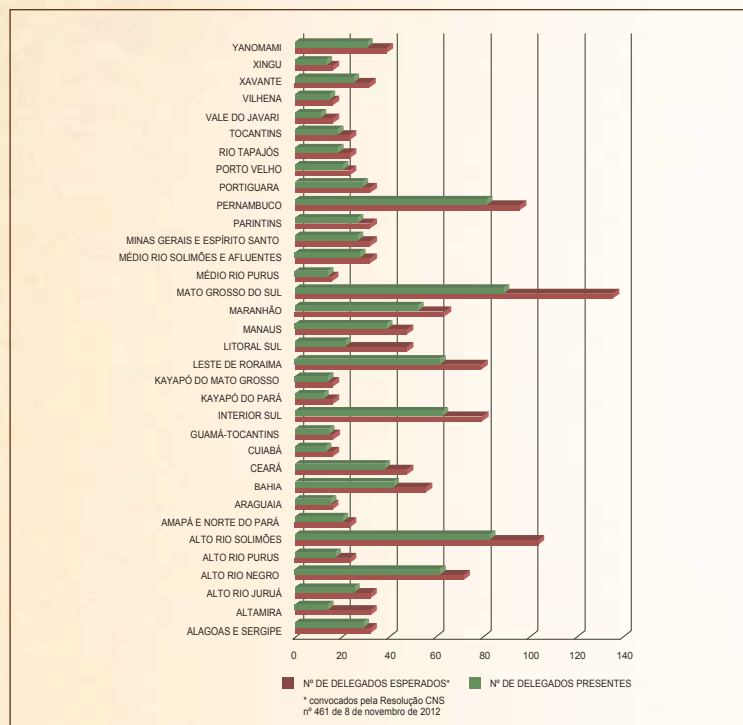
Figura 1 – Distribuição dos delegados por segmento de representatividade, 5ª CNSI, 2013



Fonte: Subcomitê de Credenciamento da 5ª CNSI.

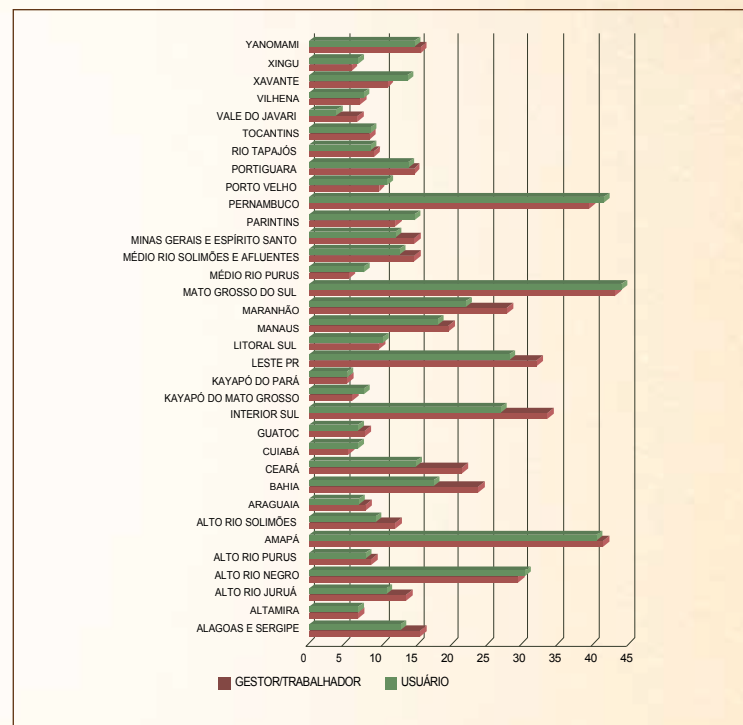
Ao analisarmos essas exigências e determinações, vamos mais além na transparência do esforço da Comissão Organizadora da 5ª CNSI, esmiuçando e apresentado essa paridade e participação conforme os resultados da convocação da Resolução CNS nº 461, de 8 de novembro de 2012, para os 34 Distritos espalhados pelo Brasil (ver Figura 2 e Tabela 4). Resultados esses que rompem os paradigmas culturais da participação de gênero (com uma razão entre sexo de aproximadamente 1/2, ou seja, uma delegada para cada dois delegados), bem como os logísticos, rompendo barreiras geográficas de acesso a trabalhadores, gestores e usuários, em especial aquelas e aqueles que tiveram de deixar suas aldeias, por água, terra ou ar, para representarem o conjunto de vozes de seus parentes, trabalhadores e gestores das aldeias, das Unidades Básicas de Saúde, dos Polos-Base Tipo I, Polos-Base Tipo II, das CASAI e dos Distritos. Para ver a participação da presença dos delegados distritais em relação à Resolução CNS nº 461, de 8 de novembro de 2012, ver Figura 2; por segmentos e macrorregiões, ver Figura 3 e Tabela 4, respectivamente.

Figura 2 – Relação entre delegados distritais convocados pela Resolução CNS nº 461, de 8 de novembro de 2012, e delegados presentes com percentual de participação por Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei), na 5ª CNSI, Brasília, 2 a 6 de dezembro de 2013



Fonte: Subcomitê de Credenciamento da 5ª CNSI.

Figura 3 – Distribuição da relação entre delegados distritais, gestor/trabalhador e usuário, nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), 5ª CNSI, Brasília, 2 a 6 de dezembro de 2013



Fonte: Subcomitê de Credenciamento da 5ª CNSI.

Tabela 4 – Distribuição dos delegados distritais por macrorregião,
5ª CNSI, Brasília, 2 a 6 de dezembro de 2013

MACRORREGIÃO	Nº DE DELEGADOS DISTRITAIS ESPERADOS*	Nº DE DELEGADOS DISTRITAIS PRESENTES	% DE PRESENÇA
Centro-Oeste	232	169	72,8
Nordeste	328	272	82,9
Norte 1	320	264	82,5
Norte 2	336	268	79,8
Sul-Sudeste	136	111	81,6
TOTAL	1.352	1.084	80,2

Fonte: Subcomitê de credenciamento da 5ªCNSI, 2013.



METODOLOGIA



Trabalho da Relatoria

Da Amazônia ao Sul do Brasil, uma movimentação diferente ocorria nas florestas e nas cidades: eram as 306 conferências da etapa local; depois, as 34 da etapa distrital; e, finalmente, a etapa nacional em que os índios, gestores e trabalhadores discutiam um só tema: “Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada”.

Por ser a metodologia utilizada na 5ª CNSI “inovadora”, cabe aqui, à Comissão de Relatoria, destacar os caminhos percorridos das vozes de mais de 31 mil delegados das etapas locais, distritais e nacional. Todas elas guiadas pelos Regimentos Internos das etapas locais, distritais e nacionais e do Documento Orientador.

Coube às Comissões Organizadoras Distritais, inicialmente, para cada Conferência Local, a confecção de um Relatório da 5ª CNSI – etapa local. Nesse relatório, conforme o Regimento, deveria conter até sete diretrizes, com dez propostas por diretriz; em outras palavras, sete diretrizes e 70 propostas que

contemplassem ações de saúde que envolvessem os níveis locais, distritais e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, inclusive as moções de nível local.

A essas mesmas Comissões Organizadoras Distritais da 5ª CNSI, couberam também o planejamento, a organização, a execução e o relato da etapa distrital. Para tal, relatores distritais foram capacitados pelos técnicos do DATASUS na operacionalização do SisConferência, que sintetizaram todas as suas etapas locais num relatório chamado “Relatório da Etapa Distrital”,



o qual deveria conter até dez laudas com até sete diretrizes e cinco propostas, aqui com as moções de nível Distrital.

Os 34 Relatórios Consolidados das Etapas Distritais chegaram, então, para a Comissão Organizadora da 5ª CNSI para as devidas conferências e arquivamento. Cópias impressas e eletrônicas foram disponibilizadas para a Comissão Nacional de Relatoria.

A Comissão de Relatoria da 5ª CNSI contou com uma equipe de 95 relatores formada por:


- Comissão Nacional de Relatoria: 13 relatores, mais um relator-geral e um relator-adjunto, totalizando 15 relatores.
- Comissão Nacional de Relatoria – Equipe de Apoio: 15 relatores.
- Comissão Nacional de Relatoria – Equipe Distrital de Apoio: 22 relatores.
- Estudantes indígenas da Universidade de Brasília (UnB): 41 estudantes-apoio de relatores.
- Equipe Administrativa da Comissão Nacional de Relatoria: dois relatores.

Essa Comissão reuniu-se duas vezes, uma em setembro e outra em outubro de 2013. Na primeira oficina, trabalhou-se com os Documentos Normativos do CNS e do Ministério da Saúde (regimentos, Documento Orientador) e com o SisConferência.

Na segunda oficina, de posse dos 34 Relatórios Consolidados das Etapas Distritais, confeccionou-se o Relatório Consolidado – etapa nacional. Um esforço foi feito pelos relatores de síntese, de modo a consolidar 238 diretrizes e 1.190 propostas em 453 propostas organizadas nos seguintes eixos e diretrizes:

As 453 propostas foram consolidadas, sintetizadas e ordenadas pela Comissão Nacional de Relatoria, visando dar uma sequência lógica às propostas de cada subeixo temático e facilitar sua leitura, discussão e aprovação nas Plenárias dos 20 Grupos de Trabalho (GT) e na Plenária Final, previstas no Regimento e na programação da 5ª CNSI.

O Relatório Consolidado foi construído por subeixos, seguindo Documento Orientador da 5ª CNSI. As propostas nele contidas foram colocadas com identificação de ori-



gem, a fim de permitir a consulta de sua localização quando necessário, e, sobretudo, como demonstrativo de onde vieram todas as propostas aprovadas nas etapas distritais pelos delegados, junto à comissão de relatoria (conforme estabelecido no regimento da 5ª CNSI). O documento entregue aos delegados não continha essa informação; esse ficou com a Comissão Central de Relatoria para atender ao § 3º, item VI, artigo 8º, do Regimento da 5ª CNSI, a saber:

§ 3º A delegação de algum Dsei que não se sentir contemplada na redação do Relatório Consolidado da etapa distrital poderá encaminhar recurso à Comissão de Relatoria, até as 18 horas do primeiro dia da etapa nacional (26 de novembro de 2013), cabendo a essa Comissão responder o recurso antes da discussão do tema pelos Grupos de Trabalho, sendo indeferido qualquer recurso que não tiver relação com o Relatório da etapa distrital.¹

Vale destacar que coube à Comissão de Relatoria, pelo seu próprio nome, descrever essa nova metodologia dos trabalhos da 5ª CNSI, em que todos os delegados leram, analisaram e aprovaram todas as 453 propostas, de modo a deixar registrados todos os esforços empreendidos pelos membros de todas as Comissões da 5ª CNSI na condução transparente das atividades guiadas pelo Regimento Interno, aprovado na 238ª Reunião Ordinária do CNS, realizada nos dias 7 e 8 de novembro de 2012, por meio da Resolução nº 461, de 27 de dezembro de 2012, bem como do Regulamento, aprovada na Plenária de Abertura (documentos anexos). Assim, detalharemos o processo organizativo do trabalho da relatoria.

¹ BRASIL. **Resolução CNS nº 461, de 8 de Novembro de 2012.** Aprova o Regimento Interno da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1695:ci-n-418-publicada-resolucao-cns-n-461-que-aprova-o-regimento-interno-da-5a-conferencia-nacional-de-saude-indigena&catid=6:conass-informa&Itemid=14>. Acesso em: 27 out. 2015.

Grupos de Trabalho

Os Grupos de Trabalho (GT), compostos paritariamente, foram realizados simultaneamente, em um número total de 20; foram instâncias de debate e votação e deliberaram sobre as oito diretrizes e as 453 propostas constantes no Relatório Consolidado da Etapa Distrital, disponibilizado aos delegados da etapa nacional da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (5ª CNSI). O Relatório foi lido e votado em cada um dos 20 GT.

Os delegados e convidados foram divididos em 20 GT, conforme distribuição prévia, realizada pela Comissão Organizadora, obedecendo à paridade entre usuários e demais segmentos, conforme a Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Conforme o artigo 8º do Regimento da 5ª CNSI, os GT são instâncias deliberativas e iniciaram seus trabalhos com quórum mínimo de 30% dos delegados credenciados presentes.

Esse quórum mínimo serviu para evitar atraso no início dos trabalhos dos GT, em outras palavras, ler as oito diretrizes

e as 453 propostas do Relatório Consolidado da Etapa Distrital, para que os delegados pudessem propor ao plenário os seus respectivos destaques.

Os GT tiveram como subsídio para a discussão os debates ocorridos durante o Diálogo Temático sobre o tema central, as Mesas Centrais sobre os eixos temáticos, o Relatório Consolidado da Etapa Distrital e o Documento Orientador aprovado pela Comissão Organizadora da 5ª CNSI.

Cada GT teve suas atividades dirigidas por uma Mesa Coordenadora, que foi composta por usuários, trabalhadores, gestores e prestadores indicados pela Comissão Organizadora das etapas local e distrital da 5ª CNSI.

A Mesa Coordenadora dos Trabalhos teve a função de conduzir as discussões do GT, avaliar o processo de verificação de quórum, controlar o tempo e organizar a participação dos delegados.

A Relatoria de cada Grupo de Trabalho foi composta por dois relatores indicados pela Comissão de Relatoria, tendo

cada GT como apoio dois estudantes universitários indígenas da UnB.

Fases de análise das propostas

Figura 1 – Processos de trabalho dos 20 GT da 5ª CNSI, Brasília, 2 a 5 de dezembro de 2013

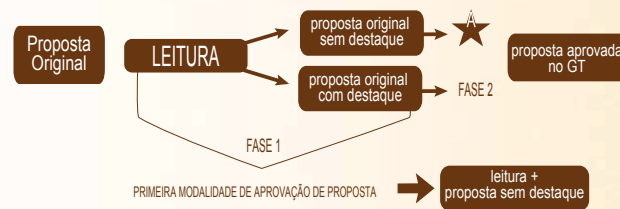


Fonte: Regulamento da 5ªCNSI.

Os processos de análise, destaques, votação, aprovação e quórum das oito diretrizes e 453 propostas foram divididos em três fases, conforme ilustra a Figura 1. A primeira fase compreendia a leitura das propostas por blocos de diretrizes com a identificação dos delegados que apresentassem possíveis destaques a uma determinada proposta. As propostas que não recebiam destaques pelo Plenário foram consideradas aprovadas por aquele GT (ver Figura 2). Ainda nessa fase, os delegados que apresentaram destaque(s) à proposta foram orientados a se dirigirem à mesa de apoio da relatoria para apresentação de seus destaques, de modo a permitir


a nova formulação da proposta. Quando havia mais de um destaque para uma mesma proposta, a mesa de apoio da Relatoria reunia-se com os delegados com seus destaques para construção de consenso, quando acatado por eles; em caso de dissenso, permaneciam as propostas com seus respectivos destaques. Todos os destaques eram acrescentados à proposta original no SisConferência, de modo a permitir a projeção do destaque para o plenário na Fase 2.

Figura 2 – Fase 1 – Leitura e Produtos Iniciais



Fonte: Regulamento da 5ªCNSI.

A Fase 2 compreendia a projeção e a leitura da proposta com seu(s) destaque(s). Caso o plenário não ficasse esclarecido pelo destaque, a Mesa Coordenadora concedia a palavra ao delegado, que se apresentava para a defesa do seu destaque. Nesse momento, cada delegado tinha três minutos para defender seu destaque de modificação e eram conce-

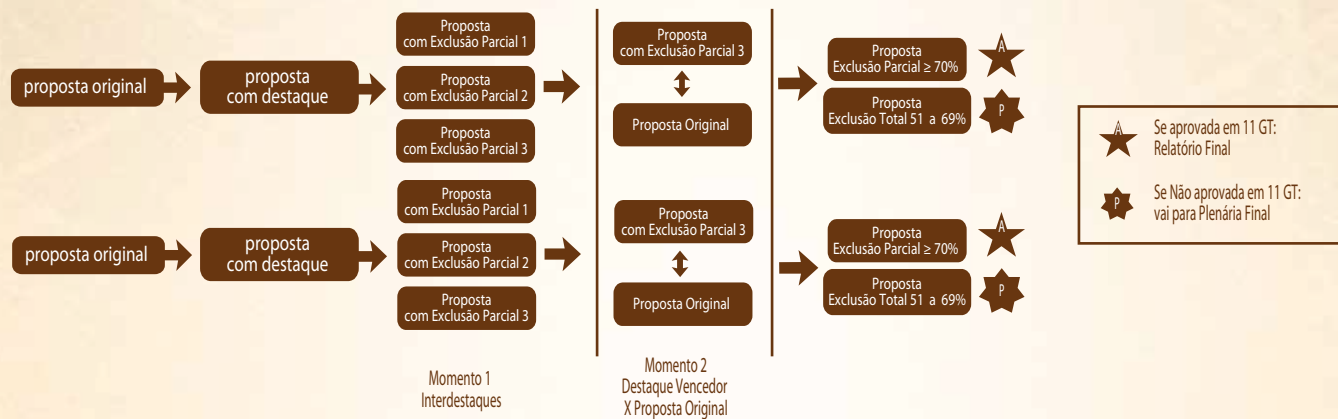


didados três minutos ao delegado que porventura se apresentasse para a defesa da manutenção da proposta original. Se houvesse mais de um destaque para uma mesma proposta, primeiramente, a Mesa Coordenadora procedia à votação dos dois, três ou mais destaques; em outras palavras, fazia-se a votação interdestaques, e o plenário decidia, por votação, qual proposta de destaque era a vencedora (Momento 1), conforme ilustra a Figura 3.

A Fase 3 correspondia ao confronto da proposta original com as propostas de destaques (ver Momento 2, Figura 3). Em todos os casos, a proposta que teve um destaque ou aquela que teve dois ou mais destaques, sempre no final, nessa Etapa 3, a nova proposta reformulada pelo(s) destaque(s) era confrontada pela proposta original. A proposta que recebesse 70% ou mais dos votos naquele GT era a vencedora. Lembrando que a proposta que não alcançasse 70% de aprovação do Plenário do GT iria para apreciação e votação na Plenária Final; ou seja, as propostas que ficassem com 50% a 69% de aprovação iriam para decisão da Plenária Final (Momento 3 da Figura 3).

Para a Plenária Final, foram levadas para ciência dos delegados todas as propostas aprovadas sem destaques e as propostas com destaques que tiveram votação $\geq 70\%$ em 11 GT. A Plenária Final trabalhou somente com as propostas que tiveram destaques e não alcançaram 70% de votação em 11 GT.

Figura 3 – Fases 2 e 3 – Defesa de destaques e votação: dois momentos



Fonte: Regulamento da 5ªCNSI.

Vale ressaltar que o quórum para início dos trabalhos, bem como para a votação na Plenária Final, conforme determinam Regimento e Regulamento da 5ª CNSI, foi de 50% mais um.

A seguir, detalham-se todos os processos de trabalhos nas três etapas descritas:

- A Mesa Coordenadora comunicava o número de delegados que compunha os percentuais mínimos: o quórum mínimo para o início dos trabalhos nos GT foi de 30% do total de delegados que compunha cada GT. Iniciaram-se os trabalhos pela leitura das propostas por diretrizes, conforme ilustra o quadro a seguir.
- Houve projeção das propostas, no telão, com os respectivos destaques.
- Os destaques podiam ser de duas naturezas: de exclusão parcial (palavras, frases, sentenças de uma proposta) ou de exclusão total da proposta ou mesmo da diretriz.
- A cada item de proposta, a Mesa Coordenadora consultava o Plenário sobre os destaques de exclusão.
- As propostas que não receberam destaque durante a leitura foram consideradas aprovadas.

- Os delegados que apresentaram destaque de exclusão parcial ou total informavam o nome à Mesa Coordenadora e de Relatoria após a leitura do item.
- Quando houve a apresentação de mais de um destaque de exclusão parcial ou total, os delegados foram convidados a definir quem faria a defesa do destaque.
- A Mesa Coordenadora dos trabalhos fez a leitura das diretrizes e das 453 propostas sintetizadas no Relatório Consolidado da Etapa Distrital.

Tabela 1 – Distribuição das 453 propostas do Relatório Consolidado da Etapa Distrital por diretriz, 5ª CNSI, Brasília, 2 a 6 de dezembro de 2013

Nº	DIRETRIZES	Nº PROP
1	Atenção Básica	28
2	Avanços e desafios na média e alta complexidade	58
3	Avanços e desafios nos Recursos Humanos	69
4	Avanços e desafios no financiamento para Saúde Indígena	43
5	Avanços e desafios da Gestão do Subsistema de Saúde Indígena	127
6	Controle Social e Gestão Participativa	62
7	Etnodesenvolvimento e SAN	46
8	Saneamento e Edificações de Saúde Indígena	20
TOTAL		453

Fonte: Relatório Consolidado Etapa Distrital da 5ª CNSI, 2013.

Processo de votação dos destaques

A votação dos destaques segue quórum previsto no artigo 10 do Regulamento da 5ª CNSI: o quórum mínimo para a votação dos destaques nos GT foi de, no mínimo, 70% dos delegados credenciados presentes no GT.

As votações nos GT foram encaminhadas da seguinte maneira:

- a) A Mesa Coordenadora comunicava o número de delegados que compõe os percentuais mínimos para as votações, segundo a lista de delegados distribuída previamente para cada GT.
- b) A cada diretriz ou proposta, a Mesa Coordenadora dos GT consultava o Plenário sobre os destaques.
 - 1º – Os destaques foram de exclusão parcial ou total da diretriz ou proposta.
 - 2º – Os destaques foram apresentados à Mesa de Apoio de Relatoria dos GT durante a leitura dos mesmos.
- c) As propostas que não receberam destaque durante a leitura foram consideradas aprovadas e tornaram-se parte do Relatório Final da etapa nacional da 5ª CNSI.

d) Após a leitura, a votação dos destaques foi encaminhada da seguinte forma:

1. Ao término da leitura, foram apreciados os destaques e o autor do destaque teve três minutos para defender sua proposta de exclusão parcial ou total.
2. Foi permitida uma segunda defesa, a favor e contra, se a Plenária não se sentisse devidamente esclarecida para a votação.
3. Caso o autor do destaque não estivesse presente no momento da apreciação do seu destaque, o destaque não seria considerado.
4. Não foram discutidos novos destaques para os itens aprovados.

A votação deu-se da seguinte forma:

- Primeiramente, a proposta com destaque era apresentada ao Plenário e este decidia, por votação, se aprovava ou não o destaque na proposta.
- Uma vez aprovado o destaque na proposta pelo Plenário, procedia-se então a votação de seguinte maneira: a proposta original do Relatório Consolidado da Etapa Distrital do Grupo de Trabalho foi considerada a proposta

número um, e o destaque foi considerado como a proposta número dois.

Lembrando que, para aquelas propostas com dois ou mais destaques, primeiro fazia-se a votação interdestaques: o destaque vencedor era confrontado com, em uma segunda votação, a proposta número um, a original (ver Figura 3).

As propostas que obtiveram 70% ou mais dos votos, em cada GT, e foram aprovadas por 11 GT (50% mais um, ou mais, dos GT), foram para o Relatório Final da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

Para apreciação na Plenária Final, as diretrizes e as propostas constantes do Relatório Consolidado da Etapa Distrital, destacadas nos GT, tiveram de ter a aprovação de, no mínimo, 50% mais um e menos de 70% dos votos, em pelo menos 11 GT.

A Mesa Coordenadora do GT avaliou e pode assegurar a questão de ordem aos delegados, quando dispositivos do Regimento e do Regulamento da 5ª CNSI não foram obser-

vados. Não foram permitidas questões de ordem durante o regime de votação. As solicitações de encaminhamento somente foram acatadas pela Mesa Coordenadora dos Trabalhos quando se referiram às propostas em debate, com vistas à votação.

Consolidação dos resultados pela Comissão Nacional de Relatoria

Tendo como referência os critérios a seguir relacionados do Regimento e o Regulamento da 5ª CNSI:

1. As propostas não destacadas nos GT foram consideradas aprovadas e foram para ciência do Plenário Final (Relatório Final).
2. As propostas que tiveram 70% ou mais dos votos, em cada GT, e foram aprovadas por 11 GT ou mais foram somente para ciência do Plenário Final e farão parte do Relatório Final.
3. Propostas com menos de 70% de aprovação e com destaques em cada GT foram para Plenária Final.
4. As propostas com menos de 50% de aprovação em 11 GT não foram para Plenária Final nem para o Relatório Final.

A Comissão Nacional de Relatoria deparou-se com os seguintes desafios:

1. Quais foram as propostas aprovadas na íntegra, sem destaques em 11 GT?
2. Como saber se uma proposta foi aprovada com destaques de exclusão parcial de texto, com 70% ou mais e em 11 GT?
3. Como identificar, analisar e sintetizar essas propostas aprovadas, com destaques de exclusão parcial de texto, que tiveram 70% ou mais de aprovação, em 11 ou mais GT?
4. Como garantir a apresentação de destaques com exclusão parcial de texto na Plenária Final, se estamos trabalhando simultaneamente com 20 GT?
5. Existem propostas com 50% a 69%, em menos de 11 GT, e que deverão ir para apreciação da Plenária Final? Se sim, houve nessas propostas exclusão parcial de texto? Havendo, como organizá-las de modo a facilitar os trabalhos de análise, votação e aprovação da Plenária Final?

Para responder a esses desafios, a Comissão Nacional de Relatoria construiu um sistema informatizado que consistia

na coleta de dados em instrumentos que foram distribuídos aos relatores dos 20 GT. Os relatores tinham como tarefa registrar a decisão final da votação da proposta, assinalando, com um X, a coluna referente à situação de aprovação da proposta, a saber:

1. Manutenção da proposta original (sem destaque).
2. Exclusão com destaque parcial com menos de 70%.
3. Exclusão com destaque parcial $\geq 70\%$.
4. Exclusão com destaque total da proposta com menos de 70%.
5. Exclusão com destaque total $\geq 70\%$. Ao término da votação das propostas de cada diretriz, os relatores encaminhavam o instrumento preenchido para a central de relatoria, que se encarregava de fazer o controle de recepção dos instrumentos por GT num mapa específico. Após o preenchimento do mapa, dois relatores da Comissão Nacional trabalharam na leitura, digitação, consolidação e análise dos dados, utilizando o sistema construído no programa Microsoft Office Excel 2007, cuja máscara e exemplo de alimentação encontram-se ilustrados a seguir.

Instrumento de coleta

Eixo Temático IV – Saneamento e Edificação de Saúde Indígena

Subeixo: Avanços e Desafios do Saneamento e das Edificações de Saúde

	SEM DESTAQUE				
	(1) Aprovada Proposta Original	(2) Aprovada menos de 70% no GT	(3) Aprovada $\geq 70\%$ no GT	(4) Aprovada menos de 70% no GT	(5) Aprovada $\geq 70\%$ no GT
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Procedimentos durante a votação de cada proposta

Registrar a decisão final da votação da proposta assinando, com um X, a coluna referente à situação de aprovação da proposta: (1) manutenção da proposta original (sem destaque); (2) exclusão com destaque total com menos de 70%; (3) exclusão com destaque total $\geq 70\%$; (4) exclusão com destaque parcial da proposta com menos de 70%; (5) exclusão com destaque parcial $\geq 70\%$.

Número do GT	
Nome da Sala do GT	
Nome do Relator	

A decisão final da votação da proposta registrada no instrumento de cada GT era digitada conforme seu resultado: (1) manutenção da proposta original (sem destaque); (2) exclusão com destaque total com menos de 70%; (3) exclusão com destaque total $\geq 70\%$; (4) exclusão com destaque parcial

da proposta com menos de 70%; (5) exclusão com destaque parcial $\geq 70\%$, na linha e coluna correspondentes.

FÓRMULAS

```
: CONT.SE(D4:W4;  
: SE(AA4>=11; "SIM"; SE (AC4>=11; "SIM" : SE(AB4.=11 "SIM"; SE(AS4>=11;  
"SIM"; "N" : CONT.SES(AA4:AA23;">=1
```

Análise dos resultados

Após a digitação da situação de cada proposta nos 20 GT, chegava-se no resultado final por meio de duas possibilidades: a primeira, a proposta ter sido aprovada com 70% ou mais em 11 GT; ou não ter sido aprovada com 70% ou mais em 11 GT. Essas duas condições definiam o destino de cada proposta; em outras palavras, se aprovada, iria direto para o relatório final, levando à Plenária somente para ciência, caso contrário, deveria ser submetida à apreciação da plenária, para análise, votação e aprovação.

Para essas duas situações, utilizaram-se as seguintes fórmulas no Excel:

Aprovado relatório

Proposta aprovada na íntegra ou com destaque parcial, com 70% ou mais em 11 GT: ciência da Plenária Final – Relatório Final:

```
=SE(AA4>=11;"SIM";SE(AC4>=11;"SIM";SE(AE4>=11;"SIM";"NÃO")))
```

Plenária final

Aprovada com menos de 70% em 11 GT: Vai para votação na Plenária Final:

```
=SE(X4="NÃO";"SIM";"NÃO")
```

Você já sabe, mas é bom lembrar que uma mesma proposta poderia ser aprovada com destaques total ou parcial, ou seja, poderia ter sido aprovada nas condições 3 e 5, em 11 GT. O que isso significava para a Comissão Nacional de Relatoria? Para a condição 5, em que a proposta apresentou destaque com supressão parcial de texto, cabia à Comissão identificar em que GT houve as supressões dos textos, ir ao SisConferência, imprimir as propostas cujos GT fizeram suas supressões, analisar

as supressões e, então, fazer a redação final da proposta para ciência da Plenária Final. No caso da situação 4, o consenso de síntese só era permitido na Plenária Final.

Para identificar essas situações no sistema construído pela Comissão, novas fórmulas foram elaboradas, de modo a apresentar o total de cada condição para cada proposta em cada GT.

Para as cinco situações, utilizaram-se as seguintes fórmulas no Excel:

- Situação (1) – manutenção da proposta original (sem destaque)
=CONT.SE(D4:W4;1)
- Situação (2) – exclusão com destaque total com menos de 70%:
=CONT.SE(D4:W4;2)
- Situação (3) – exclusão com destaque total \geq 70%:
=CONT.SE(D4:W4;3)
- Situação (4) – exclusão com destaque parcial da proposta com menos de 70%: =CONT.SE(D4:W4;4)
- Situação (5) – exclusão com destaque parcial \geq 70%:
=CONT.SE(D4:W4;5)

A seguir, apresentamos os resultados das 453 propostas, dos oito Subeixos obtidos dos 20 GT da 5ª CNSI.

Tabela 2 – Resumo dos processos de votação dos 20 GT da 5ª CNSI, Brasília, 2 a 6 de dezembro de 2013

		SITUAÇÃO DE APROVAÇÃO NOS GT (70% EM 11 OU MAIS)		PLENÁRIA FINAL
		ORIGINAL	≥ 70%	
1.1	PLENÁRIA FINAL	28	27	1
1.2	Avanços e desafios na Atenção de Média e Alta Complexidade para os povos indígenas.	58	49	7
1.3	Avanços e desafios na Área de Recursos Humanos para a Saúde Indígena: formação, educação permanente, capacitação e práticas de saúde e medicinas tradicionais	69	59	8
1.4	Avanços e desafios no Financiamento para a Saúde Indígena	43	39	4
1.5	Avanços e desafios da Gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena	127	122	5
2.1	Avanços e desafios para o Controle Social e a Gestão Participativa no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena	62	62	0
3.1	Avanços e desafios para o Etnodesenvolvimento e a Segurança Alimentar e Nutricional para os povos indígena	46	46	0
4.1	Avanços e desafios do Saneamento e das Edificações de Saúde	20	20	0
TOTAL		453	424	25

Fonte: Comissão Nacional de Relatoria da 5ª CNSI, 2013.

Analisando os somatórios do resumo dos processos de votação dos 20 GT da 5ª CNSI, observa-se que 424 (93,6%) propostas foram aprovadas na íntegra, ou seja, sem destaques de supressão parcial ou total de textos; quatro (0,88%) propostas foram aprovadas em mais de 11 GT, com supressão parcial de textos, caso em que coube à Comissão de Relatoria fazer a nova redação proposta pelos GT. Destaca-se que somente 25 propostas (5,5%) não alcançaram 70% de aprovação em 11 GT,

e tiveram sua situação definida na Plenária Final. Outro ponto que se destaca é a aprovação de todas as propostas originais dos Subeixos: Controle Social; Etnodesenvolvimento e Segurança Alimentar e Nutricional; e Saneamento.

A distribuição e a situação das 25 propostas por Subeixo encaminhadas à Plenária Final encontram-se ilustradas no Anexo A.

É bom lembrar que a metodologia de votação na Plenária Final seguiu os mesmos critérios determinados para os GT, segundo o Regimento e o Regulamento da 5ª CNSI, excetuando-se o quórum mínimo para votação e aprovação, que foi por maioria simples (maioria na ocasião da votação) dos delegados presentes. Das 25 propostas encaminhadas para a Plenária Final, nove foram aprovadas para exclusões totais e 15 propostas tiveram supressão parcial de texto.





APÊNDICES





Apêndice A – Avanços e desafios



Documento Orientador para os Debates na 5ª CNSI – Documento aprovado na 2ª Reunião da Comissão Organizadora, realizada nos dias 19 e 20 de março de 2013


INTRODUÇÃO

Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, com a promulgação da Constituição Cidadã (artigo 198), uma conquista do povo brasileiro, foi assegurada nessa mesma Carta Magna a garantia constitucional dos direitos dos povos

indígenas, que foram reconhecidos em sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições (artigo 231).

Com a implantação do SUS em todo o País, a partir de sua regulamentação pelas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, observou-se que esse Sistema não dava conta das especificidades e da complexidade dos povos indígenas, primeiros habitantes do Brasil, com o seu modo de vida próprio, local de moradia geralmente afastado dos centros urbanos, seus costumes, suas línguas e crenças peculiares, e que era necessário ter, no âmbito do SUS, um Subsistema para cuidar da saúde desses povos, que respeitasse as suas diferenças étnicas, culturais e organizativas. Todos esses aspectos e mais a reivindicação dos movimentos indígenas fizeram com que o Congresso Nacional reconhecesse e aprovasse a Lei nº 9.836/99 (conhecida como Lei Arouca), criando o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) para atenção primária, em articulação com estados e municípios para garantir a implementação do atendimento de média e alta complexidade, no âmbito do SUS.

A responsabilidade pelas ações de saúde indígena, até então delegada à Fundação Nacional do Índio (Funai),



vinculada ao Ministério da Justiça (MJ), foi transferida, em 1999, para a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde (MS), ali permanecendo até 20 de outubro de 2010, quando então foi assumida pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) – um órgão da administração direta pertencente à estrutura organizacional do MS –, criada para esse fim na mesma data, atendendo a reivindicações históricas dos povos indígenas desde a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena, realizada em 1986, no contexto da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde.


De 1986 até agora, foram realizadas quatro Conferências Nacionais de Saúde Indígena, sendo que as três primeiras discutiram e aprovaram diretrizes que contribuíram para a elaboração da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, em novembro de 2001, publicada pelo MS em 2002 e vigente até o momento (Portaria MS nº 254, de 31 de janeiro de 2002, publicada no DOU de 6 de fevereiro de 2002).

De acordo com a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (artigo 1º), o SUS conta com duas instâncias colegiadas de

controle social: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, em cada esfera de governo.

As Conferências de Saúde servem para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde. As Conferências indicam os caminhos para compreender quais são as necessidades da população e o que é possível ser feito para que todos tenham acesso aos serviços de saúde com qualidade e humanização, isto é, com muito respeito.

Os Conselhos de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, são órgãos colegiados compostos por representantes do governo e prestadores de serviço (25%), trabalhadores da saúde (25%) e usuários (50%). No Subsistema de Atenção à Saúde Indígena existem 34 Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisis), um em cada Distrito Especial de Saúde Indígena (DSEI). Eles têm a mesma composição dos Conselhos de Saúde: 50% dos membros são usuários indígenas; 25%, trabalhadores da saúde; e 25%, governo e prestadores de serviços. Nos DSEIs existem os Conselhos Locais de Saúde, compostos 100% por indígenas. Os Conselhos devem escutar o que o povo sente. Depois que ouvem, devem propor ao órgão executor um plano de ação participativo, com



alocação dos recursos, e controlar a execução do orçamento e dos programas com transparência e responsabilidade.

Assim, a 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (5ª CNSI), a ser realizada em 2013, convocada pelo Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde, tem como objetivos avaliar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada em 2002 e em vigor, bem como manter ou redefinir as diretrizes que a integram para sua atualização ou modificação.

Para orientar os debates nas etapas local, distrital e nacional da 5ª CNSI, são destacados a seguir alguns avanços e desafios referentes aos eixos temáticos da 5ª CNSI com relação à implementação da atual Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, para auxiliar os participantes nos debates e nas deliberações.

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) convocam todos e todas a participarem da 5ª CNSI, momento democrático, participativo e propositivo de avaliação da atual Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas,

das diretrizes que a integram, bem como de construção de novas diretrizes para reformulação ou aprimoramento dessa Política, por meio de debates sobre os principais avanços e desafios para a consolidação do SasiSUS, que tem como tema central “Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e o SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada”.

EIXOS TEMÁTICOS

Avanços e Desafios

Passados 11 anos da aprovação da atual Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002), podem-se registrar avanços com relação a algumas diretrizes, ao mesmo tempo em que se observa também que muitos e grandes desafios ainda persistem, os quais exigem uma ação efetiva dos governos federal, estaduais e municipais no campo específico da saúde, bem como no campo de outras políticas públicas, considerando-se que a saúde dos 896.000 indígenas, pertencentes a 305 etnias e que falam 274 línguas (Censo IBGE 2010), é determinada pelas suas condições de vida, sendo resultante, direta ou indiretamente, da regularização de suas terras e das condições sociais: atenção à saúde;

alimentação de qualidade e em quantidade suficientes, respeitados os hábitos alimentares e culturais de cada povo; preservação das culturas, dos costumes e das suas línguas; acesso à educação de qualidade em todos os níveis do ensino, na educação escolar indígena, inclusive na educação tradicional, de acordo com a organização de cada povo; acesso à moradia e ao saneamento ambiental, com oferta de água de qualidade e tratamento e destinação adequada dos resíduos sólidos; melhoria das edificações em saúde indígena.

Nesse sentido, o CNS aprovou os eixos temáticos da 5ª CNSI que serão debatidos nas etapas local (até 30 de junho), distrital (até 30 de setembro) e nacional (de 26 a 30 de novembro), cujas deliberações farão parte dos relatórios dessas etapas e subsidiarão a execução, o aprimoramento ou a reformulação da atual Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. A Comissão Organizadora da 5ª CNSI, para facilitar os debates, subdividiu o eixo temático I em subeixos e apresenta, a seguir, alguns avanços e desafios referentes a cada um deles para discussão durante as etapas da conferência, os quais poderão ser ampliados, modificados ou suprimidos, se for esse o entendimento da maioria dos participantes da conferência.

EIXO TEMÁTICO I

Atenção Integral e Diferenciada nas Três Esferas de Governo

1.1 Subeixo – Avanços e Desafios para a Garantia da Atenção Básica para os Povos Indígenas

Com o objetivo de aprimorar a Atenção Básica prestada à população indígena, considerando as especificidades culturais e as necessidades da população, seja pela dificuldade de acesso, seja pelas altas taxas de mortalidade (infantil, materna e por causas externas) na área de abrangência de alguns DSEIs, ou pela incidência de algumas doenças, a SESAI/DSEI tem investido em programas específicos e reforçado a necessidade da regularidade das ações de saúde prestadas pelos trabalhadores das Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (Emsis).

Uma das ações que tem reforçado o atendimento regular à população é a divulgação das escalas de trabalho dos profissionais das Emsis e a avaliação mensal da produção de atendimentos e consultas de cada profissional contratado para a atenção à saúde.

Para garantir a implementação dos programas e das ações voltadas para as populações indígenas, a SESAI/DSEI capacitou, em 2012, 373 profissionais na estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Aidpi), entre outros processos educativos em temas sensíveis para a organização dos serviços de Atenção Básica.

O MS, por meio da SESAI/DSEI/Conveniadas, também vem intensificando as ações de imunização, como a realização do Mês da Vacinação dos Povos Indígenas (MVPI) em todos os DSEIs. Os dados disponíveis indicam que mais de 70% das crianças menores de 7 anos apresentam esquema vacinal, adaptado para a saúde indígena, completo.

A SESAI desenvolve, no âmbito da assistência farmacêutica, apoio aos DSEIs para estruturação do fluxo da Assistência Farmacêutica, incluindo a aquisição de medicamentos. Para auxiliar nessa estruturação, a SESAI vem implantando o Hórus em todos os DSEIs e CASAs, com perspectiva de se ampliar essa implantação até os Polos-Base.

No atendimento à saúde bucal, o principal destaque é a implantação do Programa Brasil Sorridente Indígena, que

tem como objetivo levar ações de saúde bucal de qualidade, de forma integral e pioneira. A SESAI adquiriu, em 2012, 25 Unidades Odontológicas Móveis (UOMs) para atendimento à saúde bucal da população indígena aldeada; e, em 2013, estão sendo adquiridas, pela Secretaria de Atenção a Saúde (SAS), mais 40 UOMs para serem entregues aos DSEIs ainda no primeiro semestre.

A Presidenta da República, Dilma Rousseff, assinou, no dia 5 de junho de 2012, um decreto criando o Comitê de Gestão Integrada das Ações de Atenção à Saúde e de Segurança Alimentar para a População Indígena. O Comitê integra o Plano de Reestruturação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) e tem como objetivo intensificar a atuação das equipes de saúde e o acesso às ações de atenção básica de saúde nas aldeias, com foco principal na saúde de crianças e mulheres. Desde agosto de 2012, foram realizados, aproximadamente, 30 mil atendimentos (médicos, odontológicos e de enfermagem), atendendo mais de 26 mil indígenas em regiões de difícil acesso.

Os principais desafios para garantir a qualidade da Atenção Básica às populações indígenas são a regularidade das

ações, a qualificação dos profissionais para o tratamento dos problemas de saúde mais prevalentes na população de determinada área e para o atendimento em consonância com as especificidades culturais e as práticas de saúde e medicinas tradicionais indígenas.

Esse aprimoramento das práticas desenvolvidas nas aldeias propiciará o reforço do vínculo das equipes e dos profissionais com as comunidades, possibilitando uma prática mais respeitosa e com maior capacidade de resolução, evitando a remoção desnecessária de indígenas para a cidade e melhorando sua saúde.

Questões para Debate

A atenção básica à saúde dos povos indígenas nas aldeias é de responsabilidade direta do MS/SESAI e se dá por meio dos DSEIs, dos Polos-Base e dos Postos de Saúde. As ações complementares à atenção básica são de responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS). As CASAI são estabelecimentos de Saúde de cuidados de enfermagem para apoio aos DSEIs com relação aos indígenas que necessitam de cuidados da saúde no SUS.

Na sua opinião:

- a) O que é preciso fazer para melhorar as ações de atenção básica executadas pelo DSEI?
- b) O que é preciso fazer para melhorar as ações complementares à atenção básica executadas pelo SUS?
- c) Que medidas devem ser adotadas pelo Ministério da Saúde/SESAI, e pelos gestores estaduais e municipais, para que as ações de atenção básica possam ser mais eficientes, resolutivas e de qualidade?
- d) O que deve ser feito para integrar as práticas de saúde e as medicinas tradicionais indígenas com as ações desenvolvidas pelos DSEIs e gestores municipais e estaduais?
- e) O que precisa ser feito para que o uso de medicamentos não represente perigo para a saúde das comunidades indígenas?

1.2 Subeixo – Avanços e Desafios na Atenção de Média e Alta Complexidade para os Povos Indígenas

A articulação do SasiSUS com outras instâncias do SUS é de fundamental importância para a garantia da atenção integral e diferenciada à saúde indígena e pressupõe ações em parceria com a SESA/DSEI, os estados e os municípios.

Um dos avanços relevantes é que a SESAI tem participado das ações coordenadas pela Secretaria-Executiva (SE/MS) e pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) na implementação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que visa à regulamentação do SUS e estabelece a formalização dos Contratos Organizativos de Ação Pública de Saúde (Coaps), por meio da equipe de apoiadores, que têm o papel de mobilizar os DSEIs para uma participação ativa e efetiva nesse processo. A regulamentação do SUS via Decreto nº 7.508/11 possibilita a participação dos DSEIs nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), o que deve ser efetivado com urgência, para poder contribuir significativamente para a qualificação do acesso e da atenção integral à saúde dos povos indígenas na rede do SUS.

O DSEI Ceará e o DSEI Mato Grosso do Sul participaram das discussões e assinaram os Coaps elaborados nesses dois estados, pactuando ações e serviços de saúde durante o ano de 2012.

Os principais desafios para 2013, com relação à articulação com os serviços de média e alta complexidade, são a necessidade de participação dos DSEIs em todos os processos de

contratualização no SUS, seja por meio da participação nos Coaps a serem assinados, seja na participação nas pactuações das redes prioritárias de atenção à saúde, como Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, e Rede de Atenção Psicossocial.

Em 2013, as CASAls deverão ser cadastradas no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (Cnes). A partir do cadastramento no Cnes, será possível aprimorar o gerenciamento desses estabelecimentos de saúde, melhorando as condições de permanência dos pacientes e tornando mais organizados os fluxos de referência e contrarreferência dos indígenas do SasiSUS para o SUS, e deste para o SasiSUS, bem como a implementação de forma efetiva do Sistema de Regulação (Sisreg) de atendimento de pacientes indígenas na média e alta complexidade.

Além disso, o diagnóstico da necessidade de serviços de média e alta complexidade de cada um dos DSEIs está em fase final de elaboração e deverá subsidiar as ações de incentivo à estruturação da rede de atenção dos estados e dos municípios, garantindo as especificidades da população indígena.

Questões para Debate


- a) Quais as principais dificuldades identificadas no atendimento de média e alta complexidade no DSEI?
- b) Que medidas devem ser adotadas pelas três esferas de governo para melhorar o atendimento de média e alta complexidade pelos serviços do SUS?
- c) Como integrar as práticas de saúde e as medicinas tradicionais indígenas com as ações de média e alta complexidade executadas pelo SUS?
- d) Como assegurar o atendimento diferenciado aos povos indígenas previsto na legislação?
- e) Como deve se dar a relação do gestor do SasiSUS com o gestor do SUS na área de abrangência de cada DSEI?
- f) Como deve ser a articulação da saúde pública com os sistemas tradicionais indígenas de saúde?
- g) Como valorizar e reconhecer as práticas de cura?
- h) De que maneira as parteiras e os pajés são envolvidos nos processos de cura?
- i) O que precisa ser feito para que as pesquisas sobre saúde dos povos indígenas sejam levadas ao conhecimento das comunidades indígenas?

- j) Como as pesquisas científicas podem beneficiar as comunidades indígenas?

1.3 Subeixo – Avanços e Desafios na área de Recursos Humanos para a Saúde Indígena: formação, educação permanente, capacitação e práticas de saúde e medicina tradicionais

Um fator preponderante e de avanço nesse período de existência da SESAI foi o redimensionamento da força de trabalho com um incremento de 46% de trabalhadores de saúde indígena com desprecarização das relações de trabalho, fazendo com que, atualmente, todos os trabalhadores tenham os seus direitos trabalhistas assegurados, além dos direitos daqueles que foram contratados por meio de CTU, o que não ocorria antes da criação da SESAI.

Há que se ressaltar que a União (MS e MPOG) assinou um Termo de Conciliação Judicial (TCJ), com o Ministério Público do Trabalho (MPT) e com o Ministério Público Federal (MPF), que prevê a substituição de todos os profissionais contratados por meio de convênios e contratos temporários da União (CTU) por servidores públicos efetivos até



2015; sendo que, em 2013, serão substituídos 4.067 profissionais efetivos por meio de concurso público e mais 2.632 Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (Aisans), que serão contratados por meio de Contrato Temporário da União (CTU).

Para cumprir o TCJ, competirá ao MS realizar concurso público (para servidores efetivos) e processo seletivo simplificado (CTU), com previsão de posse dos aprovados até 31 de dezembro de 2013.

Todas essas medidas não constituem ainda uma política de gestão de pessoas para a saúde indígena, que deve ser discutida no âmbito da 5ª CNSI, levando em conta a especificidade dos povos indígenas, seus locais de moradia, seus costumes, o respeito às práticas de saúde e às medicinas tradicionais indígenas, bem como o respeito e a valorização dos pajés, das parteiras, das benzedadeiras, das rezadeiras e dos raizeiros. Assim, essa política deverá assegurar uma remuneração diferenciada, criando mecanismos legais para assegurar que os profissionais indígenas já formados sejam contratados, mediante critérios, e seja articulado com o MEC e a Funai para que sejam criados incentivos para a

formação de novos quadros nas diferentes categorias profissionais para a saúde indígena, incluindo a área de gestão do SasiSUS.

Devem ser discutidas, também, formas de contratações que venham substituir ou ser alternativas às atuais (convênios, concurso público, CTU), garantindo que a gestão de pessoas no SasiSUS não tenha as amarras que a Constituição Federal e o Regime Jurídico Único (RJU) impõem.

Nesse contexto, há necessidade de aprofundar o debate sobre o modelo de contratação de trabalhadores para Saúde Indígena e, inclusive, de regulamentar as categorias profissionais de Agente Indígena de Saúde (AIS) e Agente Indígena de Saneamento (Aisan), já reconhecidas pelo Ministério do Trabalho e Emprego e incluídas na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

Quanto aos processos educativos, a rede de saúde indígena está se integrando a processos mais amplos, não apenas de educação continuada, mas principalmente de educação permanente. A SESAI ampliou a interlocução com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES/

MS) e está elaborando, conjuntamente, o Programa de Qualificação dos AIS e Aisans. Há diferentes iniciativas com escolas de governo, além da elaboração do Guia Educativo sobre Interculturalidade: discutindo conceitos e práticas da saúde, para dar suporte aos processos educativos locais das equipes de saúde. Um desafio é o de ampliar e fortalecer as parcerias com as universidades e as instituições formadoras para a qualificação da força de trabalho da Saúde Indígena.

Questões para Debate

- a) Como preparar os trabalhadores de saúde para atuar nas comunidades indígenas respeitando os costumes e as diferenças culturais?
- b) O que fazer para que os trabalhadores de saúde dediquem-se à Saúde Indígena?
- c) O que precisa ser feito para qualificar a formação em Saúde Indígena?
- d) Qual a melhor forma de contratação para os trabalhadores da Saúde Indígena?
- e) Qual a importância da educação permanente para a qualificação das ações?

1.4 Subeixo – Avanços e Desafios no Financiamento para a Saúde Indígena

A autonomia administrativa e financeira dos DSEIs, necessária para garantir a agilidade na execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, tem se constituído em forte demanda do movimento indígena e indigenista nos últimos anos. Tal medida encontra-se em fase de implementação pela SESAI. O processo de autonomia pressupõe a estruturação dos DSEIs com instalações físicas e equipes de trabalho regulares e qualificadas, devendo ter recursos alocados de acordo com os Planos Distritais de Saúde Indígena (PDSI), respeitando as especificidades locais e um plano sistemático de monitoramento e avaliação da aplicação desses recursos com a participação efetiva do controle social, representada pelos conselhos de saúde indígena e pelas organizações indígenas.

Nesse sentido, foi inserida no Plano Estratégico da SESAI a elaboração de critérios para a definição dos tetos orçamentários para o SasiSUS, que possibilitará equalizar as distorções provocadas pela heterogeneidade geográfica, epidemiológica e sociocultural dos povos indígenas, e as diferenças institucionais dos DSEIs, dadas as suas especificidades ope-

racionais, de modo que a distribuição desses recursos atenda ao princípio da equidade.

Ainda na área de financiamento, o MS/SESAI firmou vários convênios com o objetivo de executar as ações complementares na atenção à saúde aos povos indígenas. Um grande avanço com esses convênios é o aumento de trabalhadores de 8.975, em 2010, para 12.987, em 2013; ou seja, um acréscimo de 41,51%.

No que se refere ao Sistema de Planejamento do SasiSUS, a SESAI acompanha várias frentes, como:

1. O Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde, por meio do Sistema E-car. Um dos avanços nessa área é o cadastramento de todos os coordenadores dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e dos presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisis) no sistema E-car, para acompanhamento das ações desenvolvidas pelo SasiSUS.
2. Os Planos Distritais de Saúde Indígena (PDSI) 2012/2015 foram elaborados de forma democrática e participativa, como um instrumento eficaz para o desenvolvimento e o aprimoramento do planejamento, do orçamento e da

gestão, havendo de se dedicar uma atenção especial à sua avaliação e ao seu monitoramento, no âmbito dos DSEIs, e possibilitar integral aderência ao Plano Nacional de Saúde/Plano Plurianual 2012/2015.

O próximo desafio é implantar e implementar um sistema de monitoramento que acompanhe as diretrizes, as metas e os objetivos nacionais da área da atenção à saúde indígena e avalie a execução orçamentária.

É importante registrar, também, que o financiamento do SasiSUS obteve grandes avanços na área de orçamento, passando de R\$ 395.893.365,00, em 2010, para R\$ 897.400.000,00, em 2013 – um incremento de 127%. A área de Planejamento e Orçamento da SESAI/MS tem avançado nos últimos anos em decorrência da construção coletiva das ações, com a participação efetiva dos gestores, trabalhadores e usuários.

Questões para Debate

- a) Quais critérios a SESAI deve utilizar para a distribuição dos recursos orçamentários aos 34 DSEIs?

- b) Considerando que para toda política ou programa implementados pelo MS é definido um incentivo para os estados e municípios, é importante a definição de incentivo especial para que esses entes federados assegurem as ações complementares da atenção básica e as ações de média e alta complexidade?
- c) O que fazer para melhorar a construção da proposta orçamentária de cada DSEI, com a participação das comunidades indígenas e dos conselhos de saúde (Plano Distrital de Saúde Indígena)?
- d) Como os povos indígenas podem contribuir para melhorar o financiamento do SUS para o fortalecimento do SasiSUS?

1.5 Subeixo – Avanços e Desafios da Gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) passou por inúmeras dificuldades para sua implantação, desde a sua criação em 1999, sendo um dos grandes desafios a organização da sua gestão a partir dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), estes como unidades descentralizadas responsáveis pela execução das ações e dos serviços

de atenção básica a esses povos e, mais recentemente, do saneamento básico nas aldeias.

A organização dos Distritos permitiu uma melhora significativa no atendimento de saúde aos índios que, em muitos casos, assumiram, por meio de suas próprias organizações, a prestação de serviços. A questão indígena tornou-se objeto de diversas negociações e implantação de novas estratégias, exigindo a proposta de um novo modelo de gestão da saúde indígena: transformação dos DSEIs em Unidades Gestoras com autonomia administrativa, orçamentária e financeira.

No nível central, organizou-se o Departamento de Gestão de Saúde Indígena, que é a área da SESAI responsável para dar o suporte necessário aos 34 DSEIs com relação à infraestrutura, à logística, à comunicação e à conectividade, dando mais agilidade na efetivação das ações.

No ano de 2012, foram realizadas várias ações, como:

- a) Investimento de R\$ 19.000.000,00 em equipamentos: veículos, barcos, motores, geradores de energia, mobiliários e outros diversos bens permanentes.
- b) Realização de 1.358 novas licitações.

- c) Firmados 841 novos contratos.
- d) Aumento significativo da força de trabalho.
- e) Aquisição e distribuição de cerca de 400 novos veículos entre 2010 e 2012.
- f) Aquisição de 30 veículos Mitsubishi para serem distribuídos em 2013.
- g) Está em andamento uma compra nacional de medicamentos para serem distribuídos aos 34 DSEIs.
- h) Capacitação de profissionais da área de interesses da gestão, por meio de cursos, seminários etc.
- i) Criação e aprimoramento de sistemas de informações que têm como objetivo o fornecimento de informações e indicadores sobre a saúde indígena, servindo de subsídio para a tomada de decisões da SESAI: Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Horus); Sistema de Informação de Saneamento em Áreas Indígenas (Sisabi); e Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi).

Apesar dos avanços, sabe-se que é grande a tarefa de resgatar a imensa dívida social e levar saúde de qualidade e integral aos povos indígenas. Os desafios da gestão para os

anos subsequentes são: ampliação da capacitação dos profissionais que atuam na área de logística; monitoramento e controle da vigência de todos os contratos dos 34 Distritos; aquisição e disponibilização de novos veículos e embarcações aos DSEIs e deflagração, em nível nacional, de processo licitatório, visando à contratação de empresa especializada na prestação de serviços de preparação de refeições para todas as CASAI.

Questões para Debate

- a) Como acompanhar, monitorar e avaliar as ações de saúde dirigidas aos povos indígenas?
- b) Como manter a oferta permanente de medicamentos e outros insumos no âmbito do SasiSUS?
- c) Como assegurar que os medicamentos sejam oferecidos em tempo hábil?
- d) Como pode ser aprimorada a logística (carros, barcos, aeronaves, equipamentos médicos hospitalares, odontológico, saneamento e controle social) do SasiSUS?
- e) Como assegurar os meios para fortalecer a gestão do DSEI?

EIXO TEMÁTICO II

Controle Social e Gestão Participativa

2.1 Subeixo – Avanços e Desafios para a Participação Social e Gestão Participativa no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

Ao longo dos últimos 20 anos, o fortalecimento das ações de Saúde Indígena tem merecido especial atenção do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a maior instância de controle social do SUS, e de sua Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi). A representação indígena no Conselho Nacional de Saúde deu-se a partir da 3ª CNSI (2001). Além do acompanhamento da Política de Saúde Indígena, o CNS discutiu temas como: o fortalecimento de ações de segurança alimentar, o desenvolvimento sustentável, alcoolismo, doenças sexualmente transmissíveis, doenças crônicas, ampliação da participação da mulher indígena, saneamento, estudos e pesquisas.


A participação social indígena, por meio dos conselhos de saúde, ocorreu desde a aprovação da Lei Arouca (9.836/99), que criou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Os Conselhos Locais de Saúde Indígena são permanentes, propositivos e consultivos da política de saúde, com o papel de articular com as bases e Emsi, planejar, fiscalizar e acompanhar as ações de serviços de saúde no âmbito local.

Os Conselhos Distritais de Saúde Indígena, por sua vez, são permanentes, propositivos e deliberativos, atendendo à Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, do CNS, e têm como atribuição aprovar, acompanhar e fiscalizar a execução da Política de Saúde Indígena, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Já o Fórum de Presidentes de Condisi é composto pelos 34 presidentes de Condisi, em caráter permanente, consultivo e propositivo, e tem como atribuição acompanhar e contribuir com a política de saúde indígena na formulação de estratégias no âmbito nacional.

Os anos de 2011 e 2012 foram mais um marco para o controle social da Saúde Indígena, devido à regularização, à qualificação e à melhoria na estrutura dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena e do Fórum de Presidentes de Condisi.



Em 2011, foram realizadas 48 reuniões dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi) e cinco reuniões do Fórum de Presidentes de Condisi; 17 mandatos eletivos foram regularizados e 20 regimentos internos dos Condisis foram atualizados, tendo como base a Resolução nº 33/2003, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), além do início da implantação do Programa de Inclusão Digital, dos conselhos, sendo que, no período de 2011 e 2012, já foram entregues e instalados 17 kits (computador, impressora, antena parabólica e televisor 32”).

Em 2012, houve um aumento significativo no número de vezes que os conselhos locais e distritais se reuniram, sendo que foram realizadas 759 reuniões de Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI), 131 reuniões dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, seis reuniões do Fórum de Presidentes de Condisi, 13 regularizações dos mandatos eletivos dos conselheiros de Saúde Indígena e nove atualizações de regimento interno, o que resultou, no período de 2011 e 2012, em um investimento de R\$ 6.140.277,03, pela SESAI, para o fortalecimento das instâncias de controle social da Saúde Indígena.

No final de novembro de 2012, foi realizada a I Oficina de Multiplicadores para o controle social da Saúde Indígena, reunindo presidentes dos Condisis, secretários-executivos e assessores indígenas, que debateram temas importantes contemplados na Política Nacional de Educação Permanente para o controle social.

Um dos desafios do controle social é a qualificação permanente dos conselheiros de Saúde Indígena, titulares e suplentes, para que possam acompanhar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e fiscalizar sua execução.

Os avanços conquistados nos últimos anos são também frutos da soma de esforços e dedicação do movimento indígena nacional e suas organizações.

Questões para Debate

- a) O que precisa ser feito para fortalecer e aprimorar o controle social na Saúde Indígena?

- b) Como está a relação dos Conselhos Locais (CLSI) e Condisi com os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde? O que pode ser feito para melhorar?
- c) Como está a relação dos Conselhos Locais (CLSI) e Condisi com as organizações indígenas? O que pode ser feito para melhorar?
- d) De que forma a educação permanente para o controle social pode acontecer em parceria com as comunidades e os conselhos de Saúde Indígena?
- e) A partir da Carta dos Direitos e Deveres dos usuários do SUS, que direitos e deveres dos usuários indígenas devem fazer parte da Carta?

EIXO TEMÁTICO III

Etnodesenvolvimento e Segurança Alimentar e Nutricional

3.1 Subeixo – Avanços e Desafios para o Etnodesenvolvimento e a Segurança Alimentar e Nutricional para os Povos Indígenas

A concepção de etnodesenvolvimento pressupõe o fortalecimento da autonomia e do protagonismo dos povos indí-

genas na construção e na definição das políticas que afetem sua qualidade de vida, partindo-se do respeito à identificação e à regularização das terras indígenas, direito humano do acesso à terra e na busca de soluções sustentáveis que valorizem seus conhecimentos tradicionais indígenas, buscando construir estratégias diferenciadas de cuidado e atenção na saúde indígena.

De acordo com esses princípios, a política de segurança alimentar e nutricional deve garantir o acesso da população indígena aos cuidados básicos em saúde e fortalecer o desenvolvimento de soluções locais, que contribuam para a superação dos fatores de vulnerabilidade que acarretam níveis insatisfatórios de nutrição em diversas comunidades indígenas, com importantes consequências para a morbimortalidade dessa população.

Essa política tem forte caráter intersetorial, pois requer a mobilização de uma rede de iniciativas governamentais e comunitárias que sejam capazes de produzir resultados sustentáveis, bem como implantar programas de agricultura familiar indígena, com acompanhamento de técnicas agrícolas sustentáveis e extensão rural, respeitando as práticas

tradicionais indígenas, em parceria com os órgãos governamentais e não governamentais do setor.

A Saúde Indígena tem entre suas principais estratégias colaborar para que diferentes ações, de fato, sejam implementadas nas áreas indígenas, atuando em parceria com diferentes órgãos governamentais, e tem avançado nesse sentido, a exemplo da implementação de ações emergenciais na distribuição de alimentos para as famílias em situação de maior vulnerabilidade nutricional e incentivando o consumo de alimentos saudáveis, produzidos localmente.

Nas ações específicas de saúde, o avanço que se observa é na implementação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), que visa ao acompanhamento do estado nutricional de crianças indígenas menores de 5 anos, gestantes e aleitamento materno. A distribuição de balanças e equipamentos para as equipes de saúde, a suplementação de megadoses de Vitamina A, a suplementação de ferro, a distribuição de cestas de alimentos são ações que vêm sendo implementadas, mas que necessitam ser ampliadas em todos os DSEIs. A participação dos Agentes Indígenas de Saúde nessas ações é fundamental para que se obtenham bons resultados.

O grande desafio é ampliar a cobertura do acompanhamento do estado nutricional de crianças indígenas menores de 5 anos, gestantes e aleitamento materno em todos os DSEIs, bem como das ações específicas da saúde anteriormente elencadas, e ampliar a articulação intersetorial para apoiar iniciativas comunitárias que representem soluções locais sustentáveis e comunitárias que contribuam para a superação dos fatores que impactam as condições de alimentação e nutrição da população.



Questões para Debate

- a) O que é preciso fazer para que sejam asseguradas aos povos indígenas políticas públicas de autossustentabilidade nas aldeias?
- b) De que forma a produção de alimentos e a geração de rendas nas aldeias indígenas podem ser uma solução para combater a insegurança alimentar?
- c) De que forma a identificação e a regularização das terras indígenas contribuem para o enfrentamento da insegurança alimentar e da desnutrição nas comunidades indígenas?
- d) Quais efeitos a política de distribuição de cestas básicas pelo governo federal provoca nas áreas indígenas?

EIXO TEMÁTICO IV

Saneamento e Edificação de Saúde Indígena

4.1 Subeixo – Avanços e Desafios do Saneamento e das Edificações de Saúde Indígena

As ações de saneamento em áreas indígenas e a estruturação da rede de estabelecimentos do Subsistema de Atenção

à Saúde Indígena (SasiSUS) têm influência direta na melhoria da qualidade de vida dessas comunidades. Analisando-se os dados de morbimortalidade, comprova-se a precariedade das condições sanitárias em grande parte das terras indígenas, contexto que nos leva à urgente necessidade de efetivar ações de saneamento nessas localidades.

Apesar dos avanços, o saneamento básico em áreas indígenas permanece como um desafio ao órgão gestor da Saúde Indígena. A SESAI vem buscando estratégias para solucionar o saneamento em terras indígenas, adequadas às realidades e às características ambientais locais, contando com a participação dos povos indígenas. O controle da qualidade da água para consumo humano também é uma das prioridades da SESAI, que está provendo estrutura, equipamentos e insumos para essa ação.

A promoção de ambientes saudáveis e a proteção da saúde indígena dependem, entre outras condições, de moradia, de alimentação e de saneamento básico.

A prestação de serviços qualificados à Saúde Indígena pressupõe a existência de condições físico-estruturais básicas

à sua execução. Para tanto, respeitando-se as especificações técnicas e o contexto sociocultural de cada comunidade, a SESAI tem investido na estruturação, na ampliação, na reforma e na manutenção da rede de serviços de saúde. Em 2012, foi possível não só instituir uma equipe própria para esse setor, mas realizar diretamente, pelos DSEIs, a licitação de 256 obras de saneamento, envolvendo o empenho de recurso na ordem de R\$ 26.555.817,38. Esse conjunto de obras, definido a partir das proposições das comunidades indígenas e cuja execução acontecerá em 2013, abrange a implantação de 128 novos Sistemas de Abastecimento de Água (SAA) e 86 reformas de sistemas existentes. Inclui, ainda, a implantação de 28 novas obras de Melhorias Sanitárias Domiciliares (MSD) e 14 reformas. Quanto à reestruturação da rede de estabelecimentos de saúde, foram licitadas obras de 19 edificações, envolvendo recursos no valor de R\$ 10.784.690,93, que beneficiaram seis CASAls, três Polos-Base, nove Postos de Saúde e a reforma da sede do DSEI Cuiabá.


Outro avanço a destacar, nesse curto espaço de pouco mais de dois anos, é o fortalecimento da estrutura técnico-administrativa do setor de saneamento e edificações da

SESAI, com a criação do Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena (DSESI).

Questões para Debate

- a) O que é preciso melhorar no saneamento indígena (água, lixo, esgoto e drenagem)?
- b) Como são as edificações realizadas para beneficiar as aldeias? O que pode ser feito para melhorar?





**Apêndice B – Contribuições
para a Comissão de Relatoria**



Proposta de Organização do Processo de Trabalho da Equipe de Relatoria

A Equipe de Relatoria da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena – CNSI contará com 98 relatores e será formada por:

- Comissão Nacional de Relatoria: 15 relatores, mais um relator-geral e um relator-adjunto, totalizando 17 relatores.
- Equipe de Apoio à Comissão Nacional de Relatoria: 18 relatores.
- Relatores das etapas distritais: 23 relatores.
- Estudantes indígenas da UnB: 40 estudantes.

O Documento-Base, acrescido do Relatório Consolidado da Etapa Distrital, com 453 propostas aprovadas e consolidadas das 34 Conferências Distritais, serão os documentos-referência nas discussões das Plenárias Inicial e Final, bem como das Plenárias dos 20 Grupos de Trabalho (GT) durante a 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Esse material deverá ser distribuído com antecedência para os delegados.

As 453 propostas foram consolidadas, sintetizadas e ordenadas pela Comissão Nacional de Relatoria, visando dar uma sequência lógica às propostas de cada subeixo temático e facilitar sua leitura, discussão e aprovação nas Plenárias dos 20 GT e na Plenária Final, previstas no Regimento e na programação da 5ª CNSI.

Você já sabe, mas não custa lembrar, que: o Relatório Consolidado foi construído por subeixos, seguindo Documento Orientador da 5ª CNSI. As propostas que deram origem a cada uma das propostas do documento consolidado poderão ser identificadas por solicitação junto à Comissão de Relatoria. O documento que será entregue aos delegados não contém essa informação, que ficará com a Comissão de Relatoria para

atender ao § 3º, item VI, artigo 8º, do Regimento da 5ª CNSI, a saber:

§ 3º A delegação de algum Dsei que não se sentir contemplada na redação do Relatório Consolidado da etapa distrital poderá encaminhar recurso à Comissão de Relatoria, até às 18 horas do primeiro dia da etapa nacional, cabendo a essa Comissão responder o recurso antes da discussão do tema pelos Grupos de Trabalho, sendo indeferido qualquer recurso que não tiver relação com o Relatório da etapa distrital. As Plenárias dos 20 GT devem debater todas as 453 propostas sintetizadas que compõem o documento "Relatório Consolidado Etapa Distrital". Haverão 20 Plenárias de GT, compostos por, aproximadamente, 88 participantes. A composição da mesa de cada GT será paritária, a coordenação de cada mesa já foi definida pela Comissão Organizadora da 5ª CNSI e encontra-se descrita no Guia do Participante. As plenárias de cada GT, em alguns casos, deverão indicar representantes da categoria de usuário e ou profissional, de forma que a mesa de coordenação do GT fique paritária; o participante deverá observar no Guia do Participante a situação do seu Grupo de Trabalho, pois essa será a primeira atividade do GT.

Cada Plenária dos GT terá dois relatores; estes contarão com o apoio de dois estudantes universitários indígenas. Deve ser fixado período de tempo para receber propostas aditivas, supressivas ou substitutivas, de modo a poder elaborar os documentos que irão para votação nas Plenárias específicas.

As propostas apresentadas e discutidas nas Plenárias dos GT serão votadas em seu âmbito e aquelas que obtiverem 70% ou mais de aprovação, nas 11 Plenárias dos GT, segundo cada Eixo Temático, serão consideradas aprovadas e não serão submetidas à votação na Plenária Final.

Metodologia

A seguir, apresentamos os passos a serem seguidos pelos relatores dos 20 GT e Plenárias de Abertura e Final:

1. As pessoas que apresentarem destaque deverão encaminhar a proposta para a Mesa de Apoio da Relatoria durante a leitura, ou no intervalo entre o final da leitura e o início da votação dos destaques.
2. Os destaques poderão ser apresentados por escrito ou verbalmente para a Mesa de Apoio da Relatoria.

3. Quando houver a apresentação de mais de um destaque à Mesa de Apoio da Relatoria sobre o mesmo item, as pessoas serão convidadas a formular destaques de consenso em relação às propostas apresentadas e encaminhar à Coordenação da Mesa do GT as propostas consensuadas e as propostas não consensuadas.
 4. As propostas que não receberem destaque durante a leitura serão consideradas aprovadas.
- II. as propostas constantes do Relatório Consolidado da etapa distrital não destacadas nos Grupos de Trabalho serão consideradas aprovadas e farão parte do Relatório Final da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena;
 - III. as propostas que obtiverem 70% (setenta por cento) ou mais dos votos, em cada Grupo de Trabalho, e forem aprovadas por 11 (onze) ou mais Grupos de Trabalho, farão parte do Relatório Final da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena;
 - IV. para apreciação na Plenária Final, as propostas constantes do Relatório Consolidado da etapa distrital, destacadas nos Grupos de Trabalho, deverão ter a aprovação de, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) dos votos mais um de 11 (onze) ou mais Grupos de Trabalho;
 - V. na etapa nacional, haverá possibilidade de exclusão parcial ou total de texto e não serão acatadas propostas novas; e
 - VI. os Grupos de Trabalho terão mesas paritárias, com coordenação e secretaria, todos indicados pela Comissão Organizadora. A votação se dará da seguinte forma:
 1. A Mesa Coordenadora dos Trabalhos comunica o número de delegados que compõe os percentuais mínimos para as votações, segundo a lista de delegados do Grupo de Trabalho.

Distribuição dos relatores

A distribuição dos relatores por espaços estratégicos da 5ª CNSI com suas respectivas funções está representada no Quadro 1 deste documento.

Votação

Regimento Interno da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (Resolução nº 461, de 8 de novembro de 2012)

- I. o Relatório Consolidado da etapa distrital será lido e votado em cada Grupo de Trabalho;

2. Haverá a projeção no telão das Propostas.
3. Não serão discutidos novos destaques para os itens aprovados.
4. A votação será realizada na seguinte ordem: a Proposta do Relatório Consolidado será a proposta número 1 e o destaque de supressão será a proposta número 2.
5. Quando a proposta obtiver 70% (setenta por cento) ou mais dos votos dos(as) delegados(as) presentes em cada Grupo de Trabalho e em pelo menos 11 (onze) Grupos de Trabalho, será considerada aprovada pela Conferência, será levada para conhecimento da Plenária Final e fará parte do Relatório Final da 5ª CNSI.
6. Haverá possibilidade de exclusão parcial ou total de texto e não serão acatadas propostas novas.
7. Os relatores de síntese, a serem definidos pela Relatora Geral da Comissão Nacional de Relatoria, serão encarregados de elaborar o relatório de cada Eixo Temático, sob a orientação da relatoria geral e adjunta.
8. O Relatório Final da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena deverá contemplar o conjunto das propostas e moções aprovadas na Plenária Final da Etapa Nacional.

Reunião da Equipe de Relatoria da 5ª CNSI, em 2 de dezembro de 2013

Participantes:

- Todos os relatores (98).
- Representante da Comissão Organizadora.
- Representante da Comissão de Infraestrutura (apresentar mapa do espaço e garantir espaços e equipamentos para todos os membros da Comissão de Relatoria).
- Representante da Comissão de Comunicação e Informação (disponibilizar arquivos de imagens, áudio e vídeo).

Pauta:

1. Preparação dos relatores para utilização da etapa de votação do SISConferência.
2. Esclarecer os relatores das Plenárias de Abertura, Final e Plenárias dos GT sobre a metodologia de deliberação e aprovação das propostas.
3. Esclarecer os relatores sobre a metodologia de trabalho para a Plenária de Abertura, Diálogo Temático, Mesas Centrais e Moções.

4. Apresentar o mapa de distribuição dos relatores por espaços estratégicos e também realizar sua distribuição de modo participante.
5. Apresentar planilha de controle de aprovação de propostas por Subeixo ao relator principal de cada GT.
6. Identificar, entre os relatores presentes, aqueles que atuarão no trabalho de síntese para as Plenárias de Abertura, Mesas Centrais e Plenária Final.

Quadro 1 – Distribuição dos relatores por espaços estratégicos e atividades na 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena

ESPAÇOS ESTRATÉGICOS	LOCAL DE ATUAÇÃO	DISTRIBUIÇÃO DOS RELADORES	ATIVIDADES
Comissão Central	Central de Relatoria	Seis, sendo todos eles da Comissão Nacional de Relatoria	<ol style="list-style-type: none"> a) Suporte a toda Equipe. b) Controlar o recebimento de todo o material referente aos relatos de: Plenária de Abertura, Aprovação do Regulamento, Diálogo Temático, Mesas Centrais, Grupos de Trabalho, Moções, Plenária Final. c) Controlar a aprovação das propostas sem destaques, por GT, que não irão para Plenária Final. d) Controlar as propostas que tiveram 70% de aprovação em 11 GT que não irão para Plenária Final; e) Controlar as propostas que não tiveram 70% de aprovação em 11 GT e que irão para Plenária Final. f) Repassar aos relatores da Plenária Final a relação das propostas não aprovadas que irão para a Plenária Final. g) Repassar à Comissão Organizadora as Moções conferidas e aprovadas para submetê-las à aprovação da Plenária Final.

continua

continuação

ESPAÇOS ESTRATÉGICOS	LOCAL DE ATUAÇÃO	DISTRIBUIÇÃO DOS RELATORES	ATIVIDADES
Auditório Central	Plenária de Abertura	Quatro, sendo: a) Um da Comissão Nacional de Relatoria e/ou da Equipe de Apoio da Relatoria. b) Um da Equipe de Apoio da Relatoria e/ou relator da etapa distrital. c) Dois estudantes indígenas da UnB.	a) Relatar discursos, falas, manifestações, aprovação do Regulamento e rituais. b) Organizar, em imagens e vídeos, os momentos do encontro. c) Repassar à Comissão Central arquivos de imagens, áudio e vídeo.
Diálogo Temático	As 20 salas dos GT	Quatro, sendo: a) Um da Comissão Nacional de Relatoria e/ou da Equipe de Apoio da Relatoria. b) Um da Equipe de Apoio da Relatoria e/ou relator da etapa distrital. c) Dois estudantes indígenas da UnB.	Relatar as necessidades sentidas, as angústias, as sugestões e as expectativas em relação ao tema central da 5ª CNSI.
Mesa Central 1: Controle social e gestão participativa		Quatro, sendo: a) Um da Comissão Nacional de Relatoria e/ou da Equipe de Apoio da Relatoria. b) Um da equipe de Apoio da Relatoria e/ou relator da etapa distrital. c) Dois estudantes indígenas da UnB.	Relatar as necessidades sentidas, as angústias, as sugestões e as expectativas em relação ao Eixo Temático II da 5ª CNSI.
Mesa Central 2: Atenção integral e diferenciada nas três esferas de governo		Quatro, sendo: a) Um da Comissão Nacional de Relatoria e/ou da Equipe de Apoio da Relatoria. b) Um da Equipe de Apoio da Relatoria e/ou relator da etapa distrital. c) Dois estudantes indígenas da UnB.	Relatar as necessidades sentidas, as angústias, as sugestões e as expectativas em relação ao Eixo Temático I da 5ª CNSI.

continua


conclusão

ESPAÇOS ESTRATÉGICOS	LOCAL DE ATUAÇÃO	DISTRIBUIÇÃO DOS RELADORES	ATIVIDADES
Mesa Central 3: Etnodesenvolvimento e SAN		Quatro, sendo: a) Um da Comissão Nacional de Relatoria e/ou da Equipe de Apoio da Relatoria. b) Um da Equipe de Apoio da Relatoria e/ou relator da etapa distrital. c) Dois estudantes indígenas da UnB.	Relatar as necessidades sentidas, as angústias, as sugestões e as expectativas em relação ao Eixo Temático III da 5ª CNSI.
Mesa Central 4: Saneamento e edificações de saúde indígena		Quatro, sendo: a) Um da Comissão Nacional de Relatoria e/ou da Equipe de Apoio da Relatoria. b) Um da Equipe de Apoio da Relatoria e/ou relator da etapa distrital. c) Dois estudantes indígenas da UnB.	Relatar as necessidades sentidas, as angústias, as sugestões e as expectativas em relação ao Eixo Temático IV da 5ª CNSI.
20 Grupos de Trabalho	As 20 Salas de GT	Quatro, sendo: a) Um da Comissão Nacional de Relatoria e/ou da Equipe de Apoio da Relatoria. b) Um da Equipe de Apoio da Relatoria e/ou relator da etapa distrital. c) Dois estudantes indígenas da UnB.	Aprovações das 453 propostas.
Casa das Moções	Estande específico	Quatro, sendo: a) Um da Comissão Nacional de Relatoria e/ou da Equipe de Apoio da Relatoria. b) Um da Equipe de Apoio da Relatoria e/ou relator da etapa distrital. c) Dois estudantes indígenas da UnB.	a) Disponibilizar formulário e orientar a elaboração das moções. b) Receber e conferir a porcentagem necessária de assinaturas. c) Organizar as moções para votação na Plenária Final. d) Encaminhar as moções para a Central de Relatoria.

continua

continuação

ESPAÇOS ESTRATÉGICOS	LOCAL DE ATUAÇÃO	DISTRIBUIÇÃO DOS RELADORES	ATIVIDADES
Plenária Final	Auditório Central	Quatro, sendo: a) Um da Comissão Nacional de Relatoria e/ou da Equipe de Apoio da Relatoria. b) Um da Equipe de Apoio da Relatoria e/ou relator da etapa distrital. c) Dois estudantes indígenas da UnB.	a) Relatar discursos, falas, manifestações, em Word, no SisConferência, as aprovações das propostas e moções. b) Organizar, em imagens e vídeos, os momentos. c) Repassar para a Comissão Central os arquivos de imagens, áudio e vídeo.



**Apêndice C – Documentos produzidos
pela Comissão de Relatoria**



PERGUNTAS E RESPOSTAS

1. Pergunta

- Como será feita a consolidação para a etapa distrital dos relatórios das etapas locais?

Resposta

- Deve ser feito um consolidado (síntese de todas as etapas locais), pois cada etapa local deve ter enviado até sete diretrizes, com dez propostas cada. Essa consolidação é importante, pois certamente haverá diretrizes seme-

lhantes com propostas semelhantes também. Ao final da etapa distrital, devem ser enviadas para a etapa nacional apenas sete diretrizes, com cinco propostas cada.

2. Pergunta

- O que fazer caso não seja possível utilizar o SISConferência?

Resposta

- Caso não seja possível utilizar o SISConferência no momento da Conferência Local ou Distrital (online), as propostas aprovadas deverão ser inseridas posteriormente no sistema. Sugere-se que sejam mantidos todos os relatórios das etapas locais – sob a responsabilidade do coordenador da Relatoria – e Distrital para acervo e/ou consultas futuras. Todas as diretrizes e propostas das etapas locais e distritais devem ser inseridas no SIS Conferência.

Artigo 20, Item II

- As diretrizes e propostas aprovadas com 70% ou mais, em pelo menos 50% mais um, ou mais, dos Grupos de Trabalhos, serão identificadas pelos seus respectivos números no Relatório Consolidado, para conhecimento da Plenária Final.

3. Pergunta

- Essa informação deve constar no Relatório Final da Etapa Distrital ou é somente uma estratégia local?

Resposta

- É uma estratégia local, pois, para os relatores da etapa nacional, o que importa é que foram aprovadas.

Artigo 29, § 2

- O Relatório da Etapa Distrital poderá conter até 7 (sete) diretrizes nacionais relacionadas com o Tema Central e Eixos Temáticos da 5ª CNSI, e cada diretriz poderá conter até 5 (cinco) propostas a serem encaminhadas à Etapa Nacional.

4. Pergunta

- O Regimento está limitando o número de sete diretrizes e cinco propostas? Além dos quatro eixos temáticos podem vir também diretrizes/propostas exclusivas ao tema central da 5ª CNSI?

Resposta

- As etapas locais podem enviar sete diretrizes. Para cada uma das diretrizes, podem colocar até cinco propostas.

De acordo com o Regulamento, poderiam vir diretrizes ligadas diretamente ao tema central da Conferência, mas deverá haver um esforço para que as diretrizes/propostas sejam “vinculadas” aos eixos temáticos.

Artigo 42

- As inscrições dos Delegados eleitos na Etapa Distrital da 5ª CNSI para participarem da Etapa Nacional deverão ser enviadas à Comissão Organizadora Nacional da 5ª CNSI até 10/10/2013.

5. Pergunta

- A data coincide com a data de envio do Relatório Final da Etapa Distrital. Então, serão dois documentos distintos? Uma lista para a Comissão Organizadora Nacional e devem constar os nomes deles no Relatório Final da Etapa Distrital?

Resposta

- A eleição dos delegados que virão para a Etapa Nacional é uma decisão de Plenária; portanto, deve constar do Relatório Final da Etapa Distrital.

Artigo 43

- Serão eleitos, na Etapa Distrital, 30% (trinta por cento) de delegados suplentes do total de cada segmento, para a substituição, se necessário, de titulares na 5ª CNSI.

6. Pergunta

- Os 30% de suplentes devem compor uma lista no Relatório Final da Etapa Distrital ou isso fica na responsabilidade do DSEI/SESAI?

Resposta

- A eleição dos delegados suplentes que virão para a etapa nacional é uma decisão de Plenária; portanto, deve constar do Relatório Final.

Artigo 5º, § 1 – Do Temário

7. Pergunta

- Como organizo as discussões do tema central e dos eixos temáticos?

Resposta

- O tema central e os eixos temáticos serão discutidos em mesas-redondas, com coordenação, secretaria e expositores indicados pela Comissão Organizadora da etapa

distrital, com debate e participação dos delegados e convidados, tendo como base o Documento Orientador aprovado pela Comissão.

Artigo 5º, § 2 – Do Temário

8. Pergunta

- Os convidados poderão se manifestar durante as execuções da mesa dos Grupos de Trabalho do Plenário?

Resposta

- Sim. Os delegados e convidados terão suas manifestações garantidas nas mesas, Grupos de Trabalho e na etapa distrital.

Artigo 5º, § 3 – Do Temário

9. Pergunta

- Os expositores serão escolhidos por quem?

Resposta

- Os expositores serão escolhidos entre usuários, gestores, prestadores de serviços, profissionais/trabalhadores de saúde e pessoas com conhecimento e experiência na área

de Saúde Indígena, Saúde Pública, Saneamento Ambiental e áreas com interface com a Saúde Indígena.

Artigo 6º – Do Temário

10. Pergunta

- Como serão organizados os debates e que tempo será destinado para ele?

Resposta

- Após as exposições, o coordenador da mesa-redonda iniciará as inscrições dos delegados e convidados presentes na Plenária, para o debate que será feito no tempo previsto na programação, devendo o número de inscritos ser de acordo com esse tempo.
- § 1º Os delegados e convidados, após identificarem-se, poderão manifestar-se em relação ao Tema e Eixos por escrito ou verbalmente, durante o período de debate, garantindo-se a ampla oportunidade de participação;
- § 2º O tempo máximo para cada manifestação será de até 3 (três) minutos improrrogáveis.

Artigo 7º – Das Instâncias Deliberativas

11. Pergunta

- Quais são as instâncias deliberativas da 5ª CNSI?

Resposta

- Plenária de Abertura; Grupos de Trabalho; e Plenária Final.

Artigo 7º – Das Instâncias Deliberativas

12. Pergunta

- Quem tem direito à voz e ao voto?

Resposta

- Participarão das instâncias deliberativas com direito à voz e ao voto os delegados da etapa distrital da 5ª CNSI, e com direito à voz os convidados.

Artigo 8º – Da Plenária de Abertura

13. Pergunta

- Qual o objetivo da Plenária de Abertura?

Resposta

- A Plenária de Abertura terá como objetivo deliberar sobre o Regulamento da etapa distrital da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena e contará com uma Mesa Coordenadora dos trabalhos, paritária, com Coordenação e Secretaria, cujos membros serão indicados pela Comissão Organizadora das etapas local e distrital da 5ª CNSI.

Artigo 9º – Dos Grupos de Trabalho

14. Pergunta

- Como posso organizar os Grupos de Trabalho?

Resposta

- Os Grupos de Trabalho são instâncias de debate e votação das propostas provenientes da etapa local, consolidadas a partir do Relatório da etapa local e terão a seguinte organização:
 - I. Delegados e convidados, conforme distribuição prévia, realizada pela Comissão Organizadora, obedecendo à paridade entre usuários e demais segmentos, conforme a Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
 - II. O quórum mínimo para instalação dos Grupos de Trabalho será de maioria simples (50% mais um) do total de delegados que compõe cada Grupo de Trabalho.
 - III. Após instalado para aprovação das propostas, o Grupo de Trabalho procederá seus trabalhos com quórum mínimo de 50% mais um dos delegados presentes.
 - IV. Cada Grupo de Trabalho terá suas atividades dirigidas por uma Mesa Coordenadora, que será composta por

usuários, trabalhadores, gestores e prestadores indicados pela Comissão Organizadora das etapas local e distrital da 5ª CNSI.

- V. A Mesa Coordenadora dos Trabalhos terá a função de conduzir as discussões do Grupo de Trabalho, avaliar o processo de verificação de quórum, controlar o tempo e organizar a participação dos delegados.
- VI. A Relatoria de cada Grupo de Trabalho será composta por até quatro relatores indicados pela Comissão de Relatoria.

Artigo 10 – Dos Grupos de Trabalho

15. Pergunta

- Quais são os subsídios para as discussões dos Grupos de Trabalho?

Resposta

- Os Grupos de Trabalho terão como subsídio para a discussão os debates ocorridos durante a Mesa de Apresentação sobre o tema central e os eixos temáticos, o Relatório Consolidado da etapa local e o Documento Orientador aprovado pela Comissão Organizadora da 5ª CNSI.

Artigo 11 – Dos Grupos de Trabalho

16. Pergunta

- Quem fará a leitura do Relatório Consolidado da etapa local?

Resposta

- A Mesa Coordenadora dos trabalhos fará a leitura do Relatório Consolidado das diretrizes e das propostas aprovadas na etapa local.

Artigo 12 – Dos Grupos de Trabalho

17. Pergunta

- Como a Mesa Coordenadora organizará no Plenário os destaques?

Resposta

- A cada Diretriz ou Proposta, a Mesa Coordenadora dos Trabalhos consultará o Plenário sobre destaques.

§ 1º Os destaques serão de modificação ou exclusão.

§ 2º Os destaques deverão ser apresentados à Mesa Coordenadora dos Trabalhos durante a leitura das Diretrizes e Propostas do Grupo de Trabalho.

Artigo 13 – Dos Grupos de Trabalho

18. Pergunta

- E as propostas que não receberem destaque?

Resposta

- As propostas que não receberem destaque durante a leitura serão consideradas aprovadas e farão parte do Relatório Final da Etapa Distrital da 5ª CNSI.

Artigo 14 – Dos Grupos de Trabalho

19. Pergunta

- Como será encaminhada a votação dos destaques?

Resposta

- Após a leitura, a votação dos destaques será encaminhada da seguinte forma:

- I. Ao término da leitura, serão apreciados os destaques e o autor do destaque terá dois minutos para defender sua proposta de modificação ou exclusão.
- II. Será permitida uma segunda defesa, a favor e contra, se a Plenária não se sentir devidamente esclarecida para a votação.
- III. Caso o autor do destaque não esteja presente no momento da apreciação do seu destaque, o destaque não será considerado.

Artigo 15 – Dos Grupos de Trabalho

20. Pergunta

- Como se dará a votação?

Resposta

- A votação dar-se-á da seguinte forma:
 - I. A Mesa Coordenadora dos Trabalhos comunica o número de delegados que compõe os percentuais mínimos para as votações, segundo a lista de delegados do Grupo de Trabalho, conforme inciso II, do art. 8º deste Regimento.
 - II. Haverá a leitura/projeção das propostas destacadas.
 - III. Não serão discutidos novos destaques para os itens aprovados.
 - IV. A votação será realizada na seguinte ordem: a proposta do Relatório Consolidado do Grupo de Trabalho será a proposta número um, e o destaque será a proposta número dois.
 - V. As propostas que obtiverem 70% ou mais dos votos, em cada Grupo de Trabalho, e forem aprovadas por 50% mais um, ou mais, dos Grupos de Trabalho, farão parte do Relatório Final da Etapa Distrital da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

- VI. Para apreciação na Plenária Final, as diretrizes e as propostas constantes do Relatório Consolidado da etapa local, destacadas nos Grupos de Trabalho, deverão ter a aprovação de, no mínimo, 50% mais um e menos de 70% dos votos em pelo menos 50% mais um, ou mais, dos Grupos de Trabalho.





Apêndice D – Modelo de relatório

1. COMISSÃO ORGANIZADORA DISTRITAL

COMISSÕES	NOME	CATEGORIA	INSTITUIÇÃO/ ALDEIA
I	Coordenador-Geral		
II	Secretário-Geral		
III	Comissão de Relatoria		
	Relator-Geral		
	Relator-Adjunto		
	Membro 1		
	Membro 2		
	Membro 3		
IV	Comissão de Comunicação e Informação		
	Coordenador		
	Coordenador-Adjunto		
	Membro 1		
	Membro 2		
V	Comissão de Infraestrutura		
	Coordenador		
	Coordenador-Adjunto		
	Membro 1		
	Membro 2		

Regimento das Etapas Local e Distrital da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (Documento aprovado na 1ª Reunião da Comissão Organizadora realizada no dia 18 de fevereiro de 2013) Da Metodologia capítulo VI, Artigo 29:
 “§ 2º O Relatório da Etapa Distrital poderá conter até 7 (sete) diretrizes nacionais relacionadas com o Tema Central e Eixos Temáticos da 5ª CNSJ, e cada diretriz poderá conter até 5 (cinco) propostas a serem encaminhadas à Etapa Nacional.”

2. DIRETRIZES E PROPOSTAS APROVADAS A SEREM ENCAMINHADAS PARA A ETAPA NACIONAL

Eixo	
Diretriz 1 Propostas:	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
Eixo	
Diretriz 2 Propostas:	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
Eixo	
Diretriz 3 Propostas:	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Eixo
Diretriz 4
Propostas:
1.
2.
3.
4.
5.
Eixo
Diretriz 5
Propostas:
1.
2.
3.
4.
5.
Eixo
Diretriz 6
Propostas:
1.
2.
3.
4.
5.
Eixo
Diretriz 7
Propostas:
1.
2.
3.
4.
5.

6. RELAÇÃO DE PARTICIPANTES DA CONFERÊNCIA DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA

Palestrantes

TEMA CENTRAL – Subsistema de Saúde Indígena e SUS: direito, acesso, diversidade e atenção diferenciada

Nome:

Instituição ou Etnia:

Tema da Palestra:

EIXO TEMÁTICO I – Atenção integral e diferenciada nas três esferas de governo (gestão, recursos humanos, capacitação, formação e práticas de saúde e medicações tradicionais indígenas)

Nome:

Instituição ou Etnia:

Tema da Palestra:

EIXO TEMÁTICO II – Controle Social e Gestão Participativa

Nome:

Instituição ou Etnia:

Tema da Palestra:

EIXO TEMÁTICO III – Etnodesenvolvimento e Segurança Alimentar e Nutricional

Nome:

Instituição ou Etnia:

Tema da Palestra:

EIXO TEMÁTICO IV – Saneamento e Edificações de Saúde Indígena

Nome:

Instituição ou Etnia:

Tema da Palestra:

7. REGIMENTO DA CONFERÊNCIA DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA



8. PROGRAMAÇÃO DA CONFERÊNCIA DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA



10. MOÇÃO(ÕES) (ANEXAR A ESTE RELATÓRIO)

MOÇÃO

Tipo de Moção:	Apoio	<input type="checkbox"/>	Repúdio	<input type="checkbox"/>	Apelo	<input type="checkbox"/>
	Solidariedade	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>		

Destinatário da Moção:

- 1.
- 2.
- 3.

Proponente:

- 1.
- 2.
- 3.

Segmento:	Trabalhador	<input type="checkbox"/>	Gestor	<input type="checkbox"/>	Usuário	<input type="checkbox"/>
-----------	-------------	--------------------------	--------	--------------------------	---------	--------------------------

Texto:

Atenciosamente

Responsável

Brasília, 4 de dezembro de 2013

LISTA DE ASSINATURAS

Nº	Delegado (nome)	Segmento (trabalhador, usuário ou gestor)	DSEI (Origem)
1			
2			
3			
4			
5..			



ANEXOS





Anexo A – Programação da 5ª CNSI

2 de dezembro de 2013

9h	Credenciamento	Centro Internacional de Convenções do Brasil
10h às 12h	Reunião das Macrorregionais	Centro Internacional de Convenções do Brasil
12h às 14h	Almoço	Praça de Alimentação do Centro Internacional de Convenções do Brasil
14h	Credenciamento	Centro Internacional de Convenções do Brasil
14h às 16h	Reunião das Macrorregionais	Centro Internacional de Convenções do Brasil
Norte 1	Alto Rio Negro/Alto Rio Solimões/Manaus/Médio Rio Purus/ Médio Rio Solimões e Afluentes/Parintins/Vale do Javari	Sala Seringueira
Norte 2	Alto Rio Juruá/Alto Rio Purus/Amapá e Norte do Pará/Rio Tapajós/Altamira/ Guamá-Tocantins/Kaiapó do Pará/Porto Velho/Vilhena/Leste de Roraima/ Yanomami/Tocantins	Sala Pau-Brasil
Nordeste	Alagoas e Sergipe/Bahia/Ceará/Maranhão Potiguara/Pernambuco	Sala Aroeira
Centro-Oeste	Araguaia/Cuiabá Kaiapó Mato Grosso/Xavante/Xingu/Mato Grosso do Sul	Sala Cedro
Sul e Sudeste	Interior Sul/Litoral Sul/Minas Gerais e Espírito Santo	
16h às 18h30	Plenária de Aprovação do Regulamento da 5ª CNSI Coordenação: Ailson dos Santos – Yssô Truká (trabalhador) Clóvis Bouffleur – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)/Conselho Nacional de Saúde (usuário) Sônia Bone Guajajara – Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (usuário) Haroldo Jorge de Carvalho Pontes – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde/Conselho Nacional de Saúde (gestor)	Plenário Principal – Mãe Terra
18h30 às 20h	Jantar	Praça de Alimentação do Centro Internacional de Convenções do Brasil
19h	Solenidade de Abertura	Plenário Principal – Mãe Terra
20h	Coquetel de Abertura	Plenário Principal – Mãe Terra

3 de dezembro de 2013

8h30 às 9h	Ritual Indígena	Plenário Principal – Mãe Terra
Região Norte		
9h às 12h	Diálogo Temático	Salas do Grupo de Trabalho
12h às 14h	Almoço	Praça de Alimentação do Centro Internacional de Convenções do Brasil
14h às 16h	<p>Mesa Central: Controle Social e Gestão Participativa</p> <p>Panelistas: Maria do Socorro de Souza – Presidenta do Conselho Nacional de Saúde; Luiz Odorico – Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, Ailson dos Santos – Povo Truká/Assessor Indígena do DSEI Pernambuco.</p> <p>Coordenação da Mesa: Edmundo Dzuaiwi Omore – Povo Xavante – Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (Coiab)/Conselho Nacional de Saúde.</p> <p>Secretaria: Kleber dos Santos – Povo Karipuna – Presidente do Conselho Distrital Amapá e Norte do Pará.</p>	Plenário Principal – Mãe Terra
16h às 19h	<p>Atenção Integral e Diferenciada nas Três Esferas de Governo</p> <p>Panelistas: Helvécio Miranda Magalhães Júnior – Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde; Lourdes Almeida – Assessora Técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); Charles Tocantins de Souza – Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Pará (Cosems); José Godoy Bezerra de Souza – Procurador da República e Coordenador do GT de Saúde Indígena da 6ª Câmara de Coordenação e Revisão – Ministério Público Federal.</p> <p>Coordenação da Mesa: Manoel Uilton dos Santos – Povo Tuxá/Coordenador da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apoimé).</p> <p>Secretaria: José Eri Medeiros – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)/Conselho Nacional de Saúde.</p>	Plenário Principal – Mãe Terra
19h às 21h	Jantar	Praça de Alimentação do Centro Internacional de Convenções do Brasil

4 de dezembro de 2013

8h30 às 9h	Ritual Indígena	Plenário Principal – Mãe Terra
Região Sul/Sudeste		
9h às 12h	<p>Mesa Central: Etnodesenvolvimento e Segurança Alimentar e Nutricional</p> <p>Panelistas: Maria Augusta Assirati – Presidenta Interina da Fundação Nacional do Índio (Funai/MJ); Sônia Bone Guajajara – Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (usuário); Kátia Cristina Favilla – Assessora da Secretaria Executiva do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome</p> <p>Coordenação da Mesa: Antônio Ricardo Domingos da Costa – Povo Tapeba/Comissão Intersetorial de Saúde Indígena/Conselho Nacional de Saúde.</p> <p>Secretaria: Jacimar de Almeida Gouveia – Povo Kambeba/Assessora Indígena do DSEI Manaus.</p>	Plenário Principal – Mãe Terra
11h às 13h	<p>Mesa Central: Saneamento e Edificação de Saúde Indígena</p> <p>Panelistas: Edson Carlos – Presidente do Instituto Trata Brasil; Carlos Madson Reis – Diretor de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena, SESAI/Ministério da Saúde; Ernani Ciríaco de Miranda – Diretor de Articulação Institucional, Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental/Ministério das Cidades.</p> <p>Coordenação da Mesa: Maria do Carmo Andrade – Povo Pankararu/Assessora Indígena do DSEI Pernambuco</p> <p>Secretaria: Vania Lúcia Ferreira – Pastoral da Criança/Conselho Nacional de Saúde.</p>	Plenário Principal – Mãe Terra
13h às 15h	Almoço	Praça de Alimentação do Centro Internacional de Convenções do Brasil
15h às 19h	Grupos de Trabalho (confira o número do grupo no crachá)	Salas de Grupo Centro Internacional de Convenções do Brasil

Grupo 1 Coordenação	Genilda Leão – Coordenador do DSEI Alagoas/Sergipe (gestor); Joaquim Ferreira Lima – Povo Curuaia – Presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena de Altamira/PA; Um usuário indicado pela Plenária do GT; Um trabalhador indicado pela Plenária do GT.	Sala: Pupunha
Grupo 2 Coordenação	Alexandre Cantuária – Coordenador do DSEI Alto Rio Negro/AM (gestor); Maria da Conceição Alves Feitosa – Coordenadora do Departamento de Mulheres Indígenas da Aoinme (usuária); Um usuário indicado pela Plenária do GT; Um trabalhador indicado pela Plenária do GT.	Sala: Burity
Grupo 3 Coordenação	Jorge Silva Gomes – Povo Tabajara/Conselho Estadual de Saúde do Ceará (usuário); Nilma Pureza – Coordenadora do DSEI Amapá e Norte do Pará (gestor); Um usuário indicado pela Plenária do GT; Um trabalhador indicado pela Plenária do GT.	Sala: Açai
Grupo 4 Coordenação	Meire de Souza Soares – Coordenadora do DSEI Ceará (gestor); Raimundo Nonato Soares – Conselho Estadual de Rondônia (usuário); Um usuário indicado pela Plenária do GT; Um trabalhador indicado pela Plenária do GT.	Sala: Fruta-Pão
Grupo 5 Coordenação	Cláudio Rodrigues – Coordenador do DSEI Kaiapó Pará (Gestor); Gabriel de Abreu/Povo Tapeba – Presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Ceará (usuário); Um usuário indicado pela Plenária do GT; Um trabalhador indicado pela Plenária do GT.	Sala: Jenipapo
Grupo 6 Coordenação	Dorotéia Gomes – Coordenadora do DSEI Leste de Roraima (gestor) Fernando Souza/Povo Terena – Presidente do Conselho Distrital Indígena do Mato Grosso do Sul (usuário); Um usuário indicado pela Plenária do GT; Um trabalhador indicado pela Plenária do GT.	Sala: Tucumã

Grupo 7 Coordenação	Paulo dos Santos Camargo – Coordenador do DSEI Litoral Sul (gestor); Eni Carajá Filho – Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN)/Conselho Nacional de Saúde (usuário); Um usuário indicado pela Plenária do GT; Um trabalhador indicado pela Plenária do GT.	Sala : Acerola
Grupo 8 Coordenação	Nancy Filgueiras – Coordenadora do DSEI Médio Rio Purus (gestor); Ivone Evangelista Cabral – Associação Brasileira de Enfermagem (Aben)/ Conselho Nacional de Saúde (trabalhadora); Dois usuários indicados pela Plenária do GT.	Sala : Abiu
Grupo 9 Coordenação	Narciso Cardoso Barbosa – Coordenador DSEI Médio Rio Solimões (gestor); Clóvis Ambrósio/Povo Wapichana – Presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Leste de Roraima (usuário); Um usuário indicado pela Plenária do GT; Um trabalhador indicado pela Plenária do GT.	Sala: Bacaba
Grupo 10 Coordenação	Elizabeth Stehling – Coordenadora do DSEI Minas Gerais/Espírito Santo (gestor); Ercília Vieira/Povo Ticuna – Presidenta do Conselho Distrital de Saúde Indígena Médio Rio Solimões (usuária); Um usuário indicado pela Plenária do GT; Um trabalhador indicado pela Plenária do GT.	Sala: Caju
Grupo 11 Coordenação	Paula Cristina Rodrigues – Coordenadora do DSEI Parintins (gestor); Natanael da Silva/Povo Potiguará – Presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena Potiguará (usuário); Um usuário indicado pela Plenária do GT; Um trabalhador indicado pela Plenária do GT.	Sala: Cupuaçu
Grupo 12 Coordenação	Antônio Fernando da Silva – Coordenador do DSEI Pernambuco (gestor); José Arão Marezi/Povo Guajajara (usuário); Um usuário indicado pela Plenária do GT; Um trabalhador indicado pela Plenária do GT.	Sala: Camocamo

Grupo 13 Coordenação	Aumir Marques Ferreira – Coordenador do DSEI Porto Velho (gestor); Genivaldo Tapirapé/Povo Tapirapé – Presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Araguaia (usuário); Um usuário indicado pela Plenária do GT; Um trabalhador indicado pela Plenária do GT.	Sala: Sapotá
Grupo 14 Coordenação	Adriano Simões – Coordenador do DSEI Potiguara (gestor); Cleyton Javaé/Povo Javaé – Presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Tocantins (usuário); Um usuário indicado pela Plenária do GT; Um trabalhador indicado pela Plenária do GT.	Sala: Melancia
Grupo 15 Coordenação	Cleidiane Carvalho – Coordenadora do DSEI Rio Tapajós (gestor); Lourenço Krikati/Povo Krikati – Vice-Presidente do Coiab/Conselho Nacional de Saúde (usuário); Um usuário indicado pela Plenária do GT; Um trabalhador indicado pela Plenária do GT.	Sala: Ata
Grupo 16 Coordenação	Alda Uchôa – Coordenadora do DSEI Vilhena (gestor); Marcello Leandro Kamaiurá/Povo Kamaiurá – Presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Xingu (usuário); Um usuário indicado pela Plenária do GT; Um trabalhador indicado pela Plenária do GT.	Sala: Murici
Grupo 17 Coordenação	Gilson Silva – Força Sindical/Conselho Nacional de Saúde (trabalhador); Raimundo Alves Costa – Coordenador do DSEI Alto Rio Purus (gestor) Dois usuários indicado pela Plenária do GT.	Sala: Mangaba
Grupo 18 Coordenação	Leone Azevedo Gama – Coordenador do DSEI Guamá-Tocantins (gestor); Sandro Waro/Povo Munduruku – Presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena Rio Tapajós (usuário); Um usuário indicado pela Plenária do GT; Um trabalhador indicado pela Plenária do GT.	Sala: Abacaxi

Grupo 19 Coordenação	Jerry Adriane Santos – Coordenador do DSEI Bahia (gestor); Luiz Karaí/Povo Guarani – Presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena Litoral Sul (usuário); Um usuário indicado pela Plenária do GT; Um trabalhador indicado pela Plenária do GT.	Sala: Manga
Grupo 20 Coordenação	Ivaneizilia Noletto – Coordenadora do DSEI Tocantins (gestor); Nelcy Ferreira da Silva – Conselho Federal de Nutricionista/Conselho Nacional de Saúde (trabalhador); Dois usuários indicados pela Plenária do GT.	Sala: Ingá
17h às 17h15	Lanche	Em frente às salas dos Grupos de Trabalho
19h às 21h	Jantar	Praça de Alimentação do Centro Internacional de Convenções do Brasil

5 de dezembro de 2013

8h30 às 9h	Ritual Indígena	Plenário Principal – Mãe Terra
Região Centro-Oeste		
9h às 13h	Grupos de Trabalho	Salas do Grupo de Trabalho
Continuação: verificar o nome do grupo no crachá		
13h às 15h	Almoço	Praça de Alimentação do Centro Internacional de Convenções do Brasil
15h às 19h	Grupos de Trabalho	Salas de Grupo Centro Internacional de Convenções do Brasil
Continuação: verificar o nome do grupo no crachá		
17h às 17h15	Lanche	Em frente às salas dos Grupos de Trabalho
19h às 21h	Jantar	Praça de Alimentação do Centro Internacional de Convenções do Brasil

6 de dezembro de 2013

8h30 às 9h	Ritual Indígena	Plenário Principal – Mãe Terra
Região Nordeste		
9h às 12h	<p>Plenária Final</p> <p>Coordenação: Antônio Alves de Souza – Secretário Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde; Clóvis Bouffleur – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)/Conselho Nacional de Saúde (usuário); Haroldo Jorge de Carvalho Pontes – Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); Maria do Socorro Souza – Presidenta do Conselho Nacional de Saúde; Jorge Oliveira Duarte/Povo Marubo – Coordenador-Executivo do Fórum de Presidentes de Condisi/Conselho Nacional de Saúde.</p> <p>Representante da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil: Maria Augusta Assirati – Presidência da Fundação Nacional do Índio (Funai)/Ministério da Justiça.</p>	Plenário Principal – Mãe Terra
13h às 15h	Almoço	Praça de Alimentação do Centro Internacional de Convenções do Brasil
15h às 17h	Plenária Final	Plenário Principal – Mãe Terra
17h às 17h15	Lanche	Em frente às salas dos Grupos de Trabalho
17h15 às 19h	Plenária Final	Praça de Alimentação do Centro Internacional de Convenções do Brasil





**Anexo B – Trajetória das Conferências
Nacionais de Saúde Indígena**

Proteção à Saúde do Índio

A 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNPSI), realizada em Brasília, em 1986, foi um desdobramento da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, responsável pela formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Primeiro evento de caráter nacional e com legitimidade para discutir política de saúde dos povos indígenas brasileiros, produziu um relatório sintético, registrando poucas diretrizes, dada a falta de consenso no movimento indigenista de saúde, mas constituindo fruto da maturidade das discussões sobre os temas. O SUS ainda era um sistema em discussão e a situação correspondia ao momento histórico brasileiro de retorno à ordem democrática.

A Conferência trabalhou tendo como princípio geral a afirmação de que a participação indígena deve ser extensiva a todos os momentos de decisão, formulação e planejamento das ações e dos serviços de saúde, assim como na sua implantação, execução e avaliação.

Tomando como base o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), que a define como completo

estado de bem-estar físico, mental e social, e não somente como a ausência de doenças, a Conferência considerou que, no caso da saúde indígena, isso implica alguns princípios fundamentais:

1. A saúde das nações indígenas é definida em um espaço e tempo histórico determinados, na particularidade de seu contato com a sociedade nacional e pela forma de ocupação de seu território e adjacências.
2. É necessário garantir a autonomia, a posse territorial e o uso exclusivo pelas nações indígenas, dos recursos naturais do solo e do subsolo, de acordo com as necessidades e especificidades etnoculturais de cada nação, bem como a integridade de seus ecossistemas.
3. Deve-se assegurar sua cidadania plena, com todos os direitos constitucionais, como determinante do estado de saúde dos povos indígenas.
4. O acesso das nações indígenas às ações e aos serviços de saúde, assim como sua participação na organização, na gestão e no controle (respeitadas as especificidades etnoculturais e de localização geográfica), são dever do Estado.

Baseando-se nesses princípios, discutiu-se o gerenciamento, a execução, a organização, o acesso e a qualidade dos

serviços, a política de recursos humanos e o sistema de informação do Sistema de Atenção à Saúde do Índio.

As principais diretrizes que emanaram da 1ª CNPSI, assim como as do SUS, fundamentaram-se na Política de Cuidados Primários de Saúde e seus princípios básicos: participação da comunidade; universalidade do atendimento; unificação dos serviços; descentralização e hierarquização das ações de saúde, para que sejam concentradas na esfera local, considerado pela Organização Mundial da Saúde, na Declaração de Alma-Ata, não como municípios, mas como o local onde as pessoas vivem, convivem, trabalham e encontram os meios necessários à sua sobrevivência.

Essa Conferência recomendou ainda, em relação às nações indígenas brasileiras, reconhecidas suas multiplicidade, diversidade etnocultural e especificidades históricas e de contato, que:

1. O gerenciamento dos serviços de saúde seja responsabilidade de um único órgão, propondo-se a criação de uma agência para tal fim, vinculada ao Ministério da Saúde, tendo por função coordenar um sistema de saúde para os índios, integrando-os ao sistema nacional (SUS), a partir da

esfera regional. Torna-se responsabilidade dessa agência a atenção primária na esfera local e a formação de grupos multiprofissionais para estudar e propor ações para casos especiais (populações em vias de contato, de contato recente e outros casos).

2. O respeito e o reconhecimento das formas diferenciadas das nações indígenas nos cuidados com a saúde, as peculiaridades etnoculturais e a garantia da participação indígena, mediada por seus representantes, dar-se-ão no formular das políticas, planejamento, gestão, execução e avaliação, garantindo-se o direito de o doente internado ter acompanhantes.
3. Seja garantido o acesso universal das populações indígenas ao atendimento de qualidade, compatível com o estágio de desenvolvimento do conhecimento e dos recursos tecnológicos existentes, incentivando convênios com entidades de pesquisa e ensino, definido com as nações indígenas.
4. A política de recursos humanos preconiza admissão de servidores por concurso; capacitação e atualização permanentes, de acordo com as necessidades locais, e a existência de um plano de cargos e salários, com exigência do cumprimento da carga horária contratual e regime de

dedicação exclusiva. Em relação aos povos indígenas, estimula a formação de pessoal em saúde das próprias comunidades, dos diversos níveis (agentes indígenas de saúde, auxiliares; enfermeiros, entre outros), garantindo vagas nas universidades públicas para pessoas indígenas.

A 1ª CNPSI mostra a necessidade da criação de um sistema de informações, apto a coletar e processar regularmente os dados para análise epidemiológica, considerando as especificidades das nações indígenas e sua dinâmica populacional, sendo as informações sistematicamente repassadas às lideranças indígenas e às autoridades sanitárias.

A Conferência atribui a responsabilidade da saúde indígena, na esfera federal, ao Ministério da Saúde, considerando a impossibilidade de a Funai responder sozinha pela atenção à saúde indígena que, no âmbito local, exigiria um sistema diferenciado.


A Constituição Federal de 1988 reconheceu o direito à cidadania plena das pessoas indígenas e seu direito às suas culturas e medicinas próprias. Entretanto, ao implantar-se, conforme as Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, o SUS não incorporou a

Saúde do Índio. Em 1991, foi criada no Ministério da Saúde, em sua Fundação Nacional de Saúde, a Coordenação de Saúde do Índio (Cosai). Iniciou-se ali um longo período de dificuldades, agravadas por oposição e conflito, onde eram necessárias criatividade e negociação. Foi sendo gestada pelo movimento indigenista e indígena uma proposta de Modelo de Atenção Diferenciada, organizando-se, então, de forma autônoma, diferentemente do comando antes exercido pela Funai. Esse modelo teria como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Foi criado, então, o Distrito Sanitário Yanomami, pelo Decreto nº 23, de 4 de fevereiro de 1991.

O I Fórum de Saúde do Índio, realizado com o patrocínio da Cosai, criou os Núcleos Intersetoriais de Saúde Indígena (Nisis), de caráter interinstitucional, para coordenar regionalmente a integração dos serviços locais de saúde indígena.

Embora, nesse período, um novo Estatuto do Índio tenha sido elaborado, ainda hoje não foi aprovado pelo Congresso Nacional.

O novo Conselho Nacional de Saúde, ao iniciar suas atividades, criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (Cisi), em



1992, que passou a representar o movimento indigenista sanitário, em sua luta pela inclusão dos povos indígenas no Sistema Único de Saúde do Brasil. A Cisi foi constituída pelas seguintes organizações: Conselho Indígena de Roraima; Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira; Associação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas e Espírito Santo; União das Nações Indígenas do Acre; Conselho Indigenista Missionário; Associação Brasileira de Antropologia; Fundação Oswaldo Cruz; Escola Paulista de Medicina; Universidade do Amazonas; Fundação Nacional do Índio; Coordenação Nacional de Saúde Indígena, da Funasa. Dos 11 membros iniciais da Comissão, quatro representavam organizações indígenas.

A 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (2ª CNSPI) (Luziânia/GO, 1993) consolidou o processo político deflagrado na 1ª CNPSI, com a definição dos princípios e diretrizes do Modelo de Atenção Diferenciado para a Saúde do Índio, que determinou a forma de acesso dos cidadãos indígenas ao Sistema Único de Saúde: ela se daria nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. A 2ª Conferência teve sua convocação decidida pela 9ª Conferência Nacional de Saúde, quando o movimento indigenista elegeu seus representantes que, trabalhando em diferentes grupos,

conseguiram a aprovação desejada. Entre os princípios básicos do Modelo de Assistência Diferenciado para a Saúde do Índio, destacou-se a necessidade de adequação do Sistema Único de Saúde às especificidades das sociedades indígenas. Foi reiterada a recusa da municipalização direta dos serviços de saúde indígena.

O processo de organização da 2ª CNSPI, embora conflituoso, foi amplo, ascendente e democrático. Realizada dois anos após a assinatura do Decreto Presidencial nº 23/1991, inseriu-se na disputa entre Funai e Funasa pela coordenação da assistência à saúde. A Funai, sem verbas nem possibilidades de contratação de pessoal, devido ao Regime Jurídico Único, carecia de recursos para preparação do pessoal, conservação de equipamentos, suprimento mínimo e deslocamento das Equipes Volantes de Saúde, base do modelo de assistência aos indígenas.

A Funasa possuía quadros experientes para lidar com a diversidade cultural, oferecia condições para participação de indígenas nos seus quadros e em suas políticas locais. Contava, também, com recursos financeiros, equipamentos e insumos. Entretanto, apresentava algumas características

que dificultaram o impacto de suas ações de saúde sobre a população indígena:

1. Uma estrutura verticalizada, advinda da Fundação Serviços de Saúde Pública e da Superintendência de Campanhas, integradas em 1991 na Funasa. A primeira seguia o modelo hospitalar urbanizado (até em Postos de Saúde do interior, mormente nos estados do Norte e do Nordeste). A segunda, de tradição “campanhista”, com modelo paramilitar, agia, prioritariamente, no âmbito preventivo rural.
2. A Funasa iniciou suas atividades com defasagem de pessoal para atuação no âmbito local. A municipalização do SUS, o repasse de estruturas e quadros da Funasa para os municípios, agravou a situação.
3. A experiência de verticalização da Funasa, sem política de capacitação de pessoal para a saúde dos índios, e a diminuição progressiva de seus quadros trouxeram impasses para o modelo de atuação.
4. A rigidez da estrutura da Funasa dificultou a solução dos problemas emergenciais, da atenção curativa, prioridade da Funai e da população indígena assistida, enquanto os programas de cunho preventivo da Funasa não surtiam os efeitos necessários para desafogar a demanda.

Essas dificuldades culminaram com a revogação do Decreto nº 23/1991 e sua substituição pelo Decreto Presidencial nº 1.141, de 19 de maio de 1994, que se baseou nos princípios e diretrizes gerais do SUS e na proposta de operacionalização, de forma descentralizada, dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Ele avançou quanto à legalização de princípios e diretrizes da Política Nacional, incorporando alguns emanados da 2ª Conferência.

O Direito de Cidadania à Saúde dos Povos Indígenas

A 2ª CNSPI teve por objetivo a definição de diretrizes para a política nacional e a atualização das recomendações da 1ª CNPSI, conforme o processo de consolidação do SUS. Entre os seus princípios gerais, estão: a garantia da preservação das terras indígenas e de seus recursos naturais; o direito de cidadania à saúde, como um dever do Estado, mediante a implementação de políticas econômicas e sociais; descentralização, universalização, equidade e participação comunitária (princípios do SUS), a serem garantidas aos povos indígenas, o que exigia que os serviços fossem definidos, imperativamente, por políticas públicas setoriais específicas.

O princípio de descentralização – que no SUS se dá pela municipalização –, no caso das populações indígenas, seria conformado segundo os preceitos constitucionais, definidores da responsabilidade da União na sua assistência, devendo ser de âmbito federal, considerando-se o processo saúde-doença dos povos indígenas como resultado de determinantes socioeconômicos e culturais (preservação dos sistemas médicos tradicionais, integridade territorial, enfim, da cultura como um todo). A autodeterminação política definiria a forma da assistência médico-sanitária. Para tanto, a formação dos trabalhadores em saúde indígena deveria erradicar posturas etnocêntrica e tecnocráticas dos servidores de saúde em todos os níveis, favorecendo o conhecimento e o respeito às medicinas tradicionais. Registrou-se a urgência de o orçamento da saúde indígena ser baseado em estudo das necessidades de cada grupo indígena.

O Modelo Assistencial dos povos indígenas ficou definido como um Subsistema do SUS, coordenado por órgão do Ministério da Saúde, com níveis de gerência nacional, regional e distrital (local) com autonomia de gestão (sanitária, administrativa e financeira). O Subsistema consideraria a realidade local e as particularidades da cultura indígena, pautando-se

por um Modelo com abordagem diferenciada de saneamento, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras e integração institucional. Foi considerada fundamental a descentralização, para garantir a participação indígena nas tomadas de decisão como direito dessa população.

Das diretrizes do Modelo Assistencial, pode-se destacar:

1. O Distrito Sanitário Especial Indígena, como base do Modelo, segundo projeto elaborado com as comunidades, sob supervisão dos Nisis e com consultores técnicos. A competência de cada entidade envolvida com prévia definição.
2. O DSEI, caracterizado por: (a) uma base territorial definida por critérios étnicos, geográficos, epidemiológicos e de acesso aos serviços; (b) o controle social exercido pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi), de composição paritária e de caráter deliberativo; (c) uma rede de serviços e equipes de saúde capacitadas, com meios de transporte e comunicação e suprimento regular de insumos; (d) a autonomia administrativa e financeira; (e) comando técnico e executivo único. O Condisi e o Nisi designam os gerentes.

3. Integração no SUS: as Casas de Saúde do Índio são componentes indissociáveis dos DSEI, ligados aos Condisi ou Nisi. O Ministério da Saúde estabelecerá custos das AIH para pacientes indígenas, controlados pelos Nisis ou DSEIs, que devem assegurar meios de transporte para atendimento fora da aldeia, condições de comunicação entre as áreas indígenas, centros de referência (com sistema de referência e contrarreferência).
4. Controle de gestão e participação indígena: a representação indígena na Cisi contará com seis membros, sendo um de cada macrorregião. Um deles será o representante indígena no CNS. As políticas e as programações do Subsistema serão norteadas por recomendações da Cisi, aprovadas pelo CNS. O relatório recomenda a imediata implantação dos Nisis em todo o País, ter caráter deliberativo, com representação paritária e competência de planejar e avaliar as políticas.
5. Política de Recursos Humanos: estabelece diretrizes para a formação, seleção, contratação, perfil profissional e condições de trabalho, com Planos de Carreira, conforme o Regime Jurídico Único. Não se aprovou a alternativa de contratação por meio de ONG ou contratos de gestão. A situação dos Agentes Indígenas de Saúde foi objeto de um capítulo, estabelecendo seu reconhecimento como categoria profissional, suas atribuições e perfil técnico, bem como níveis diferenciados de atribuição, conforme as capacidades individuais e de contato com os povos indígenas.
6. Os sistemas tradicionais serão respeitados em sua totalidade, na figura do pajé e de outros especialistas, em todas as suas práticas. Garantido o direito intelectual dos povos indígenas sobre suas práticas e conhecimentos sanitários. Assegurado, nos hospitais, o direito dos índios aos seus costumes e terapêuticas tradicionais. Algumas diretrizes dispõem sobre a educação para a saúde, inclusive nas escolas indígenas.
7. Estabelece princípios para as instituições de ensino e pesquisa, como espaço de reflexão crítica e para os quais se recomenda atenção às políticas de assistência à saúde das populações indígenas. Essas instituições contribuíram para a constituição dos conselhos distritais e participaram ativamente como um de seus membros. Algumas diretrizes apontam para a articulação entre essas instituições e os Nisi e Condisi, e para o seu papel de cooperação técnica com as organizações indígenas. Quanto à formação e pesquisa, estabelece que a contribuição no elaborar de propostas metodológicas e conteúdos programáticos, para formação

de recursos humanos indígenas e não indígenas e pesquisas, deve ser associada às ações de saúde, segundo as demandas dos Condisi e Nisi. Essas instituições garantirão o direito à propriedade intelectual das populações indígenas relativas ao saber tradicional sobre os recursos naturais, devendo contribuir para a formulação de políticas e modelos de atenção à saúde indígena e avaliação de modelos e projetos de assistência. Para isso, o financiamento de recursos humanos e técnicos para projetos dessas instituições deverá ser proporcionado pelo SUS, dando continuidade e ampliando os programas já existentes, pela transferência regular e contínua de recursos.

Foram aprovadas 29 moções, inclusive de repúdio à violência, à corrupção e às invasões de áreas indígenas por garimpeiros, madeireiros e outros indivíduos e grupos vistos como ameaça ao meio ambiente e à saúde dos povos indígenas.

Tendo o Relatório da 2ª CNSPI como base, o deputado Sérgio Arouca apresentou o Projeto de Lei nº 63/1997 ao Congresso Nacional, que se tornou o foco das discussões e das lutas do Movimento Sanitário Indígena, mas somente em 1999 seria transformado em lei.

Os Nisis, a despeito de todas as adversidades, foram integrando as ações de assistência, prevenção e promoção da saúde indígena.

Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde Indígena, com Controle Social

A 3ª CNSI (Luziânia/Go, 14 a 18 de maio de 2001), convocada pela Resolução nº 305, teve como finalidade analisar os obstáculos e os avanços do Sistema Único de Saúde na implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e propor diretrizes para a sua efetivação. Seu tema foi o desdobramento do que pautou a 9ª Conferência Nacional de Saúde, que a precedeu: “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde Indígena, com controle social”.

Designado pelo Conselho Nacional de Saúde, o Comitê Executivo da 3ª Conferência foi composto por representantes da Comissão e Articulação dos Povos e Organização Indígena do Brasil (Capoib); da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (Cisi/CNS); do Conselho Indigenista Missionário (Cimi); do Instituto Sócioambiental (ISA); da Fundação Nacional

do Índio (Funai); do Ministério da Saúde (MS); da Fundação Nacional de Saúde (Funasa); da Pastoral da Criança, representando a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); e do Fórum Nacional de Trabalhadores em Saúde.

As conferências distritais foram realizadas na mesma data, com delegados eleitos pelos conselhos locais. Da Conferência Nacional, participaram cerca de mil pessoas, entre delegados eleitos pelos conselhos distritais e locais, conselheiros do CNS, expositores e facilitadores de trabalho de grupo e convidados. Sobre os temas, houve palestras e trabalho de grupos, que elaboraram relatórios, submetidos a uma primeira aprovação, para posterior votação na Plenária Final. Os temas foram assim designados: (1) Modelo de gestão e organização de serviços – parcerias e articulação com o Sistema Único de Saúde; (2) Vigilância em Saúde; (3) Estratégias de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis, da síndrome de imunodeficiência adquirida – DST/aids e do alcoolismo: direitos humanos e ética nas intervenções; (4) Fortalecimento do controle social; (5) Agentes Indígenas de Saúde: formação, reconhecimento e inserção social; (6) Desenvolvimento de recursos humanos para atuação em culturas diferenciadas; (7) A hipermedicação e as práticas



tradicionais; (8) Ética em pesquisa, propriedade intelectual e patentes, envolvendo povos indígenas; (9) As comunidades indígenas e a produção e comercialização de alimentos: as novas necessidades.

O grande avanço da 3ª Conferência foi a participação ativa das pessoas indígenas, especialmente dos profissionais de saúde. Contribuiu para a expressão dessa mudança qualitativa das conferências a existência de equipamentos de tradução simultânea.


O Relatório Final apresentou como princípios gerais: cada povo indígena tem suas próprias concepções, valores e formas de vivenciar a saúde e a doença; e as ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde devem considerar esses aspectos, ressaltando os contextos diversos e a relação de contato interétnico. As ações de saúde devem priorizar a Promoção da Saúde e a Prevenção das Doenças. Garantir a demarcação, a desintrusão e a vigilância das terras indígenas. Urge uma política de segurança alimentar, desenvolvimento sustentável e recuperação do meio ambiente. Acesso dos indígenas à educação para formar consciência crítica sobre sua situação atual. Proteção do patrimônio cultural e aproveitamento da diversidade biológica para fortalecimento da autoestima e afirmação da identidade étnica. Combate à discriminação e ao preconceito, promovendo a valorização da diversidade cultural, principalmente junto aos profissionais de saúde. As organizações indígenas têm importante papel na melhoria das condições de vida e na implantação do modelo de atenção à saúde. O controle social deve ser fortalecido, com abrangência inter-setorial, por ser básico na implantação de uma política integral de saúde.

Distrito Sanitário Especial Indígena, Território de Produção de Saúde, Proteção da Vida e Valorização das Tradições

Foram vitoriosos os esforços para que a 4ª CNSI se tornasse uma realidade, como recomendado pela 12ª Conferência Nacional de Saúde. Sua convocação pelo Ministro da Saúde, Humberto Costa, deflagrou o processo que se deu na gestão do Ministro Saraiva Felipe, sendo responsável pela publicação dos resultados da Conferência o Ministro José Gomes Temporão.

As responsabilidades, definidas na Portaria do Ministério, foram de pronto assumidas: a Fundação Nacional de Saúde, coordenadora da Conferência, compôs a Comissão Executiva, com um Coordenador-Geral, um Coordenador-Adjunto, um Secretário-Geral e um Secretário-Geral Adjunto. Foi, então, criado o Grupo estratégico de apoio à Organização, no âmbito do Desai.

Ao Conselho Nacional de Saúde coube deliberar sobre as questões relativas à realização da Conferência, promovê-la e supervisioná-la em todas as suas etapas, considerando




suas dimensões técnicas, políticas, administrativas e financeiras. Coube-lhe, também, designar os membros da Comissão Organizadora, de Relatoria e das Comissões Especiais de Comunicação e de Infraestrutura. Destaca-se que a Portaria Ministerial garantiu a presença indígena em cada uma dessas comissões.

Da Amazônia ao Sul do Brasil, uma movimentação diferente ocorria nas florestas e nas cidades: eram as conferências locais e, depois, as distritais, em que os índios e seus auxiliares discutiam um só tema: “Distrito Sanitário Especial Indígena, território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições”.

O Documento Orientador da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena facilitou a unidade de encaminhamento, na diversidade de circunstâncias em que as diferentes nações indígenas e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas realizaram seu trabalho, ao apresentar diretrizes para a organização das conferências, o documento base com subsídios para a discussão dos eixos temáticos, o Regimento e o Regulamento da 4ª Conferência.

A etapa local, prevista na Portaria Ministerial nº 963 para o período de setembro a dezembro de 2005, foi realizada, com sucesso, nas 250 conferências locais, com a presença de mais de 12.500 pessoas. A etapa distrital, com a previsão de ser cumprida entre outubro de 2005 e fevereiro de 2006, totalizou 4.500 pessoas em suas 34 conferências; isto é, todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas realizaram suas conferências. Muito se discutiu sobre a dívida histórica dos brasileiros, em geral, que deve ser resgatada junto aos cerca de 470 mil índios, sobreviventes de uma população de cerca de 5 milhões que habitava as terras do Brasil, quando da chegada dos colonizadores, sendo que, na Amazônia Legal concentram-se mais de 200 mil. Dessas discussões, 4 mil foram incorporadas, ficando nos distritos aquelas de caráter estritamente local ou distrital, ou que implicassem medidas anticonstitucionais.

Com diferentes estados de consciência, 20 anos após a realização da primeira Conferência, chegavam ao Rio Quente 1.228 representantes de mais de 100 etnias, dos 34 distritos sanitários indígenas. No dia 27 de março, após as medidas de acomodação e credenciamento, cuidaram de três coisas muito importantes: ouvir as declarações do governo federal



sobre o que tem a dizer aos índios, sobre a inserção destes na comunidade nacional e o modo como está trabalhando para que haja produção de saúde, proteção à vida e valorização das tradições indígenas; depois, confraternizar índios e não índios e receber, cada um e a Conferência toda, a proteção das forças mais potentes, assegurada por um perfeito benzimento. No dia 28, tiveram início os trabalhos do coletivo: aprovar o Regulamento e tomar conhecimento do que especialistas e militantes têm a contribuir sobre os temas da 4ª CNSI. Essas mesas-redondas simultâneas se estenderiam até à tarde do dia seguinte. No dia 30, a maioria estava preparada para enfrentar os debates e as decisões nas plenárias temáticas. Antes que se dessem conta, chegou o último dia da Conferência e, com ele, os desafios e as oportunidades de exercer o controle social do SUS, votando as questões fundamentais do atual momento da autonomia e da saúde das populações indígenas.

A Comissão Intersetorial de Saúde Indígena, em sua 61ª reunião, no dia 13 de junho de 2006, avaliou a 4ª Conferência. Foi pedido que os representantes indígenas apresentassem sua avaliação, independentemente dos demais membros da Cisi, para que constasse desse Relatório. Fizeram-na após a

reunião da Comissão e, com presteza, enviaram-na à Relatoria, que constitui o conteúdo do próximo capítulo.

Ouviram-se indicações de que nem tudo ocorreu conforme o esperado, mas era unanimidade que, a despeito da precária situação da saúde indígena no Brasil, ela está em processo de melhoria. Foi lembrado que, na década de 1980, os índios não se pronunciaram sobre sua saúde: falava-se sobre eles. A Coordenadora da Comissão testemunhou o empenho dos servidores da Funasa em atender às demandas da Cisi e foi categórica ao afirmar que os índios brasileiros têm a necessária competência para dizer o que querem e como querem que sua saúde seja tratada.

Ficou patente, tanto nessa reunião como em pronunciamento de conselheiros, servidores e indígenas, que se verificou mudança qualitativa na postura do Conselho Nacional de Saúde no que se refere ao enfrentamento da saúde indígena. Dessa vez, ele não delegou à Cisi o que ele, na sua inteireza, teria de fazer: assumiu com o ardor de militante, colaborar com todos os esforços que visem à saúde, à vida e às tradições indígenas, o que, naturalmente, irá repercutir, de imediato, sobre controle social sobre o estado, no que concerne


a saúde dos brasileiros índios e, conseqüentemente, sobre o Sistema Único de Saúde do Brasil.

Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e o SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada

A 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (5ª CNSI) ocorreu em Brasília, no período de 2 a 6 de dezembro de 2013, sendo a mesma convocada pelo Conselho Nacional de Saúde, pelo Ministério da Saúde, e realizada pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), com o objetivo de avaliar e propor novas diretrizes para a Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas, aprovada em 2002 e em vigor até o momento. Teve como tema principal “Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e o SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada” e, como eixos temáticos: (a) Atenção Integral e Diferenciada nas Três Esferas de Governo (gestão, recursos humanos, capacitação, formação e práticas de saúde e medicinas tradicionais indígenas); (b) Controle Social e Gestão Participativa; (c) Etnodesenvolvimento e Segurança Alimentar e Nutricional; e (d) Saneamento e Edificações de Saúde Indígena.

A 5ª CNSI foi um marco na história das lutas dos 305 povos indígenas do Brasil por uma saúde pública de qualidade e por ter tido uma ampla participação das comunidades indígenas nos debates para sua preparação. Foram 306 conferências locais, nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que estão localizados em 24 estados e 560 municípios da Federação. A Região Norte realizou 159 conferências; na Região Centro-Oeste foram 59; nas demais regiões – Sul/Sudeste e Nordeste – foram 54 e 34 conferências, respectivamente, e envolveram mais de 23 mil participantes, sendo que as 34 etapas distritais contaram com





envolvimento de mais de 6.500 pessoas, enquanto a etapa nacional contou com a participação de 1.907 participantes, sendo 1.226 delegados nacionais. Uma inovação foi a participação dos municípios pertencentes à jurisdição dos DSEIs desde a etapa local, decisão tomada pela Comissão Organizadora da 5ª CNSI.

Tamanha mobilização sinaliza o envolvimento de um número expressivo de sujeitos políticos/técnicos nos processos organizativos e participativos, nas diferentes etapas da 5ª CNSI, o que evidencia o apreço dos movimentos sociais indígenas com o aprofundamento da democracia participativa. Vale destacar que essa foi a 1ª Conferência após a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), em 20 de outubro de 2010.

Durante os debates, nos trabalhos de grupo, sobretudo na etapa nacional, era visível o desejo dos delegados(as) com o aperfeiçoamento da Política Nacional de Saúde Indígena, sendo esta de responsabilidade direta da SESAI, especialmente no que diz respeito à autonomia dos DSEIs, reivindicação recorrente nas conferências anteriores. Espera-se que na 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, essas e outras reivindicações, expressas nas propostas aprovadas de cada eixo temático da 5ª CNSI, sejam cumpridas pelos gestores do SUS e acompanhadas pelos movimentos sociais, em seus conselhos de saúde locais, distritais e nacional.

Para isso, é necessário colocar na agenda central dos gestores do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) os investimentos na ampliação, na qualificação e na organização das ações e dos serviços de atenção integral à saúde desses povos em seus territórios.





Anexo C – Atos normativos

Portaria nº 2.357, de 15 de dezembro de 2012

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e considerando a necessidade de implementar a Atenção à Saúde Indígena, resolve:

Art. 1º Convocar a 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (5ª CNSI), a realizar-se em 2013, em Brasília (DF), de acordo com as seguintes etapas:

- I. Conferências Locais a serem realizadas até o dia 30 de junho de 2013;
- II. Conferências Distritais a serem realizadas até o dia 30 de setembro de 2013; e
- III. Conferência Nacional no período de 26 a 30 de novembro de 2013.

§ 1º A 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena terá como tema central: “Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e SUS: direito, acesso, diversidade e atenção diferenciada”.

§ 2º A 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena terá como Presidente o Ministro de Estado da Saúde, como Vice-Presidente o Presidente do Conselho Nacional de Saúde, e como Coordenador-Geral o Secretário Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde.

Art. 2º A 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena terá como objetivos aprovar diretrizes que subsidiarão as ações de saúde locais e distritais, bem como a formulação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Art. 3º A 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena contará com a seguinte estrutura:



I. Comissão Organizadora; e II. Comitê Executivo.

§ 1º A Comissão Organizadora é composta de 24 (vinte e quatro) membros, de forma paritária, indicados pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, assim distribuídos:

- I. 12 (doze) representantes de usuários, sendo 10 (dez) indígenas e 2 (dois) conselheiros nacionais de saúde não indígenas;
- II. 6 (seis) representantes de gestores, sendo um deles o Secretário da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai); e
- III. 6 representantes de trabalhadores da saúde.

§ 2º A Comissão Organizadora terá a seguinte composição

- I. Coordenador-Geral;
- II. Secretário-Geral;
- III. Comissão de Relatoria;
- IV. Comissão de Comunicação e Informação; e
- V. Comissão de Infraestrutura.

§ 3º O Coordenador-Geral será o Secretário da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai);

§ 4º O Secretário-Geral será indicado pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde dentre os integrantes da Comissão Organizadora Nacional da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena;

§ 5º A Comissão de Relatoria será composta por 17 (dezesete) integrantes, sendo:

- I. 1 (um) Relator-Geral e 1 (um) Relator-Adjunto, indicados pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, sendo um deles conselheiro nacional de saúde; e
- II. 15 (quinze) relatores, indicados pela Comissão Organizadora, podendo ser conselheiros nacionais de saúde ou não.

§ 6º As Comissões de Comunicação e Informação e de Infraestrutura serão compostas por 8 (oito) integrantes cada, de forma paritária, podendo ser ou não conselheiros nacionais de saúde, sendo o coordenador e o coordenador-adjunto indicados dentre os membros da Comissão Organizadora e terão a seguinte composição:

- I. 4 (quatro) usuários, sendo 3 (três) indígenas e 1 (um) não indígena;
- II. 2 (dois) gestores; e
- III. 2 (dois) profissionais/trabalhadores de saúde, sendo 1 (um) indígena.

§ 7º A Comissão Organizadora poderá indicar pessoas e representantes de entidades com contribuição significativa na área, para integrarem as Comissões como apoiadores; e

§ 8º A Comissão Organizadora contará, para a execução de suas atividades, com o apoio do Comitê Executivo e das Comissões de Relatoria, de Comunicação e Informação e de infraestrutura.


§ 9º O Comitê Executivo será designado pelo Ministério da Saúde e composto por representantes dos seus órgãos, para dar apoio administrativo, financeiro, técnico e de Infraestrutura para execução das suas atividades e das deliberações do Plenário do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Organizadora à realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

Parágrafo único. O Comitê Executivo contará com a participação de dois membros da Comissão Organizadora.

§ 10. A Comissão Organizadora, o Comitê Executivo e as Comissões de Relatoria, Comunicação e Informação e de Infraestrutura contarão com suporte técnico, financeiro e administrativo do Ministério da Saúde para realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

Art. 4º O Plenário do Conselho Nacional de Saúde terá como atribuições principais:

- I. deliberar sobre todas as questões pertinentes à realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena;

- 
- II. participar da promoção e supervisão da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, em todas as suas etapas de realização, observando os aspectos técnicos, políticos, administrativos e financeiros; e
 - III. indicar os membros da Comissão Organizadora, exceto o Coordenador-Geral, o Relator-Geral e o Relator-Adjunto da Comissão de Relatoria e os Coordenadores das Comissões de Comunicação e Informação e de Infraestrutura, garantindo, em cada uma dessas Comissões, a participação indígena no segmento de usuários.

Art. 5º As despesas com a organização geral para a realização das Etapas da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena correrão à conta da dotação orçamentária consignada ao Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde arcará com as despesas de hospedagem, transporte e alimentação de todos os Delegados que participarão da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena durante a realização da sua etapa nacional.

Art. 6º Essa Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Alexandre Rocha Santos Padilha

(*) Republicada por ter saído no DOU nº 237, Seção 1, página 38, com incorreção no original.

Resolução nº 461, de 27 de dezembro de 2012


O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Duzentésima Trigésima Oitava Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de novembro de 2012, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, resolve:

Aprovar o Regimento Interno da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.



CAPÍTULO I Dos Objetivos

Art. 1º A 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, convocada pela Portaria Ministerial no 2.357, publicada no Diário Oficial da União, de 16 de outubro de 2012, terá como objetivos aprovar diretrizes que subsidiarão as ações de saúde locais e distritais, bem como a formulação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.



CAPÍTULO II
Da Realização

- Art. 2º A 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena será realizada em 3 (três) etapas – local, distrital e nacional – nas quais será debatido o tema central, a partir de documento orientador, sem prejuízo de debates específicos, em função da realidade de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei).
- Art. 3º As etapas da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena serão realizadas nos seguintes períodos:
- I. etapa local – realizada de janeiro até o dia 30 de junho de 2013;
 - II. etapa distrital – realizada até o dia 30 de setembro de 2013; e
 - III. etapa nacional – realizada de 26 a 30 de novembro de 2013.
- § 1º Nas etapas distrital e nacional da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, será assegurada a paridade dos delegados representantes dos usuários em relação ao conjunto dos delegados dos demais segmentos, conforme a Resolução CNS nº 453/2012 e a Lei nº 8.142/1990.
- § 2º Como cumprimento da etapa local da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, será elaborado Relatório dessa etapa local a ser encaminhado à Comissão Organizadora da etapa distrital, destacando-se, entre as diretrizes aprovadas, as que subsidiarão as ações de saúde local, as que subsidiarão as ações de saúde distrital, bem como a formulação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.
- § 3º Como cumprimento da etapa distrital da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, será elaborado Relatório dessa etapa distrital, destacando-se, entre as diretrizes aprovadas nessa etapa, as que subsidiarão as ações de saúde distrital para uso do Dsei, bem como a formulação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas que deverão ser encaminhadas à Comissão Organizadora da etapa nacional.

§ 4º Serão realizadas, no primeiro dia da etapa nacional da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (26 de novembro de 2013), as seguintes reuniões macrorregionais para articulação das delegações: Norte 1, Norte 2, Nordeste, Sul/Sudeste e CentroOeste (Anexo I).

Art. 4º A realização das etapas local e distrital da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena será de responsabilidade do Ministério da Saúde (MS), dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) e dos respectivos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi), e a realização da etapa nacional será de responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Art. 5º Somente as propostas e moções de âmbito nacional serão consideradas na etapa nacional da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

Art. 6º O documento orientador da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena será elaborado pela Comissão Organizadora prevista no art. 3º, inciso I, da Portaria nº 2.357, de 15 de outubro de 2012.

CAPÍTULO III

Do Tema e dos Eixos Temáticos

Art. 7º Nos termos da Portaria nº 2.357, de 15 de outubro de 2012, e desse Regimento, a 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena terá como tema central “SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA E SUS: DIREITO, ACESSO, DIVERSIDADE E ATENÇÃO DIFERENCIADA”, com os seguintes eixos temáticos:

- I. Atenção Integral e Diferenciada nas Três Esferas de Governo (gestão, recursos humanos, capacitação, formação e práticas de saúde e medicinas tradicionais indígenas);
- II. Controle Social e Gestão Participativa;
- III. Etnodesenvolvimento e Segurança Alimentar e Nutricional; e
- IV. Saneamento e Edificações de Saúde Indígena.

- § 1º O tema central, os eixos e os diálogos temáticos serão discutidos em mesas-redondas, com coordenação, secretaria e expositores indicados pela Comissão Organizadora, com debate e participação dos delegados e convidados.
- § 2º Serão elaboradas ementas que orientarão as apresentações dos expositores nas mesas-redondas.

CAPÍTULO IV Das Instâncias Deliberativas


Art. 8º Serão consideradas como instâncias deliberativas da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena:

- I. Plenária de Abertura;
- II. Grupos de Trabalho; e
- III. Plenária Final.

§ 1º A Plenária de Abertura terá como objetivo deliberar sobre o Regulamento da etapa nacional da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena e contará com uma mesa paritária com coordenação e secretaria, todos indicados pela Comissão Organizadora.

§ 2º Os Grupos de Trabalho, compostos paritariamente, serão realizados simultaneamente, em um número total de 20 (vinte), e deliberarão sobre o Relatório Consolidado da etapa distrital, disponibilizado aos delegados da etapa nacional da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, da seguinte forma:

- I. o Relatório Consolidado da etapa distrital será lido e votado em cada Grupo de Trabalho;
- II. as propostas constantes do Relatório Consolidado da etapa distrital não destacadas nos Grupos de Trabalho serão consideradas aprovadas e farão parte do Relatório Final da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena;

- 
- III. as propostas que obtiverem 70% (setenta por cento) ou mais dos votos, em cada Grupo de Trabalho, e forem aprovadas por 11 (onze) ou mais Grupos de Trabalho, farão parte do Relatório Final da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena;
- IV. para apreciação na Plenária Final, as propostas constantes do Relatório Consolidado da etapa distrital, destacadas nos Grupos de Trabalho, deverão ter a aprovação de, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) dos votos mais um de 11 (onze) ou mais Grupos de Trabalho;
- V. na etapa nacional, haverá possibilidade de exclusão parcial ou total de texto e não serão acatadas propostas novas; e
- VI. os Grupos de Trabalho terão mesas paritárias, com coordenação e secretaria, todos indicados pela Comissão Organizadora.
- § 3º A delegação de algum Dsei que não se sentir contemplada na redação do Relatório Consolidado da etapa distrital poderá encaminhar recurso à Comissão de Relatoria, até as 18 horas do primeiro dia da etapa nacional (26 de novembro de 2013), cabendo a essa Comissão responder o recurso antes da discussão do tema pelos Grupos de Trabalho, sendo indeferido qualquer recurso que não tiver relação com o Relatório da etapa distrital.
- § 4º A Plenária Final terá como objetivo aprovar o Relatório Final da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena que deve expressar o resultado dos debates nas três etapas, bem como conter diretrizes nacionais para formulação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e aprovar as moções de âmbito nacional.
- § 5º O Relatório Final, aprovado na Plenária Final da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, será encaminhado ao Conselho Nacional de Saúde e ao Ministério da Saúde, para subsidiar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

CAPÍTULO V
Da Estrutura e Composição

Art. 9º A Comissão Organizadora é composta de 24 (vinte e quatro) membros e de forma paritária, indicados pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, assim distribuídos:

- I. 12 (doze) representantes de usuários, sendo 10 (dez) indígenas e 2 (dois) conselheiros nacionais de saúde não indígenas;
- II. 6 (seis) representantes de gestores, sendo um deles o Secretário da Sesai; e
- III. 6 representantes de trabalhadores da saúde.

Parágrafo único. A Comissão Organizadora poderá dispor, quando necessário, de convidados nas suas reuniões.

Art. 10. A Comissão Organizadora terá a seguinte estrutura:

- I. Coordenador-Geral;
- II. Secretário-Geral;
- III. Comissão de Relatoria;
- IV. Comissão de Comunicação e Informação; e
- V. Comissão de Infraestrutura.

§ 1º O Coordenador-Geral será o Secretário da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai).

§ 2º O Secretário-Geral será indicado pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde dentre os integrantes da Comissão Organizadora Nacional da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

§ 3º A Comissão de Relatoria será composta por 17 (dezessete) integrantes, sendo:

- I. 1 (um) Relator-Geral e 1 (um) Relator-Adjunto, indicados pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, sendo um deles conselheiro nacional de saúde; e

II. 15 (quinze) relatores, indicados pela Comissão Organizadora, podendo ser conselheiros nacionais de saúde ou não.

§ 4º As Comissões de Comunicação e Informação e de Infraestrutura serão compostas por 8 (oito) integrantes cada, de forma paritária, podendo ser ou não conselheiros nacionais de saúde, sendo o coordenador e o coordenador adjunto indicados dentre os membros da Comissão Organizadora e terá a seguinte composição:

I. 4 (quatro) usuários, sendo 3 (três) indígenas e 1 (um) não indígena;

II. 2 (dois) gestores; e

III. 2 (dois) profissionais/trabalhadores de saúde, sendo 1 (um) indígena.

§ 5º A Comissão Organizadora poderá indicar pessoas e representantes de entidades com contribuição significativa na área, para integrarem as Comissões como apoiadores.

§ 6º A Comissão Organizadora contará, para a execução de suas atividades, com o apoio do Comitê Executivo e das Comissões de Relatoria, de Comunicação e Informação e de Infraestrutura.

Art. 11. O Comitê Executivo será designado pelo Ministério da Saúde e composto por representantes dos seus órgãos, para dar apoio administrativo, financeiro, técnico e de infraestrutura para execução das suas atividades e das deliberações do Pleno do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Organizadora à realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

Parágrafo único. O Comitê Executivo contará com a participação de dois membros da Comissão Organizadora.

Art.12. A Comissão Organizadora, o Comitê Executivo e as Comissões de Relatoria, de Comunicação e Informação e de Infraestrutura contarão com suporte técnico, financeiro e administrativo do Ministério da Saúde para realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.


CAPÍTULO VI

Da Metodologia

- Art. 13. Os Relatórios das Conferências Distritais de Saúde Indígena, apresentados em versão resumida de, no máximo 10 (dez) laudas, em espaço dois, deverão ser encaminhados à Comissão de Relatoria da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena até 10 de outubro de 2013, para elaboração do Relatório Consolidado da etapa distrital que subsidiará as discussões da etapa nacional.
- § 1º O Relatório da etapa local poderá conter até 7 (sete) diretrizes nacionais relacionadas com o tema central da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, e cada diretriz poderá conter até 10 (dez) propostas a serem encaminhadas à etapa distrital.
- § 2º O Relatório da etapa distrital poderá conter até 7 (sete) diretrizes nacionais relacionadas com o tema central da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, e cada diretriz poderá conter até 5 (cinco) propostas a serem encaminhadas à etapa nacional.
- § 3º O número geral de propostas da etapa local e distrital, além dos critérios previstos nos §1º e §2º desse artigo, será definido pela Comissão Organizadora da respectiva etapa e não comporá o Relatório da etapa distrital a ser enviado à etapa nacional da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.
- § 4º Os relatórios aprovados nas etapas distritais serão encaminhados à Comissão de Relatoria em formato eletrônico, com sistema de senha, por meio da página eletrônica do Conselho Nacional de Saúde.
- Art. 14. A Comissão Organizadora da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena receberá os relatórios aprovados nas etapas distritais e elaborará Relatório Consolidado da etapa distrital de acordo com o tema central da Conferência.
- Art. 15. As discussões na etapa nacional da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena terão como base o Relatório Consolidado, os debates ocorridos nas reuniões macrorregionais, mesas-redondas e nos Grupos de Trabalho.

CAPÍTULO VII
Das Atribuições

- Art. 16. A Comissão Organizadora da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena tem as seguintes atribuições:
- I. encaminhar a realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, atendendo às deliberações do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde;
 - II. acompanhar e apoiar a realização das etapas locais e distritais da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena;
 - III. indicar os nomes dos 15 (quinze) relatores para comporem a Comissão de Relatoria;
 - IV. propor ao Plenário do Conselho Nacional de Saúde:
 - a) o Regulamento da etapa nacional e a metodologia de realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena;
 - b) os nomes dos expositores das mesas-redondas;
 - c) a elaboração do roteiro de orientação para os expositores das mesas-redondas.
 - V. acompanhar a disponibilidade e organização da infraestrutura, inclusive, do orçamento para a etapa nacional;
 - VI. apresentar ao Plenário do Conselho Nacional de Saúde a prestação de contas da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena;
 - VII. encaminhar o Relatório Final da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena ao Ministério da Saúde e ao Conselho Nacional Saúde;
 - VIII. realizar o julgamento dos recursos relativos aos credenciamentos de delegados; e
 - IX. discutir e deliberar sobre todas as questões julgadas pertinentes acerca da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena e não previstas nos itens anteriores, *ad referendum* ao Conselho Nacional de Saúde.
- Art. 17. Ao Coordenador-Geral cabe:
- I. convocar as reuniões da Comissão Organizadora;
 - II. coordenar as reuniões e as atividades da Comissão Organizadora;

- 
- III. submeter à aprovação do Conselho Nacional de Saúde as propostas e os encaminhamentos da Comissão Organizadora anteriores à realização da etapa nacional; e,
 - IV. supervisionar todo o processo de organização e realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

Art. 18. Ao Secretário-Geral cabe:

- I. organizar a pauta das reuniões da Comissão organizadora;
- II. participar das reuniões do Comitê Executivo;
- III. organizar e manter arquivo dos documentos recebidos e cópias dos documentos encaminhados em função da realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena; e,
- IV. encaminhar os documentos produzidos pela Comissão Organizadora da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena para providências.

Art. 19. Ao Relator-Geral cabe:

- I. coordenar a Comissão de Relatoria da etapa nacional;
- II. estimular o encaminhamento, em tempo hábil, dos Relatórios das Conferências Distritais à Comissão Organizadora da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena;
- III. coordenar a elaboração do Relatório Consolidado da etapa distrital para distribuição aos delegados da etapa nacional da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena;
- IV. consolidar os Relatórios da etapa distrital e preparar para distribuição aos delegados da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena;
- V. coordenar a elaboração dos consolidados dos Grupos de Trabalho;
- VI. acompanhar a elaboração do SIS Conferência adequado à saúde indígena pelo Datasus;
- VII. coordenar a elaboração e a organização das moções, aprovadas na Plenária Final, no Relatório Final da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena; e

VIII. coordenar a elaboração do Relatório Final da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena a ser encaminhado ao Ministério da Saúde e ao Conselho Nacional de Saúde.

Parágrafo único. O Relator-Geral será substituído, em seus impedimentos eventuais, pelo Relator Adjunto.

Art. 20. Ao Coordenador de Comunicação e Informação cabe:


- I. definir instrumentos e mecanismos de divulgação da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena;
- II. promover a divulgação do Regimento da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena;
- III. orientar as atividades de Comunicação Social da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena;
- IV. promover a divulgação da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena; e
- V. articular, especialmente com a Assessoria de Comunicação do Gabinete do Ministro da Saúde, a elaboração de um plano geral de Comunicação Social da Conferência.

Art. 21. Ao Coordenador da Comissão de Infraestrutura cabe:

- I. propor condições de infraestrutura necessárias à realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena referentes ao local, equipamentos e instalações, recursos audiovisuais, reprografia, comunicação, hospedagem, transporte, alimentação; e
- II. avaliar, juntamente com a Comissão Organizadora, a prestação de contas de todos os recursos destinados à realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

Art. 22. Ao Comitê Executivo cabe:


- I. implementar as deliberações da Comissão Organizadora;
- II. articular a dinâmica de trabalho entre a Comissão Organizadora e o Ministério da Saúde;
- III. enviar orientações aos Conselhos Distritais de Saúde Indígenas dos Dsei e às entidades nacionais da sociedade relacionadas às matérias aprovadas pela Comissão Organizadora;
- IV. estimular e apoiar as etapas locais e distritais da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena nos seus aspectos preparatórios;

- 
- V. encaminhar processos administrativos com prestação de contas à Comissão Organizadora da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena;
 - VI. obter dos expositores os textos de suas apresentações para fins de arquivo e divulgação;
 - VII. Elaborar o orçamento e providenciar as suplementações necessárias, assim como propor a infraestrutura da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena;
 - VIII. convocar técnicos dos órgãos do Ministério da Saúde, e auxiliá-los, em caráter temporário ou permanente, no exercício das suas atribuições;
 - IX. propor a celebração de contratos e convênios necessários à realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena;
 - X. propor, elaborar e realizar métodos de credenciamento dos delegados da etapa nacional e os controles necessários;
 - XI. propor e organizar a Secretaria da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena;
 - XII. promover, em conjunto com a Comissão de Comunicação e Informação, a divulgação da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena;
 - XIII. monitorar o andamento das etapas locais e distritais da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, por meio das suas Comissões Organizadoras Distritais, especialmente no recebimento de seus relatórios finais; e
 - XIV. providenciar os atos e encaminhamentos pertinentes ao fluxo dos gastos com as devidas previsões, cronogramas e planos de aplicação.

Parágrafo único. O Comitê Executivo da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena contará com suporte técnico e administrativo do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena, para a realização das atividades necessárias ao desempenho de suas atribuições.

Art. 23. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde terá como atribuições principais:

- I. deliberar sobre todas as questões pertinentes à realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena;

- 
- II. participar da promoção e supervisão da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, em todas as suas etapas de realização, observando os aspectos técnicos, políticos, administrativos e financeiros; e
 - III. indicar os membros da Comissão Organizadora, exceto o Coordenador-Geral, o Relator-Geral e o Relator-Adjunto da Comissão de Relatoria e os Coordenadores das Comissões de Comunicação e Informação e de Infraestrutura, garantindo, em cada uma dessas Comissões, a participação indígena no segmento de usuários e de profissionais/trabalhadores de saúde.

CAPÍTULO VIII

Dos Participantes

Art. 24. A etapa nacional da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena contará com 1.766 participantes, dentre os quais 1.536 serão delegados.

Parágrafo único. Nos termos do § 4º, do art. 1º, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e nos termos da Resolução nº 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde, a representação dos usuários nas Etapas distrital e nacional da 5ª Conferência Nacional de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos representantes do governo, prestadores de serviços e profissionais/trabalhadores de saúde, sendo assim configurada a participação:

- I. 50% dos participantes serão representantes dos usuários indígenas;
- II. 25% dos participantes serão representantes dos profissionais/trabalhadores de saúde; e,
- III. 25% serão representantes de gestores e prestadores de serviços de saúde.

Parágrafo único. Os presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena serão delegados natos da delegação de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei).


Art. 25. Os participantes da Etapa Nacional da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena distribuir-se-ão em duas categorias:

- I. delegados com direito à voz e voto; e
- II. convidados com direito à voz.

Art. 26. Serão delegados na 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena:

- I. delegados eleitos nas etapas distritais, de acordo com os seguintes critérios: (Anexo II)
 - a) distribuição do total de delegados a partir da divisão proporcional do índice de representação de cada delegado, resultado da divisão da população indígena do País pelo número de delegados previstos para serem eleitos;
 - b) o número final de delegados por Dsei deverá ser múltiplo de 4 (quatro), para dar cumprimento ao previsto no art. 22 desse Regimento;
 - II. delegados eleitos por órgãos de governo e entidades de abrangência e representação nacionais no total de 10% (dez por cento) dos delegados dos Dsei da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, assim distribuídos: (Anexo III)
 - a) delegados eleitos pelos gestores municipais (Conasems), estaduais (Conass) e federal (Ministério da Saúde);
 - b) delegados eleitos por entidades nacionais de prestadores de serviços de saúde;
 - c) delegados eleitos por entidades nacionais de profissionais/trabalhadores de saúde;
 - d) delegados eleitos por entidades e movimentos de usuários incluindo as organizações indígenas de macrorregiões. e
 - III. delegados natos do Conselho Nacional de Saúde – conselheiros nacionais titulares ou suplentes. (Anexo III)
- Parágrafo único. Com o propósito de promover ampla participação dos usuários, trabalhadores da saúde, gestores e prestadores, a Comissão Organizadora Nacional recomenda que a eleição de delegados distritais considere os critérios demográficos, de equidade e a legitimidade das representações.

Art. 27. Serão eleitos, na etapa Distrital, 30% (trinta por cento) de delegados suplentes do total de cada segmento, para a substituição, se necessário, de titulares na 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Parágrafo único. As Comissões Organizadoras da etapa distrital deverão comunicar, até o dia 20 de outubro de 2013, os suplentes que serão credenciados no início da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Os demais que vierem a preencher vagas de



titulares entre os dias 20 de outubro a 26 de novembro de 2013 serão credenciados, excepcionalmente, no dia 26 de novembro de 2013.

Art. 28. A inscrição de delegados para a 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena deverá ser feita nos Dsei, pelas Comissões Organizadoras de cada Distrito Sanitário Especial Indígena:

- I. as inscrições dos delegados eleitos nos Dsei devem ser enviadas ao Comitê Executivo até 10 de outubro de 2013; e
- II. as inscrições dos delegados eleitos por órgãos de governo e entidades de abrangência e representação nacionais devem ser enviadas ao Comitê Executivo até 10 de outubro de 2013.

Art. 29. Os delegados que participarão da etapa distrital da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena serão eleitos entre os participantes das etapas locais e os que participarão da Etapa Nacional serão eleitos entre os participantes das etapas distritais.

Parágrafo único. Recomenda-se à Comissão Organizadora da etapa distrital que sejam contempladas as participações de conselheiros estaduais e municipais de saúde.

Art. 30. Os Conselheiros de Saúde titulares são delegados natos para participarem das seguintes etapas:

- I. etapa local: Conselheiros Locais de Saúde Indígena;
- II. etapa distrital: Conselheiros Distritais de Saúde Indígena; e
- III. etapa nacional: Conselheiros Nacionais de Saúde.

Art. 31. Serão convidados para a 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena:

- I. representantes de órgãos, entidades, instituições nacionais e internacionais;
- II. personalidades nacionais e internacionais, com atuação de relevância na área de saúde indígena e setores afins; e
- III. entidades/movimentos sociais indígenas.

§ 1º Os convidados para a Conferência Nacional terão percentual de até 15% (quinze por cento) do total de delegados da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

§ 2º O Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde definirão os convidados da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

§ 3º As inscrições dos convidados deverão ser enviadas ao Comitê Executivo até 20 de outubro de 2013.

Art. 32. Os participantes com deficiências e/ou patologias deverão fazer o registro na ficha de inscrição da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, para que sejam providenciadas as condições necessárias à sua participação.

CAPÍTULO IX Dos Recursos Financeiros

Art. 33. As despesas com a organização geral para a realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena correrão à conta da dotação orçamentária consignada pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde arcará com as despesas de hospedagem, alimentação e transporte de todos os Delegados que participarão da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena durante a realização da sua etapa nacional.

CAPÍTULO X Disposições Gerais

Art. 34. Os casos omissos nesse Regimento serão resolvidos pela Comissão Organizadora da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

Homologo a Resolução CNS nº 461, de 8 de novembro de 2012, nos termos do Decreto de Delegação de Competência, de 12 de novembro de 1991.

Alexandre Rocha Santos Padilha
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

MACRORREGIÃO	DSEI	Nº DELEGADOS ESPERADOS	
Norte 1	Alto Rio Negro	72	
	Alto Rio Solimões	104	
	Manaus	48	
	Médio Rio Purus	16	
	Médio Rio Solimões e Afluentes	32	
	Parintins	32	
	Vale do Javari	16	
	SUBTOTAL	320	
	Norte 2	Altamira	16
		Alto Rio Juruá	32
		Alto Rio Purus	24
Amapá e Norte do Pará		24	
Guamá-Tocantins		16	
Kayapó do Pará		16	
Leste de Roraima		80	
Porto Velho		24	
Rio Tapajós		24	
Tocantins		24	
Vilhena		16	
Yanomami	40		
SUBTOTAL	336		
Nordeste	Alagoas e Sergipe	32	
	Bahia	56	
	Ceará	48	
	Maranhão	64	
	Pernambuco	96	
	Portiguara	32	
	SUBTOTAL	328	
	Centro-Oeste	Araguaia	16
		Cuiabá	16
		Kayapó Mato Grosso	16
		Mato Grosso do Sul	136
Xavante		32	
Xingu		16	
SUBTOTAL		232	
Sul-Sudeste	Interior Sul	80	
	Litoral Sul	24	
	Minas Gerais e Espírito Santo	32	
	SUBTOTAL	136	
TOTAL		1.352	

Regimento das etapas local e distrital

Documento aprovado na 1ª Reunião da Comissão Organizadora, realizada no dia 18 de fevereiro de 2013

CAPÍTULO I Da Finalidade

Art. 1º Esse Regimento tem por finalidade definir as regras de funcionamento para as Etapas Local e Distrital da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (5ª CNSI), convocada pela Portaria Ministerial nº 2.357, de 15 de dezembro de 2012, e com Regimento aprovado na 240ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional da Saúde – CNS, nos dias 11 e 12 de dezembro de 2012.



CAPÍTULO II Da Realização

Art. 2º A Etapa Local da 5ª CNSI será realizada de 1º de abril até o dia 30 de junho de 2013, e ter duração de, no máximo, 2 (dois) dias.

Art. 3º A Etapa Distrital da 5ª CNSI será realizada de 1º de julho até o dia 30 de setembro de 2013, e ter duração de, no máximo, três dias.

Art. 4º A realização das Etapas Local e Distrital da 5ª CNSI é de responsabilidade da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), do Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei) e do Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi).

CAPÍTULO III Do Temário

Art. 5º As Etapas Local e Distrital da 5ª CNSI têm como Tema Central: “SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA E SUS: DIREITO, ACESSO, DIVERSIDADE E ATENÇÃO DIFERENCIADA”, com os seguintes Eixos Temáticos:

- I. Atenção Integral e Diferenciada nas Três Esferas de Governo (gestão, recursos humanos, capacitação, formação e práticas de saúde e medicinas tradicionais indígenas);
- II. Controle Social e Gestão Participativa;
- III. Etnodesenvolvimento e Segurança Alimentar e Nutricional; e
- IV. Saneamento e Edificações de Saúde Indígena.

§ 1º O Tema Central e os Eixos Temáticos serão discutidos em Mesas-Redondas, com coordenação, secretaria e expositores indicados pela Comissão Organizadora das Etapas Local e Distrital da 5ª CNSI, com debate e participação dos delegados e convidados, tendo como base o Documento Orientador aprovado pela Comissão Organizadora Nacional da 5ª CNSI.

§ 2º Os delegados e convidados terão sua manifestação garantida nas Mesas, Grupos de Trabalho e Plenárias da Etapa Distrital da 5ª CNSI.

§ 3º Os expositores serão escolhidos entre usuários, gestores, prestadores de serviços, profissionais/trabalhadores de saúde e pessoas com conhecimento e experiência na área de saúde indígena, saúde pública, saneamento ambiental e áreas com interface com a saúde indígena.

- Art. 6º Após as exposições, o coordenador da Mesa-Redonda iniciará as inscrições dos delegados e convidados presentes na Plenária, para o debate que será feito no tempo previsto na programação, devendo o número de inscritos ser de acordo com esse tempo.
- § 1º Os delegados e convidados, após identificarem-se, poderão manifestar-se em relação ao Tema e Eixos por escrito ou verbalmente, durante o período de debate, garantindo-se a ampla oportunidade de participação;
- § 2º O tempo máximo para cada manifestação será de até 3 (três) minutos improrrogáveis.
- § 3º Serão recolhidos os crachás dos delegados e convidados em número compatível com o tempo disponível para o debate, tendo prioridade para manifestação os inscritos pela primeira vez.

CAPÍTULO IV


Das Instâncias Deliberativas

- Art. 7º Serão consideradas como instâncias deliberativas da Etapa Distrital da 5ª CNSI:
- I. Plenária de Abertura; II. Grupos de Trabalho; e III. Plenária Final.
- § 1º Participarão das instâncias deliberativas com direito a voz e voto os delegados da Etapa Distrital da 5ª CNSI e com direito a voz os convidados.

Seção I


Da Plenária de Abertura


- Art. 8º A Plenária de Abertura terá como objetivo deliberar sobre o Regulamento da etapa distrital da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena e contará com uma Mesa Coordenadora dos trabalhos, paritária, com coordenação e secretaria, cujos membros serão indicados pela Comissão Organizadora das Etapas Local e Distrital da 5ª CNSI.



Seção II
Dos Grupos de Trabalho

- Art. 9º Os Grupos de Trabalho são instâncias de debate e votação das propostas provenientes da Etapa Local, consolidadas a partir do Relatório da Etapa Local e terão a seguinte organização:
- I. delegados e convidados, conforme distribuição prévia, realizada pela Comissão Organizadora, obedecendo à paridade entre usuários e demais segmentos, conforme a Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde;
 - II. o quórum mínimo para instalação dos Grupos de Trabalho será de maioria simples (cinquenta por cento mais um) do total de delegados que compõe cada Grupo de Trabalho;
 - III. após instalado para aprovação das propostas, o Grupo de Trabalho procederá seus trabalhos com quórum mínimo de cinquenta por cento mais um dos delegados presentes;
 - IV. cada Grupo de Trabalho terá suas atividades dirigidas por uma Mesa Coordenadora, que será composta por usuários, trabalhadores, gestores e prestadores indicados pela Comissão Organizadora das Etapas Local e Distrital da 5ª CNSI;
 - V. a Mesa Coordenadora dos Trabalhos terá a função de conduzir as discussões do Grupo de Trabalho, avaliar o processo de verificação de quorum, controlar o tempo e organizar a participação dos delegados;
 - VI. a Relatoria de cada Grupo de Trabalho será composta por até 4 (quatro) relatores indicados pela Comissão de Relatoria.
- Art. 10. Os Grupos de Trabalho terão como subsídio para a discussão os debates ocorridos durante a Mesa de apresentação sobre o Tema Central e os eixos temáticos, o Relatório Consolidado da Etapa Local e o Documento Orientador aprovado pela Comissão Organizadora da 5ª CNSI.

- 
- Art. 11. A Mesa Coordenadora dos trabalhos fará a leitura do Relatório Consolidado das diretrizes e propostas aprovadas na Etapa Local.
- Art. 12. A cada Diretriz ou Proposta, a Mesa Coordenadora dos Trabalhos consultará o Plenário sobre destaques.
- § 1º Os destaques serão de modificação ou exclusão.
- § 2º Os destaques deverão ser apresentados à Mesa Coordenadora dos Trabalhos durante a leitura das Diretrizes e Propostas do Grupo de Trabalho.
- Art. 13. As Propostas que não receberem destaque durante a leitura serão consideradas aprovadas e farão parte da Relatoria Final da Etapa Distrital da 5ª CNSI.
- Art. 14. Após a leitura, a votação dos destaques será encaminhada da seguinte forma:
- I. ao término da leitura, serão apreciados os destaques e o autor do destaque terá 2 (dois) minutos para defender sua proposta de modificação ou exclusão;
 - II. será permitida uma segunda defesa, a favor e contra, se a Plenária não se sentir devidamente esclarecida para a votação;
 - III. caso o autor do destaque não esteja presente no momento da apreciação do seu destaque, o destaque não será considerado.
- Art. 15. A votação se dará da seguinte forma:
- I. a Mesa Coordenadora dos Trabalhos comunica o número de delegados que compõe os percentuais mínimos para as votações, segundo a lista de Delegados do Grupo de Trabalho, conforme inciso II do Art. 14. desse regulamento;
 - II. haverá a leitura/projeção das propostas destacadas;
 - III. não serão discutidos novos destaques para os itens aprovados;
 - IV. a votação será realizada na seguinte ordem: a proposta do Relatório Consolidado do Grupo de Trabalho será a proposta número 1 (um), e o destaque será a proposta número 2 (dois);

- 
- V. as propostas que obtiverem 70% (setenta por cento) ou mais dos votos, em cada Grupo de Trabalho, e forem aprovadas por 50% mais um ou mais dos Grupos de Trabalho, farão parte do Relatório Final da Etapa Distrital da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena;
- VI. para apreciação na Plenária Final, as diretrizes e propostas constantes do Relatório Consolidado da Etapa Local, destacadas nos Grupos de Trabalho, deverão ter a aprovação de, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) mais um e menos de 70% (setenta por cento) dos votos em pelo menos 50% (cinquenta por cento) mais um ou mais dos Grupos de Trabalho.

Art. 16. A Mesa Coordenadora do Grupo de Trabalho avaliará e poderá assegurar questão de ordem aos delegados, quando dispositivos desse Regimento não estiverem sendo observados.

Parágrafo único. Não serão permitidas questões de ordem durante o regime de votação.

Art. 17. As solicitações de encaminhamento somente serão acatadas pela Mesa Coordenadora dos Trabalhos quando se referirem às propostas em debate, com vistas à votação.

Seção III Da Plenária Final

Art. 18. Participarão na Plenária Final:

- a) os delegados com direito a voz e voto;
- b) os convidados com direito a voz.

Art. 19. A Plenária Final da Etapa Distrital da 5ª CNSI será coordenada por Mesas Coordenadoras dos Trabalhos indicadas pela Comissão Organizadora e aprovada pelo Condisi, integradas por representantes dos usuários, profissionais/trabalhadores de saúde, gestores e prestadores, de acordo com a Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Parágrafo Único: A Plenária Final será registrada por membros da Comissão de Relatoria.

- Art. 20. As votações das Diretrizes e Propostas que comporão o Relatório Final da Etapa Distrital da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena será encaminhada da seguinte maneira:
- I. distribuição prévia do Relatório Consolidado, com as diretrizes e propostas aprovadas nos Grupos de Trabalho;
 - II. as diretrizes e propostas aprovadas com 70% (setenta por cento) ou mais, em pelo menos 50% (cinquenta por cento) mais um ou mais dos Grupos de Trabalhos serão identificadas pelos seus respectivos números no Relatório Consolidado, para conhecimento da Plenária Final;
 - III. na sequência, a Mesa de Coordenação dos Trabalhos fará a leitura e votação das propostas do Relatório Consolidado que obtiverem 50% (cinquenta por cento) mais um e menos de 70% (setenta por cento) dos votos em cada Grupo de Trabalho em pelo 50% (cinquenta por cento) mais um ou mais dos Grupos de Trabalho;
 - IV. se a maioria da Plenária não se sentir devidamente esclarecida para a votação será permitida uma defesa, “a favor” e uma “contra”;
 - V. serão consideradas aprovadas as diretrizes, proposta e os destaques de modificação ou exclusão que na votação obtiverem maioria simples (maioria na ocasião da votação), respeitando o quórum mínimo de 50% (cinquenta por cento) mais um dos delegados credenciados na etapa distrital.
- Art. 21. A Mesa Coordenadora dos Trabalhos da Plenária Final assegurará o direito de questão de ordem e propostas de encaminhamento, conforme esse Regimento.
- Art. 22. A Etapa Distrital da 5ª CNSI será considerada habilitada a aprovar propostas, com quórum mínimo de 50% (cinquenta por cento) mais um, dos delegados credenciados presentes em Plenário.


Seção IV
Das Moções

- Art. 23. As Moções encaminhadas, exclusivamente, por delegados, deverão ser, necessariamente, de âmbito ou repercussão distrital ou nacional e devem ser apresentadas junto à secretaria do evento em formulário próprio elaborado pela Comissão de Relatoria da Etapa Distrital da 5ª CNSI, até às 12 horas do segundo dia de conferência.
- § 1º Cada Moção deverá ser assinada por, pelo menos, 10% (dez por cento) dos delegados credenciados.
- § 2º O formulário para proposição de Moção terá campos de preenchimento para identificar:
- I. o tipo de Moção: apoio, repúdio, apelo, solidariedade ou outro;
 - II. o destinatário da Moção, ou seja, a quem ela é dirigida;
 - III. o fato ou condição que motiva ou gera a Moção e a providência referente ao pleito;
 - IV. a Coordenação da Relatoria organizará as Moções recebidas, classificando-as segundo o critério previsto no caput desse artigo e agrupando-as por tema.
- § 3º Encerrada a fase de apreciação do Relatório Final da Etapa Distrital da 5ª Conferência, o Coordenador da Mesa de Trabalhos procederá à leitura das Moções e as submeterá a aprovação da Plenária, observado o artigo 21 desse regimento.
- Art. 24. Concluída a votação das Moções, encerra-se a sessão da Plenária Final da Etapa Distrital da 5ª CNSI.

CAPÍTULO V

Da Estrutura e Composição das Comissões das Etapas Local e Distrital

- Art. 25. A Comissão Organizadora das Etapas Local e Distrital poderá ser composta por 8 (oito) até de 16 (dezesseis) membros e de forma paritária, indicados pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena, assim distribuídos:

- 
- I. 50% (cinquenta por cento) de representantes usuários indígenas sendo pelo menos um não indígena,
 - II. 25% (vinte cinco por cento) de representantes de gestores, sendo um deles o coordenador do Distrito Sanitário Especial Indígena; e
 - III. 25% (vinte cinco por cento) de representantes de trabalhadores/profissionais da saúde.

Parágrafo único. A Comissão Organizadora poderá dispor, quando necessário, de convidados nas suas reuniões.

Art. 26. A Comissão Organizadora terá a seguinte estrutura:

- I. Coordenador-Geral;
- II. Secretário-Geral;
- III. Comissão de Relatoria;
- IV. Comissão de Comunicação e Informação;
- V. Comissão de Infraestrutura.

§ 1º O Coordenador-Geral será o coordenador do Distrito Sanitário Especial Indígena.

§ 2º O Secretário-Geral será indicado pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena.

§ 3º A Comissão de Relatoria será composta por 5 (cinco) integrantes, sendo:

- I. 1 (um) Relator-Geral e 1 (um) Relator-Adjunto, indicados pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena; e
- II. 3 (três) relatores, indicados pela Comissão Organizadora.

§ 4º As Comissões de Comunicação e Informação e de Infraestrutura serão compostas por 4 (quatro) integrantes cada, de forma paritária, sendo o coordenador e o coordenador adjunto indicados dentre os membros da Comissão Organizadora e terá a seguinte composição:

- I. 2 (dois) usuários;
- II. 1 (um) gestor e
- III. 1 (um) profissional/trabalhador de saúde.

§ 5º A Comissão Organizadora contará, para a execução de suas atividades, com o apoio das Comissões de Relatoria, de Comunicação e Informação, de Infraestrutura e do Comitê Executivo.

Art. 27. A Comissão Organizadora contará com Comitê Executivo, designado pelo Dsei e composto por representantes dos seus órgãos, para dar apoio administrativo, financeiro, técnico e de infraestrutura para execução de suas atividades e das deliberações do Pleno do Conselho Distrital de Saúde Indígena à realização das Etapas Local e Distrital da 5ª CNSI.

Art. 28. A Comissão Organizadora, o Comitê Executivo, as Comissões de Relatoria, de Comunicação e Informação e de Infraestrutura contarão com suporte técnico, financeiro e administrativo do Dsei para realização das Etapas Local e Distrital da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

CAPÍTULO V Da Metodologia

Art. 29. O Relatório da Etapa Distrital da 5ª CNSI deverá ser encaminhado à Comissão de Relatoria da 5ª CNSI até 10 de outubro de 2013, para elaboração do Relatório Consolidado da Etapa Distrital que subsidiará as discussões da Etapa Nacional.

§ 1º O Relatório da Etapa Local poderá conter até 7 (sete) diretrizes nacionais relacionadas com o Tema Central e Eixos Temáticos da 5ª CNSI, e cada diretriz poderá conter até 10 (dez) propostas a serem encaminhadas à Etapa Distrital.

§ 2º O Relatório da Etapa Distrital poderá conter até 7 (sete) diretrizes nacionais relacionadas com o Tema Central e Eixos Temáticos da 5ª CNSI, e cada diretriz poderá conter até 5 (cinco) propostas a serem encaminhadas à Etapa Nacional.

§ 3º As etapas local e distrital poderão aprovar propostas de abrangência do Distrito, além dos critérios previstos nos parágrafos 1º e 2º desse artigo, que será definido pela Comissão Organizadora da respectiva etapa

e que não comporá o Relatório da etapa distrital a ser enviado à etapa nacional da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.


§ 4º O relatório aprovado na Etapa Distrital será encaminhado à Comissão de Relatoria em formato eletrônico, com sistema de senha, por meio da página eletrônica da 5ª CNSI.

Art. 30. A Comissão Organizadora da 5ª CNSI receberá os relatórios aprovados na Etapa Distrital e elaborará Relatório Consolidado da Etapa Distrital de acordo com o Tema Central e Eixos Temáticos da 5ª CNSI.

CAPÍTULO VI Das Atribuições

Art. 31. A Comissão Organizadora das Etapas Local e Distrital da 5ª CNSI tem as seguintes atribuições:

- I. encaminhar a realização das Etapas Local e Distrital da 5ª CNSI, atendendo às deliberações do Conselho Distrital de Saúde Indígena Saúde e do Distrito Especial de Saúde Indígena;
- II. acompanhar e apoiar a realização das Etapas Local e Distrital da 5ª CNSI;
- III. indicar os nomes dos 3 (três) relatores para comporem a Comissão de Relatoria;
- IV. propor ao Plenário do Conselho Distrital de Saúde Indígena:
 - a) o Regulamento das Etapas Local e Distrital e a metodologia de realização das etapas Locais e Distrital da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena;
 - b) os nomes dos expositores;
- V. acompanhar a disponibilidade e organização da infraestrutura, inclusive, do orçamento para as etapas local e distrital;
- VI. apresentar ao Plenário do Conselho Distrital de Saúde Indígena a prestação de contas das Etapas Local e Distrital da 5ª CNSI;

- 
- VII. encaminhar o Relatório Final da Etapa Distrital da 5ª CNSI ao Conselho Distrital de Saúde Indígena e ao Distrito Especial de Saúde Indígena;
 - VIII. realizar o julgamento dos recursos relativos aos credenciamentos de delegados; e
 - IX. discutir e deliberar sobre todas as questões julgadas pertinentes acerca das Etapas Local e Distrital da 5ª CNSI e não previstas nos itens anteriores, *ad referendum* do Conselho Distrital de Saúde Indígena.

Art. 32. Ao Coordenador-Geral cabe:

- I. convocar as reuniões da Comissão Organizadora;
- II. coordenar as reuniões e as atividades da Comissão Organizadora;
- III. submeter à aprovação do Conselho Distrital de Saúde Indígena as propostas e os encaminhamentos da Comissão Organizadora anteriores à realização das Etapas Local e Distrital;
- IV. supervisionar todo o processo de organização e realização das Etapas Local e Distrital da 5ª CNSI.

Art. 33. Ao Secretário-Geral cabe:

- I. organizar a pauta das reuniões da Comissão Organizadora;
- II. organizar e manter o arquivo dos documentos recebidos e cópias dos documentos encaminhados em função da realização das Etapas Local e Distrital da 5ª CNSI;
- III. encaminhar os documentos produzidos pela Comissão Organizadora da Etapa Distrital da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena para providências.

Art. 34. Ao Relator-Geral cabe:

- I. coordenar a Comissão de Relatoria das Etapas Local e Distrital;
- II. estimular o encaminhamento, em tempo hábil, dos Relatórios das Etapas Local e Distrital para a Comissão Organizadora das Etapas Local e Distrital;
- III. coordenar a elaboração do Relatório Consolidado da Etapa Local para distribuição aos delegados da Etapa Distrital da 5ª CNSI;

- IV. consolidar os Relatórios da Etapa Local e preparar para distribuição aos delegados da Etapa Distrital da 5ª CNSI;
- V. coordenar a elaboração dos consolidados dos Grupos de Trabalho;
- VI. coordenar a elaboração do Relatório Final da Etapa Distrital da 5ª CNSI a ser encaminhado à Comissão Organizadora da 5ª CNSI.

Parágrafo único. O Relator-Geral será substituído, em seus impedimentos eventuais, pelo Relator Adjunto.

Art. 35. Ao Coordenador de Comunicação e Informação cabe:

- I. definir instrumentos e mecanismos de divulgação das Etapas Local e Distrital da 5ª CNSI;
- II. orientar as atividades de Comunicação Social das Etapas Local e Distrital da 5ª CNSI;
- III. promover a divulgação das Etapas Local e Distrital da 5ª CNSI.

Parágrafo único. O Coordenador da Comissão de Comunicação e Informação será substituído, em seus impedimentos eventuais, pelo Coordenador Adjunto.


Art. 36. Ao Coordenador de Comissão de Infraestrutura cabe:

- I. propor condições de infraestrutura necessárias à realização das Etapas Local e Distrital da 5ª CNSI referentes ao local, equipamentos e instalações, recursos audiovisuais, reprografia, comunicação, hospedagem, transporte, alimentação; e
- II. avaliar, juntamente com a Comissão Organizadora, a prestação de contas de todos os recursos destinados à realização das Etapas Local e Distrital da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

Parágrafo único. O Coordenador da Comissão de Infraestrutura será substituído, em seus impedimentos eventuais, pelo Coordenador Adjunto.

Art. 37. Ao Comitê Executivo cabe:

- I. implementar as deliberações da Comissão Organizadora;
- II. propor e organizar a Secretaria da Etapa Distrital da 5ª CNSI;

- 
- III. enviar orientações aos Conselhos Locais de Saúde Indígena relacionadas às matérias aprovadas pela Comissão Organizadora;
 - IV. dar apoio administrativo, financeiro, técnico e de infraestrutura para execução de suas atividades e das deliberações do Pleno do Conselho Distrital de Saúde Indígena à realização das Etapas Local e Distrital da 5ª CNSI.

CAPÍTULO VII

Dos Participantes

Art. 38. A Etapa Distrital da 5ª CNSI contará com o número de delegados, conforme quadro anexo.

Parágrafo único. Nos termos do § 4º, do art. 1º, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e nos termos da Resolução nº 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde, a representação dos usuários nas Etapas Distrital da 5ª CNSI será paritária em relação ao conjunto dos representantes do governo, prestadores de serviços e profissionais/trabalhadores de saúde, sendo assim configurada a participação:

- I. 50% (cinquenta por cento) dos participantes serão representantes dos usuários indígenas eleitos nas etapas locais da 5ª CNSI;
- II. 25% (vinte cinco por cento) dos participantes serão representantes dos profissionais/trabalhadores de saúde eleitos na Etapa Local da 5ª CNSI, exceto os representantes dos profissionais/trabalhadores das Secretarias Municipais da área de abrangência do Dsei e que possuem população indígena na sua jurisdição, os quais serão eleitos pelos respectivos Conselhos Municipais de Saúde conforme Planilha anexa.
- III. 25% (vinte cinco por cento) dos participantes serão representantes de gestores/prestadores de serviços de saúde eleitos na Etapa Local da 5ª CNSI, exceto os representantes dos gestores/prestadores das Secretarias Municipais da área de abrangência do Dsei e que possuem população indígena na sua jurisdição, os quais serão eleitos pelos respectivos Conselhos Municipais de Saúde conforme Planilha anexa.

Art. 39. Os participantes da Etapa Distrital da 5ª CNSI distribuir-se-ão em duas categorias:

- I. delegados com direito à voz e voto e;
- II. convidados com direito a voz.

Artigo 40. Serão delegados na Etapa Distrital da 5ª CNSI:

III. delegados usuários indígenas, profissionais/trabalhadores e gestores/prestadores de serviços de saúde de acordo com os critérios propostos pela Comissão Organizadora da 5ª CNSI.

§ 1º a distribuição do total de delegados foi feita a partir da divisão proporcional do índice de representação de cada delegado, resultado da divisão da população indígena do País pelo número de delegados previstos para serem eleitos;

§ 2º o número final de delegados por Dsei deverá ser múltiplo de 4 (quatro), para dar cumprimento ao previsto no artigo 36 desse Regimento;

§ 3º Cada município da área de abrangência do Dsei terá direito a 1 (um) delegado representante dos profissionais/trabalhadores de saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a 1 (um) delegado representante do gestor da SMS, todos eleitos pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde.

Art. 40. Os Conselheiros Distritais de Saúde Indígena titulares ou os suplentes quando estiverem substituindo os titulares, são delegados natos para participarem da Etapa Distrital da 5ª CNSI.

Art. 41. A inscrição de delegados para a 5ª CNSI deverá ser feita no Dsei pela Comissão Organizadora das Etapas Local e Distrital. Parágrafo único. As inscrições dos delegados eleitos na Etapa Distrital da 5ª CNSI para participarem da Etapa Nacional deverão ser enviadas à Comissão Organizadora Nacional da 5ª CNSI até 10 de outubro de 2013.

Art. 42. Os delegados representantes dos usuários, dos profissionais/trabalhadores de saúde e dos gestores/prestadores de serviços de saúde que participarão da Etapa Distrital da 5ª CNSI serão eleitos entre os participantes da Etapa Local.

§ 1º Os Delegados que participarão da Etapa Nacional serão eleitos entre os participantes da Etapa Distrital.

§ 2º Recomenda-se à Comissão Organizadora das Etapas Local e Distrital que sejam contempladas as participações de conselheiros estaduais e municipais de saúde.

Art. 43. Serão eleitos, na Etapa Distrital, 30% (trinta por cento) de delegados suplentes do total de cada segmento, para a substituição, se necessário, de titulares na 5ª CNSI.

Parágrafo único. A Comissão Organizadora das Etapas Local e Distrital deverá comunicar, até o dia 20 de outubro de 2013, os suplentes que deverão ser credenciados no início da 5ª CNSI e os suplentes que vierem a preencher vagas de titulares serão credenciados, excepcionalmente, no dia 26 de novembro de 2013.

Art. 44. Serão convidados para a Etapa Distrital da 5ª CNSI:

I. representantes de órgãos, entidades, instituições estaduais e municipais;

II. entidades/movimentos sociais indígenas.

§ 1º Os convidados para a etapa distrital da 5ª CNSI terão percentual de até 15% (quinze por cento) do total de delegados.

§ 2º O Conselho Distrital de Saúde Indígena, a Comissão Organizadora e o Distrito Sanitário Especial Indígena definirão os convidados da Etapa Distrital da 5ª CNSI.

§ 3º As inscrições dos convidados deverão ser enviadas à Comissão Organizadora no período de 30 dias antes do início da Conferência.

Art. 45. Os participantes com deficiências e/ou patologias deverão fazer o registro na ficha de inscrição da Etapa Distrital da 5ª CNSI, para que sejam providenciadas as condições necessárias à sua participação.

CAPÍTULO VIII

Dos Recursos Financeiros

- Art. 46. As despesas com a organização geral para a realização das Etapas Local e Distrital da 5ª CNSI correrão à conta da dotação orçamentária consignada pela Sesai/Ministério da Saúde, por meio do Dsei.
- Parágrafo único. A Sesai, por intermédio do Dsei, arcará com as despesas de hospedagem, alimentação e transporte de todos os delegados que participarão da Etapa Distrital da 5ª CNSI durante a realização da sua Etapa Distrital.

CAPÍTULO IX

Do Credenciamento

- Art. 47. O credenciamento dos delegados titulares e convidados deverá ser realizado no primeiro dia da Etapa Distrital da 5ª CNSI das 8 horas às 16 horas.
- Art. 48. A substituição dos delegados titulares e o respectivo credenciamento dos delegados suplentes será realizada no primeiro dia da Conferência das 16 até as 18 horas.
- Parágrafo único. Fica sob a responsabilidade do DSEI acompanhar a substituição dos delegados titulares pelos suplentes.

CAPÍTULO X

Das Disposições Gerais e Comuns

- Art. 49. Serão conferidos certificados de participação na Etapa Distrital da 5ª CNSI aos delegados, integrantes da Comissão Organizadora, do Comitê Executivo, das Comissões de Relatoria, Comunicação e Informação e de Infraestrutura, convidados, expositores e relatores, especificando a condição da participação de cada um na 5ª CNSI.
- Art. 50º Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Organizadora, *ad referendum*, quando a Plenária do Condisi não estiver reunida.

DSEI	Pop. Indígena Siasi (2012)	Pop/1.044 (índice)*	Ajuste (MULT.4)**	Subtotal	Nº de Municípios SUS***	Total****	Usuários	Trabalhadores				Gestores		Conselheiros	Total Geral
								Trabalhador	Eleito CLSI	Eleito CMS	Nº de vagas	Eleito CLSI	Eleito CMS	Distritais *****	
Alagoas e Sergipe	13.466	13	19	64	10	104	52	26	16	10	26	16	10	24	128
Altamira	2.845	3	13	32	5	52	26	13	8	5	13	8	5	68	120
Alto Rio e Juruá	13.828	13	19	64	8	96	48	24	16	8	24	16	8	20	116
Alto Rio Negro	35.571	34	38	144	7	172	85	43	36	7	43	36	7	24	196
Alto Rio Purus	9.661	9	15	48	7	76	38	19	12	7	19	12	7	56	132
Alto Rio Solimões	52.387	50	54	208	7	236	118	59	52	7	59	52	7	48	284
Amapá e norte do Pará	10.320	10	14	48	4	64	32	16	12	4	16	12	4	32	96
Araguaia	4.208	4	12	32	14	88	44	22	8	14	22	8	14	58	146
Bahia	26.502	25	31	112	27	220	110	55	28	27	55	28	27	32	252
Ceará	22.522	22	26	96	18	168	84	42	24	18	42	24	18	72	240
Cuiabá	6.799	7	9	32	16	96	48	24	8	16	24	8	16	62	158
Guamá e Tocantins	7.200	7	9	32	18	104	52	26	8	18	26	8	18	32	136
Interior Sul	41.847	40	40	150	68	432	216	108	40	68	108	40	68	64	496
Kaiapó do Mato Grosso	5.376	5	11	32	9	68	34	17	8	9	17	8	9	48	116
Kaiapó do Pará	4.806	5	11	32	5	52	26	17	8	9	13	8	5	20	72
Leste de Roraima	41.369	40	40	160	10	200	100	13	8	5	50	40	10	40	240
Litoral Sul	9.670	9	15	48	49	244	122	61	12	49	61	12	49	68	312
Manaus	24.768	24	24	96	18	168	84	42	24	18	42	24	18	44	212
Maranhão	32.682	31	33	128	20	208	104	52	32	20	52	32	20	44	252
Mato Grosso do Sul	69.717	67	69	272	29	388	194	97	68	29	97	68	29	32	420
Médio Rio Purus	7.084	7	9	32	3	44	22	11	8	3	11	8	3	28	72
Médio Rio Solimões e afluentes	17.019	16	16	64	14	120	60	30	16	14	30	16	14	40	160
Minas Gerais e Espírito Santo	13.729	13	19	64	14	120	60	30	16	14	30	16	14	50	170
Parintins	14.711	14	18	64	4	80	40	20	16	4	20	16	4	36	116
Pernambuco	47.844	46	50	192	13	244	122	61	48	13	61	48	13	28	272
Porto Velho	10.508	10	14	48	15	108	54	27	12	15	27	12	15	24	132
Potiguará	13.880	13	19	64	3	75	38	19	16	3	19	16	3	32	108
Rio Tapajós	9.852	9	15	48	4	64	32	16	12	4	16	12	4	20	84
Tocantins	9.826	9	15	48	12	96	48	24	12	12	24	12	12	36	132
Vale do Javari	5.278	5	11	32	1	36	18	9	8	1	9	8	1	28	64
Vilhena	7.052	7	9	32	2	40	20	10	8	2	10	8	2	24	64
Xavante	16.749	16	16	64	17	132	66	33	16	17	33	16	17	36	158
Xingu	6.351	6	10	32	8	64	32	16	8	8	16	8	8	40	104
Yanomami	19.728	19	21	80	8	112	56	28	20	8	28	20	8	80	192
TOTAL	835.166	608	744	2.704	487	4.572	2.288	1.143	878	487	1.143	878	487	1.390	5.982

LEGENDA

Os dados acima foram calculados de acordo com a tabela de Distribuição de Delegados dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas para a Etapa Nacional, conforme Anexo II do DOU de 27/12/12.

Utilizou-se o mínimo de 16 participantes no segmento de usuários, o que representa o dobro de participação indígena em relação à mesma representatividade nesse segmento na V CNSI.

Os segmentos dos trabalhadores bem como dos gestores/prestadores consequentemente também foram beneficiados proporcionalmente com o aumento de participantes do segmento de usuários de acordo com a paridade.

* Tendo como referência o quantitativo de representantes do segmento de usuários do anexo II da V CNSI, o cálculo do índice populacional (POP/1.044) para obter-se o quantitativo do número de usuários para a Etapa Distrital, sendo assim, amentando o número de representantes de forma significativa e levando em consideração o contingente populacional de cada Dsei.

** Assim como será na V CNSI, fez-se um ajuste para que o valor total de delegados sejam todos múltiplos de 04 (quatro) visando obter-se a paridade nos segmentos. Os ajustes também foram feitos de modo a obter o dobro do número de Delegados na CDSI em relação à V CNSI.

*** Garantia de participação dos municípios da área de abrangência do Dsei aprovado na Reunião da Comissão Organizadora do dia 18/02/13

**** Ao acrescentar um delegado trabalhador/gestor para cada município da área de abrangência do Dsei aumenta-se esse mesmo quantitativo na delegação de usuários.

***** Conselheiros Distritais Titulares são delegados natos na Etapa Distrital da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena

Regulamento

Regulamento aprovado na Plenária de Abertura da 5ª CNSI, realizada no dia 2 de dezembro de 2013

FINALIDADE

Art 1º Esse REGULAMENTO tem por finalidade a definição de regras de funcionamento da etapa nacional com base no Regimento da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, convocada pela Portaria Ministerial nº 2.357, publicada no Diário Oficial da União, de 16 de outubro de 2012.



MESAS REDONDAS


- Art 2º Após as exposições, o coordenador da mesa-redonda iniciará as inscrições das pessoas do plenário e o debate.
- § 1º Os Delegados e Convidados poderão manifestar-se por escrito ou verbalmente, durante o período de debate, garantindo-se a ampla oportunidade de participação;
 - § 2º O tempo máximo para cada manifestação será de 03 (três) minutos improrrogáveis.
 - § 3º Haverá prioridade para manifestação de pessoas inscritas pela primeira vez.
 - § 4º As pessoas inscritas, que necessitarem, poderão utilizar intérpretes para sua manifestação.
 - § 5º O número de pessoas a serem inscritas será definido conforme horário previsto para o fim da mesa-redonda.
- Art 3º As exposições e debates serão gravados.

GRUPOS DE TRABALHO

- Art 4º Conforme artigo 8º do Regimento da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, os Grupos de Trabalho são instâncias deliberativas, e deverão iniciar com quórum mínimo 30% dos Delegados credenciados presentes.
- § 1º O quórum mínimo que trata esse artigo serve evitar atraso o início do trabalho de grupo, ler o consolidado e fazer os destaques. A votação dos destaques segue quórum previsto no artigo 10 desse regulamento.
- Art 5º A mesa coordenadora fará a leitura do consolidado das propostas aprovadas nas Etapas Distritais da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.
- Art 6º A cada item de proposta, a mesa coordenadora consultará o Plenário sobre os destaques de exclusão.
- Art 7º As propostas que não receberem destaque durante a leitura serão consideradas aprovadas.
- Art 8º As pessoas que apresentarem destaque de exclusão deverão informar o nome para a mesa coordenadora após a leitura do item.
- Art 9º Quando houver a apresentação de mais de um destaque de exclusão os delegados serão convidados a definir quem fará a defesa do destaque.

VOTAÇÃO DE DESTAQUES

- Art 10. O quórum mínimo para a votação dos destaques nos Grupos de Trabalho (GT) será de no mínimo setenta por cento (70%) dos Delegados credenciados presentes no GT.
- Art 11. O quórum mínimo para a votação na Plenária final será de no mínimo cinquenta por cento (50%) dos Delegados credenciados presentes em Plenária.
- Art 12. As votações dos grupos de trabalhos e da Plenária final serão encaminhadas da seguinte maneira:

- 
- a) A mesa coordenadora comunica o número de delegados que compõe os percentuais mínimos para as votações, segundo a lista de Delegados dos Grupos de Trabalho e da Plenária Final.
 - b) Haverá a projeção no telão das propostas com os respectivos destaques.
 - c) A coordenação da mesa faz a leitura dos destaques, verifica se a plenária está esclarecida para a votação, coloca o destaque em votação e segue para o outro destaque e assim sucessivamente.
 - d) Não serão discutidos novos destaques para os itens aprovados.
 - e) Quando a plenária não estiver esclarecida, a mesa concederá a palavra ao Delegado que se apresentar para defender o destaque de exclusão e ao Delegado que se apresentar para defender posição original.
 - f) O tempo para cada intervenção será de até 3 (três) minutos.
 - g) Será permitida uma segunda defesa, a favor e contra, se metade mais um da Plenária não se sentir devidamente esclarecida para a votação.
 - h) A votação será realizada na seguinte ordem: a proposta do relatório consolidado será a proposta número 1, e o destaque de exclusão será a proposta de número 2.
 - i) A aprovação das propostas nos Grupos de Trabalho será de 70% e na Plenária final será por maioria simples (maioria na ocasião da votação) dos Delegados presentes.

Art 13. A mesa coordenadora assegurará o direito de manifestação “pela ordem”, aos Delegados, quando dispositivos desse Regulamento não estiverem sendo observados.

Parágrafo Único. Não serão permitidas solicitações “pela ordem” durante o regime de votação.

Art 14. As propostas de encaminhamento somente serão acatadas pela mesa coordenadora quando se referirem às propostas em debate, com vistas à votação.

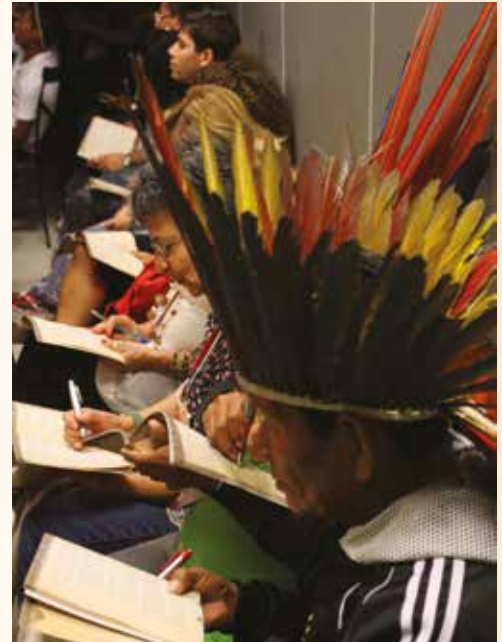
Art 15. A Comissão Organizadora destinará locais específicos de permanência para os Delegados e os Convidados na Plenária Final.

MOÇÕES

- Art 16. As moções de âmbito nacional serão encaminhadas por Delegados, e devem ser apresentadas junto à relatoria em formulário próprio elaborado pela Comissão de Relatoria da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena até às 15 horas do dia 29 de novembro de 2013.
- § 1º Cada moção para ser encaminhada à relatoria deverá ser assinada por, pelo menos, 10% dos Delegados da Conferência.
- § 2º A Coordenação de Relatoria organizará as moções recebidas e as agrupará por tema.
- § 3º Encerrada a fase de apreciação do Relatório Final da Conferência, o Coordenador da mesa procederá à leitura das Moções e submeterá sua aprovação à Plenária.
- § 4º A aprovação das moções será por maioria simples (maioria na ocasião da votação) dos Delegados presentes.
- Art 17. Concluída a votação das moções será encerrada a sessão da Plenária Final da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

DISPOSIÇÕES GERAIS

- Art 18. Os certificados de participação na Etapa Nacional da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena serão entregues no dia 30 de novembro de 2013.
- Art 19. Os horários previstos na programação devem ser observados por todos os participantes da Etapa Nacional da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena;
- Art 20. Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Organizadora.





FICHA TÉCNICA

Comissão Organizadora 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena

- Presidente – Alexandre Rocha Santos Padilha
- Vice-Presidente – Maria do Socorro de Souza
- Coordenador-Geral – Antônio Alves de Souza
- Secretário-Geral – Clóvis Bouffleur
- Relatora-Geral – Maria de Fátima Sousa
- Relator-Adjunto – Edmundo Dzuaiwi Ômore (Xavante)
- Coordenador de Comunicação e Informação – Ruth Ribeiro Bittencourt
- Coordenador-Adjunto de Comunicação e Informação – Kleber Luiz Santos dos Santos (Karipuna)
- Coordenador de Infraestrutura – Fernando Rodrigues da Rocha
- Coordenador-Adjunto de Infraestrutura – Jorge Oliveira Duarte (Marubo)
- Antônio Ricardo Domingos da Costa (Dourado Tapeba) – Representante Indígena da Região Nordeste na Comissão Intersetorial de Saúde Indígena/Conselho Nacional de Saúde
- Clóvis Bouffleur – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)/Conselho Nacional de Saúde
- Edmundo Dzuaiwi Ômore (Xavante) – Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (Coiab)/Conselho Nacional de Saúde;
- Fernando da Silva Souza (Terena) – Presidente do Condisi Mato Grosso do Sul/Fórum de Presidentes de Condisi
- Ilírio Portela (Kaingang) – Presidente do Condisi Interior Sul/Fórum de Presidentes de Condisi.
- Jorge Oliveira Duarte (Marubo) – Presidente do Condisi do Vale do Javari/ Fórum de Presidentes de Condisi
- Kleber Luiz Santos dos Santos (Karipuna) – Presidente do Condisi Amapá Norte do Pará/Fórum de Presidentes de Condisi;
- Lauro Martins (Tupinikim) – Representante Indígena da Região Sudeste na Comissão Intersetorial de Saúde Indígena/Conselho Nacional de Saúde.

MEMBRO REPRESENTAÇÃO

Usuários

- Agnelo Temrité Wadzatsé (Xavante) – Presidente do Condisi Xavante/Fórum de Presidentes de Condisi

- Maria do Carmo Andrade Silva (Pankararu) – Representante do Condisi Pernambuco/Fórum de Presidentes de Condisi
- Rildo Mendes (Kaingang) – Representante Indígena da Região Sul na Comissão Intersetorial de Saúde Indígena/Conselho Nacional de Saúde
- Verônica Lourenço da Silva – Liga Brasileira de Lésbicas (LBL)/Conselho Nacional de Saúde

Profissionais/Trabalhadores de Saúde

- Ailson dos Santos (Truka) – Assessor Indígena do DSEI Pernambuco
- Jacimar de Almeida Gouveia (Kambebe) – Assessor Indígena do DSEI Manaus
- Lindomar Santos Rodrigues (Xocó) – Assessor Indígena do DSEI Alagoas/Sergipe
- Nelson Mutzie Rikbaktsa (Rikbaktsa) – Assessor Indígena do DSEI Vilhena
- Sandro Emanuel Cruz dos Santos (Tuxá) – Assessor Indígena do DSEI Bahia
- Ruth Ribeiro Bittencourt – Conselho Federal de Serviço Social/ Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Saúde (Fentas).

Gestores

- Antônio Alves de Souza – Secretaria Especial de Saúde Indígena/Ministério da Saúde
- Fernando Rodrigues Rocha – Secretaria Especial de Saúde Indígena/Ministério da Saúde
- Haroldo Jorge de Carvalho Pontes – Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)
- José Eri de Medeiros – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)
- Patrícia Chagas Neves – Fundação Nacional do Índio/Ministério da Justiça
- Zenite da Graça Boguea Freitas – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Ministério da Saúde

Comissão de Relatoria

- Coordenador-Geral – Maria de Fátima Sousa – Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)/Conselho Nacional de Saúde
- Coordenador-Adjunto – Edmundo Dzuaiwi Ômore – Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (Coiab)/Conselho Nacional de Saúde

Relatores Nacionais

- Andrey Moreira Cardoso
- Carla Costa Teixeira
- Simone Vidal da Silva (Karipuna)
- Jacinta de Fátima Senna da Silva
- Liliane Cunha de Souza
- Luciana Benevides Ferreira
- Marcelo Souza e Silva
- Roberto Carlos de Oliveira
- Silvana Brazeiro Conti
- Sônia Bone de Sousa Silva Santos (Guajará)
- Tiago Araújo Coelho de Souza
- Eriverto da Silva Vargas (Marubo)
- Willian César Lopes Domingues (Xacriabá)

Equipe Administrativa Comissão de Relatoria

- Ione Barros
- Marcellly Luise Souza Godinho

Equipe de Apoio à Relatoria

- Elza Machado de Melo
- Geórgia Silva
- Gianna Guiotti Testa

- Janini Ginani
- Maria Camila Faccenda
- Maria da Glória Campos da Silva
- Maria da Graça Hoefel
- Maristela Sousa Torres
- Míriam Falkenberg
- Remédios Mendes
- Renzo Gonçalves Chaves
- Sandro Magno Costa Pereira
- Selma Nunes
- Solange Lima
- Zenite da Graça Boguea

Equipe de Suporte à Relatoria – Relatores Distritais

- Adelita Hort (Vilhena)
- Aécio Menezes Nogueira (Pernambuco)
- Andreza Maria dos Santos (Alagoas/Sergipe)
- Dânica Maria de Almeida (Litoral Sul)
- Denisson Yanomami
- Elizaneide da Silva Seixas (Médio Rio Solimões e Afluentes)
- Emmanoela Mara Marcêdo Ribeiro (Potiguara)
- Fernanda Alves Barros (Interior Sul)
- Fernando Antônio da Silveira (Yanomami)

- Gilberto Barros dos Santos (Tocantins)
- Jean Hallyson Vicente Ferreira (Potiguara)
- Joselli da Silva Eleotério (Porto Velho)
- Juliana Cantele (Interior Sul)
- Leandro Morais Dias Ribeiro (Cuiabá)
- Maria Eduarda Di Cavalcante (Alagoas/Sergipe)
- Maria Railda de Souza (Alto Rio Purus)
- Nayara Selaco (Interior Sul)
- Newton Gonçalves de Figueiredo (Mato Grosso do Sul)
- Ranna Iara de Pinho Chaves Almeida (Mato Grosso do Sul)
- Rosa Maria Pinto (Maranhão)
- Rosanna Santana Vidal (Bahia)
- Soraia Cristina de Souza Tavares (Porto Velho)

Equipe de Suporte à Relatoria – Estudantes Indígenas – UnB

- Aislan Felipe da Silva Santos
- Asheley Francimar da Silva Santos
- Brulina Aurora
- Bruna Bastos Gonçalves
- Camila Machado de Lima
- Clecildo de Souza Santos
- Daniel Luan da Silva
- Dirlene Chagas do Carmo

- Edneide Maria da Silva
- Elieny dos Santos de Paula
- Elves Irlande freire Júnior
- Érica Sabino da Silva
- Evelyn Teixeira Nery
- Ezaul Evaristo da Silva Santos
- Geraci Aicuna dos Santos Mendes
- Giovana Cruz Mandulão
- Graciana Maria da Silva
- Hauni Tupinamba Monteiro
- Hugo Fernando Vale Cardoso
- Ilka Lidiane Bastos Gonçalves
- Itaynan Pires da Silva
- Jhennyson Robert Ribeiro dos Santos
- Joalice Gonçalves dos Santos
- Joicilene Cruz Mandulão
- Laura Celeste Gonçalves Cardoso
- Leonel Alcides da Silva
- Lindalva Felix Zaguri
- Lucileia da Silva
- Luiza Gabriela de Melo Motas da Cruz
- Maria da Conceição Marques de Souza
- Mauricio Cordeiro de Souza

- Mônica Lima Lopes
- Rayanne Cristine Máximo França
- Rebeca Caetano de Sá
- Rodrigo Silvério de Oliveira Santos
- Eliete Gervásio Monteiro
- Taily de Faria Marcos Terena
- Tanielson Rodrigues da Silva
- Tânio Pinto Pereira
- Uelza Alves Vieira
- Vilma Benedita de Oliveira

Comissão de Comunicação e Informação

- Coordenação – Ruth Ribeiro Bittencourt – Conselho Federal de Serviço Social/Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Saúde (Fentas).
- Coordenação-Adjunta – Kleber Luiz Santos dos Santos – Presidente do Condisi Amapá Norte do Pará/Fórum de Presidentes de Condisi.

Usuários

- Nádia Elizabeth Barbosa Villas Bôas – Movimento Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais (MBHV)/Conselho Nacional de Saúde
- Ercília da Silva Vieira – Presidente do Condisi Médio Rio Solimões/Fórum de Presidentes de Condisi

- Gabriel de Abreu Domingues – Presidente do Condisi do Ceará/Fórum de Presidentes de Condisi
- Kleber Luiz Santos dos Santos (Karipuna) – Presidente do Condisi Amapá Norte do Pará/Fórum de Presidentes de Condisi

Trabalhadores

- Ruth Ribeiro Bittencourt – Conselho Federal de Serviço Social/Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Saúde (Fentas)
- Luiz Vieira Titiah (Pataxó Hahahãe) – Assessor Indígena do DSEI Bahia

Gestores

- Aedê Cadaxa – Secretaria Especial de Saúde Indígena/Ministério da Saúde
- Marcos Antônio da Silva Pádua – Secretaria Especial de Saúde Indígena/Ministério da Saúde

Comissão de Infraestrutura

- Coordenação-Geral – Fernando Rodrigues da Rocha – Secretaria Especial de Saúde Indígena/Ministério da Saúde
- Coordenação-Adjunta – Jorge Oliveira Duarte – Presidente do Condisi do Vale do Javari/Fórum de Presidentes de Condisi

Usuários

- Marisa Furia Silva – Associação Brasileira de Autismo (Abra)/ Conselho Nacional de Saúde
- Jorge Oliveira Duarte – Presidente do Condisi do Vale do Javari/ Fórum de Presidentes de Condisi
- Marcos Sabaru Campos – Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib)
- Sandro Waro Munduruku – Presidente do Condisi Rio Tapajós/ Fórum de Presidentes de Condisi

Trabalhadores

- Eurídice Ferreira de Almeida – Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil (Fasubra)/Conselho Nacional de Saúde
- Valdenir Andrade França – Assessor Indígena da Secretaria Especial de Saúde Indígena

Gestores

- Fernando Rodrigues da Rocha – Secretaria Especial de Saúde Indígena/Ministério da Saúde
- Viviane Aparecida Bruno Inácio – Secretaria Especial de Saúde Indígena/Ministério da Saúde

Comitê Executivo da 5ª CNSI

- Coordenação-Geral – Bianca Coelho Moura – Secretaria Especial de Saúde Indígena

I – Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)

- Eloína Caetano de Moraes Karajá
- Fernando de La Roque Couto

II – Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde (SE-CNS)

- Márcio Florentino Pereira
- Neide Rodrigues dos Santos

III – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP)

- Zenite da Graça Boguea Freitas

IV – Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)

- Mariângela Soares Nogueira

V – Comissão Organizadora

- Fernando Rodrigues da Rocha
- Jorge Oliveira Duarte.

COMITÊ DE TRABALHO

Subcomitê de Acolhimento

- Coordenação – Gisely Gleice Pasquini Danielli
- Coordenação-Adjunta – Marina Marianne Santana Coelho Costa

Equipe de Apoio:

- Ana Cristina Barreto Peixoto Sampaio
- Amanda Aparecida Fernandes
- Ângela Maria Coimbra Silveira
- Antônia Maria Pereira
- Carina Schifino Robles Diefenbach
- Cristiane Cezário Gomes
- Elis Regina dos Santos de Araújo
- Eloína Caetano Morais Karajá
- João Franco Neto
- Raimunda Nonata Mesquita Formiga
- Vera Regina Resnauer T. da Silva Dias

Subcomitê de Alimentação

- Coordenação – Letícia Moreira Oliveira

Equipe de Apoio:

- Gisele Mêne de Castro
- Antônio Leopoldo Nogueira Neto

- Clara Freire de Araújo
- Graziela Mendes Medeiros
- Sara Emanuela de Carvalho Mota

Subcomitê de Apoio

- Coordenação – Gleisse de Castro Fonseca
- Coordenação-Adjunta – Rozangela Fernandes Camapum

Equipe de Apoio:

- Leila Resende Castro Herculano
- Gilvande Ferreira da Luz
- Danielle Menezes de Oliveira Braga
- Marina De Matos Feijó Araújo Negrisoló
- Ana Darla Arruda

Subcomitê de Atividades Culturais

- Coordenação – Fernando de La Roque Couto
- Coordenação-Adjunta – Osvaldo Peralta Bonetti

Equipe de Apoio:

- Lúcia Maria de Castro Matsuoka
- Osvaldo Peralta Bonetti
- Mônica Neves da Silva
- Lucas da Silva Nóbrega

- Fátima Aparecida da Silva
- Lysiane de Castro Pereira Paiva
- Gessica Kaline Santos Sousa
- Adriana Soares de Araújo
- Luana Silveira de Faria

Subcomitê de Cerimonial

- Coordenação – Vilma Gomes de Medeiros Sobral
- Coordenação-Adjunta – Andréa Rezende de Souza

Equipe de Apoio:

- Alessandra Giseli Matias
- Anísia Ramos Fuad
- Sueli Cardoso Barbosa

Subcomitê de Comunicação

- Coordenação – Ruth Ribeiro Bittencourt
- Coordenação-Adjunta – Kleber Luiz Santos dos Santos

Equipe de Apoio:

- Aedê Gomes Cadaxa
- Ayana Carneiro Gomes Figueiredo
- Felipe Nabuco Queiroz Sampaio
- Fernanda Miranda
- Francisco Assul de Souza Junior
- Giovana Santos Simoni Costa

- Graziela Christina de Oliveira
- Igor Santos Freitas
- João Bosco Araújo
- Luís Carlos Nunes Oliveira
- Luiz Parahyba
- Murilo Araújo Caldas
- Paulo Borges Aquino
- Raelma Paz Silva
- Nádia Elizabeth Barbosa Villas Bôas
- Ercília da Silva Vieira
- Gabriel de Abreu Domingues
- Luiz Vieira Titiah
- Vivianne Paixão

Subcomitê de Credenciamento

- Coordenação – Marcos Antônio da Silva Pádua
- Coordenação-Adjunta – Neide Rodrigues dos Santos

Equipe de Apoio:

- Érica Lima Costa de Menezes
- Gabriel Cortês
- Isabela Maria Lisboa Blumm
- Taiana Pontes da Silva
- Tatianna Meireles Dantas de Alencar

Subcomitê de Feira de Artesanato

- Coordenação – Fernando De La Rocque Couto

Equipe de Apoio:

- Ana Paula Andrade Silva Milhomem
- Rafaela Rocha
- Renata Alencar Zonta

Subcomitê de Hospedagem

- Coordenação – Wankykon Moura Coelho
- Coordenação-Adjunta – Rafael de Aguiar Marshall

Equipe de Apoio:

- Adriano Luís Silva Guimarães
- Cailo Wellinton de Lima Almeida
- Cristiane Borges de Freitas
- Edsonia Soares da Silveira
- Hérica de Arruda Maurício
- Luciana de Oliveira Fernandes
- Marcelo Alves Miranda
- Maria Angélica Breda Fontão
- Maria de Lourdes Ribeiro
- Maria Irene Bonfim Alves
- Maria Martha Lauande da Costa
- Miriam Vieira

- Myriam Regina Zapaterra Mendes
- Priscila Marques Siqueira
- Roseane de Jesus Gomes
- Veridiana Girardi
- Wagner de Almeida Muniz
- Wania de Fátima Faraoni Bertanha

Subcomitê de Infraestrutura

- Coordenação – Fernando Rodrigues Rocha
- Coordenação-Adjunta – Fabiana Clay Prado Vieira

Equipe de Apoio:

- Aline Rodrigues da Costa
- Alyne Helena dos Reis
- Christianne Braúna Pinheiro
- Cristiane Caetano Ferreira
- Gilmara Simões Pinheiro
- Ilza Gomes Rabelo
- Karina Rabello Pimentel
- Luciana de Oliveira Fernandes
- Mônica Cardoso Varela
- Marcelo de Barros
- Renata Araújo Costa
- Roseli Paulino de Ávila
- Viviane Aparecida Bruno Inácio

Subcomitê de Painelista

- Coordenação – Thaís de Moraes Torres

Equipe de Apoio:

- Maria Angélica Breda Fontão
- Shirlei da Rocha Alves

Subcomitê de Passagem

- Coordenação – Verbena Lúcia Melo Gonçalves
- Coordenação-Adjunta – Herla Ferreira Gomes Barbosa

Equipe de Apoio:

- Aldenise Costa de Carvalho
- Cleide da Silva Barbosa Freire
- Edilaine de Sousa Martins
- Eliandro Rodrigues Nunes
- Flávia Matos da Silva
- Gildo César Gomes
- Hélio Soares Barbosa
- Laise Maria Santana Dantas
- Maria do Carmo Soares da Rocha
- Ronaldo José dos Santos

Subcomitê de Saúde

- Coordenação – Eric Daniel Cantuária
- Coordenação-Adjunta – Mariângela Soares Nogueira

Equipe de Apoio:


- Débora Ficher Furloni
- Maria Elenir Neves Coroaia
- Fidélia Vasconcelos de Lima
- Leandro Rodrigues Freire
- Larissa Gabrielle Ramos
- Margareth Santos de Amorim
- Nayara Leal Ferreira Baldini
- Roberta Aguiar Cerri Reis

Subcomitê de *Stand*s

- Coordenação – Juliana Marques Freitas

Equipe de Apoio:

- Carlos Antônio Alves de Almeida
- Mirela Steffen Szekir



Subcomitê de Transporte

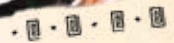
- Coordenação – José Adauto de Carvalho
- Coordenação-Adjunta – Cidália Gomes Santana

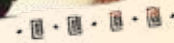
Equipe de Apoio:

- Alexandre Barros de Andrade
- Aristídes Neves da Silva
- Ojeferson Cocão Braga
- Alexandre Santiago Garcia
- Eurípedes Trajano Dourado
- Gislane Ladeia Boa Sorte Borges
- Flávio Robin Silva Correa
- Gustavo Vasconcelos Bittencourt Cabral
- Jéssica Ferreira Paulino
- José Mendes da Silva
- Maicon Vinicius de Camargo
- Mário Roberto Castellani
- Ozelita Nunes da Conceição
- Rogério Lopes de Carvalho
- Wanderley de Souza Caldeira
- José Felipe Pereira
- Wilany Gomes Santos



**TRABALHADORES DOS COMITÊS E SUBCOMITÊS DA
5ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA**







DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS.
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PÁTRIA EDUCADORA