

## **Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio**

Realizada nos dias 27 a 29 de novembro de 1986.

Coordenação Geral: Antônio Nunes de Miranda (Divisão de Pneumologia Sanitária/MS)

Ana Maria Costa (MS/ Secret. De Programas Especiais)

Comissão de Redação: Ailton Krenak (UNI/SP)

Ana Gita de Oliveira (MINC/DF)

Ana Maria Costa (MS/Secret. de Programas Especiais)

Manuel J. C de M. Paiva Ferreira (Fiocruz/RJ)

Nicanor R. da Silva Pinto (CPI/SP)

Olímpio Serra (MINC/DF)

Texto aprovado pela Plenária do dia 29 de novembro de 1986, no Auditório do Ministério da Saúde, Brasília.

### **INTRODUÇÃO**

A Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio constituiu um momento em que, pela primeira vez, o Estado reuniu representantes de várias nações indígenas, órgãos públicos, organizações da sociedade civil que atuam em apoio à causa indígena, para discutir uma proposta de Diretrizes relativas à Saúde do Índio.

Os participantes desta Conferência, reconhecendo a importância da elaboração de políticas para os indígenas com a sua participação, recomendam como princípio geral que esta participação deve ser extensiva a todos os momentos de decisão, tais como na formulação e no planejamento das ações e dos serviços de saúde, na sua implantação, execução e avaliação.

A Organização Mundial de Saúde entende a saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência da doença. No caso da saúde indígena este conceito implica em considerar:

que a saúde das nações indígenas é determinada num espaço e tempo histórico e na particularidade do seu contato com a sociedade nacional, pela forma de ocupação do seu território e adjacências;

que a autonomia, a posse territorial e o uso exclusivo pelas nações indígenas dos recursos naturais do solo e subsolo, de acordo com as necessidades e especificidades etnoculturais de cada nação, bem como a integridade dos seus ecossistemas específicos, sejam assegurados e garantidos;

que a cidadania plena, assegurando todos os direitos constitucionais, seja reconhecida como determinante do estado de saúde;

que o acesso das nações indígenas às ações e serviços de saúde, bem como sua participação na organização, gestão e controle dos mesmos, respeitadas as especificidades etnoculturais e de localização geográfica, é dever do Estado.

## SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ÍNDIO

### DO GERENCIAMENTO

o gerenciamento das ações e serviços de atenção à saúde para as nações indígenas, deverá ser da responsabilidade de um único órgão, criando-se uma agência específica para tal fim, com representação indígena;

a vinculação institucional desta agência deve ser com o ministério responsável pela coordenação do sistema único de saúde, de modo a integrar o sistema específico de saúde para os índios ao sistema nacional;

é de competência desta agência designar grupos multiprofissionais para estudar e propor ações específicas para casos especiais (populações em vias de contato ou de contato recente e outros casos considerados como tal).

### DA EXECUÇÃO

A execução das ações de saúde ao nível primário de atenção deve ser de responsabilidade da agência supracitada aqui proposta, a integração com os demais níveis de atenção aqui contemplados e pelo Sistema Único de Saúde.

### DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

garantir a participação das nações indígenas através de seus representantes, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações e dos serviços de saúde;

assegurar o respeito e o reconhecimento das formas diferenciadas das nações indígenas no cuidado com a saúde;

ao nível local, os serviços devem fundamentar-se na estratégia da atenção primária à saúde, respeitando as especificidades etnoculturais das nações envolvidas;

os serviços locais devem contar com serviços de maior complexidade e localizados, preferencialmente, a nível regional, para a referência e a contra-referência;

o nível regional é o ponto de articulação entre os serviços específicos dos sistema da saúde para os índios e o sistema nacional.

### DO ACESSO E DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS

universalização em relação à cobertura das populações indígenas, iniciando-se pelas regiões mais carentes;

garantir o direito de ter acompanhantes ao doente internado;

atendimento de qualidade compatível com o estágio de desenvolvimento do conhecimento e dos recursos tecnológicos disponíveis;

contemplar um espaço para convênios com entidades de pesquisa e ensino na área de saúde, definidos com as nações indígenas envolvidas.

#### DA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

admissão através de concurso;

capacitação e reciclagem de acordo com as necessidades locais e de forma permanente;

exigir cumprimento da carga contratual e viabilizar e incentivar o regime de dedicação exclusiva;

existência de um plano de cargos e salários compatíveis com as especificidades regionais e locais;

estímulo à formação de pessoal em saúde, nas próprias comunidades envolvidas, dos diversos níveis (agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, etc.)

que a remuneração de agentes de saúde indígenas deve obedecer aos critérios e definições das comunidades a que pertencem os mesmos;

garantia de vagas para pessoas indígenas em Universidades Públicas brasileiras, nos cursos de formação de saúde, à semelhança dos convênios de cooperação internacional já em prática.

#### DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO

garantir a criação e o funcionamento de um sistema de informações capaz de coletar e processar, de forma regular, os dados necessários à uma análise epidemiológica que retrate a dinâmica populacional, levando em conta as diferenças específicas de cada nação indígena;

garantir que os resultados provenientes dessa análise epidemiológica regular sejam passados às lideranças indígenas e autoridades sanitárias.

- Este texto foi publicado em Janeiro de 1988, na edição especial da Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – cebes – Saúde em Debate.

## **II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE PARA OS POVOS INDÍGENAS**

Relatório Final

Coordenador da Comissão Executiva:

Ana Maria Costa

Antonio Ferreira da Silva

Cibele B. L. Verani

Douglas Antonio Rodrigues

Francisco C. Cardoso Campos

Marcos A. Pelegrini

Maria Luiza Garnelo Pereira

Mauro Ribeiro Alves

Mirthes Versiani

Luziânia, 25 a 27 de outubro de 1993.

### **INTRODUÇÃO**

A II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas ( II CNSPI), parte integrante da IX Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo MS e realizada de 25 a 27 de outubro de 1993 em Luziânia – GO, contou com a participação de 200 delegados, indígenas e não indígenas, seguindo a recomendação de que os usuários constituiriam 50% dos delegados do evento. Os delegados foram eleitos no processo de conferência estaduais e regionais, segundo os critérios populacionais de concentração dos povos indígenas no país, nas suas diferentes regiões.

Este processo tentou contemplar o momento histórico do contato interétnico, sendo que muitas entidades indígenas já estão organizadas e participam do processo decisório na política indigenista do país.

Esta II CNS-PI teve como objetivo a definição das diretrizes da Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas e a atualização, em novas bases, das recomendações da

I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em conformidade com o processo de consolidação do Sistema único de Saúde e incorporação no mesmo de um sub-sistema diferenciado de saúde para os povos indígenas.

### **DOS PRINCÍPIOS GERAIS**

Entende-se que a garantia dos direitos indígenas à preservação de suas terras e recursos naturais é fundamental, pois se reconhece que delas provêm seu alimento, remédio, bem estar e a alegria de viver.

A Constituição da República Federativa do Brasil define a saúde como direito de cidadania, 'direito de todos e dever do Estado', a ser garantido mediante políticas econômicas e sociais. Determina, também, que as ações e serviços de saúde deverão ser implementados por um sistema único.

Para que sejam garantidas as diretrizes de descentralização, universalização, equidade e participação comunitária, como princípios do SUS, e para que os povos indígenas do país sejam atendidos de acordo com suas especificidades sócio-culturais e sanitárias, é imperativo que se definam políticas públicas setoriais também específicas.

O caráter de universalidade do sistema somente pode ser viabilizado através de enfoque diferenciado, tratando adequadamente povos diferentes.

O caráter descentralizado do SUS, conformado pelo processo de municipalização, deve ser concebido, no caso das populações indígenas, de acordo com os preceitos constitucionais relativos aos direitos indígenas, que definem a responsabilidade indelegável da União na sua assistência. Assim, a responsabilidade da saúde indígena deve ser do nível federal.

Considera-se que o processo saúde-doença dos povos indígenas é resultado de determinantes sócio-econômicos e culturais, como integridade territorial, a preservação do meio ambiente, preservação dos sistemas médicos tradicionais – da cultura como um todo – também da autodeterminação política e não apenas da assistência médico-sanitária.

É fundamental contemplar na formação de recursos humanos pontos que levem ao conhecimento e respeito às medicinas tradicionais buscando estratégias de mudança na postura etnocêntrica e estritamente tecnológica dos profissionais de saúde em todos os níveis.

A definição do orçamento para saúde indígena deve ser precedida de um estudo nas necessidades de cada grupo indígena.

## **MODELO ASSISTENCIAL: O SUB-SISTEMA DE SAÚDE PARA OS POVOS INDÍGENAS**

### **PRINCÍPIOS:**

A responsabilidade pela atenção à saúde indígena é atribuição constitucional do Governo Federal, não estando excluídas as contribuições complementares de estados, municípios, e outras instituições governamentais e não-governamentais no custeio e execução das ações.

O órgão responsável pela saúde indígena, vinculado ao Ministério da Saúde, deve ter níveis de gerência nacional, regional e distrital, e autonomia de gestão administrativa, orçamentária e financeira.

O sub-sistema de atenção à saúde indígena deve, obrigatoriamente, levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura indígena.

O modelo de atenção à saúde indígena deve se pautar por uma bordagem diferenciada e global, contemplando a assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras e integração institucional.

A descentralização é fundamental para garantir a tomada de decisão com participação indígena.

A população indígena deve ter acesso garantido ao SUS a nível local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

### **DIRETRIZES:**

O modelo assistencial para atenção à saúde indígena tem como base o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI).

Os DSEI serão formados com base em projeto elaborado junto com as comunidades, sob a supervisão dos Núcleos Interstitucionais de Saúde Indígenas (NISI) e com consultores técnicos, se necessário, definirão as atribuições de cada entidade envolvida.

O Distrito Sanitário Especial Indígena deve ser caracterizado por:

Base territorial definida por critérios étnicos, geográficos, epidemiológicos e de acesso aos serviços;

controle social da rede distrital exercido através dos conselhos Distritais de Saúde Indígena (CDSI), de composição paritária e de caráter deliberativo das ações de saúde em sua área de abrangência;

existência de uma rede de serviços, com equipes de saúde, adequadamente capacitadas para o atendimento aos povos indígenas, com suprimento regular dos insumos necessários à execução das ações, bem como meios de transporte e de comunicação para as equipes de saúde;

autonomia administrativa e financeira através do repasse de recursos do governo federal diretamente para os distritos, mediante apresentação de projetos, aprovados nos Conselhos Distritais;

Ter comando único técnico e/ou executivo, com gerente designado pelo Conselho Distrital.

As Casas do Índios são componentes indissociáveis do Distrito Sanitário Especial Indígena e/ou gerencia regional, sendo ligadas aos seus conselhos E/ou NISI. O custeio das ações e recuperação das casas do Índio deve ficar garantido no planejamento e programação dos DSEI e/ou NISI.

As gerencias regionais do Sistema de Atenção à Saúde Indígena devem ser indicadas pelos NISI e/ou CDSI.

O MS deve estabelecer quotas específicas de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) para internação de pacientes indígenas na rede do SUS. A distribuição deve obedecer as necessidades epidemiológica locais e ser de pleno conhecimento das comunidades indígenas, estabelecendo formas de controle da emissão das mesmas pelos NISI e/ou DSEI.

Assegurar :

meios de transporte dos doentes que necessitem de atendimento fora das aldeias , assim como seu retorno imediato após o término do tratamento (referência E contra – referência) ;

Condições de comunicações entre as áreas indígenas, centros de referência (FNS/FUNAI) e Casas do Índio, com instalação de radiofonias necessárias;

meios para o paciente indígena ter acompanhante preferencialmente indígena, quando receber atendimento de saúde fora de sua comunidade

Fazer cumprir a lei 8666 sobre insenção de licitação nos casos de emergência nas áreas indígenas conforme o artigo 24, capítulo II .

#### **IV. CONTROLE DE INGESTÃO E PARTICIPAÇÃO INDÍGENA**

EM RELAÇÃO À COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DO ÍNDIO (CISI )

Ampliar a representação indígena na CISI para seis representantes indígenas, sendo um por Macro - Regional (Amazônia Ocidental, Amazônia Oriental, Nordeste, leste, sul – sudeste E Centro – Oeste ), devendo um deles ser o representante da CISI no Conselho Nacional de Saúde. O representante indígena no Conselho nacional de Saúde teria entre suas atribuições, a de defender as propostas da CISI naquele órgão.

As políticas e programações deliberadas nos CDSI e/ou NISI serão norteadas por recomendações da Comissão Intersetorial De Saúde do Índio ( CISI ), as quais devem ser aprovadas pelo Conselho nacional de Saúde que é o órgão máximo de deliberação do Sistema Único de Saúde.

EM RELAÇÃO AOS NÚCLEOS INTERINSTITUCIONAIS DE SAÚDE INDÍGENA ( NISI )

Garantir a imediata implantação de todos os NISI no país, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços de saúde.

Os NISI, fazendo uso de seu caráter deliberativo, devem ter entre suas atribuições planejar e avaliar as políticas de recursos humanos e orçamentários para a saúde indígena no estado e/ou região, visando particularmente a implementação dos DSEI, seguindo as determinações da portaria FNS 540/93. A execução das ações deliberadas e planejadas no NISI ficara a cargo das entidades prestadoras de serviços de saúde que atuam na região e/ou estado.

Que a FUNAI participe e reconheça oficialmente, através de portaria, a existência dos NISI.

Os recursos necessários à atenção à saúde dos povos indígenas devem ser assegurados até que os NISI E DSEI sejam implantados.

Que os NISI criem mecanismos de divulgação das resoluções da CISI para facilitar o acesso das comunidades indígenas às mesmas.

#### **V. RECURSOS HUMANOS : FORMAÇÃO, SELEÇÃO E PERSPECTIVAS DE CARREIRA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE INDÍGENA NAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS**

DIRETRIZES :

DA FORMAÇÃO:

Os Recursos Humanos deverão ser capacitados através de programações aprovadas nos NISI e/ou CDSI.

Garantir a reciclagem periódica de todos os trabalhadores das instituições que atuam na saúde indígena.

Que os conteúdos das referidas reciclagens e treinamentos incluam temas ligados a relações humanas e éticas profissional, no exercício contra o preconceito e a discriminação.

O treinamento básico e reciclagem para profissionais de saúde em áreas indígenas deverão compreender conhecimentos de lingüística, cultura e técnicos específicos de atenção à saúde de cada etnia.

Que os programas de capacitação e reciclagem sejam regionalizados contemplando as diferentes realidades.

Que as universidades e centros formadores de recursos humanos para saúde ministrem cursos de antropologia para pessoal de nível superior, médio e elementar.

Que a formação continuada para a assistência à saúde indígena se dê em nível de todos os serviços envolvidos na atenção à saúde do índio, incluindo profissionais de secretarias estaduais E municipais, além de FNS E FUNAI.

Que sejam estabelecidos mecanismos que possibilitem a médio prazo o ingresso de índios que tenham o segundo grau completo, em cursos de saúde de nível universitário, dispensando a obrigatoriedade do exame vestibular.

Que as universidades incluam as áreas indígenas e Casas do Índio como campo de estágio, com a devida supervisão de professores aos estagiários, desde que haja interesse por parte dos grupos indígenas previamente consultados, e acompanhamento pelo NISI. Só deverão ser permitidas atividades deste teor mediante a contraprestação de serviços desejados pelas comunidades.

Que a formação universitária, na área de saúde, seja prioritariamente voltada para a prevenção.

Assegurar recursos para participação dos técnicos de nível médio e superior das instituições prestadoras de serviços de saúde em congressos, seminários e cursos de interesse de saúde pública.

#### DA CONTRATAÇÃO:

Deverá ser garantida pelo MS a contratação de recursos humanos para a atenção A saúde do índio.

Criação pelo NISI de uma comissão paritária, composta por profissionais e representantes indígenas, para a avaliação da situação de saúde, com o levantamento dos recursos humanos existentes nas instituições envolvidas na atenção à saúde indígena e da necessidade de contratação de pessoal para os Distritos Sanitários.

A concentração de recursos humanos deve respeitar o princípio de descentralização, inclusive na definição do quadro de pessoal para cada DSEI. O Conselho Distrital e/ ou NISI estabelecerá princípios e critérios, ouvidas as comunidades indígenas. As instâncias regionais descentralizadas poderão realizar concursos unificados.

As vagas deverão Ter sua lotação no DSEI; caso o profissional seja remanejado, as vagas permanecerão no DSEI. Não se permitirá cessão de profissionais para outras



instituições. Deverá se investir na permanência dos profissionais em cada área indígena possibilitando o conhecimento maior da cultura do grupo.

A seleção dos profissionais de saúde será feita preferencialmente através de concursos públicos com os critérios abaixo:

Prova escrita ( conhecimento );

Entrevista ( perfil );

Estágio probatório ( habilidade ) no período de no mínimo três ( 3 ) meses .

A contratação será sob regime jurídico único garantido os direitos trabalhistas.

Estabelecer um Plano de Carreira como forma de motivar os profissionais de saúde trabalham em comunidades indígenas.

Deverá se privilegiar a dedicação exclusiva dos profissionais de saúde, acompanhada de remuneração justa.

Deverá ser garantida a presença de antropólogos e indigenistas na composição das equipes multidisciplinares de saúde que contribuam para a convivência interétnica.

O processo seletivo para a contratação de profissionais de saúde aberto para as áreas indígenas do Amazonas e Roraima deverá se estender para outras áreas indígenas onde houver necessidade.

Liberar técnicos da área estadual, da FNS e FUNAI no sentido de auxiliar na implantação da odontologia sanitária nas áreas indígenas colaborando no treinamento de profissionais.

Que a FNS e FUNAI, em colaboração com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde aumentem os recursos humanos nas suas unidades específicas para viabilizar o atendimento às populações indígenas.

#### DO PERFIL DO PROFISSIONAL:

Que os profissionais tenham motivação e habilidade para enfrentar as especiais situações, encontradas nas áreas indígenas, e tenham facilidade de adaptação às condições de vida dos Povos Indígenas e aceitação da cultura tradicional local.

Ter uma ação participativa junto à comunidade, sem interferir nas discussões e decisões políticas internas das mesmas.

Que o profissional dê continuidade ao programa de trabalho elaborado para a área, sem se preocupar apenas em pesquisar os costumes dos povos.

Que tenha uma visão holística sobre saúde e doença.

Deve ser dada preferência a profissionais com experiência mínima de dois anos em sua área de conhecimento.

#### DA CONDIÇÃO DE TRABALHO:

Serão garantidos, no trabalho de campo, incentivos e recursos para deslocamentos.

Que sejam garantidas condições de moradia, alimentação, trabalho e segurança para a permanência dos profissionais dos DSEI em área e sua adaptação à situação de campo.

## **VI. AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE**

### **PRINCÍPIOS:**

Reconhecendo a importância e a necessidade dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), os participantes da II Conferência Nacional de Saúde do Índio recomendam:

Que o Ministério da Saúde (MS) reconheça a categoria profissional de Agente Indígena de Saúde, regularizando-a e inserindo-a no sub-sistema diferenciado de atendimento à saúde do índio.

O AIS deve ser um profissional bem capacitado nas questões técnicas e deve cuidar da promoção social da comunidade, tendo consciência de sua responsabilidade no lidar com a vida humana e servindo como elemento de reforço e autonomia dos povos indígenas.

Devem ser contemplados níveis diferenciados de competência para os AIS adequados às capacidades e interesses individuais, bem como aos diferentes graus de contato das comunidades.

A formação deve ser um processo de complexidade crescente, com reciclagem e supervisão permanentes, realizado nas comunidades e que contemple as abordagens das medicinas tradicionais, ocidental e outras formas de tratamento.

### **DAS DIRETRIZES:**

A indicação, seleção e avaliação do desempenho dos AIS devem ser feitas pela comunidade indígena segundo seus próprios critérios, conforme a realidade local, associados aos dos NISI e/ou DSEI. Dispensa-se aos AIS a obrigatoriedade da escolaridade formal.

O nível de resolutividade das ações dos AIS deve ser definido pelos NISI e/ou DSEI de acordo com as realidades locais.

A formação, reciclagem e supervisão técnica dos AIS devem ser garantidos pelos NISI e/ou DSEI de acordo com a realidade local.

A formação dos AIS deve contemplar conteúdo e metodologia definidos pelos NISI e/ou DSEI de acordo com o perfil epidemiológico, organização sociocultural da comunidade e a sua medicina tradicional, privilegiando atividades de promoção à saúde, preventivas e curativas. Deve, ainda, ser viabilizada e avaliada pelos centros formadores e/ou demais entidades prestadoras de serviços de saúde, conforme deliberações anteriormente referidas.

Deve ser contemplada a formação específica de agentes de saúde bucal.

Os NISI e/ou DSEI devem encaminhar à CISI propostas para a legalização da formação dos AIS, conforme diretrizes elaboradas pela última e pela Comissão de Educação Indígena do MEC.

Os recursos necessários para o custeio das ações de capacitação e remuneração dos AIS devem vir do orçamento do MS. A contratação destes agentes deve ser assumida de imediato pela FNS

Para evitar paralelismo de ações, a contratação dos AIS, seja qual for o órgão contratante, deve ser referendada pelos conselhos distritais e/ou NISI. Até que os DSEI sejam formados, os NISI devem assumir este papel.

As contratações dos AIS devem ser vinculadas a cada comunidade e não a índios individualmente.

Que seja garantido junto ao Ministério da Educação e Desporto (MEC) um programa alternativo de educação escolar nas áreas indígenas, que possibilite o acesso de indígenas em cursos médio e universitário nas áreas de saúde, de forma a favorecer o processo de auto-gestão.

## **VII. SISTEMAS TRADICIONAIS DE SAÚDE**

### **PRINCÍPIOS:**

Respeitar a medicina tradicional na sua totalidade, na figura do pajé, outros especialistas, e todas as suas práticas.

Assegurar aos povos indígenas o direito intelectual sobre suas práticas e conhecimentos médicos.

### **DIRETRIZES:**

Criar um grupo paritário de trabalho para estudo e acompanhamento da coexistência dos dois sistemas médicos, dentro de cada distrito Sanitário, para adequar as ações de saúde à cultura de cada povo.

Promover a inclusão de temas de saúde nos cursos realizados nas escolas indígenas, como educação para a saúde e incentivando a valorização da medicina tradicional.

Estimular o cultivo de plantas medicinais tradicionais e introdução de outras espécies de eficácia reconhecida.

Apoiar iniciativas para divulgação das medicinas tradicionais.

Assegurar, dentro dos hospitais, o direito dos índios ao uso de seus costumes e terapêuticas tradicionais.

Incentivar o resgate da memória dos sistemas tradicionais de saúde.

Recomendar que as ações de saúde não se limitem apenas ao atendimento médico e incluam troca e repasse de conhecimentos básicos para a comunidade.

## **VIII. O PAPEL DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO E PESQUISA**

### **PRINCÍPIOS:**

As universidades e centros de pesquisa devem ter papel importante na atenção à saúde do índio.

O modelo de DSEI é a forma organizativa adequada às especificidades sanitárias e culturais dos povos indígenas, enquanto que as instituições de ensino e pesquisa são espaços de reflexão crítica permanente e deverão voltar sua atenção para as políticas de assistência à saúde das populações indígenas.

Todas as pesquisas em áreas indígenas devem ter a concordância das comunidades.

#### DIRETRIZES:

Garantir o incentivo à formação de RH índios, facilitando o acesso a cursos de níveis técnicos e superior.

As instituições de ensino e pesquisa devem participar na estruturação das instâncias interinstitucionais de gestão do subsistema de atenção à saúde do índio, nos NISI/DSEI, contribuindo na sua constituição e participando ativamente com um de seus membros, sempre que possível.

A articulação das instituições de ensino e pesquisa com os NISI/CDSI, deverá ocorrer da seguinte forma:

assessoramento técnico aos NISI/CDSI quando solicitado;

atendimento às solicitações dos NISI/CDSI no tocante à capacitação de RH, pesquisa e extensão, levando em consideração suas condições logísticas e financeiras;

contribuição na elaboração de propostas metodológicas e de conteúdos programáticos para formação de RH indígenas e não indígenas, junto aos NISI/CDSI;

contribuição para a reafirmação do princípio de legitimidade das organizações indígenas, através da celebração de convênios de cooperação técnica entre Universidades/Centros de Pesquisa e organizações indígenas.

Promover trocas de conhecimentos e experiências entre as Universidades/Centros de Pesquisa envolvidas com a questão indígena e entre estas e as comunidades indígenas.

O financiamento dos recursos humanos e técnicos para projetos e atividades implementadas pelas universidades, instituições de ensino e pesquisa e demais formadores, direcionados para a saúde das populações indígenas, deverá ser proporcionado pelo SUS, através do ministério da Saúde, por meio da transferência regular e contínua de recursos financeiros específicos para este fim, garantindo a continuidade de programas já existentes e fomentando sua ampliação pelas diversas regiões do país.

#### DA PESQUISA:

As pesquisas realizadas em saúde indígena devem ser associadas às ações de saúde nas áreas envolvidas. As instituições de pesquisa devem ter o compromisso

de propor ao NISI/CDSI medidas que se fizerem necessárias a partir dos resultados obtidos.

Acompanhar as medidas necessárias para garantir o direito à propriedade intelectual das populações indígenas, relativas ao saber tradicional sobre recursos naturais.

#### DIRETRIZES:

Constituição de núcleos ou grupos de caráter interdisciplinar nas instituições de ensino e pesquisa, com os seguintes objetivos:

elaborar, produzir e transmitir conhecimentos na área de saúde do índio;

contribuir na formulação de políticas e modelos de atenção a saúde indígena

implementar projetos assistenciais;

prestar assessoria e cooperação técnica às instituições responsáveis pela atenção à saúde do índio e às organizações indígenas;

desenvolver avaliações de modelos e projetos de assistência à saúde, bem como estudo e pesquisa auxiliares ao desenvolvimento das ações de saúde.

### **IX. MOÇÕES APROVADAS NA PLENARIA FINAL II CNS-PI**

A II CNS-PI repudia os crimes contra indígenas, reconhecendo a violência como causa importante de mortalidade e morbidade, tendo como exemplo o recente massacre de índios Yanomami. Condena a ação de políticos que incentivam a invasão e atividades ilegais em territórios indígenas e de militares que praticam comércio ilegal de ouro, assédio sexual e desrespeito à cultura das comunidades.

Devido às características especiais, epidemiológicas e culturais da saúde das populações indígenas e à situação precária da assistência a esses povos, os participantes da II CNS-PI conclamam o Sr. Ministro de Estado da Saúde a envidar esforços no sentido de priorizar política e financeiramente a saúde do índio.

A Plenária da II CNS-PI realizada em Luziânia – GO, no período de 25 a 27 de outubro de 1993, vem apoiar e acatar o encaminhamento da seguinte moção: que na contratação e formação dos quadros profissionais para o atendimento à saúde nas áreas indígenas seja dada preferência às pessoas indígenas, se possível pertencentes às etnias junto às quais irão atuar.

Os participantes da II CNS-PI vêm de público repudiar a medida autoritária e discriminatória do Ministro de Estado da Saúde, Sr. Henrique Santillo, de impedir a participação nesta Conferência de observadores eleitos nos estados e de recomendar inclusive o corte de metade do número de delegados eleitos, prejudicando a representatividade dos estados e pondo em risco a própria viabilidade da Conferência.

Os participantes da II CNS-PI repudiam a onda de corrupção que grassa no Congresso Nacional, pedem a cassação dos mandatos e a punição imediata de deputados e senadores corruptos, além dos servidores envolvidos, e a prisão dos corruptores.

Os participantes de II CNS-PI repudiam a atitude arbitrária do Sr. Ministro de Estado da Saúde, de encaminhar proposta modificada do GERAS de reestruturação administrativa do Ministério da Saúde, ao Sr. Presidente da República e Secretária da Administração Federal, sem a prévia aprovação do Conselho Nacional de Saúde.

Que a CISI assuma, a partir de 1994, as funções de Comissão Organizadora do II Fórum Nacional de Saúde Indígena, a realizar-se em fevereiro de 1995.

Que a CISI recomende o cumprimento dos Decretos Presidenciais número 24, 25 E 26 de fevereiro de 1991, que se relacionam numa visão abrangente à promoção E proteção à saúde indígena.

Os representantes de agentes indígenas de saúde, políticos indígenas e o conjunto dos 19 povos existentes no Alto Rio Negro, presentes nesta II CNS-PI, protestam contra a permanência de garimpeiros em suas áreas.

Repúdio à atitude do Ministro de Estado da Saúde, assim como do Presidente da Fundação Nacional de Saúde, de não comparecimento nesta II CNS-PI.

Repúdio ao processo de degradação ambiental das áreas indígenas, ocasionado principalmente por atividades de empresas mineradoras, garimpeiros, madeireiros e similares.

Repúdio à revisão constitucional e exigência de que se garantam os direitos dos povos indígenas conquistados na Constituição Federal de 1988.

Que as instituições governamentais e não governamentais viabilizem propostas de auto-sustentação das comunidades indígenas, baseadas na utilização dos recursos florestais renováveis (borracha, castanha, copaíba, etc.) e promovam programas de recuperação de áreas degradadas, entendendo que são medidas fundamentais para a sobrevivência e a saúde indígena.

Que enquanto não se concretiza a proposta de um órgão de saúde indígena vinculado ao Ministério da Saúde, a COSAI seja transformada em um Departamento de Saúde do Índio, viabilizando assim maior agilidade administrativa e financeira.

Que o convênio nº 227/93, a ser firmado entre a FNS E a FUNAI, seja remetido à próxima reunião da CISI para apreciação e garantia da transparência das discussões e assinado somente após este processo.

O Conselho Indígena do Vale do Javari repudia o descaso por parte do Governo Federal, em relação aos povos isolados como Korubo, Juma, Flecheiros, Kixito, Jandiatuba, Maemã e outros em risco de extinção. Estende o repúdio a projetos de parlamentares que visem à redução de áreas indígenas em regiões de fronteiras, desrespeitando assim as organizações indígenas, a sua cultura, tradições e seus direitos originais.

Que os prefeitos municipais de Tefé, Alvarães, Uarini e Maraã no Amazonas reconheçam a preservação dos lagos nas áreas indígenas do médio Solimões e Japurá, garantindo a punição de peixeiros desses municípios que invadem esses lagos levando os pescados para os grandes frigoríficos sem o consentimento dos índios.

A COIAB (Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira) exige que as propostas desta Conferência, de grande importância para os povos

indígenas, sejam imediatamente viabilizadas pelos órgãos competentes. Exige, ainda, que seja feita justiça com a punição dos matadores dos Yanomami e dos 14 índios Tikuna na região do Capacete.

Que o Exmo. Sr. Presidente da república, Dr. Itamar Franco, garanta o processo de demarcação das terras indígenas, habitat legítimo de seus povos.

Os profissionais de saúde do Distrito Sanitário Yanomami de Roraima e Amazonas vêm repudiar o descaso e o desrespeito da direção da FNS em relação à garantia dos direitos trabalhistas, tais como: férias, licença maternidade, licença médica e outros, direitos esses assegurados na Constituição a todos os trabalhadores independentemente do regime de trabalho.

Que a infra-estrutura física de saúde construída pelo Projeto Calha Norte no Alto Rio Negro, Amazonas, seja repassada para o Distrito Sanitário Especial Indígena da referida região.

Os 7 povos indígenas de Pernambuco repudiam a FNS pela compra de apenas uma viatura para cada ADR, quando as necessidades são de uma para cada área. Esta carência de viaturas obriga-os a transportar nossos parentes em carros de boi ou mesmo em redes, muitas vezes ocorrendo óbitos em decorrência destes deslocamentos.

Os índios, Organizações Governamentais e Não Governamentais do Maranhão vêm repudiar a atitude tomada pela Companhia Vale do Rio Doce em se recusar a negociar questões que dizem respeito aos povos indígenas, desrespeitando esses povos e as demais instituições presentes no grupo de trabalho sobre saúde indígena naquele Estado.

A II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas denuncia a existência de seitas religiosas que pregam contra os costumes indígenas e principalmente contra os pajés.

A Comissão de Relatores vem publicamente manifestar seu repúdio à ausência de apoio técnico e administrativo à Comissão Executiva na realização desta Conferência, que se refletiu na falta de máquina xerox, telefone, secretaria e organização para o atendimento ao público, para o contato com a imprensa e outras instituições.

Que o SUS garanta o tratamento adequado para os pacientes índios contaminados pelo mercúrio e adoção de medidas preventivas às populações expostas.

Credenciamento de todos os serviços de saúde dos Postos Indígenas junto ao SUS, com os recursos canalizados para os DSEI.

Os recursos necessários para a capacitação e remuneração dos AIS devem vir do orçamento do Ministério da Saúde já em 1994.

A Comissão de Relatores desta Conferência manifesta seu agradecimento ao Dr. José Antonio Nunes de Miranda por sua dedicação pioneira à causa de Saúde do Índio, o qual por quatro décadas trabalhou junto ao também pioneiro Noel Nutels no Serviço Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), e que ainda hoje, honra os participantes desta Conferência com a sua presença.

# III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA

## RELATÓRIO FINAL

*Conforme aprovado no Conselho Nacional de Saúde, na reunião Ordinária de Julho de 2001*

Luziânia, GO, de 14 a 18 de maio de 2001

### PRINCÍPIOS GERAIS

1. Cada povo indígena tem suas próprias concepções, valores e formas próprias de vivenciar a saúde e a doença. As ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde devem considerar esses aspectos, ressaltando os contextos e o impacto da relação de contato interétnico vivida por cada povo.
2. As ações de saúde destinadas aos povos indígenas devem priorizar a promoção à saúde e a prevenção das doenças.
3. A saúde indígena está diretamente relacionada à garantia da demarcação, desintração e vigilância permanente das terras indígenas.
4. O incremento demográfico dos povos indígenas, aliado às transformações decorrentes de um contínuo processo de redução territorial e degradação ambiental, exige a formulação e a execução de uma política de segurança alimentar, desenvolvimento sustentável e recuperação do meio ambiente nas áreas indígenas.
5. O acesso a uma educação que contribua para a formação de uma consciência crítica sobre a sua situação atual diante do mundo é indispensável para que os povos indígenas sejam sujeitos da construção de seus projetos de futuro.
6. A proteção do patrimônio cultural e dos processos de aproveitamento da diversidade biológica é condição para a afirmação da identidade étnica e fortalecimento da auto-estima dos povos indígenas.
7. A implantação de medidas e ações voltadas para o combate à discriminação e ao preconceito em relação aos povos indígenas, promovendo o reconhecimento e valorização da diversidade cultural na sociedade nacional e, especialmente entre os profissionais de saúde, determina as condições de vida e acesso da população indígena aos serviços de saúde.
8. As organizações indígenas têm um papel extremamente importante no processo de melhoria das condições de vida e de saúde, na implantação e implementação do modelo de atenção à saúde dos povos indígenas.
9. O fortalecimento do controle social e a sua abrangência intersetorial sobre as diversas formas de relação que afetam os povos indígenas é fundamental para a implantação de uma política de atenção integral aos povos indígenas.



# **MODELO DE GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS, PARCERIAS E ARTICULAÇÃO COM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

## **PROPOSTAS**

1. A gestão da saúde indígena é e deve permanecer como responsabilidade do Governo Federal/Ministério da Saúde.
2. O financiamento da saúde indígena deve ser assegurado pelo Ministério da Saúde no Orçamento Geral da União, de forma suficiente para atender aos usuários com oferta organizada de serviços em todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.
3. O Governo Federal deve assegurar a autonomia administrativa, orçamentária e financeira efetiva de gestão para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, reconhecendo-os como unidades gestoras, submetidos ao processo de controle social.
4. Constituem atribuições/responsabilidades do órgão gestor da saúde indígena/Ministério da Saúde:
  - implementar na Agenda Nacional de Saúde o Programa de Atenção, Prevenção, Promoção e Recuperação da Saúde Indígena;
  - divulgar sistematicamente informações sobre a atenção à saúde indígena, sensibilizando os gestores municipais, estaduais e a sociedade civil organizada quanto ao papel e responsabilidades de cada nível de governo na implantação da Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas;
  - estabelecer de forma participativa e transparente os critérios de distribuição de recursos entre os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, baseados em parâmetros de acessibilidade, população, dispersão geográfica, perfil epidemiológico e exposição a fatores de risco;
  - reafirmar o papel do chefe do distrito como gestor do sistema no nível distrital, definindo com clareza as relações do mesmo com as entidades conveniadas, governamentais e não-governamentais;
  - rever os limites geográficos dos distritos que apresentam dificuldades operacionais na organização dos serviços, criando novos distritos quando necessário, levando em conta critérios demográficos, culturais e epidemiológicos, a partir de deliberação dos Conselhos Distritais;
  - regulamentar as parcerias com organizações governamentais e não-governamentais, estabelecendo normas, atribuições e hierarquização de responsabilidades de forma transparente, bem como mecanismos eficazes de fiscalização e controle, com a participação dos Conselhos Distritais;

- regular e normatizar a celebração de pactos ou termos de parceria com municípios, relativos ao repasse do Fator de Incentivo à Atenção Básica à Saúde dos Povos Indígenas e incentivo hospitalar, sob o controle dos Conselhos Distritais;
- priorizar a celebração de convênios com as organizações indígenas atestando assim o respeito pela autonomia dos povos indígenas.
- normatizar e garantir a execução do atendimento diferenciado e de qualidade aos povos indígenas nas referências secundárias e terciárias da rede do SUS, com envolvimento dos recursos humanos destas unidades e acompanhamento dos Conselhos Distritais;
- criar mecanismos de acompanhamento e controle dos recursos do incentivo para assistência à população indígena nos hospitais do SUS garantindo a sua aplicação efetiva de acordo com termo de compromisso pactuado com os hospitais que devem prestar contas aos Conselhos Distritais da aplicação dos recursos;
- viabilizar a realização de auditorias externas e auditorias financeiras nos convênios para a saúde indígena em caráter periódico, repassando os relatórios para conhecimento dos respectivos Conselhos Distritais, no sentido de dar maior transparência à administração e para o controle social;
- garantir às entidades convenentes o repasse dos recursos necessários ao pagamento dos encargos sociais e garantias trabalhistas de todo pessoal que atua na saúde indígena;
- estimular a efetivação do SUS nos municípios onde ainda se encontra em estado incipiente de organização e informar os gestores locais sobre a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas;
- proporcionar capacitação em gestão do sistema de saúde para os chefes dos Distritos e os diversos parceiros governamentais e não-governamentais com a participação de lideranças, organizações indígenas, membros dos Conselho Locais de Saúde e Conselho Distrital;
- estabelecer mecanismos de articulação interinstitucional com entidades cujas atribuições tenham repercussões sobre a saúde indígena (Ministério da Agricultura, Ministério do Desenvolvimento Agrário e outros) e, em especial, com o órgão indigenista oficial/Ministério da Justiça que deve redobrar esforços no cumprimento de suas competências já legalmente definidas visando o aspecto da integralidade da saúde;
- cobrar responsabilidades dos gestores e prestadores de serviços de saúde quanto ao abastecimento contínuo de insumos adequados, suficientes em áreas indígenas, sendo encaminhadas cópias trimestrais para apreciação do Conselho Distrital.
- incluir os povos indígenas ainda não reconhecidos oficialmente e os índios que residem fora das terras indígenas, no planejamento das atividades dos Distritos, conforme especificidades locais e com a participação dos Conselhos Distritais;
- garantir, em relação às Casas de Saúde do Índio:
- recursos específicos para sua implantação e efetivo funcionamento em todos os Distritos, respeitando as especificidades regionais;

- sua integração na estrutura dos Distritos, com subordinação de suas gerências às chefias dos DSEI;
  - a definição do seu papel e do quadro funcional de acordo com cada realidade e seu funcionamento obedecendo aos critérios estabelecidos pela Vigilância Sanitária, com parâmetros nutricionais adequados e representação nos Conselhos Distritais;
  - hospedagem exclusivamente para pacientes indígenas referenciados e acompanhante, fazendo gestões junto ao órgão indigenista no sentido de viabilizar a criação ou readequação de Casas de Apoio para os índios em trânsito nas cidades.
- 
- a discussão de uma normatização mínima, assim como das especificidades das Casas de Saúde do Índio, através de um fórum específico, com a participação de representantes de todas as Casas do país e um representante indígena dessas unidades, indicado pelos Conselhos Distritais;
1. O Conselho Distrital deve deliberar se a execução das ações de saúde indígena será feita diretamente pelo órgão gestor ou através de parcerias com organizações não-governamentais e/ou Secretarias Municipais de Saúde.
  2. A Programação Pactuada e Integrada – Norma Operacional de Assistência à Saúde (PPI-NOAS/2001) deve ser cumprida, contemplando as ações de saúde indígena nos planos municipais, regionais e estaduais de saúde, a partir de um planejamento que se articule com as ações de saúde desenvolvidas no Distrito.
  3. O órgão indigenista oficial deve viabilizar processos de reconhecimento imediato dos povos indígenas não reconhecidos ou em processo de "reemergência étnica".
  4. O Governo Federal deve viabilizar mecanismos para a contratação de recursos humanos de maneira a garantir ao órgão gestor da saúde indígena do Ministério da Saúde a execução direta de ações de saúde.
  5. O Governo Federal deve criar mecanismos legais para orientar a contratação de recursos humanos pelas prefeituras, em parceria com o órgão gestor da saúde indígena/MS.
  6. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite devem retirar do teto financeiro o percentual *per capita* indígena, referente ao financiamento das ações do Piso de Assistência Básica - PAB - fixo e variável, incentivo hospitalar e Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças – TFECD -, dos municípios que não prestam assistência aos povos indígenas, repassando-os aos municípios que realmente assistem essa clientela, sob a coordenação do DESAI/FUNASA, e controle social dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.

# VIGILÂNCIA EM SAÚDE

## PROPOSTAS

7. O planejamento, a execução e a avaliação das ações de saúde devem ser feitos de acordo com a análise do perfil epidemiológico da população indígena local e distrital.
8. Implantar e implementar ações de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em todos os Distritos, pólos-base e aldeias.
9. Garantir a cobertura vacinal adequada e investigação epidemiológica das doenças imunopreveníveis de forma homogênea nas áreas indígenas.
10. Implantar e implementar os diversos programas de saúde definidos pelo Ministério da Saúde nas áreas indígenas, inclusive o Controle de Zoonoses.
11. Articular com os governos de países fronteiriços uma Vigilância Epidemiológica conjunta.
12. A sistematização e análise das informações em saúde devem ser descentralizadas para o nível local (nos pólos-base e municípios), permitindo uma visão integral da realidade na área de abrangência de cada Distrito Sanitário Especial Indígena.
13. O acesso ao Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena - SIASI - deve ser tecnologicamente adequado às diversas realidades das áreas indígenas, de forma a propiciar o fluxo de informações dentro de uma periodicidade definida, visto que grande parte das áreas indígenas não possui sistema de comunicação adequado.
14. O Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena - SIASI - deve ser adequado à realidade indígena, incluindo traduções nas línguas maternas dos formulários a serem preenchidos pelos Agentes Indígenas de Saúde.
15. Os Sistemas de Saneamento Básico devem ser adaptados às diversas realidades sócio-culturais, implantados e implementados em todas as áreas indígenas.
16. O SIASI deve ter uma intercomunicabilidade com os demais sistemas de informações do Ministério da Saúde (SIM, SINAN, SINASC entre outros), devendo se garantir um fluxo bidirecional de informações entre os municípios, pólos-base, FUNAI (dados de população indígena - declaração de óbitos, de nascidos vivos-, notificação/investigação dos agravos de notificação compulsória, imunizações).
17. O Departamento de Saúde Indígena deve participar periodicamente da avaliação das ações de Vigilância em Saúde e do SIASI no âmbito de cada Distrito em conjunto com as entidades envolvidas e com os órgãos de controle social (Conselhos Locais e Distritais).
18. O DESAI deve analisar os modelos alternativos de sistemas de informações já utilizados em alguns Distritos, simplificando formulários, como subsídio para implementar o SIASI em nível nacional de forma ágil.

19. Padronizar modelos de acompanhamento e avaliação dos programas de saúde.
20. Iniciar o cadastramento das famílias indígenas desaldeadas e garantir o acesso das mesmas às ações e serviços de saúde.
21. Manter intercâmbio de informações em saúde e fluxo de comunicação e troca de experiências entre gerências e chefias dos Distritos, DESAI, instituições conveniadas, equipes multidisciplinares, comunidades indígenas etc., garantindo-se meios de comunicação, como revista, jornal, telefone, página na internet etc.
22. Garantir a implementação integral da Vigilância em Saúde através da articulação entre os diversos atores que prestam atendimento ao índio de acordo com as diretrizes propostas pelo Departamento de Saúde Indígena.
23. Garantir a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos povos indígenas através da adequação da estrutura física da rede e dos serviços, de forma a contemplar tanto as especificidades sócio-culturais, quanto as diretrizes da Vigilância Sanitária.
24. O órgão gestor da saúde indígena/MS deve se articular junto aos órgãos competentes de comunicação para implantar uma frequência de rádio exclusiva para saúde indígena nas áreas onde seja necessária, com o objetivo de potencializar as ações de saúde.

## **ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, O SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA – AIDS - E O ALCOOLISMO: DIREITOS HUMANOS E ÉTICA NAS INTERVENÇÕES.**

### **CONTEXTUALIZAÇÃO**

O alcoolismo, as Doenças Sexualmente Transmissíveis e exposição ao risco de infecção pelo HIV, agente causador do Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS - são problemas de saúde que atingem a grande maioria das comunidades indígenas no Brasil.

Estes problemas têm grande abrangência, mesmo que tenham pouca visibilidade, sendo determinados por diversos fatores relacionados à qualidade de vida, tais como as dificuldades de demarcação, regularização, desintrusão e vigilância das terras indígenas, degradação do meio ambiente, disponibilidade de alimentos, relações com a sociedade envolvente, localização geográfica, acesso a serviços de saúde e educação.

A proximidade das cidades, a presença de instalações militares, grandes projetos econômicos, mobilidade sazonal em busca de trabalhos

temporários, garimpos, exploração madeireira, turismo e áreas de fronteiras são fatores que estão associados ao incremento desses problemas entre os povos indígenas.

A desestruturação interna das comunidades e o aumento da violência (formação de gangues, prostituição, tráfico de drogas e influência da mídia introduzindo novos valores relacionados à sexualidade e relações pessoais) também são fatores diretamente associados à magnitude destes problemas.

As concepções culturais e religiosas são fatores que devem ser considerados na implantação de programas de prevenção e controle, especialmente a divulgação de informações corretas sobre os meios de transmissão e prevenção que promovam atitudes e práticas coerentes com a preservação da saúde.

A situação e posição social da mulher nas comunidades (submissão, constrangimento na busca de tratamento com profissionais de sexo masculino, menor domínio da língua portuguesa) tornam este grupo mais vulnerável e atingido por estes agravos.

Situações de extrema pobreza em determinadas regiões e a pouca auto-estima criam contextos que muitas vezes não permitem vislumbrar um futuro demandando ações amplas e impactantes a curtíssimo prazo. Um exemplo disso é a situação vivenciada hoje pelos Guarani-Kaiowá no Mato Grosso do Sul.

## **PROPOSTAS**

25. A implantação dos programas de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST e AIDS, alcoolismo, tuberculose, saúde da mulher, criança e adolescente deve ser considerada prioritária na implementação dos Distritos e Casas de Saúde do Índio.
26. Sensibilizar as lideranças para a gravidade e abrangência dos problemas relacionados às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS e à dependência do consumo de álcool e estabelecer conjuntamente as estratégias de abordagem das comunidades considerando os aspectos culturais e religiosos de cada povo.
27. Promover atividades com grupos de jovens, de acordo com os costumes de cada povo, visando o resgate da espiritualidade e da auto-estima (esportes, grupos de dança, música etc.).
28. Criar em cada Distrito uma comissão interdisciplinar e interinstitucional para controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e alcoolismo envolvendo as diversas lideranças indígenas.
29. Capacitar profissionais de saúde para implantar o diagnóstico sindrômico das Doenças Sexualmente Transmissíveis e aconselhamento nas comunidades, garantindo a disponibilização de

- medicamentos e outros insumos para o seu tratamento e o da AIDS e infecções oportunistas.
30. Promover capacitações conjuntas de profissionais de saúde e da educação na abordagem do alcoolismo e Doenças Sexualmente Transmissíveis entre os povos indígenas.
  31. Garantir a disponibilização permanente de preservativos.
  32. Realizar seminário multidisciplinar em cada Distrito abordando o uso de drogas, tabaco e bebidas alcoólicas.
  33. Promover estudos sobre a eficácia das ervas medicinais utilizadas no tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis.
  34. Promover um encontro nacional de agentes indígenas de saúde e profissionais dos Distritos e organizações conveniadas sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e alcoolismo.
  35. Garantir, através do gestor da saúde, o fornecimento de testes diagnósticos, especialmente testes rápidos (do tipo fita reagente) para a implementação dos programas de Pré-natal e DST/AIDS (Hepatite B, Sífilis e HIV) nos Distritos.
  36. Formar grupos de apoio embasados na tradição dos grupos étnicos para os indígenas já infectados pelo HIV e dependentes do uso de álcool, visando o resgate da auto-estima, de forma que estes possam colaborar como atores na prevenção de tais doenças.
  37. Fazer, sob responsabilidade do gestor da saúde indígena e do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, campanhas de informação e conscientização sobre as DST/AIDS e alcoolismo nas Casas de Saúde do Índio.
  38. Introduzir os temas ligados à saúde e especialmente às DST, aids e alcoolismo nas escolas indígenas e em outras nos entornos das áreas indígenas.
  39. Promover continuamente a divulgação de informações para prevenção e controle das DST/aids e dos danos causados pelo alcoolismo, dirigidas a todas as comunidades indígenas respeitando a concepção de doença de cada povo.
  40. Garantir a articulação com a rede de laboratórios de saúde pública visando a disponibilização do teste anti-HIV, sorologia para sífilis, especialmente para as gestantes, além de exame colpo-citopatológico com agilização de resultados e estabelecimento de referências para tratamento.
  41. Promover a participação das mulheres na implementação das ações de saúde por meio de sua atuação nos conselhos de saúde, formação como agentes indígenas de saúde e formação de grupos de discussão sobre seus problemas específicos em níveis locais, regionais e nacional.
  42. Providenciar as articulações necessárias ao desenvolvimento de ações continuadas de prevenção destinadas à população do entorno das áreas indígenas ou que mantêm contato permanente com a população (instalações militares, áreas de turismo, áreas de fronteira, garimpos, trabalhadores de grandes projetos de desenvolvimento).
  43. Promover a articulação com os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS e CAPS) para constituírem referência nos casos de maior gravidade em relação ao alcoolismo /saúde mental.

44. Promover articulações para aperfeiçoamento de medidas que proíbem a venda de bebida alcoólica aos índios com envolvimento do Ministério Público.
45. Demitir e estabelecer medidas punitivas para coibir funcionários públicos civis e militares e trabalhadores de saúde que comercializam e/ou promovem a circulação de bebidas alcoólicas em terras indígenas.

## **FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL**

### **PROPOSTAS**

46. Garantir a disponibilidade de informação sobre custo e benefício das ações de saúde do sistema de saúde indígena aos Conselhos Distritais.
47. Garantir a capacitação continuada para conselheiros indígenas e não-indígenas, com abordagens pedagógicas adaptadas às realidades de cada povo.
48. Produzir, com a participação dos agentes indígenas de saúde e professores, cartilhas bilíngües que informem os conselheiros locais sobre políticas e leis de saúde, bem como informações sobre doenças e agravos de maior incidência para o fortalecimento do controle social.
49. Promover, através do Conselho Nacional de Saúde, modificações nas leis que instituem os conselhos de saúde (municipal/estadual/nacional) de modo a garantir a inclusão de representantes indígenas nestes conselhos.
50. Garantir a representação indígena na nova reestruturação do Conselho Nacional de Saúde – CNS – e a sua homologação imediata pelo Sr. Ministro da Saúde.
51. Recomendar a recomposição da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena - CISI, para garantir a paridade com representações indígenas das regiões: 1 norte, 1 nordeste, 1 centro-oeste, 1 sul, 1 sudeste.
52. Implementar o Comitê Indígena, em caráter permanente, para assessorar e acompanhar as ações da FUNASA relativas à saúde indígena.
53. Garantir que todas as deliberações dos conselhos de saúde, bem como quaisquer outras decisões técnicas ou administrativas dos Distritos e do DESAI, sejam divulgadas para as comunidades indígenas em boletins periódicos, jornais, vídeos, meios eletrônicos e outros meios de comunicação.
54. Garantir a disponibilidade de recursos, nos planos distritais, para deslocamento, alimentação, estadia dos conselheiros, capacitação continuada, reuniões dos conselhos em locais definidos, troca de experiências, ações de articulação local, distrital, regional, nacional e outras atividades necessárias ao exercício do controle social.



55. Garantir que as deliberações dos conselhos distritais sejam respeitadas e implementadas de imediato.
56. Promover em cada estado reunião do Conselho Distrital com os Deputados Federais para garantir a aprovação dos recursos necessários para a promoção da saúde indígena no orçamento da FUNASA/MS.
57. Providenciar a implantação e implementação de todos os Conselhos Locais e Distritais até final de 2001.
58. O Conselho Distrital e lideranças indígenas devem deliberar sobre a indicação do nome para o chefe do respectivo Distrito - respeitando os critérios estabelecidos pela FUNASA/Comitê Indígena.
59. Realizar Conferências Nacionais de Saúde Indígena a cada quatro anos, respeitando a Lei 8.142, em data anterior à da Conferência Nacional de Saúde.
60. Consultar os Conselhos Distritais de Saúde Indígena, para definição de critérios de participação e distribuição de vagas nas próximas Conferências de Saúde, respeitando-se a Resolução Nº 33 do Conselho Nacional de Saúde.
61. Os estados, municípios, Forças Armadas e outras instituições prestadoras de serviços deverão submeter ao Conselho Distrital de Saúde Indígena seus projetos e programas relativos à saúde indígena, para avaliação e aprovação.
62. O Departamento de Engenharia de Saúde Pública/FUNASA deverá consultar a comunidade e conselhos para a discussão, definição das obras a serem executadas em áreas indígenas e, posteriormente, dar a conhecer a prestação de contas.
63. Garantir a participação de mulheres nas instâncias de controle social, levando em conta a realidade de cada povo e suas diferenças étnicas e culturais.
64. Os Conselhos Locais e Distritais devem desenvolver formas de fiscalização e monitoramento de ações de atenção aos usuários indígenas desempenhadas nos Distritos e Sistema Único de Saúde - SUS.
65. Devem ser discutidas nos Conselhos Distritais políticas e ações intersetoriais que visem a qualidade de vida das populações indígenas.
66. Os Distritos deverão promover encontros periódicos com as comunidades para esclarecimento sobre a finalidade do Conselho Local de Saúde, convidando lideranças de outras regiões que já compreendem o processo de controle social.
67. Criar no DISK-SAÚDE do Ministério da Saúde – MS um atendimento especializado na saúde indígena para apontar irregularidades na assistência às populações indígenas na rede básica e hospitalar de referência.
68. Articular um fórum em defesa da cidadania e da qualidade de vida para as populações indígenas, ribeirinhos e outros, que ainda não têm acesso a saúde e educação.

## **AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE: FORMAÇÃO, RECONHECIMENTO E INSERÇÃO SOCIAL**

### **PROPOSTAS**

69. A seleção dos agentes indígenas de saúde será feita pelas comunidades indígenas, observando critérios e diretrizes dos Conselhos Locais, Distritais e da FUNASA.
70. Adequar o número de Agentes Indígenas de Saúde, considerando número de famílias, dispersão das moradias, condições de acesso geográfico, perfil epidemiológico e aspectos culturais.
71. Assegurar que os Agentes Indígenas vinculados ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS - e Programa Saúde da Família – PSF - sigam as diretrizes estabelecidas pelo DESAI/FUNASA.
72. Criar mecanismos para oferecer educação básica associada ao processo de formação dos Agentes Indígenas de Saúde, preferencialmente na própria comunidade, conforme Referenciais Curriculares Nacionais para as Escolas Indígenas - MEC.
73. Garantir junto ao Ministério da Educação, Secretarias Estaduais e Municipais de Educação a viabilização da escolaridade formal dos Agentes Indígenas de Saúde, para profissionalização na área de saúde de nível médio e superior, assegurando a especificidade indígena.
74. Garantir a implantação nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas do Programa de Formação dos Agentes Indígenas de Saúde desenvolvido pelo Departamento de Saúde Indígena - DESAI/FUNASA - utilizando a metodologia problematizadora, considerando as especificidades de cada povo.
75. Viabilizar a implantação de protocolos técnicos dos programas de saúde nos Distritos, para apoio aos profissionais, incluindo o Agente Indígena de Saúde.
76. Assegurar fóruns (em níveis local, regional e nacional) que possibilitem a discussão e deliberação sobre o papel e a inserção dos Agentes Indígenas (Agente Indígena de Saúde, Agente de Saúde Microscopista, Agente de Saneamento, Agente de Higiene Dental, entre outros ) nas equipes distritais.
77. A FUNASA, em entendimento com os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, Secretarias Estaduais e Municipais de Educação, deve firmar termo de cooperação com Escolas Técnicas/Centros Formadores para a formação e titulação de Agentes Indígenas de Saúde, Auxiliares de Enfermagem Indígenas e outros técnicos na área de saúde através de um processo de capacitação diferenciada e contínua de acordo com cada povo indígena, a exemplo do Projeto Xamã, de Mato Grosso.
78. Observar a proporção de no máximo quinze agentes de saúde para cada enfermeiro nas Equipes Multidisciplinares de Saúde, como recomenda o Ministério da Saúde no Programa de Saúde da Família.
79. Garantir a continuidade no processo de capacitação para todos os Agentes Indígenas de Saúde, priorizando as necessidades que as comunidades apresentam, estabelecendo estratégias pedagógicas

- diferenciadas para os Agentes Indígenas que tenham pouco domínio da língua portuguesa.
80. Avaliar a possibilidade de extensão e adequação do Programa de Formação de Auxiliares de Enfermagem - PROFAE - às comunidades indígenas.
  81. Garantir a participação de representantes indígenas nos fóruns de debates sobre formação e atuação dos Agentes Indígenas de Saúde.
  82. Buscar estratégias para o reconhecimento legal dos Agentes Indígenas de Saúde como categoria profissional junto às instâncias governamentais competentes e entidades de classe de áreas pertinentes ou afins.
  83. Aprofundar as discussões quanto ao papel do Agente Indígena de Saúde nas comunidades através dos Conselhos Locais e Distritais.
  84. Promover a participação de lideranças, pajés, professores, conselheiros e outros nos cursos de capacitação, não se restringindo apenas aos técnicos.
  85. Realizar a formação dos Agentes de Saúde preferencialmente nas comunidades indígenas.
  86. Garantir material educativo para o trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde junto à comunidade.
  87. Garantir o acompanhamento e supervisão sistemática dos Agentes Indígenas de Saúde nos processos de formação e de trabalho por enfermeiros instrutores/supervisores.
  88. Garantir acompanhamento técnico/pedagógico e administrativo no processo de formação dos Agentes Indígenas de Saúde (qualidade, infra-estrutura, material didático, cumprimento de carga horária, supervisão).
  89. Garantir a contratação dos Agentes Indígenas de Saúde pela Consolidação das Leis Trabalhistas.

# **DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA ATUAÇÃO EM CULTURAS DIFERENCIADAS**

## **RECOMENDAÇÕES**

### **Admissão de pessoal**

Os critérios de admissão devem contemplar, além da habilitação técnica de cada categoria profissional, preocupações com: motivação, afinidade, e compromisso com a causa indígena, capacidade de se adaptar às condições de vida e trabalho na aldeia, de conviver e aceitar os costumes indígenas e se dispor ao aprendizado da língua indígena.

### **Processo de capacitação/supervisão/avaliação**

A capacitação deve ser multiprofissional, voltada não apenas sobre os conteúdos técnicos da clínica e da Saúde Pública mas também sobre o estudo sistemático dos saberes tradicionais relativos ao processo de doença e cura, a organização social e política, a dimensão tradicional da cultura e aquela continuamente atualizada mediante o contato interétnico. Esse tipo de informação possibilitará ao profissional de saúde o entendimento dos diversos condicionantes e determinantes envolvidos na produção da doença, fortalecendo assim o controle social. As informações teórico-práticas dos treinamentos devem ser complementadas pela vivência concreta nas aldeias onde tais conhecimentos podem ser aplicados. A abordagem da dimensão política deve propiciar o entendimento dos processos políticos locais e a sensibilização dos profissionais para o respeito da autonomia dos povos indígenas, visando evitar interferências indevidas na vida política das aldeias.

### **Regulamentação profissional e organização dos processos de trabalho**

A formação oferecida nas escolas profissionalizantes e universidades é, por regra geral, voltada para o contexto urbano e hospitalar, não favorecendo a sua aplicação na realidade indígena. A ênfase dada às ações curativas dificulta a implementação de um modelo de assistência voltado para prevenção de doenças e promoção da saúde. Constatam-se, por outra parte, que as condições de trabalho na atenção à saúde nas aldeias levam, com certa frequência, à ruptura dos limites de atuação legalmente estabelecidos para cada categoria, tornando os profissionais vulneráveis a sanções dos conselhos que regulamentam as profissões. Identifica-se assim a necessidade de uma análise e descrição das tarefas e habilidades necessárias para um trabalho de qualidade a ser desempenhado por cada categoria profissional no âmbito do trabalho em

aldeia. Um produto nesse sentido poderá também se constituir em instrumento objetivo de avaliação do trabalho dos profissionais dos Distritos.

## **PROPOSTAS**

90. As equipes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas devem ser compostas por médico, cirurgião dentista, técnico em higiene dental, atendente de consultório dentário, enfermeiro, técnico em enfermagem, auxiliar de enfermagem, agente indígena de saúde, agente microscopista, antropólogo, assistente social, nutricionista e bioquímico, respeitando as necessidades demográficas, epidemiológicas, sócio-culturais, com alocação de outras categorias definidas pelos Conselhos Locais e Distritais segundo suas necessidades.
91. A formação e contratação de trabalhadores para atendimento aos povos indígenas deve priorizar, sempre que possível, os índios, adotando na sua contratação o regime de dedicação exclusiva, regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT.
92. O Ministério da Educação e o Ministério da Justiça/FUNAI devem estabelecer mecanismos diferenciados que possibilitem o ingresso dos índios no ensino médio e universitário, assegurando bolsas de estudos e acompanhamento durante sua formação.
93. A contratação, avaliação de desempenho e demissão dos trabalhadores de saúde deverão ser acompanhadas em todas as etapas pelos Conselhos Distritais utilizando-se de um instrumento de avaliação da qualidade do trabalho, a ser elaborado com a participação das comunidades, Conselhos Distritais e Locais, lideranças indígenas e dos trabalhadores de saúde.
94. O órgão gestor deverá garantir a criação de uma comissão multidisciplinar de assessoria técnica de vigilância em saúde, ciências humanas e áreas afins, junto aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.
95. O órgão gestor deve garantir recursos para a realização de um processo de capacitação multidisciplinar das equipes e uma fase inicial de trabalho em campo, de caráter avaliativo do perfil dos profissionais e etapas posteriores de capacitação continuada, segundo as necessidades locais.
96. Estimular a participação dos terapeutas tradicionais, lideranças e outros indígenas nos programas de capacitação.
97. O órgão gestor deve estabelecer uma política salarial e plano de cargos e salários para os trabalhadores que atuam com populações indígenas, levando em conta regime de trabalho, experiência, qualificação, tempo de serviço e a realidade de cada Distrito.
98. Criar um fórum junto às entidades de categorias profissionais e Ministério Público para discutir o redimensionamento das normas que regulamentam o exercício profissional, de modo a atender às especificidades do trabalho em área indígena.

99. Os gestores de saúde e trabalhadores da rede de referência e/ou assistência complementar devem ser capacitados para a atenção à saúde aos povos indígenas.
100. A temática indígena deve ser incluída nos cursos de nível médio e superior mediante disciplinas e estágios específicos.
101. As universidades devem prestar cooperação técnica para elaboração e acompanhamento de projetos e outras questões de interesse dos povos indígenas.
102. As instituições de ensino superior devem criar cursos de pós-graduação em saúde indígena em articulação com o órgão gestor, garantindo o desenvolvimento de programas de especialização nos moldes do Programa de Interiorização de Trabalhadores de Saúde (PITS).
103. A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB-RH) deve incluir as especificidades dos trabalhadores de saúde indígena.
104. Garantir, quando necessário, intérpretes, preferencialmente indígenas, capacitados com noções básicas de saúde, nos pólos-base, casas de saúde do índio e rede de referência.
105. Priorizar a formação em serviço de indígenas como Auxiliares de Consultório Dentário e Técnicos de Higiene Dental.
106. Criar imediatamente um banco de currículos em nível nacional, que favoreça a captação de trabalhadores para o sistema de saúde indígena.
107. Criar um cadastro nacional dos trabalhadores de saúde indígena.

## **A HIPERMEDICAÇÃO E AS PRÁTICAS TRADICIONAIS**

### **PROPOSTAS**

108. Capacitar e acompanhar todos os trabalhadores de saúde para estabelecer os limites de utilização dos medicamentos de forma responsável, visando a garantia da integridade da saúde.
109. Incluir remédios fitoterapêuticos na farmácia básica das Equipes Multidisciplinares de Saúde dos Distritos.
110. Garantir uma política adequada de fornecimento de medicamentos de comprovada segurança, eficácia terapêutica e qualidade baseada no perfil epidemiológico de cada Distrito.
111. Garantir a distribuição regular de soro anti-ofídico (inclusive liofilizado) para as unidades de saúde em área indígena (pólos-base).
112. Capacitar as Equipes Multidisciplinares de Saúde nas boas práticas de manipulação das plantas medicinais implantando Unidades Laboratoriais Básicas.

113. Garantir a alocação de recursos, viabilizar e incentivar as iniciativas que visem o resgate, a valorização e o acesso aos Sistemas Tradicionais de Saúde Indígena.
114. Viabilizar o atendimento diferenciado aos povos indígenas na rede de referência, através da garantia de acesso do paciente internado às práticas tradicionais indígenas.
115. Incluir os conhecedores de plantas medicinais das aldeias e outros especialistas indígenas, como orientadores no processo de formação dos Agentes Indígenas de Saúde.
116. Incentivar e apoiar o trabalho integrado da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena com professores indígenas nas escolas, visando a valorização da saúde e das práticas tradicionais.
117. Valorizar e capacitar as parteiras tradicionais indígenas.

## **ÉTICA EM PESQUISA, PROPRIEDADE INTELECTUAL E PATENTES ENVOLVENDO POVOS INDÍGENAS**

### **RECOMENDAÇÕES**

As pesquisas devem sempre ser destinadas a ajudar as comunidades a resolver seus problemas em busca da melhoria da qualidade de vida.

As comunidades indígenas têm o direito de manter sob sigilo os seus conhecimentos tradicionais.

As comunidades indígenas e o poder público não devem permitir o tráfico de recursos naturais, órgãos e sangue humanos, genes, recursos minerais, vegetais e animais.

As comunidades indígenas não devem facilitar o acesso a plantas cultivadas ou não, de interesse medicinal ou outro, atual ou potencial, tendo em vista que a Lei de Cultivares (Nº 9456, de 25/04/1997) permite ao Ministério da Agricultura conceder a qualquer pessoa titularidade de plantas, desde que preencham os requisitos de perpetuação de suas características e de homogeneidade dos lotes comerciáveis.

### **PROPOSTAS**

118. Qualquer instituição ou pesquisador que realizar atividades técnicas ou científicas nas comunidades indígenas deverá apresentar obrigatoriamente ao Conselho Distrital, à organização indígena e à comunidade os resultados obtidos, formulados de maneira completa e acessível. Esta proposta deverá ser contemplada no Decreto a ser estabelecido a partir da Medida Provisória nº 2126/11, do 26 abril de 2001.

119. Deve ser criada e implementada uma comissão intersetorial permanente formada pelo Ministério do Meio Ambiente, Ministério da Justiça, Ministério da Educação, Ministério da Ciência e da Tecnologia, Ministério da Saúde, organizações indígenas e organizações não-governamentais não-indígenas para analisar e aprovar projetos de pesquisa científica e técnica em terras indígenas, tendo anuência preliminar do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de origem e da comunidade indígena.
120. Os Conselhos Distritais deverão buscar, quando necessário, as instituições de ensino e pesquisa para realizar levantamentos de dados e pesquisas de interesse das comunidades indígenas do referido Distrito Sanitário Especial Indígena.
121. O governo federal deve assegurar recursos para formação de pesquisadores indígenas, assim como fomento à pesquisa por eles realizada.
122. Deve ser elaborada uma norma de ética das relações interculturais para qualquer tipo de intervenção nas populações indígenas.
123. Incluir no projeto de capacitação de conselheiros de saúde do Ministério da Saúde, assim como em qualquer capacitação de conselheiros locais e distritais de saúde indígena, o conteúdo de ética em pesquisa.
124. O órgão gestor da saúde indígena e o órgão indigenista deverão disponibilizar recursos para implantação de projetos destinados ao cultivo de plantas medicinais, bem como para sua utilização laboratorial e comercialização, quando manifestado o interesse das comunidades indígenas.
125. A reedição da Medida Provisória nº 2126/11, do 26 de abril de 2001, que dispõe sobre "Acesso ao Patrimônio Genético" em seu Capítulo IV, Artigo 10, deve especificar quais instituições científicas federais e outras formam o Conselho de Gestão do Patrimônio Genético e incluir no mesmo representação das organizações indígenas
126. Garantir a proteção legal aos conhecimentos dos povos indígenas associados ao patrimônio genético por meio de um sistema especial, observando os seguintes princípios:
- i. Prévio consentimento livre e esclarecido da comunidade indígena para o uso comercial, a exploração econômica e outros fins dos seus conhecimentos tradicionais.
  - ii. Nulidade das patentes obtidas sobre processos ou produtos resultantes da utilização direta ou indireta dos conhecimentos tradicionais indígenas para impedir o monopólio dos mesmos.
  - iii. Inversão do ônus da prova em favor das comunidades indígenas em ações judiciais visando anular patentes concedidas sobre processos ou produtos resultantes dos seus conhecimentos tradicionais, de forma que competirá à pessoa ou empresa demandada provar que não utilizou os conhecimentos tradicionais.
  - iv. O acesso a recursos genéticos situados em terras indígenas dependerá do prévio consentimento livre e



esclarecido das comunidades indígenas, conforme a Resolução N° 304/2000 do Conselho Nacional de Saúde e da Medida Provisória N° 2126/11, de 26/04/2001.

- v. Os resultados da exploração econômica dos conhecimentos tradicionais e dos recursos genéticos situados em terras indígenas deverão ser repartidos de forma eqüitativa entre as comunidades indígenas que habitam essas terras e o empreendedor.

## **AS COMUNIDADES INDÍGENAS E A PRODUÇÃO E COMERCIALIZAÇÃO DE ALIMENTOS: AS NOVAS NECESSIDADES**

### **PROPOSTAS**

- 127. Fazer cumprir a Constituição Federal, Art. 231 e Art. 232, para garantir as revisões e ampliações das áreas que sejam insuficientes para sobrevivência dos povos indígenas.
- 128. Declarar a nulidade dos decretos que instituem unidades de conservação que se sobrepõem às terras indígenas.
- 129. Promover a articulação das instituições responsáveis pela política do meio-ambiente e saúde para a despoluição e descontaminação dos rios e para a proteção dos mananciais hídricos existentes nas terras indígenas, proibindo a utilização de agrotóxico nas proximidades, incluindo ações de educação em saúde ambiental.
- 130. Promover o reflorestamento e a recuperação de áreas degradadas em territórios indígenas, respeitando a cultura de cada povo.
- 131. Recuperar as áreas degradadas nas nascentes dos rios com reflorestamento biodiversificado.
- 132. Fazer cumprir a legislação ambiental de proteção ao meio-ambiente.
- 133. Os cursos d'água localizados nas áreas indígenas e as suas nascentes devem tornar-se reserva permanente de controle ambiental.
- 134. Realizar pesquisa alimentar e nutricional junto às comunidades indígenas com o objetivo de obter um quadro da situação nutricional, para que a FUNASA defina uma política de nutrição em parceria com organizações governamentais e não-governamentais, respeitando os hábitos alimentares de cada povo.
- 135. As instituições responsáveis devem desenvolver junto às comunidades indígenas programas e projetos de fiscalização e uso do território, articulados à regularização das terras indígenas, visando garantir a sustentabilidade e a segurança dessas populações.
- 136. O Governo Federal deve viabilizar o financiamento, a fundo perdido, aos projetos agrícolas em comunidades indígenas.
- 137. O Governo Federal deverá criar um fundo financeiro para os povos indígenas destinado ao apoio de projetos de desenvolvimento

- sustentável, gerido por um conselho intersetorial (MMA, MJ, Banco do Brasil e outros) paritário com a participação de representantes indígenas. Os créditos deste fundo devem ser a fundo perdido.
138. Fazer gestões junto ao Ministério do Desenvolvimento Agrário para: 1) a definição, com a participação das organizações indígenas, de critérios específicos para uma versão do Programa Nacional de Fortalecimento de Agricultura Familiar - PRONAF, que atenda às especificidades dos povos indígenas; 2) a ampliação do crédito denominado "B", com acesso ao crédito "C" desse Programa para todas as comunidades indígenas no Brasil.
  139. Fazer gestões junto ao Ministério da Justiça visando que a Comissão Intersetorial criada pelo Decreto Nº 3799, de 19/04/20001, seja instalada no prazo de 30 dias com o objetivo de discutir e definir propostas de ações integradas para garantir a sustentabilidade das comunidades indígenas.
  140. A Comissão Intersetorial – Dec. 3799/2001 e a FUNAI devem providenciar, junto ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e Ministério da Justiça, o aumento dos recursos destinados a desenvolver programas de segurança alimentar e projetos sustentáveis para as comunidades indígenas.
  141. Os Ministérios da Ciência e Tecnologia e de Educação devem incentivar pesquisas e estudos de viabilidade técnico-econômica e ecológica de projetos de manejo florestal em terras indígenas.
  142. Providenciar junto ao Ministério de Agricultura, Desenvolvimento Agrário e do Abastecimento e do Ministério da Justiça a criação de um programa de cursos de capacitação técnica de acordo com a especificidade das atividades produtivas de cada povo indígena.
  143. Criar, no âmbito da FUNAI/MJ, mecanismo de participação indígena na definição das prioridades, na formulação de projetos e na aplicação de recursos destinados às atividades produtivas, com a criação de conselhos regionais paritários e participação de técnicos indígenas no acompanhamento das propostas.
  144. Manter gestão junto aos governos estaduais para implementação do ICMS Ecológico a nível nacional.
  145. A FUNASA/MS deve fazer gestões junto aos órgãos competentes para a criação de novas pistas de pouso em locais de difícil acesso.
  146. A FUNAI/MJ deve fazer gestões junto aos órgãos competentes para garantir a manutenção das estradas vicinais que dão acesso às aldeias indígenas.
  147. A FUNAI/MJ e a FUNASA/MS devem garantir as condições para o incentivo ao uso de matéria-prima local para a adequação de tecnologias próprias dos índios na construção de suas moradias, encaminhando projetos aos órgãos de financiamento.
  148. O Ministério Público Federal e o Ministério da Justiça devem fazer cumprir a legislação que penaliza o responsável por transação comercial lesiva às comunidades indígenas.
  149. O Governo Federal – FUNAI/MJ deve incentivar a troca de experiências relativas a projetos de alternativas econômicas que tenham contribuído para o melhoramento da qualidade de vida nas comunidades

indígenas por meio de seminários promovidos com o apoio do Ministério do Desenvolvimento Agrário e do Ministério do Meio Ambiente.

150. Acrescentar aos programas de saúde e educação a conscientização do perigo advindo dos alimentos industrializados e geneticamente modificados, bem como o incentivo à produção e ao uso de alimentos naturais.
151. Garantir o acesso à água potável em quantidade nas áreas indígenas com a implantação de uma proposta de saneamento básico, discutida com as comunidades e adequada à realidade.
152. Construir barragens visando a irrigação, conforme a necessidade de cada comunidade e outros dispositivos de retenção e acumulação de água.
153. Implementar uma brigada indígena de combate a incêndios em áreas indígenas.

## **MOÇÕES APROVADAS NA PLENÁRIA FINAL**

### **MODELO DE GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS: PARCERIAS E ARTICULAÇÃO COM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

1. Nós, Delegados da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, repudiamos a criação ou existência de cooperativas prestando assistência, no âmbito do SUS, a exemplo das propostas do PAS, em São Paulo, e do PAI, em Roraima, que relegaram a população da cidade de São Paulo e do estado de Roraima a condições de assistência humilhantes. Dentre esses usuários que sofrem com essas práticas, encontram-se índios de Roraima que esperam dias e mais dias afastados de sua comunidade para realizarem exames de nível secundário ou terciário.
2. Nós, Delegados da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, vimos de público manifestar que as Forças Armadas Brasileiras, instaladas nas fronteiras ou em áreas indígenas de abrangência do DSEI respeitem, valorizem e apoiem a saúde indígena.
3. Nós, Delegados da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, propomos a reformulação do Sistema Nacional dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, com a inclusão de mais um DSEI, doravante denominado DSEI Santarém/PA, pólos-base em Takuara – rio Tapajós e São Francisco – rio Arapiuns, objetivando prestar assistência na área de saúde às populações indígenas, localizadas no baixo curso do rio Tapajós e ao longo do rio Arapiuns, quais sejam: rio Tapajós, margem direita: comunidades de Takuara, Bragança e Marituba; margem

esquerda do rio Tapajós: comunidades de Escrivão, Camarão, Pinhel, Jaca, Paraná-Pixuna, Santo Amaro, Jauarituba, Mixirituba, Muratuba, no total de aproximadamente 1.743 pessoas no rio Tapajós e 1.322 pessoas em 12 comunidades, localizadas ao longo do rio Arapiuns.

4. Nós, Delegados da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em Luziânia/GO entre 14 e 18 de maio de 2001, apelamos ao presidente da FUNAI em caráter de urgência, para que agilize o processo de reconhecimento étnico dos povos TUPINAMBÁ e TUMBALALÁ, localizados, respectivamente, no sul e norte do estado da Bahia, para que possam ter assegurados seus direitos em relação à saúde, educação e terra.
5. Pela elaboração e aprovação de Projeto de Lei que garanta recursos permanentes no orçamento da União para financiar o modelo de atenção à saúde dos povos indígenas, visando assim maior estabilidade nas ações de saúde para estes povos e que os recursos contemplem cada distrito, considerando as especificidades geográficas e étnicas.
6. Nós, Delegados na III Conferência Nacional de Saúde Indígena, nos manifestamos a favor da construção de um novo Modelo de Assistência à Saúde às Mulheres Indígenas, garantindo: atendimento diferenciado voltado para as diversas realidades das comunidades em todo Brasil; Programa de atendimento à saúde integral da mulher nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, exames preventivos de câncer da mama e de colo uterino, participação da mulher nas ações de saúde, acesso a acompanhamento de pré-natal, criação de um programa de capacitação das parteiras tradicionais visando a valorização do parto natural e criação de um sistema de vigilância nutricional adequado à realidade de cada povo.
7. As experiências, desde a implantação do Distrito Sanitário Especial Indígena do Médio Solimões e Afluentes, mostraram que a execução de suas ações planejadas tornou-se inviável em decorrência das dificuldades de acesso e da diversidade étnica. Propõe-se uma revisão geopolítica deste DSEI, visando a reorganização da região do médio e baixo Juruá como Distrito.
8. Nós, Delegados e Delegadas da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, apoiamos a iniciativa do Estado por atuar em cooperação com organizações públicas não-estatais, voltadas para a promoção da justiça social, na execução da assistência à saúde indígena, priorizando as ações básicas de saúde nas aldeias, a formação e a capacitação de agentes indígenas de saúde e estimulando a participação comunitária para o controle social.
9. A APOINME-Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo – Micro-Região Ceará

Considerando que:

A Constituição Federal, promulgada em 1988, em seu artigo 231, fala sobre Direitos e Organização Social dos Índios, que sejam levados em consideração: a ocupação tradicional desses povos e que os mesmos possam usufruir dos direitos e garantia da assistência já conquistada por nós, Povos Indígenas do Brasil, pois independente do reconhecimento

oficial, todos são etnicamente diferenciados e têm-se comprometido arduamente na luta pela terra e pelos direitos constitucionais;

Só no Ceará, já são dez etnias, num total aproximado de 20.000 indígenas, das quais quatro são oficialmente reconhecidas: os Tapeba e Tremembé de Almofala, em 1993; Pitaguary, Jenipapo-Kanindé e Tremembé Córrego João Pereira, em 2000;

Recentemente, em 19 de abril último, os Tremembé Córrego João Pereira tiveram suas terras demarcadas mediante Portaria Ministerial, publicada em DOU do dia 20 de abril de 2001;

Atualmente, são seis povos no Ceará: Kanindé, Kalabaça, Kariri, Potiguara, Tabajara e Tupinambá, lutando desde os anos 90 pelos seu reconhecimento oficial;

Em 1997, foi realizada uma grande mobilização, em Brasília, a nível nacional, onde mais de 300 Lideranças Indígenas participaram pedindo JUSTIÇA pelo assassinato de Galdino Pataxó e reivindicando a regularização das terras indígenas já com Processos Administrativos encaminhados e, também, pedindo a criação de Grupo de Trabalho para as terras indígenas ainda não identificadas, inclusive as do Ceará, onde todos estavam;

Na ocasião, houve uma audiência com o Presidente da Funai, Dr. Sullivan Silvestre (*in memoriam*), que prometeu colocar os nomes dos povos, não reconhecidas oficialmente, no calendário de pauta para 1998;

Que mesmo cumprindo com a promessa, só que os Gestores sempre alegavam falta de recursos para esse fim;

E por conta desta situação esses Povos vêm sendo prejudicados nos seus direitos básicos que são: a saúde, a terra, a vida;

Esperamos que este impasse seja resolvido com a decisão nesta III Conferência Nacional de Saúde Indígena – junto ao Ministério da Justiça e a FUNAI – Fundação Nacional do Índio, para que, o mais breve possível, seja criado Grupo de Trabalho para os estudos e levantamentos das Terras Indígenas ainda não identificadas e delimitadas para seu reconhecimento oficial, no Ceará, no Nordeste Brasileiro.

10. Nós, Delegados da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, apoiamos a decisão da XI Conferência Nacional de Saúde, que posicionou-se contra a transformação da FUNASA em Agência Executiva.
11. Os delegados da III Conferência Nacional de Saúde indígena propomos a reformulação dos DSEI com a inclusão de mais um Distrito para o estado do Rio Grande do Sul, tendo como principal justificativa a

efetivação do controle social e população de 15 mil Kaingang e 2 mil Guarani distribuídos em mais de 35 municípios.

## **VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

12. Nós, Delegados da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, apoiamos o Ministério da Saúde para articular-se com os governos da Venezuela e República Cooperativista da Guiana para uma melhor assistência e vigilância epidemiológica dos povos indígenas da região de fronteira, no caso dos Patamona, Macuxi e Wapixana da Guiana e os Taurepang, Ingaricó, Ye'kuana e Yanomami da Venezuela, que procuram atendimento à saúde no Brasil, sobrecarregando e onerando as despesas da assistência à saúde nos Distritos Sanitários Yanomami e Leste de Roraima.

## **ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA - AIDS E ALCOOLISMO: DIREITOS HUMANOS E ÉTICA NAS INTERVENÇÕES**

13. Nós, Delegados da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, repudiamos a construção de unidades militares nos territórios indígenas demarcados ou em processo de demarcação. Pois constata-se, com a chegada dessas unidades nos territórios indígenas, o uso indiscriminado de bebidas alcoólicas, a introdução de DST/AIDS, a desagregação familiar, a prostituição, entre outros problemas constatados. Como exemplo citamos a construção do Pelotão de Fronteira, unidade do Exército Brasileiro, na Terra Indígena Raposa Serra do Sol/Maloca do Uiramutã/RR, terra esta que se encontra em fase de homologação e abriga os povos indígenas Macuxi, Ingarikó e Patamona.
14. Os participantes da III Conferência Nacional de Saúde Indígena vêm repudiar o descaso do Governo Federal com o povo Guarani-Kaiowá, que vive em estado de miséria na região de Dourados e Amabai, no Mato Grosso do Sul, sofrendo violência de toda ordem como: estupros, assassinatos, invasão de suas terras, formação de gangues, disseminação do uso de bebidas alcólicas e do uso de drogas entre

crianças e adolescentes, solicitando, portanto, providências imediatas do Ministério da Justiça, Ministério Público Federal e Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados para que este povo, por omissão do estado Brasileiro, não chegue à extinção física e cultural.

## **FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL**

15. Os Delegados da III Conferência Nacional de Saúde Indígena assinados propõem que:

A Conferência Nacional de Saúde Indígena seja realizada anteriormente à Conferência Nacional de Saúde e com o mesmo intervalo ou período inter-eventos.

Que seja garantida a participação na Conferência Nacional de Saúde dos representantes indígenas de cada Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Presidente ou Vice-presidente do Conselho Distrital de Saúde) e que estes sejam capacitados em auto-gestão em saúde pelos órgãos competentes – MS/FUNASA.

## **DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA ATUAÇÃO EM CULTURAS DIFERENTES**

16. Nós, Delegados da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, exigimos:

Que a FUNASA cumpra o que foi aprovado na II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, realizada em outubro de 1993, de contratar, através de concursos públicos, servidores para atuarem nos serviços de saúde, destinados às populações indígenas brasileiras. É necessário garantir para o futuro recursos financeiros e servidores efetivos na área de saúde. Considerando que o atendimento diferenciado à saúde do índio deve ser otimizado respeitando a diversidade cultural de cada povo.

## **AS COMUNIDADES INDÍGENAS E A PRODUÇÃO E COMERCIALIZAÇÃO DE ALIMENTOS: AS NOVAS NECESSIDADES**

17. Nós, povos indígenas, co-gestores da atual política dos DSEIs, consideramos graves os impactos ambientais, social e sanitário que advirão do Projeto da Hidrovia Araguaia-Tocantins-Rio das Mortes, retrocedendo aos avanços conquistados. Manifestamo-nos CONTRÁRIOS ao projeto, pois as obras de dragagem e derrocamento necessárias a sua construção e manutenção irão degradar a qualidade da água consumida, aumentando a incidência de doenças infecto-parasitárias e contagiosas e a diminuição do estoque de peixes dos rios, causando um quadro de insegurança alimentar às comunidades indígenas. O aumento do fluxo migratório contribuirá para o aumento de DST/AIDS, prostituição e alcoolismo.
18. Os participantes da III Conferência Nacional de Saúde Indígena vêm repudiar e pedir providências para impedir a construção de estrada a terra Indígena Maturacá, no Município de São Gabriel da Cachoeira, AM, proposta pelo Projeto Calha Norte, como uma das metas prioritárias para o ano de 2001, justificando para tal, o escoamento do excedente da produção agrícola dos Yanomami, o que não procede, quando na realidade o objetivo é diminuir custos com o Pelotão ali instalado.
19. Durante a realização da I Conferência Distrital de Saúde Indígena DSEI/ Altamira/PA, a maior preocupação das lideranças indígenas da região dos rios Médio Xingu, Iriri, Bakajá e Curuá, era a construção da Hidrelétrica de Belo Monte (anteriormente conhecida como Kararaô). Por unanimidade, os Delegados e Delegadas posicionaram-se contrários à construção da respectiva barragem, por entenderem que o custo ecológico, sócio-econômico e cultural seria altíssimo, em prejuízo de um dos maiores e mais importante ecossistemas do mundo, atingindo, principalmente, nove povos indígenas daquela região. Pelo exposto, nós Delegados e Delegadas da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, nos posicionamos contrários a quaisquer projetos de construção de hidrelétricas que possam atingir territórios indígenas de nosso País.
20. Em apoio à luta dos povos indígenas que vivem no Vale do São Francisco, região nordeste, nós, participantes da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, declaramos que somos radicalmente contra o projeto de transposição das águas do rio São Francisco. Este projeto desrespeita os povos indígenas e as demais populações que vivem na região, porque mata sumariamente o rio e destrói as condições de vida dos povos indígenas que sempre cuidaram muito bem dele. Nós dizemos não à transposição das águas do rio São Francisco, e sim à vida, assegurando o respeito pela natureza.
21. Nós, Delegados da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, considerando as sérias dificuldades pelas quais estão passando os índios de Mato Grosso do Sul, vimos de público solicitar, em caráter de



- urgência, sob a pena das comunidades perderem suas terras para os invasores que se encontram organizados, que a FUNAI, órgão responsável pelo processo, faça gestão ao lado dos índios, junto aos órgãos competentes, para garantir a posse das áreas já demarcadas e a sua urgente ampliação, pois são insuficientes para os povos indígenas, habitantes primeiros desse Estado.
22. Os WAI WAI do rio Anauá, Roraima, têm a sua terra invadida e estão sendo impedidos, sob ameaças, pelos intrusos da área, de transitar pela estrada de acesso da aldeia à Perimetral Norte. Para que a Justiça Federal ordene a imediata retirada dos intrusos da área e a desobstrução da estrada.
  23. Pela definição de uma versão do Programa Nacional de Agricultura Familiar que atenda às comunidades indígenas do Brasil.
  24. As lideranças indígenas dos povos Mura, Munduruku, Mura-Pirahã, Apurinã, Sateré-Mawé, Cambeba, Tenharin, Parintin, Tora e Tikuna do Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus, dos Municípios de Manicoré, Humaitá, Borba, Novo Airão, Manacapuru, Itacoatira, Beruri, Anamá, e Manaquiri, em reunião da I Conferência Distrital para discutir os problemas que afetam às comunidades indígenas, deliberaram que a FUNAI agilize o processo demarcatório de suas terras, haja visto que o povo Mura vem sofrendo várias consequências com as constantes invasões de suas áreas tradicionalmente ocupadas pelos seus antepassados. Portanto, o Governo Brasileiro precisa garantir o que determina o art. 231 da Constituição Federal, em atenção aos povos indígenas. As comunidades indígenas são os seguintes: São Francisco de Assis, Murutinga, Tracajá, Patauá, Jutaí, Santo Antonio, Ponciano, Jauari, Guapenú, Capivara, Trincheira, São Félix, natal, Muratuba, Jacaré, Satemã, Limão, Jutaí de Borba, Pacovão, Piranha, Tapagem, Fortaleza, Bela Vista, Itaboca, Paiol, Rio Urubu, Paraná do Arató e Pantaleão.
  25. Nós, Delegados da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, manifestamos nossa inquietação referente à demora da homologação da Terra Indígena Raposa Serra do Sol no estado de Roraima, pois em consequência disso continuam acontecendo invasões e poluição dos rios e lagos por agrotóxicos oriundos das lavouras dos invasores, resultando em alta mortalidades de peixes, caças e pássaros que são fontes de alimentação, afetando gravemente a saúde dos índios. Portanto, solicitamos com urgência a definição do processo homologatório da referida Terra Indígena.
  26. Nós, Delegados da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, repudiamos o andamento muito lento da Justiça Federal em prender os autores do massacre dos índios Kurubo, do Vale do Javari, no Amazonas que, até hoje, encontram-se em liberdade. Nós repudiamos a atitude do órgão de proteção ambiental, que não está atendendo os pedidos dos índios do Vale do Javari para intervir no corte e contrabando ilegal de madeira feito pelos peruanos no Vale do Javari no Estado de Amazonas.

## TEMAS GERAIS

27. Nós, os participantes da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em Luziânia, repudiamos o projeto de divisão do estado do Amazonas em territórios por ser apenas mais um projeto onde os beneficiados são políticos em fim de carreira e por não constituir mais do que um balcão de emprego com fins eleitoreiros.
28. Nós, Delegados da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada de 14 a 18 de maio de 2001, manifestamos nosso apoio ao Povo Xukuru/PE em sua luta por justiça. Exigimos que o Ministério da Justiça e a Polícia Federal identifiquem e punam os responsáveis pelo assassinato do Cacique Francisco de Assis Araújo, o Cacique Xicão Xucuru que, em 20 de maio de 1998, foi brutalmente assassinado por defender os direitos de seu povo. Três anos se passaram e os assassinatos continuam impunes.
29. Nós, Delegados da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, manifestamos nosso apoio à indicação da Pastoral da Criança ao Prêmio Nobel da Paz, feita pelo Governo Brasileiro, através de Decreto Presidencial, de 4 de outubro de 2000. Para nós, a Pastoral da Criança é a legítima representante do Brasil, neste ano internacional do voluntariado, por reunir mais de 150 mil voluntários que formam uma grande rede de solidariedade em 3.351 municípios de todos os estados brasileiros. Presente em 32 mil comunidades carentes, esses voluntários acompanham mais de um milhão de famílias, fazendo um trabalho de prevenção em saúde e desenvolvendo ações de nutrição, educação e prevenção da violência contra a criança no ambiente familiar, apresentando resultados concretos, especialmente no campo da mortalidade infantil, reduzida em 60% entre as crianças acompanhadas em todo o país. Trata-se de um trabalho que alcança mais de 1,6 milhão de gestantes e crianças menores de 6 anos de idade, indistintamente de cor, raça e credo religioso ou político. O trabalho da Pastoral da Criança, também, está presente em 106 comunidades indígenas, contando com a participação de 371 líderes, acompanhando 362 gestantes e 5.463 crianças indígenas de 3.567 famílias de aldeias indígenas. Através da indicação da Pastoral da Criança, todos nós nos sentimos indicados a esse prêmio, pois ele se estende também a todos os voluntários e entidades que trabalham com voluntariado no Brasil.

## NOTA

Tendo em vista a proposta Nº 54: "Garantir a representação indígena na nova reestruturação do Conselho Nacional de Saúde – CNS – e a sua homologação imediata pelo Sr. Ministro da Saúde" foi realizado, em fórum próprio dos delegados indígenas, a partir de três chapas, a eleição de seus representantes, titular e suplente. O resultado indicou como Titular José de Souza, do povo Kaxarari, e como Suplente Ari Paliano, do povo Kaingang (166 votos). As outras duas chapas concorrentes foram constituídas por Etelvina C. Santana, do povo Xukuru Kariri, e Valéria Payé Pereira, do povo Kaxuyana (78 votos), e Hilário da Silva, do povo Kadiweu, e Pedro Mendes, do povo Tikuna (68 votos).

Ministério da Saúde  
Conselho Nacional de Saúde  
Fundação Nacional de Saúde



**Relatório Final**

**Presidente da República Federativa do Brasil**

Luiz Inácio Lula da Silva

**Ministro da Saúde**

José Gomes Temporão

**Presidente da Fundação Nacional de Saúde**

Francisco Danilo Bastos Forte

**Presidente do Conselho Nacional de Saúde**

Francisco Batista Júnior

Ministério da Saúde  
Conselho Nacional de Saúde  
Fundação Nacional de Saúde



**Relatório Final**

**Brasília, 2007**

Copyright © 2007  
Fundação Nacional de Saúde (**Funasa**).  
Ministério da Saúde.

Editor:

Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde – Ascom/Presi/**Funasa**/MS  
Núcleo de Editoração e Mídias de Rede – Nemir/Ascom/Presi/**Funasa**/MS  
Setor de Autarquias Sul, Quadra 4, Bl. N, 2º Andar – Ala Norte  
70.070-040 – Brasília-DF

Distribuição e Informação:

Departamento de Saúde Indígena (Desai)  
Fundação Nacional de Saúde/MS  
SAS – Setor de Autarquias Sul, Quadra 5, bloco N, 12º Andar  
Telefone: 0xx61 33146424/6293/6621  
CEP: 70.438-900 – Brasília-DF

Tiragem: 1000 exemplares  
Impresso no Brasil/*Printed in Brazil*

Brasil. Fundação Nacional de Saúde.

4º Conferência Nacional de Saúde Indígena (4. :2006: Rio Quente, GO).

4º Conferência Nacional de Saúde Indígena, Rio Quente-GO, 27 a 31 de março de 2006: relatório final. Brasília: Funasa, 2007.  
228p.: il.

1. Saúde Indígena. I. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. II. Título.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Impresso no Brasil  
*Printed in Brazil*

**Ministério da Saúde  
Conselho Nacional de Saúde  
Fundação Nacional de Saúde**



**Relatório Final**

**Rio Quente, GO  
27 a 31 de março de 2006**





# SUMÁRIO

Siglas e Abreviaturas .....	7
A Construção da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena .....	11
Prefácio .....	15
1 – Abertura Solene da Conferência .....	21
2 – A Saúde dos Povos Indígenas entre as 1ª e 4ª Conferências .....	49
3 – A 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena .....	63
4 – Resoluções Aprovadas.....	71
5 – Moções Aprovadas .....	169
6 – Avaliação de Lideranças Indígenas .....	187
7 – Anexos.....	193



# Siglas e Abreviaturas

4ª CNSI – 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena

ACD - Auxiliar de Consultório Dentário

AIE - Agente Indígena de Epidemiologia

AIS - Agente Indígena de Saúde

AIM - Agente Indígena de Malária

Aisan - Agente Indígena de Saneamento

Aisb - Agente Indígena de Saúde Bucal

Bird - Banco Interamericano de Desenvolvimento

BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

Capoib - Comissão de Articulação dos Povos e Organização Indígena do Brasil

Casai - Casa de Saúde Indígena

Cefet - Centro Federal de Educação Tecnológica

Cimi - Conselho Indigenista Missionário

Cisi - Comissão Intersetorial de Saúde Indígena

CLSI - Conselho Local de Saúde Indígena

CNBB - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CNSPI - Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas

Core - Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde

Cosai - Coordenação de Saúde do Índio

Condisi - Conselho Distrital de Saúde Indígena

Conep - Comissão Nacional de Ética e Pesquisa com Seres Humanos

Datasus - Departamento de Informática

Densp – Departamento de Engenharia de Saúde Pública

Desai - Departamento de Saúde Indígena

Diesp – Divisão de Engenharia de Saúde Pública

Dsei - Distrito Sanitário Especial Indígena

DST/Aids - Doença Sexualmente Transmissível/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

Emsi - Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

Fsesp - Fundação Serviços de Saúde Pública

Funai - Fundação Nacional do Índio

**Funasa** - Fundação Nacional de Saúde

GT - Grupo de Trabalho

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Ibama- Instituto Brasileiro do Meio Ambiente

ICMS - Imposto Ecológico sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

MDA - Ministério do Desenvolvimento Agrário

MDS - Ministério do Desenvolvimento Social

MEC - Ministério da Educação

MMA – Ministério do Meio Ambiente

MME – Ministério de Minas e Energia

MPS - Ministério da Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

Nisi – Núcleo Intersetorial de Saúde Indígena

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização não-governamental

Opas – Organização Pan-Americana de Saúde

PPA - Plano de Pronto Ação

PPTAL - Projeto Integrado de Proteção das Populações e Terras Indígenas da Amazônia Legal

PSFI - Programa de Saúde da Família Indígena

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

Siasi – Sistema de Atenção à Saúde Indígena

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SIH - Sistema de Informações Hospitalares

SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

Sisvan – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

Sucam – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

Vigisus – Projeto de Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde



A CONSTRUÇÃO DA  
4<sup>a</sup> CONFERÊNCIA  
NACIONAL DE  
SAÚDE INDÍGENA





A 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (4ª CNSI), convocada pela Portaria Ministerial nº 963, de 23 de julho de 2005 e publicada no *Diário Oficial* da União nº 120, de 24 de junho de 2005, é parte integrante da 12ª Conferência Nacional de Saúde.

A 4ª CNSI ocorreu no período de 27 a 31 de março de 2006, no município de Rio Quente, Goiás e teve por finalidade avaliar a situação de saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e do Subsistema Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde e propor diretrizes e ações para promover a saúde dos povos indígenas, com controle social.

O tema central da 4ª CNSI que orientou as discussões nas distintas etapas da sua realização, foi: *“Distrito Sanitário Especial Indígena: território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições”* e teve cinco eixos temáticos: I. Direito à Saúde; II. Controle Social e Gestão Participativa; III. Desafios Indígenas Atuais; IV. Trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde; V. Segurança Alimentar, Nutricional e Desenvolvimento Sustentável.



Foto: Adriano Machado

Antecedendo à etapa nacional da 4ª CNSI, foram realizadas 206 conferências locais de saúde indígena, que aconteceram nas aldeias e teve a participação de cerca de 12.000 pessoas em todo o país. Sucedendo às conferências locais, foram realizadas 34 conferências distritais de saúde indígena, com cinco mil participantes, no total. Finalmente, na etapa nacional participaram 1.228 pessoas entre usuários, trabalhadores indígenas e não indígenas, gestores, prestadores de serviço, membros de comissões de trabalho, convidados nacionais e internacionais.

Ao todo, estiveram presentes 800 delegados, dos quais 52% representaram os usuários indígenas, 27% trabalhadores e 21% gestores e prestadores de serviço.

Chegaram à 4ª CNSI 5.431 propostas, resultantes das etapas anteriores, sendo que ao final foram aprovadas 536 propostas, como resultado do esforço de tantas lideranças indígenas, em parceria com trabalhadores, prestadores de serviço e gestores do Subsistema de Saúde Indígena, a partir de deliberações do Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em articulação com representantes dos povos indígenas, sob a responsabilidade da **Funasa**, para garantia dos encaminhamentos necessários à realização da 4ª CNSI, rumo à consolidação de uma política pública de saúde das populações indígenas.

Comissão Organizadora



# PREFÁCIO



**A**s comissões do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Fundação Nacional de Saúde (**Funasa**) dedicaram-se ao planejamento da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI) com todo o esmero e o processo de relatoria foi tratado com igual empenho.

A Comissão de Relatoria do CNS para a 4ª CNSI, os relatores das conferências distritais e os relatores de síntese reuniram-se em Brasília, entre os dias 20 e 24 de fevereiro de 2006, com o suporte técnico do CNS, da **Funasa** e do Datasus. Após as orientações preliminares, um balanço das conferências realizadas e breve histórico das atividades da Comissão de Relatoria, foi apresentado o Sistema de Apoio às conferências, criado pelo Datasus e que facilitou pactuar a dinâmica e o método de elaboração do Documento Consolidado das relatorias distritais, elaborado como previsto.

Este Relatório vale-se de textos elaborados por militantes e especialistas, sem os quais, não se teria o registro histórico dessa vitoriosa jornada.

Para melhor compreensão do desenvolvimento dos trabalhos estão anexados algumas informações sobre aspectos que contribuíram para o bom êxito da Conferência e que, sem dúvida, poderão ser úteis a outras comissões e grupos que hão de tornar realidade outros encontros tão preciosos como a 4ª CNSI. Dois informes importantíssimos fecham com chave de ouro este documento: uma comunicação da **Funasa** sobre dados da Conferência e uma relação dos nomes das 125 etnias que se identificaram no processo de inscrição.

Ao ler seus nomes, fica o desejo de que, na próxima conferência, esses povos não representem apenas sons desconhecidos ou lembranças de notícias, que a mídia escolhe e mostra, sobre nossos patrícios indígenas. Que suas semelhanças e diferenças nos sejam mais familiares, assim

como quando comparamos finlandeses, suíços e alemães. Que saibamos dizer “bom dia”, “amigo”, “perdão”, “coma conosco”, “doeu?”, “vamos”, em alguma língua indígena, com a naturalidade como hoje falamos *hot dog, sale, dollar, off, delivery, free, coffee break, brother, yes!* E *uau...* E que, mesmo tímidos, cantemos o Hino Nacional em língua dos primeiros brasileiros.

Os relatores lembram, com respeito e admiração, aqueles que nos antecederam nesta longa, chorada mas vitoriosa marcha: os antepassados, as atuais lideranças indígenas, com Rondon, Nutels, irmãos Villas Boas, Xará (Ezequias Heringer) e milhares de anônimos que se determinam copartícipes da luta pela saúde, vida e tradições indígenas do Brasil.

Como todo texto é um intertexto, o Relatório Final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena é mais um. E representa o esforço coletivo de milhares de pessoas para pensar, falar, mediar, agir, comunicar, articular consensos viáveis, explicitar contradições ainda intransponíveis, conciliar, aceitar adiamentos e retrocessos incontornáveis; escrever, apagar, escrever de novo, visando um objetivo comum: fazer dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas território de produção de saúde, de proteção da vida e de valorização das tradições dos povos indígenas. Audaciosa missão, esta de cuidar da saúde plena, de se redescobrir coletivamente protetores da vida e valorizadores das tradições, lá onde as culturas indígenas são vivenciadas por razões genéticas, por motivo de trabalho, de fé ou de circunstâncias aleatórias. Indígenas, missionários, trabalhadores de saúde, gestores, prestadores de serviço, pesquisadores nas aldeias, nos pólos, nas conferências transformaram em palavras, suas revoltas, esperanças e certezas sobre o subsistema de saúde indígena. Para o triunfo da vida.

Este intertexto da saúde indígena é uma escritura, é uma criação coletiva. Qual será seu destino, seu futuro? A tecnologia e a boa vontade permitiram que as vozes dos

confins do Brasil sejam transformadas em saúde. Sua magia se realizará pela leitura de cada leitor e no ato confiante de ouvir quem lê, quando a leitura ainda é mistério. E surge quando papel e letras, fotos e signos retornam ao mundo das ações humanas, transformando tudo em saúde, vida e tradições! E quando isto ocorre, milagre! Pessoas e coletivos descobrem, criam, inovam, num mundo em mudança vertiginosa. Aí, de cada aldeia indígena, gestado por uma sabedoria e uma coragem milenares, uma chama nova se espalha, começando no Brasil e atingindo todos os continentes: o sonho realizável de saúde para todos!

O SUS, a Opas e a OMS não mais serão os mesmos: os índios do Brasil, parentes e companheiros exemplificam luta e coragem pelo que querem e sabem justo e bom. E saúde para todos é justo e bom.

O poeta Geir Campos, de Niterói, escreveu assim:  
Eu quisera ser claro de tal forma que ao dizer  
-rosa!  
todos soubessem o que haviam de pensar.  
Mais: quisera ser claro de tal forma que ao dizer  
-já!  
todos soubessem o que haviam de fazer.

O poeta estará em breve realizado, pois o JÁ dos indígenas brasileiros está dito e escrito. E todos sabem e já estão fazendo o que há de ser feito.

Os méritos do texto são dos indígenas todos, dos relatores, dos servidores e de todos que criaram as condições propícias ao trabalho. O erro, a omissão, o mal entendido, o excessivo e o obscuro são de total responsabilidade do relator geral e da relatora adjunta.

Artur Custódio de Souza – Relator-Geral

Maria Leda de Resende Dantas – Relatora-Adjunta







Foto: Adriano Machado



1 ABERTURA  
SOLENE DA  
CONFERÊNCIA



## 1.1 Discursos

### a) Discurso do Deputado Saraiva Felipe

*Ministro de Estado da Saúde*

Eu acho que aqui o ambiente está absolutamente propício, pois estou me sentindo numa oca, ouvindo um barulhinho de água aqui ao lado e vendo gente de todo o Brasil, quase mil pessoas representando os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que é provido pela Funasa às populações indígenas, aos trabalhadores de saúde, tanto de origem indígena quanto não indígena. Eu estou vendo aqui técnicos dos órgãos gestores do SUS nos municípios e pessoas, entidades ligadas à causa indígena no Brasil. Nós tivemos a realização de 250 conferências envolvendo mais de 12.500 pessoas. Na etapa distrital, tivemos cerca de 4.500 pessoas que participaram das 34 conferências. Então, o que eu estou vendo aqui é um movimento ascendente, um movimento de baixo para cima e quando eu vejo as reivindicações apresentadas em cartazes, eu vejo o entusiasmo, como se estivéssemos retomando a alma do SUS.

O Sistema Único de Saúde foi construído ainda antes da Constituição de 1988, quando sanitaristas, profissionais de saúde, entidades que representavam os usuários começaram a discutir o caráter excludente do modelo de atenção à saúde que só dava conta daqueles que tinham carteira assinada, daqueles que estavam inseridos no mercado formal de trabalho. E foi gente, já lembrada aqui, como meu amigo Sérgio Arouca, muitos outros, eu, inclusive, fazendo parte de um grupo com o Ubiratan Pedrosa, com Agenor Álvares, com muita gente, nós nos insurgimos contra aquela situação. Aproveitamos espaços a nível de municípios, de estados para questionar essa situação de excludência da política de saúde e conseguimos

construir o Sistema Único de Saúde que apresenta defeitos, que precisa melhorar, que precisa ter mais dinheiro, mais recurso para funcionar, mas eu tenho viajado pelo mundo e nós não encontramos nenhuma proposta tão generosa, inscrita, letra a letra, na Constituição e que nos serve como bússola, nos serve como guia para que nós possamos batalhar, brigar, lutar no Congresso Nacional, em conferências como essas.

Eu estou vindo de uma Conferência Nacional de Trabalhadores de Saúde, onde 1.600 pessoas representam mais de 1 milhão e 200 mil trabalhadores do SUS. Foram feitas 1.000 conferências no país, e eu acho que por isso tudo, por essa insurgência, porque nós já temos o instituído, mas estamos precisando do instituinte, estamos precisando recuperar o gás, o fôlego que tínhamos quando combatíamos a ditadura militar, quando brigávamos pela melhoria das condições de saúde do povo brasileiro, para que tivéssemos um sistema único de saúde. Depois, parece que entramos em alguma letargia. Nós nos acomodamos, ficamos meio quietos e precisamos retomar este fogo, essa chama que fez com que Dom Thomas Balduino tivesse a representatividade que ele tem hoje na luta da Pastoral da Terra para que possamos reativar os movimentos sociais e ganharmos espaço fazendo com que realmente nós tenhamos um país com menos iniquidade.

O grande problema do Brasil é que o Sistema Único de Saúde, por exemplo, que funciona bem em alguns municípios, em geral em regiões mais desenvolvidas, funciona mais precariamente em outros e nós temos a iniquidade social revelada por números simples. Enquanto em 200 e tantos municípios do Rio Grande do Sul nós tivemos uma mortalidade infantil próxima de zero, na média menos de um dígito, nós tivemos, em algumas regiões do Nordeste, mesmo na periferia do Recife, mais de 50 crianças mortas com menos de um ano por 1.000 nascidas vivas. Então, o problema do país é a iniquidade. Mas, eu gostaria de salientar, neste esforço da

**Funasa**, esforço já criticado pelos que acham que reunir a população, reunir os interessados para discutirem os seus problemas é algo que nós poderíamos prescindir, eu gostaria de dizer que avançamos de um gasto com ações e serviço de saúde a populações indígenas que, em 2002, foi de 124 milhões e 200 mil reais para, em 2005, quando nós gastamos, com ações dessa natureza, 232 milhões e 100 mil reais. É suficiente? Não é suficiente? Foi gasto de forma adequada? Foi distribuído da melhor maneira? Atingiu as metas e os objetivos? A resposta está entre vocês. Eu espero que essa 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena dê conta dessas questões.

Nós estamos com os corações e as mentes abertas para recebermos as propostas que emanarem desse encontro e todas elas serão fundamentais porque ou se faz conferência para ouvir os interessados e isso ter consequência a nível de aplicação, ou é um grande esforço de mobilização que é desperdiçado e que se esfuma sem que nenhuma melhoria possa ser alcançada por aqueles a quem se destinam as ações de saúde.

Então, em nome do Governo brasileiro, em nome do Governo do presidente Lula que tem se preocupado com as condições de saúde, com as condições sociais de uma maneira geral, mas que também nós temos que participar dando direcionamento, rumo que nós vemos como adequado, eu gostaria de agradecer a presença de vocês, eu sei do esforço para reunir gente de todo o país, de todos os 34 distritos indígenas que nós temos no Brasil e reunirmos aqui em Rio Quente, nessa oca quente, nesse clima que tomara que seja quente para discutir os problemas da saúde indígena e com a Funai, o Ministério da Saúde poderá, a partir das conclusões dessa 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, dar respostas mais adequadas, respostas mais eficazes. É isso que eu espero. É uma provocação que eu faço na consciência de que só com a nossa mobilização nós vamos atingir os objetivos de ajudar o governo, ou de trabalhar junto com

o Governo, ou de puxar o Governo para nós conseguirmos diminuir as iniquidades, que esse é o mal que está na essência de todos os males desse país, inclusive os problemas que temos na área de atenção à saúde.

**b) Discurso do médico sanitaria José Maria França**

*Coordenador-Geral da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena*

Para que chegássemos a esse momento, 85% das localidades indígenas e 100% dos distritos de saúde indígena elegeram seus delegados e delegadas em suas conferências de saúde, envolvendo, em todo o país, mais de 18 mil pessoas, entre trabalhadores, usuários, prestadores, gestores, todos reunidos de forma participativa, livre e democrática.

Portanto, estamos aqui, representando cada aspiração das etnias indígenas no país, cada pedacinho de chão indígena brasileiro. Isto, ao mesmo tempo em que nos deixa uma alegria sem medida, proporciona-nos um momento de muita responsabilidade. E esta alegria amplia-se quando a vida me dá a oportunidade, depois de aposentado, de poder voltar à minha casa, a Fundação Nacional de Saúde e poder saudar, neste espaço, velhos companheiros e companheiras ao lado dos quais lutamos há décadas para promover, neste país, uma das maiores e mais bem-sucedidas revoluções da saúde de que se tem notícia na história recente, a construção do Sistema Único de Saúde.

Vejo, por sorte, como médico sanitaria, como militante do movimento pela reforma sanitária e como *ex-sespiano*, a responsabilidade que me foi delegada pelo presidente da **Funasa**, de poder contribuir no fortalecimento do Subsistema de Saúde Indígena, este, instituído em 1999, com apenas seis anos de vida. Portanto, um recém-nascido. Um recém-nascido com responsabilidade de adulto, de um adulto que sabe não

ser tarefa fácil garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, esta, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política destes povos, destes povos, como bem nos ensinou Cláudio Villas Boas, repito: “Os índios representam um outro tipo de humanidade, com valores complexos que não somos capazes de compreender”.

Compartilhando deste sentimento, penso que a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena deve imbuir-se das idéias e grandezas dos Villas Boas e se reunir em uma espécie de expedição na tarefa de repensar os caminhos do Subsistema de Saúde Indígena. Repensá-lo com orgulho e respeito, por tudo e por todos, lembrando de incorporar nos debates, nas construções de novas idéias os avanços e as conquistas já em curso, lembrando, não ter medo de olhar os desafios, os obstáculos que estão por vir. Mas ao vê-los, investir-se de alma gigante e espírito sereno em busca de alternativa que possa ampliar nossa capacidade profissional e humanitária e poder assegurar aos índios o direito à saúde, prestada com dignidade.

Senhores e senhoras, permitam-me dividir um sonho com vocês, um sonho de que nestes dias todos, cada um de nós possamos ser, ao mesmo tempo, ouvintes, aprendizes e, sobretudo, colaboradores destes homens e mulheres indígenas que estão aqui presentes, que vêm neste local nos dizer suas noções, conceitos, idéias e experiências acerca de suas necessidades específicas e que, somente eles e elas podem nos dizer, podem nos apontar caminhos. Desejo que estes caminhos sejam expressos nas discussões, debates e aprovação das propostas dos cinco eixos temáticos aprovados para esta Conferência. “Eixo 1: direito à saúde. Eixo 2: controle social e gestão participativa. Eixo 3: desafios indígenas atuais. Eixo 4: trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde. E o eixo 5: segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável”.



Tenho certeza de que no calor do debate os usuários trabalhadores, gestores e prestadores terão consciência de onde e do que estamos a discutir para apresentar propostas. Propostas se orientam para consolidar o Subsistema de Saúde Indígena que conta hoje com 717 postos de saúde, 367 hospitais de referência, 323 pólos-base e 55 Casas de Saúde Indígena (Casais), 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis) e que o mesmo é estratégico e merece cuidados especiais, dadas as especificidades históricas, etnográficas e sociais do povo fundador da cultura brasileira. Que a população indígena aldeada brasileira está em torno de 450 mil índios, totalmente coberta pelo Sistema Público de Saúde por meio da **Funasa**.

Em 2005, o investimento na saúde indígena somou 219 milhões, 361 mil, 966 reais. Cerca de 90 milhões foram utilizados para pagamento de convênios com organizações não-governamentais e universidades. Ainda em 2005, a rede de atendimento à saúde dos índios brasileiros realizou 1 milhão, 864 mil, 769 consultas e 1 milhão, 361 mil, 962 visitas domiciliares. Trabalho executado pelas equipes multidisciplinares de saúde indígena, formadas por médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agente indígena de saúde e agente indígena de saneamento, entre outros profissionais. Registramos um avanço importante em um ano, praticamente dobrando o número de equipes que, em 2002, contava com 6.688 profissionais de saúde e, em 2005, com um total de 12.564 profissionais.

Entretanto, é imperativo admitir que muito mais deve ser feito, deve ser plantado por cada um de nós nos lugares que ocupamos, Governo e sociedade. E, para finalizar a minha fala, tomando-a como um novo início, associo-me às belezas de Rio Quente no estado de Goiás, para citar uma de suas filhas, Cora Coralina que nos disse: "Planta com fé religiosa, planta sozinho silencioso. Cava e planta, gestos pretéritos

e memoriais, oferta remota, patriarcal, liturgia milenária, ritual de paz. Em qualquer parte da terra um homem estará sempre plantando, recriando a vida, recomeçando o mundo”  
Poema do milho, Cora Coralina, Goiás, região Centro-Oeste. Em seu nome eu abro aqui um espaço para alguns agradecimentos e desculpas.

Nós gostaríamos de agradecer, inicialmente, ao projeto Vigisus, na pessoa do Diretor Williames Pimentel de Oliveira, que nos ajudou para que pudéssemos chegar aqui hoje. Eu citaria também alguns nomes que participaram conosco desde setembro nesta luta. Eu gostaria de iniciar mencionando a pessoa de Raimunda Nonata Carlos Ferreira, a Ramona, que é a Coordenadora-Adjunta desta 4ª Conferência. Ramona foi uma pessoa que, desde setembro, iniciou esse trabalho conosco e aqui hoje, Ramona, você deve estar muito satisfeita com o brilho desta festa. A Fátima Souza, esta paraibana que se somou ao pessoal do Desai e que contribuiu muito com sua experiência e com sua decisão de firmeza. Luciana, Josinete, Solange, Irânia, Marilene, essa pessoa que nos ensinou muito com a sua experiência em conferências, Fernanda, Benedita, Antônio Maria, Eliane, Helma, Gudrin, Caco. A gente podia dizer mais pessoas, mas, em nome dessas citadas, nós dizemos e agradecemos a todas, que, somando-se às lideranças indígenas Aílson dos Santos, Edemilson Canale, Valdenir Andrade, Midas de Oliveira, Elenir Coroaia, Irenildo Cassiano, Carmem Pankararu, esta guerreira que nos ajudou muito e contribuiu para este evento. José Ângelo Nambicwara, Hilário Kadiwéu. Enfim, esta equipe representa mulheres e homens de alma gigante e espírito sereno que, nestes sete últimos meses, trabalharam diuturnamente com todo zelo para que hoje pudéssemos abrir a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, com a certeza do sucesso, antevendo-a como um marco à consolidação do Subsistema de Saúde Indígena do país.

Nesse espaço, faço os agradecimentos e também os pedidos de desculpas antecipados ou que por acaso já tenha acontecido com algum de vocês, pelo transtorno acontecido ou que possa acontecer. Não é fácil transportar pessoas dos mais longínquos locais desse país, desde a selva amazônica até a selva do Rio Quente. Eu gostaria de dividir nossas alegrias com todos vocês nesta festa da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, festa de todos os índios do Brasil, esta nós consideramos a festa da dignidade. Em nome dos 450 mil índios do nosso país, declaro aberta a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Muito obrigado.

### **c) Discurso de Paulo Lustosa**

*Presidente da Fundação Nacional de Saúde*

Este é o momento que pode definir um ponto de inflexão na história da assistência à saúde das populações indígenas porque aqui, nesta Conferência, pelos temas que foram estabelecidos e definidos com a participação, sempre completa da comunidade indígena nós teremos subsídios, propostas capazes de atender a uma série de reivindicações justas e que permitirão fazer com que o trabalho da **Funasa** seja mais eficaz, mais efetivo e atenda os direitos inalienáveis da população indígena.

As reivindicações das várias etnias aqui apresentadas nessas placas já são hoje objeto das preocupações de ações diretas da **Funasa**, na proporção em que começamos já, por exemplo, a fazer a autonomia da gestão dos Dseis, começamos com o Dsei do Maranhão. Estamos definindo uma nova geografia para os Dseis para que tenhamos facilidade logística para o atendimento daquilo que são as justas demandas. Achamos nós que 34 Dseis não são suficientes para atender, de maneira objetiva, direta, em tempo real uma série de necessidades das populações indígenas. Nesta Conferência, os senhores terão oportunidade de discutir idéias preliminares de um novo

desenho da jurisdição de novos Dseis, de tal maneira que possamos, efetivamente, cumprir os nossos compromissos e a nossa missão institucional.

Junto com o Ministro Saraiva Felipe, estamos lutando diuturnamente para ter definidas determinadas conquistas que são de direito dos profissionais de saúde, de modo geral, da **Funasa**. Estamos com plano de cargos e salários no Ministério do Planejamento, com funções gratificadas para os engenheiros na Casa Civil e com uma série de outras medidas destinadas a ampliar o número de profissionais que atendem às populações indígenas.

Vejo aqui mais uma placa: “Proteja os rios e nascentes”. Meu caro Ministro Saraiva Felipe, fizemos, há cerca de um mês e meio, uma proposta ao Ministro Ciro Gomes para um trabalho inicial, ajudamos no processo de transposição das águas do São Francisco começando pelo saneamento ambiental das 504 comunidades ribeirinhas para, nesse experimento, estendamos a nossa proposta a todas as bacias hidrográficas do Brasil.

Nós estamos tendo uma preocupação fundamental hoje e, sabe bem o Ministro Saraiva Felipe, com os problemas de alimentação e nutrição das populações indígenas dos seus grupos mais vulneráveis. Montamos o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), estamos lutando para implementá-lo, porque só assim teremos indicadores objetivos que nos sinalizarão quando possíveis problemas de desnutrição ou má nutrição vierem a ocorrer nas comunidades indígenas. Quero dizer aos senhores que este ano temos feito um esforço, inclusive realocando recursos de outras fontes, para não deixar de cumprir os compromissos relacionados às entidades terceirizadas que nos atendem no cumprimento da nossa missão de apoio à saúde indígena. Não temos ainda o orçamento da União, mas remanejamos recursos de outras fontes para não sofrermos solução de continuidade na atenção básica à saúde.

Enfrentamos dificuldades. Muitos dos nossos terceirizados não cumprem adequadamente certos procedimentos exigidos pela legislação vigente em termos de prestação de contas, mas estamos trabalhando para substituí-los ou para treiná-los para que cumpram efetivamente aquilo que é exigência da lei.

Eu quero dizer aos senhores que a nossa esperança e a nossa fé é que um dia seremos realmente um só povo, que um dia a cidadania não seja apenas retórica de políticos ou de intelectuais, mas efetivamente, esteja apoiada no tripé do exercício de direitos civis e políticos, acesso aos direitos sociais e sobrevivência econômica condigna, respeitadas as peculiaridades, as características culturais das várias etnias, enfim, que seja não um sonho, mas efetivamente uma conquista de todos os brasileiros.

Quero registrar a enorme preocupação do presidente Lula com os grupos excluídos, com aqueles que ele chama “órfãos da vida, da sociedade e dos governos” e nisso estamos trabalhando, não apenas com os indígenas, mas com os quilombolas, populações ribeirinhas, extrativistas, com os assentamentos rurais, não na dimensão que nós gostaríamos e das necessidades que ali se apresentam, mas na dimensão das restrições orçamentárias que se nos colocaram. Estamos buscando um novo Vigisus, um Vigisus III para ampliar o volume de recursos destinados a estes segmentos.

Eu quero dizer aos senhores que ao encerrar as minhas palavras esperamos nós que as contribuições que saírem daqui na forma de propostas objetivas dêem os subsídios para a Funai integrar as ações de Governo. Fomos nós que iniciamos a primeira integração das ações Funai e **Funasa**, fomos nós que convidamos os conselhos distritais de saúde indígena para discutir conosco e Carmem, inclusive, apresentou, em nome das comunidades, uma

série de reivindicações das quais nós assinamos uma ata de compromisso. Estamos buscando integração, cooperação, complementariedade e sinergia para que os recursos, os esforços possam ser usados de maneira mais adequada, para que nós possamos otimizar o uso desses recursos, por vezes escassos, num país onde se faz presente um verdadeiro *apartheid* social.

Portanto, meus companheiros, meus amigos desta Conferência, espero que nós tenhamos resultados objetivos. Saibam os senhores que tanto o Ministro Saraiva Felipe como eu, enquanto estivermos à frente desta missão institucional, seremos transparentes, claros, diretos, objetivos e sinceros no nosso diálogo, na nossa discussão dos objetivos colocados e nas demandas justas e merecidas da comunidade indígena. Portanto, deixo o meu abraço fraterno, deixo a certeza de que daqui sairemos com um novo tempo em que a comunidade indígena participará da formulação dos nossos programas de saúde indígena, que elas terão vez e voz na discussão, na implementação e na avaliação dos resultados daquilo que nós realizarmos em favor destas comunidades.

**d) Discurso do conselheiro José Marcos de Oliveira**  
*Representante do Conselho Nacional de Saúde*

Em nome do Conselho Nacional de Saúde, quero saudar a todos os presentes à 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, uma vez que todos os segmentos consideram que esta Conferência é mais uma conquista das comunidades indígenas que têm garantido o seu direito de dizer como querem ser tratadas em relação às questões de saúde. Reforçando que garantir o direito à saúde significa garantir o bem-estar físico, social e mental de brasileiros e brasileiras. O compromisso dedicado pelo Conselho Nacional de Saúde a esta Conferência, desde o seu início,

demonstra a importância desse debate para a efetivação de uma Política Nacional de Saúde que venha de encontro às necessidades da população indígena, bem como da população brasileira como um todo.

Estamos diante de um grande desafio que é fazer acontecer a Política de Saúde Indígena, considerando as realidades locais de âmbito social, cultural e religioso, política esta que somente se legitimará com a participação



Foto: Adriano Machado



das comunidades indígenas no processo de elaboração das diretrizes, a partir das propostas a serem apresentadas nesta 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, tendo a sua efetividade garantida pelo controle social.

A participação indígena na elaboração de uma política de estado que não esteja sujeita a interesses políticos e econômicos vai propiciar, aos povos indígenas, o acesso universal às ações de promoção e prevenção e a garantia do acesso aos serviços de saúde conforme os princípios do Sistema Único de Saúde e também respostas mais eficazes às doenças como tuberculose, malária e Aids.

Por fim, parabenizamos todas as comunidades indígenas pelo processo de conquista de mais uma vaga no Conselho Nacional de Saúde. Desejamos a todos muito sucesso nas discussões desta 4ª Conferência onde os delegados aqui presentes vão dizer o que sentem, o que querem e apostando, principalmente, no diálogo para superar a resistência. Este é o momento decisivo e, reitero, estar aqui é uma honra para o Conselho Nacional de Saúde.

## **1.2 Homenagem a pessoas dedicadas à causa indígena**

Foram prestadas homenagem a pessoas indígenas e não indígenas que contribuíram e contribuem na defesa do direito dos povos indígenas, nas áreas de:

### **a) Violência**

Para repudiar a inominável desumanidade, lembremos, com tristeza, do caso de Galdino Pataxó. Este caso não é isolado, outros, também, tombaram:

Idjarrure Karajá;

Marcos Veron;



Dena Trucá;

Jorge Trucá;

Chicão Xucuru;

Carlito Cinta Larga.

As 19 vítimas de acidente de trânsito em Pernambuco.

As 6 vítimas de acidente de trânsito em Rondônia.

As 12 vítimas Kaiapó, mortas em acidente de trânsito na BR 163, em Mato Grosso.

Marilene Pataxó foi convidada e aceitou receber a homenagem em nome de todas as pessoas indígenas, vítimas de violência ou acidentes, inclusive as não mencionadas.

## **b) Resistência**

Há momentos em que se furta à luta político-ideológica significa isolar-se da realidade concreta, enquanto as aldeias ardem em chamas por justiça e igualdade de direitos. Este tem sido o sentimento de luta e resistência dos povos indígenas há mais de 500 anos. São pessoas como o cacique Raoni Kaiapó, e ainda:

Enilton Macuxi;

Megaron Txucarramãe;

Marawe Kaiabi;

Aritana Yualapeti;

Bonifácio Baniwa;

Gersen Baniwa;

Marcos Xucuru;  
Celistino;  
Dourado Tapeba;  
Yssor Truká;  
Neguinho Truká;  
João Bingá;  
Miguel Bingá;  
Cacique Zé Alto;  
Paio Zoró;  
Jaci Macuxi;  
Isidoro Erikbatsa;  
Pedro Inácio Ticuna.

Para representá-los foi convidado o cacique Raoni Kaiapó, reconhecido na 4ª Conferência, como símbolo nacional de resistência, de luta e de coragem. Raoni aceitou o convite, ele que participou ativamente da luta pela demarcação do Parque do Xingu, que denunciou em vários momentos a violência sofrida pelos seus parentes, que representou os povos indígenas brasileiros em vários eventos internacionais e participou ativamente de definições de políticas para esses povos.

### **c) Luta da mulher indígena**

As mulheres, com suas múltiplas atividades, sempre estiveram junto, quando não à frente, das lutas de seus povos, empunhando a bandeira da igualdade, da dignidade, da participação, com singeleza no coração, com carinho, amor. Jamais não como sinônimo de fragilidade,

mas atuando sempre com sentimento, são verdadeiros símbolos de resistência.

Esta realidade se faz presente na prática diária de:

Quitéria Bingá;

Rita Xavante;

Pascoalina Xavante;

Beritxa Carajá;

Mikelina Baré;

Xiquinha Paresi;

Ilda Constância;

Cacique Pequena;

Dorinha Pankará;

Zenilda Xucuru;

Elenir Coroaia;

Carmem Pankararu;

Anita Arara;

Darlene Taukane;

Creusa Umutina;

Maria Rosa Xavier – *In memoriam*.

Com estas, outras tantas mulheres tomam em suas mãos a responsabilidade e os compromissos políticos, sociais, éticos, morais. E re-escrevem suas histórias...

Para receber a homenagem em nome de todas, foi convidada a cacique Maria de Lourdes Santos Truká,



simbolizando a participação das mulheres nos mais diferentes espaços de decisão política e nas mais diferentes posições seja como caciques, professoras, agentes de saúde, conselheiras, mães, esposas... Em quaisquer destas posições e condições, representam a luta da mulher indígena, por justiça e igualdade para seus povos, sem discriminação de sexo ou etnia.

#### **d) Luta pela terra**

Mãe terra. É assim que a maioria dos índios define sua relação com a terra, a garantia dos seus territórios... E para tê-las, várias lutas ao longo dos anos foram travadas, vidas foram tombadas e povos inteiros dizimados, tudo em nome do “progresso”, da ganância, em desrespeito à vida, à natureza, ao que é mais sagrado para os povos indígenas: **a Mãe Terra.**

Não foram poucas as pessoas que se inseriram nesta luta. Entre elas temos:

Irmã Genoveva;  
Ângelo Cretá;  
Chicão Xucuru;  
Marçal Tupã;  
Mário Lúcio Avelar;  
D. Antônio Possamai;  
Júlio Macuxi;  
Adalberto Erikbatsa;  
Agnaldo Pataxó Hã-Hã-Hãe.

*In memoriam:*

Irmão Vicente Cannãs ;  
Rodrigo Arara.

Esta Conferência não pode deixar de citar e homenagear o bispo de São Félix do Araguaia, D. Pedro Casaldáliga, testemunho vivo dos enfrentamentos diários com os fazendeiros, posseiros, grileiros e outros, para defender os direitos à terra dos povos indígenas.

Em nome das pessoas homenageadas, foi convidado para receber a homenagem, D. Thomas Balduino, um grande responsável pelas conquistas e vitórias da Comissão Pastoral da Terra (CPT/CNBB), parceira incondicional na luta pela demarcação e homologação das terras indígenas.

### **e) Parlamentares**

Grandes nomes se destacam na tarefa de legislar em prol de maior justiça para todos os povos indígenas, como:



Eduardo Val verde;  
Sibá Machado;  
Orlando Fantazzine;  
Fátima Cleide da Silva;  
Edson Duarte;  
Perpétua Almeida;  
Carlos Abicalil; João Alfredo.

Representando os parlamentares, foi convidada a vereadora do município de Santa Helena de Minas, em Minas Gerais, a Índia Maria Diva Machacali, em nome do saudoso parlamentar, o médico sanitarista Sérgio Arouca.

Sérgio Arouca, autor do projeto de lei que criou o Subsistema de Saúde Indígena, deixou-nos o seguinte ensinamento: “é permitido sonhar, ainda que diante

das grandes dificuldades”. Este é o grande desafio do Subsistema de Saúde Indígena criado por Arouca: olhar as nuvens do céu, com os pés no chão da mão terra.

#### **f) Cidadãos solidários à luta indígena**

Lavrador ou motorista, advogado ou médico, professor ou engenheiro, muitos fizeram e fazem de suas vozes instrumentos de lutas pela paz, pela justiça e pela esperança de um mundo melhor para todos. Muitos são eles e elas. Nesta homenagem citamos:

Pedro Táxi;

Washington Novaes;

Zilda Arns.

*In memoriam:*

Orlando Villas Boas;

Apoena Meirellis;

Madson Andrada;

Darcy Ribeiro.

Foi convidado o presidente da Fundação Oswaldo Cruz, Paulo Buss, para receber a homenagem em nome de todos e representar os que fazem das instituições espaço de busca e de conquistas do direito de ser e fazer todos felizes.

#### **g) Construção de um sonho: implantação do Subsistema de Saúde Indígena**

Muitos são os técnicos do Sistema Único de Saúde que se comprometeram com o Subsistema de Saúde Indígena,



assim como poucos são comprometidos com a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades, no entanto, poucos fazem a diferença:

Douglas Rodrigues;

Gilney Viana;

Ademir Gudrin;

Marcos Pellegrine;

Ana Costa;

Cibele Verani;



Foto: Adriano Machado



Mirthes Versane;  
Alexandre Padilha;  
Maninha Xucuru;  
Raimunda Ferreira  
(Ramona);  
Clovis Ambrósio;  
Meire Fonte;  
Antônio Fernando;  
Irânia Marques.

Ubiratan Pedrosa, ícone da saúde indígena e precursor da construção do Subsistema de Saúde Indígena, foi convidado e aceitou receber a homenagem e representar todos os profissionais de saúde que fazem a diferença, e mais, que erguem a cabeça e seguem em frente, sonhando e fazendo acontecer...

#### **h) Participação social: desafios e esperança**

Ensinou-nos D. Hélder Câmara que “Ainda há muito o que fazer para pôr ordem no mundo. Com as poucas forças que ainda nos restam, continuamos nosso combate à miséria, em todo lugar



Foto: Edmar Chapermam

onde for possível: que seja junto com todos vocês!” É neste espírito de união, de co-responsabilidade, de compartilhar idéias e aglutinar ações, que os conselhos distritais de saúde indígena vêm se fortalecendo nos 34 distritos sanitários. Hoje, a regulamentação do Fórum Nacional dos Presidentes dos Conselhos Distritais torna-se imperativo e urgente, ampliando os espaços de discussões fraternas, livres e democráticas. A confirmação deste espaço, como instância de socialização de um projeto democrático e participativo só faz sentido, quando lideranças indígenas afinam suas vozes em busca de dias melhores para a saúde dos seus parentes:

Abdias Franco Silva Apurinã;

Antônio Ricardo Dourado Tapeba;

Arokona lanomâmi;

Aurélio Tenharim;

Bemoro Metuktire;

Derli Bastos Batista;

Edvaldo de Oliveira;

Etelvina Santana da Silva;

Evalcy Pereira Apinajé;

Felipe Brizoela;

Orlando Assis Cruz;

Francisco Jacinto Almeida;

Hilário da Silva;

Issaríri Karajá;

Jecinaldo Barbosa Cabral;

Joaquim Ferreira Lima;



José Ângelo Nambiquara;  
José Wilson Guajajara;  
Marcelo Leandro Kamayurá;  
Lourenço Timbira Carneiro;  
Manoel Barbosa da Silva;  
José Bernardes;  
Midas Oliveira;  
Ancelmo Conceição Vieira;  
Nelson Rikbatsa;  
Pedro Tabô Kaiapó;  
Renato Moraes;  
Sebastião Ramos Nogueira;

Sérgio Xavante;

Valdenir Andrade França;

Vitória Santos dos Santos;

Roberto Crixí;

Clovis Ambrósio.

Para receber a homenagem em nome de todos os presidentes, foi convidada a coordenadora do Fórum Carmem Pankararu, mulher forte, destemida, ardorosa defensora da causa dos direitos à saúde dos povos indígenas. O Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena é hoje um espaço de conquista desse direito.

### **i) Envelhecer com dignidade**

Hoje, a luta é muito mais árdua e complexa que antes. Luta incessante, cotidiana, que por ela muitos conseguiram vitórias importantes. Vitórias vistas na existência de instituições livres e democráticas, de leis que protegem das crianças, aos mais idosos, como indicativo da capacidade de muitos idosos de criarem novos projetos, de promoverem cultura, de reivindicarem direitos, de se emocionarem em qualquer idade, atestando-se: a fonte da juventude está dentro de nós mesmos...

Em nome dos idosos foi convidada a índia Maria de Lurdes Santos Truká, a mais idosa da Conferência, para ser homenageada como forma de testemunhar esta lição de que não tem idade para continuarmos na luta, reafirmando o compromisso na luta pelos direitos humanos, que é e será, hoje e sempre, a verdadeira luta pela democracia.

### **j) Juventude, determinando suas histórias de vida**

Os jovens demandam, com intensidades diferentes, segundo sua particular idade, escola, saúde, cultura, esportes,





Foto: Edmar Chapermam

lazer, emprego, enquanto progressivamente vão formando hábitos e costumes. Vão também, tomando decisões que, em grande medida, irão determinar sua história de vida.

É nesse trajeto de escolhas por caminhos fecundos que os jovens consolidam valores, atitudes, preferências e posições na vida.

Para receber a homenagem, foi convidado Rosenildo Mundurucu, índio mais jovem para, nesse momento, representar os demais jovens, indicando que o sonho não acabou e que ele é o alimento que nutre a esperança de uma sociedade cada vez mais justa, humana e solidária.

Viva os povos indígenas, viva a juventude desta nação!



Foto: Eymar Chapermam



# 2<sup>A</sup> SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS ENTRE A 1<sup>A</sup> E A 4<sup>A</sup> CONFERÊNCIAS



A 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNSPI) (Brasília, 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 à 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. 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 serviços de saúde e na sua implantação, execução e avaliação.*

Tomando como base o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde, 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, isto implica em 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) Seja-lhes assegurada a 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 serviços de saúde, e sua participação na organização, gestão e controle dos mesmos (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 CNSPI, 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 de 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.

Esta Conferência recomendou ainda, em relação às nações indígenas brasileiras, reconhecida a sua 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, se darão no formular das políticas, planejamento, gestão, execução e avaliação, garantindo-se o direito de o doente internado ter acompanhantes. (3) Se garanta 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; e outros), garantindo vagas nas universidades públicas para pessoas indígenas.

A 1ª CNSPI 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 indígenas 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 era necessário criatividade e negociação. Foi sendo gestada pelo movimento indigenista e indígena, uma proposta de Modelo de Atenção Diferenciado organizando-se, então, de forma autônoma, diferentemente do comando antes exercido pela Funai. Este modelo teria como base os distritos sanitários especiais indígenas. Foi criado então o Distrito Sanitário Ianomâmi, pelo Decreto nº 23/1991.

O I Fórum de Saúde do Índio realizado com o patrocínio da Cosai, criou os Núcleos Intersetoriais de Saúde Indígena (Nisi), 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 onze 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 CNSPI, 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 da 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 no 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 integrados em 1991 na **Funasa**. A primeira seguia o modelo hospitalar urbanizado (até em Postos de Saúde do interior, mormente nos estados do Norte e 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 trouxe 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 surtiem 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 1.141/1994, 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.

A 2ª CNSPI teve por objetivo a definição de diretrizes para a política nacional e a atualização das recomendações da 1ª CNSI, 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, eqüidade 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 desta 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 Dseis, ligados aos CDs ou Nisis. 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 contra-referência).

(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 programações do Subsistema serão norteadas por recomendações da Cisi, aprovadas pelo CNS. O relatório recomenda a imediata implantação dos Nisis em todo 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. Estas instituições contribuíram para a constituição dos conselhos distritais e participaram ativamente, como um de seus membros. Algumas diretrizes apontam para a articulação entre estas instituições e os Nisis e Condisis 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 devem ser associadas às ações de saúde, segundo as demandas dos CDSIs e Nisis. 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 isto, 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, corrupção e 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 PL nº 63/1997 ao Congresso Nacional, que se tornou o foco das discussões e 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.

A 3ª CNSI (Luziânia-Go, 14 a 18 de maio de 2001), convocada pela Resolução nº 305 teve como finalidade analisar os obstáculos e 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 Sócio Ambiental (Isa), da Fundação Nacional do Índio (Funai), do Ministério da Saúde (MS), da Fundação Nacional de Saúde (**Funasa**), da Pastoral da Criança, representando a Confederação 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 1.000 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 desta 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 contacto interétnico. As ações de saúde devem priorizar a Promoção da Saúde e 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 auto-estima e afirmação da identidade étnica. Combate à discriminação e 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 implantação do modelo de atenção à saúde. O controle social deve ser fortalecido, com abrangência intersetorial, por ser básico na implantação de uma política integral de saúde.



# 3 A 4<sup>a</sup> CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA



**F**oram 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.



Foto: Adriano Machado



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 Infra-Estrutura. Destaque-se que a Portaria Ministerial garantiu a presença indígena em cada uma das 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 especiais de saúde indígenas realizaram suas conferências. Muito se discutiu sobre a dívida histórica dos brasileiros, em geral, que dever ser resgatada junto aos cerca de 470 índios sobreviventes de uma população de cerca

de 5 milhões que habitava as terras do atual Brasil, quando da chegada dos colonizadores, sendo que, na Amazônia Legal concentram-se mais de 200.000. Dessas discussões cerca de 4.000 foram incorporadas, ficando nos distritos aquelas de caráter estritamente local ou distrital, ou que implicassem em medidas anticonstitucionais.

A **Funasa** e o CNS tiveram que enfrentar um sem número de dificuldades, umas inerentes a qualquer ação realizada por organização complexa, outras imprevistas e inéditas. Uma a uma foram superadas as dificuldades organizacionais. Não cabe aqui discorrer sobre o que significou, para cada pessoa indígena, sair de seu mundo familiar, submeter-se a procedimentos estranhos de transporte, alimentação, acomodação e modos de ser tratado por estranhos e permanecer longe dos seus por tão longo tempo.

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 24 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 sua inserção 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-se 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 tem a contribuir sobre os temas da 4ª CNSI. Essas mesas-redondas simultâneas se estenderiam até a tarde do dia seguinte. No dia 30, a maioria estava preparada para enfrentar os debates e decisões nas plenárias temáticas. Antes que se dessem conta, chegara



o último dia da Conferência e com ele os desafios e oportunidades de exercer o controle social do SUS, votando as questões fundamentais do atual momento da autonomia e da saúde das populações indígenas.

As expressões das culturas de diferentes povos foram em alguns aspectos admiradas e em alguns momentos vivenciadas: comidas, expressões de afetos, adornos, cantos, danças, benzeções. A mostra do trabalho dos cineastas indígenas demonstrou a versatilidade dos brasileiros índios que transitam das milenares tradições de seus povos às mais sofisticadas. Ao encerrar os trabalhos, na noite de 31 de março de 2006, alguns talvez não tivessem aquilatado a importância do que acabavam de vivenciar. Outros, porém, ainda saturados de tanto trabalho e de tanta grandeza expressa das

Foto: Adriano Machado



culturas indígenas, tinham consciência do valor histórico do que estavam fazendo e já sonhavam com a 5ª CNSI, quando se estará mais apto para reconhecer o valor de todos os povos, a partir de maior intercâmbio da população, com esses mais de duzentos povos, que são brasileiros desde tempos imemoriais.

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

Ouviu-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 as 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 nesta 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. Desta 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 a saúde, a vida e as tradições indígenas, o que, natural 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.





Foto: Adriano Machado



# 4 RESOLUÇÕES APROVADAS



## 4.1 Eixo temático 1 - Direito à saúde

### a) Avaliação do subsistema de saúde indígena

a.1 A **Funasa** manterá o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, assumindo a execução direta das ações e não terceirizando serviços e profissionais.

a.2 A **Funasa** permanecerá como órgão gestor da saúde Indígena, sem municipalizar ou estadualizar, transformando os distritos sanitários especiais indígenas em unidades gestoras, com autonomia política, financeira e técnico-administrativa, criando um grupo de trabalho paritário pelo Ministério da Saúde para rediscutir e implementar a estrutura organizacional de assistência à Saúde Indígena, acelerando sua desburocratização, garantindo a participação indígena, pelo Controle Social.

a.3 O Ministério da Saúde rediscutirá, com as bases, a estrutura organizacional da **Funasa**, voltada para a Assistência à Saúde Indígena, desde o Departamento de Saúde Indígena até os Postos de Saúde, e criará a Divisão de Saneamento Indígena, na **Funasa**, com infra-estrutura e autonomia.

a.4 O Ministério da Saúde deverá revogar a Portaria nº 70/2004, que define as competências da **Funasa**: Departamento de Saúde Indígena e coordenação regional estadual, do distrito sanitário especial indígena, do conselho distrital indígena, dos estados, dos municípios e das organizações não-governamentais. A revogação decorrerá de sua ineficiência, pois a execução das ações de saúde indígena depende do envolvimento das diversas pessoas e instituições, com experiência no trato da saúde indígena.

a.5 A **Funasa** transformará os distritos sanitários especiais indígenas em unidades gestoras, com autonomia política, financeira e administrativa, extensiva aos pólos-base, garantindo, em sua estrutura organizacional, a participação de representantes indicados pelos povos indígenas, submetidos ao controle social.

a.6 Todos os recursos destinados à saúde dos índios devem ter aumento de teto, inclusive os dos Dseis, de acordo com o plano distrital e conforme as respectivas realidades. Os recursos destinados à saúde indígena não serão repassados aos municípios, mas à **Funasa**, que poderá celebrar convênios, feitos preferencialmente com associações indígenas, ou com outras instituições, como organizações governamentais ou não-governamentais, que tenham experiência comprovada em trabalhar com os povos indígenas, onde todas as ações devem ser pactuadas e acompanhadas com o Conselho Distrital e os distritos sanitários, especialmente no Xingu. Será cumprido o cronograma de repasse dos recursos financeiros dos convênios, sem atraso e sem a paralisação das atividades de saúde nas aldeias.

a.7 O Ministério da Saúde determinará que os recursos para execução da assistência à saúde indígena não sejam repassados aos municípios, devendo ser administrados integralmente pela **Funasa**. Aos Dseis devem ser garantidos recursos financeiros para as ações de saúde nas aldeias mais distantes e nos atendimentos básicos de rotina e de urgência e emergência, pela criação de um fundo próprio de manutenção destinado à contratação, capacitação e formação de pessoal manutenção das Casais, construção e reforma de postos, unidades de saúde e Casais (a cada dois anos ou quando necessário); aquisição de material, equipamentos (inclusive médico-odontológicos), medicamentos, veículos (barcos equipados para situações emergenciais – com motosserra – ambulanchas e

ambulâncias equipadas), transporte aéreo e fluvial, combustível; sistemas de energia solar para saneamento e controle de endemias. A fiscalização da situação dos servidores, dos recursos financeiros e materiais, estará sob o controle dos povos indígenas.

a.8 O Ministério da Saúde providenciará a elaboração de diagnóstico, do ponto de vista dos indígenas, sobre os serviços de assistência à saúde das respectivas comunidades. O eixo de análise deve ser a articulação entre o Subsistema de Saúde Indígena e o Sistema Único de Saúde. O resultado desse estudo deverá ser utilizado nos planos distritais de saúde indígena.

a.9 O Ministério da Saúde proporá nova redação para a Portaria nº 070 GM, de 20 de janeiro de 2004, art. 7º, para que os conselhos locais e distritais participem do planejamento, aprovação e acompanhamento da execução do Plano Distrital de Saúde Indígena.

a.10 A **Funasa** realizará levantamento das necessidades estruturais, físicas e humanas para o ordenamento e execução de despesas pelo chefe do distrito, fortalecendo o acompanhamento e de avaliação das ações e serviços de saúde. O chefe de distrito será eleito, nos conselhos distritais indígenas.

a.11 O Governo Federal obedecerá a critérios técnicos na indicação de chefes de Dseis, garantindo que o indicado tenha conhecimento das políticas públicas de saúde e da realidade dos povos indígenas, evitando assim a alta rotatividade dos cargos de chefia e impedindo o nepotismo.

a.12 A administração dos Dseis terá a participação de 50% de indígenas, em sua composição.

a.13 A **Funasa** dará maior autonomia de decisão aos gestores das Casais, visando à resolutividade das ações.



a.14 A **Funasa** criará Dseis nas regiões desprovidas ou com precária atenção à saúde, tais como: Tocantina no Maranhão (sede Imperatriz/MA), Espírito Santo (sede Aracruz), Guajará-Mirim (Rondônia) e médio e baixo Xingu (incluindo os Kayabi que moram fora do Parque Xingu, para que o povo fique todo junto, nesse atendimento), no Rio Tapajós e Arapiuns nos municípios de Santarém, Aveiro e Belterra.

a.15 A **Funasa** reverá as delimitações territoriais dos Dseis existentes, considerando necessidades já identificadas, tais como: incluir no Dseis Litoral Sul as comunidades Guarani, que ocupam o território do Distrito Interior Sul.

a.16 A **Funasa**, nesta revisão, alterará o modelo atual do Dseis Interior Sul, para implantação por Estado, com sede na região onde houver maior população indígena, com autonomia orçamentária e financeira.

a.17 A **Funasa** estruturará os Dseis, garantindo a aquisição e manutenção de transporte – carros, barcos, motores de popa, bicicletas, motos, etc. – para as equipes multidisciplinares e de apoio, conforme a realidade de cada região.

a.18 O Ministério da Saúde , estabelecerá critérios e garantirá recursos financeiros para consultas e exames especializados na rede particular, quando não disponíveis no SUS, buscando promover maior agilidade no atendimento. Também devem ser garantidos recursos nos planos distritais e das Casais, para deslocamento dos pacientes e seus acompanhantes.

a.19 A **Funasa**/Densp executará os projetos já elaborados no Plano Distrital de Saúde Indígena de 2006 a 2007, especialmente as construções em atraso.

a.20 O Ministério da Saúde descentralizará recursos financeiros para os Dseis para a compra de horas de voo

de aeronaves, combustível, medicamentos e outros itens, conforme a realidade de cada distrito.

a.21 A **Funasa** reorganizará, com urgência, e em consonância com os Dseis e municípios, as ações de saneamento básico. Ampliará os sistemas existentes, garantindo a manutenção dos equipamentos, realizando construções e reformas dos pólos-base, banheiros domiciliares e comunitários, caixas d'água, chafarizes e moradias, conforme a necessidade de cada área, evitando as altas taxas de doenças infecto-contagiosas. Essas ações devem ser executadas com a participação da comunidade indígena na elaboração dos projetos e na fiscalização da execução das obras.

a.22 A **Funasa** criará, a partir de estudos geológicos e ambientais, sistema de saneamento básico e de abastecimento de água de boa qualidade (incluindo poços artesianos, cisternas e pequenas barragens), em todos os distritos e em 100% das aldeias e áreas indígenas, no prazo de quatro anos (próxima Conferência Nacional). E garantirá recursos para ampliar e estruturar as práticas e dar sustentabilidade ao saneamento ambiental. Incluindo o destino adequado do lixo e dejetos e instalação de coletores e módulos sanitários. O acompanhamento e supervisão mensal, pelos técnicos da **Funasa**/Diesp garantirá a qualidade das ações e facilitará o trabalho dos Aisans. Serão implementadas oficinas de saneamento, próximo das aldeias, na sede dos distritos ou pólos com o engenheiro, com o técnico e com a comunidade indígena.

a.23 Nos projetos de saneamento já existentes, a **Funasa** fará revisão e reavaliação para adaptá-los à realidade da vida nas aldeias, com a participação da comunidade.

a.24 A gestão do saneamento será exercida diretamente pelos Dseis, dotando-os de orçamentos e recursos humanos, possibilitando a integração das ações com o plano distrital e permitindo mais agilidade na sua execução.

a.25 O Governo Federal assumirá a execução direta das obras de engenharia nas áreas indígenas, por intermédio dos Dseis, zelando pelo saneamento ambiental em todas as comunidades, conforme as realidades locais.

a.26 A **Funasa** implantará programa de controle da qualidade da água em todas as áreas indígenas.

### **b) Organização da atenção à saúde**

b.1 A **Funasa** criará assessoria indígena junto aos pólos-base e à Casai, para facilitar a interação com as populações indígenas, quando houver decisão do Conselho Local sobre sua necessidade.

b.2 A **Funasa** assegurará equipe multidisciplinar completa (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, odontólogo, atendente de consultório dentário, agente indígena de saúde e agente indígena de saneamento) em 100% das aldeias, conforme a população cadastrada e a área de abrangência. Garantirá apoio logístico para maior permanência da equipe multidisciplinar nas aldeias, incluindo os finais de semana, com atendimento diferenciado aos índios, fornecendo aos profissionais, informações sobre a cultura indígena. Exigirá o cumprimento das rotinas de trabalho, como carga horária, métodos, visitas domiciliares (com maior frequência), exames pré-natal e citopatológico. A equipe acompanhará os agentes indígenas de saúde nas visitas domiciliares e, nos casos graves, acompanhará os enfermos à referência (hospitais ou postos de saúde). Nas aldeias de difícil acesso, serão garantidas visitas periódicas da equipe multidisciplinar.

b.3 A **Funasa** garantirá o acompanhamento e a supervisão técnica (médico, enfermeiro, farmacêutico e dentista) às equipes multidisciplinares das aldeias.

b.4 O Ministério da Saúde disporá de recursos para reformar, ampliar, equipar e manter a infra-estrutura dos postos de saúde das aldeias, pontos de apoio, pólos-base e casas de saúde. Isso incluirá pessoal, principalmente os agentes indígenas de saúde, recursos financeiros e materiais, de boa qualidade. Essas unidades disporão de equipamentos médico-odontológicos e administrativos, computador, rádio, telefone, sala de vacina, postos de medicamentos com condições adequadas à sua conservação, segurança e eficácia. Disporão, também, de viaturas, ambulância (para uso disciplinado), transporte adequado (fluvial e terrestre, com aumento da cota mensal de combustível). Devem oferecer atendimento 24 horas diárias, condições adequadas para o atendimento de pacientes e remoção ou deslocamento para procedimentos e consultas médicas nos centros de referência (com a companhia de profissional de saúde), levando em conta as especificidades de cada local. Nas aldeias onde ainda não existam pólos, o Ministério da Saúde deverá construí-los (no extremo da aldeia dos Kaxarari, por exemplo), com a participação das aldeias, inclusive na aprovação da planta.

b.5 A **Funasa** construirá os pólos-base, postos de saúde, em terras indígenas já demarcadas e homologadas, para atendimento adequado aos povos indígenas. Manterá pólos-base e postos de saúde em terras ainda não demarcadas, com pessoal capacitado e infra-estrutura adequada ao atendimento dos povos indígenas.

b.6 A **Funasa**, nos planos de trabalho das organizações conveniadas, disporá de recursos financeiros para construção ou reforma de postos de saúde e aquisição de veículos e materiais permanentes, para as áreas indígenas.

b.7 A **Funasa** deverá construir casa de apoio para acolhimento das equipes multidisciplinares de saúde indígena e para depósito de medicamentos, garantindo sua conservação e eficácia, nos períodos de sazonalidade (vazantes dos rios).

b.8 O Ministério da Saúde garantirá recursos para a criação de estruturas, que funcionem como casas de trânsito (para pacientes que vêm das aldeias), com boa qualidade de atendimento, nas sedes municipais onde haja repasses fundo a fundo da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde.

b.9 A **Funasa** adquirirá unidade móvel fluvial, equipada com consultório médico, odontológico, enfermagem e laboratório para atendimento em áreas indígenas, garantindo condições adequadas para o transporte de medicamentos em condições adequadas à sua conservação, segurança e eficácia.

b.10 A **Funasa** proverá maleta com kits completos de atendimento básico (balança, aparelho de pressão e outros), para os agentes de saúde, além de estrutura de locomoção de acordo com a realidade de cada localidade (barco, bicicleta, animais ou outros) com a garantia de recursos para manutenção dos materiais e equipamentos dos kits. A qualidade das ações desenvolvidas pelos agentes indígenas de saúde e pelos agentes indígenas de saneamento deve ser acompanhada pelos responsáveis das equipes multidisciplinares. Deverá ser redefinido o número de famílias da área de atuação dos agentes indígenas de saúde, para que suas atribuições sejam especificamente de promoção à saúde.

b.11 A **Funasa** estabelecerá, organizará e manterá atualizado cronograma de licitação para a compra de material médico e odontológico, com insumos, medicamentos e equipamentos (incluindo aparelho de ultrassonografia e eletrocardiograma), para manter o fornecimento periódico e regular aos pólos-base de saúde indígena.

b.12 A **Funasa** garantirá a renovação da frota de veículos, a cada dois anos. Quando forem necessários, garantirá pequenos consertos e revisão, devendo o veículo ser

substituído por outro, durante o período do afastamento da viatura, para continuidade do atendimento das demandas.

b.13 A **Funasa** descentralizará a aquisição de viaturas para os Dseis, garantindo veículos novos (com sistema de comunicação) e aumento da frota, que deverá ser adequada às necessidades dos clientes (idosos, gestantes), com contínua manutenção.

b.14 O Dsei oferecerá transporte de qualidade para o deslocamento da equipe multidisciplinar de saúde para o trabalho nas aldeias. Deve exigir o cumprimento da determinação que define como responsabilidade do profissional, chegar até a cidade onde está localizada a aldeia.

b.15 A **Funasa** proverá ajuda de custo para os clientes agendados e encaminhados pelo pólo-base aos serviços de referência, nos percursos de ida e volta às aldeias.

b.16 A **Funasa** assegurará recursos financeiros para pagamento de frete de aeronave, para o trabalho das equipes multiprofissionais de saúde nas aldeias de difícil acesso, especialmente no período da seca.

b.17 A **Funasa** construirá depósitos de combustível nos pólos-base de difícil acesso e de acordo com as normas de segurança do Conselho Nacional de Petróleo.

b.18 A **Funasa** disporá de avião, equipado com unidades de terapia intensiva, para atender emergências nas aldeias.

b.19 A **Funasa** colocará, em cada pólo-base, ambulância para atendimento dos casos de urgência e emergência.

b.20 A **Funasa** prestará assistência efetiva aos povos indígenas, independentemente de estarem em terras demarcadas, como os índios isolados, respeitando o princípio de auto-identificação das comunidades.

b.21 A **Funasa** garantirá, pelas organizações indígenas conveniadas, o atendimento eletivo aos índios aldeados e cadastrados.

b.22 As Casais melhorarão a qualidade dos serviços prestados aos Dseis, quanto à segurança, com controle rigoroso do fluxo de trânsito de indígenas e visitantes. Será reforçada a segurança dos pólos-base, com vigias que garantam a integridade dos clientes e funcionários.

b.23 A **Funasa** fará readequações no funcionamento das casas de saúde, incluindo o quadro de pessoal, para melhor acompanhamento dos indígenas internados ou em tratamento fora do domicílio. Garantirá alimentação tradicional aos indígenas em dieta livre e acompanhantes, respeitando a diferença de cultura e de hábitos alimentares. Atuar junto à comunidade para que a Casais seja de uso restrito para a saúde, a partir de um regulamento, a ser elaborado com a participação dos índios.

b.24 O Ministério da Saúde desenvolverá política de reestruturação física e do quadro de trabalhadores das Casais, com contratação de profissionais (incluindo assistentes sociais), com atuação também nos finais de semana. Serão construídas novas Casais onde houver necessidade, como, por exemplo, em Manaus, Salvador, Goiânia, Sinop e Canarana (povo do Xingu). Também serão oferecidas avaliação nutricional e alimentação elaborada conforme os hábitos alimentares dos indígenas. As Casais terão serviço de som fixo, para informação aos que ali circulam.

b.25 A **Funasa** reestruturará a gestão do trabalho nas Casais, com contratação de servidores indígenas e não indígenas que compreendam a língua indígena em uso.

b.26 Os chefes e profissionais dos Dseis devem ter contato direto com as Casais, participando de reuniões periódicas, para melhoria da comunicação e do atendimento.

b.27 O Ministério da Saúde e a **Funasa** devem reconhecer a Casai de Canarana/MT, no organograma do Dseis.

b.28 Os Dseis devem determinar aos pólos-base e Casai, ao saírem das aldeias para tratamento, só retornem com todos os exames concluídos, com diagnóstico e tratamento identificados. Estabelecerão, como responsabilidade da Casai, que as informações sobre os índios sejam repassadas à equipe de saúde da área, garantindo que os retornos dos índios sejam feitos adequadamente, e só após resolver seu problema de saúde.

b.29 O Dsei deve determinar ao médico da Casai que mantenha contato com os médicos da área, discutindo os casos que lhes foram encaminhados e passando-lhes as informações necessárias, desde que antes seja garantida a contratação de médicos para todas as casas de saúde de índio.

b.30 O Ministério da Saúde deverá estabelecer mecanismos de referencia e contra-referência para garantir as informações dos pacientes, quando do retorno das referências secundárias e terciárias aos pólos-base e aldeias. A contra-referência é responsabilidade da Casai, que deve para isso exigir dos serviços de referência esses documentos.

b.31 É dever da **Funasa** garantir o atendimento de urgência e emergência aos povos indígenas reconhecidos oficialmente pela Funai.

b.32 A **Funasa** garantirá primeiros socorros nas unidades básicas de saúde.



b.33 O Ministério da Saúde implantará todos os programas de atenção básica à saúde, incluindo fitoterapia e acupuntura, destacando-se a importância do programa de saúde bucal, voltado às especificidades culturais de cada povo indígena.

b.34 O Desai cumprirá o cronograma de vacinação nas aldeias, conforme planejamento dos distritos sanitários especiais indígenas.

b.35 A **Funasa** garantirá a implantação do programa de planejamento familiar nas aldeias, conforme a realidade local e concordância dos indígenas. Devem ser garantidos os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, com discussões para ajudar na escolha do método de planejamento familiar, seja tradicional ou outros.

b.36 A **Funasa** implantará programas que atendam indígenas com necessidades especiais.

b.37 O Ministério da Saúde realizará levantamento, com o objetivo de criar espaços para atendimento de crianças, idosos e pessoas com necessidades especiais, de acordo com a demanda.

b.38 O Ministério da Saúde implantará centro de apoio a deficiente físico e mental, nas aldeias.

b.39 O Ministério da Saúde criará programa para recuperação de seqüelas de acidente vascular cerebral.

b.40 A **Funasa** adquirirá material permanente para apoio na recuperação da saúde da população, tais como cadeiras de roda, muletas, cama, equipamentos ortopédicos, entre outros, de acordo com a necessidade de cada caso.

b.41 A **Funasa** criará um núcleo de referência, para atender à população indígena, que possua profissionais como: psiquiatra, oftalmologista, ortopedista, pediatra, psicólogo, terapeuta ocupacional e outros, dando suporte ao trabalho das equipes multidisciplinares.

b.42 A **Funasa** definirá o local do atendimento de referência, de acordo com a escolha do indígena.

b.43 A **Funasa** garantirá aos familiares informações sobre a evolução do tratamento dos enfermos.

b.44 A **Funasa** criará clínicas especializadas em recuperação de usuários de drogas, onde há esse problema, como, por exemplo, entre os Xavantes.



Foto: Edmar Chapermam

b.45 A **Funasa** oferecerá tratamento especializado para usuários de álcool e drogas, em clínicas especializadas, levando em consideração a cultura de cada povo.

b.46 A **Funasa** determinará a prioridade às referências para o diagnóstico e tratamento do câncer feminino, dada a gravidade e o aumento da doença entre as mulheres indígenas.

b.47 A contra-referência deverá ser feita pelo médico dos serviços de referência e pelo médico da casa de saúde indígena.

b.48 As casas de saúde terceirizarão seus serviços, conforme as necessidades.

b.49 A **Funasa** implementará o Sisvan nas áreas indígenas e garantirá programas de alimentação para as gestantes e as crianças de baixo peso e garantirá ações para redução da mortalidade materno-infantil da população indígena. Dará especial atenção à gravidez de risco, tanto na assistência ambulatorial, quanto na hospitalar, além de implantar a melhor forma de assistência à gestante, no último mês de gestação, e ao parto, com parteiras indígenas.

b.50 A **Funasa** construirá casa de apoio para os índios em tratamento de saúde, nas cidades com referências I e II, e Casais na referência III.

b.51 A **Funasa** garantirá o financiamento de medicamentos não padronizados no Dseis, ou em falta nos pólos-bases junto às comunidades com acompanhamentos e controle da equipe de assistência farmacêutica do distrito sanitário indígena.

b.52 A **Funasa** implantará laboratório nas Casais, assegurando maior resolutividade nos exames laboratoriais.

b.53 A **Funasa** flexibilizará o monitoramento das metas de saúde, de acordo com a realidade local, em consonância com as políticas de atenção à saúde indígena.

b.54 Os responsáveis pelos transportes da **Funasa** e das organizações conveniadas devem trabalhar em regime de plantão nos finais de semana e feriados, para agilizar as solicitações de remoção e os atendimentos de emergência.

b.55 A **Funasa** equipará cada organização conveniada com uma frota de carros, motos e barcos, para que possam equipar cada pólo-base com veículos para atendimento exclusivo de saúde indígena.

b.56 O Ministério da Saúde deve reativar o Hospital São Camilo, na região do Surumu, com recursos federais.

b.57 O Ministério da Saúde deve transformar a Casai de Roraima em hospital federal, com recursos específicos do próprio Ministério.

b.58 A **Funasa** cumprirá os planos de trabalho, os planos distritais e as pactuações realizadas com as instituições conveniadas.

b.59 A **Funasa** determinará às Emsis, com assessoria da assistência farmacêutica, que orientem a comunidade sobre os perigos da medicalização, com o acompanhamento de equipe de assistência farmacêutica.

b.60 O Ministério da Saúde criará um mecanismo legal, para que as viaturas, equipamentos, materiais permanentes e insumos adquiridos pelos municípios com o recurso do Incentivo à Atenção Básica aos Povos Indígenas – repasse da SAS – sejam de uso exclusivo na atenção à saúde indígena, conforme planejamento conjunto com o CLSI, para o qual deve haver prestação de contas.

b.61 A **Funasa** renovará a frota de veículos, a cada quatro anos, com modelos adequados às respectivas regiões geográficas e vias de acesso.

b.62 A **Funasa** promoverá encontros de parteiras indígenas de todas as aldeias.

b.63 O Ministério da Saúde agilizará a implementação do Cartão SUS na saúde indígena.

b.64 A **Funasa** garantirá a assistência à população aldeada, realizando gestão junto aos municípios e estados para a assistência diferenciada aos povos indígenas que vivem nas sedes destes municípios, com a ampliação do número de equipes multidisciplinares de saúde indígena.

b.65 A **Funasa** deve assegurar o cumprimento das ações definidas nos planejamentos distritais, que são elaborados com a participação dos conselhos.

b.66 A **Funasa** deve exigir rigor nas ações de imunização.

b.67 A **Funasa** reestruturará e manterá a infra-estrutura das aldeias, ampliando os programas de saneamento básico e ambiental, de acordo com a demanda de cada distrito, fornecendo todo o material necessário ao desempenho dos agentes indígenas de saneamento. Serão garantidos equipamentos de proteção individual para esses trabalhadores, para prevenir acidentes de trabalho e intoxicação. Suas ações devem contar com acompanhamento e supervisão mensal dos técnicos da **Funasa**.

b.68 O Ministério da Saúde criará normas técnicas para informar aos estados e municípios sua competência no atendimento aos indígenas do município e em trânsito, observando o princípio da universalização da saúde.

b.69 A **Funasa** ampliará a cobertura da população indígena com abastecimento de água potável, prevendo estratégias que garantam o abastecimento contínuo e permanente.

b.70 O Ministério da Saúde estabelecerá, por meio de Lei, critérios para a integração do subsistema de saúde indígena ao SUS, com definição de cotas e metas nas PPIs (Programação Pactuada Integrada), como também repasse aos Dseis de recurso do PAB (Piso de Atenção Básica) dos municípios com população indígena.

b.71 A **Funasa** implantará laboratório, utilizando-se de horto de plantas de áreas indígenas, com capacitações dos profissionais de saúde para o uso e manipulação das plantas medicinais, acompanhados e assessorados pela equipe de assistência farmacêutica, garantindo a participação dos terapeutas indígenas nas capacitações.

b.72 A **Funasa** construirá os pólos-base dentro ou fora das terras indígenas, respeitando as decisões dos conselhos locais e distritais, respeitando as especificidades de cada povo.

b.73 A **Funasa** criará, nos Dseis equipe multidisciplinar de saneamento básico, para implementação e acompanhamento do ações de saneamento nas aldeias.

b.74 A **Funasa** construirá laboratórios equipados, nos pólos-base, para controle da qualidade da água de consumo humano nas áreas indígenas, ou adquirir kits portáteis para a realização das análises de água nas aldeias, quando não for viável a instalação do laboratório no pólo.

b.75 A **Funasa** implementará a atuação da equipe de Engenharia nas áreas indígenas. Esses profissionais deverão realizar estudos para verificação da qualidade do abastecimento de água e identificar melhorias sanitárias, respeitando o conhecimento indígena.



b.77 Os Dseis credenciarão farmácias conveniadas nos municípios com população indígena, para garantir atendimento de medicamentos “não padronizados” no Dseis ou em falta nos pólos-base, sob controle da equipe multidisciplinar sob supervisão da equipe de assistência farmacêutica.

b.78 O Governo Federal legalizará a compra e o acesso de soro antiofídico liofilizado para os distritos sanitários especiais indígenas da Amazônia Legal.

b.79 O Governo Federal determinará que os medicamentos constantes dos programas de assistência farmacêutica, direcionados à população indígena, sejam encaminhados diretamente aos Dseis, sob a responsabilidade da assistência Farmacêutica, em quantitativos compatíveis com as necessidades da população, devidamente notificados e acompanhados pelas equipes de saúde locais.

### **c) Intersectorialidade como estratégia na implementação das ações de saúde**

c.1 A **Funasa** oficializará e intensificará parcerias, das coordenações regionais, com as unidades de saúde de referência e governos federal, estaduais e municipais, garantindo aos indígenas, vagas e agilidade nas consultas, exames, internações e complementação do atendimento, de média e alta complexidade. Esta parceria será especialmente fortalecida com as entidades que recebem o Incentivo de Atenção aos Povos Indígenas. As três esferas governamentais melhorarão suas unidades de referência, com equipamentos hospitalares, medicamentos, vacinas e profissionais especializados. Para prestar atendimento digno e de boa qualidade, com resolutividade, devem ser respeitadas as tradições dos povos (incluindo práticas medicinais tradicionais, alimentos, adequação do espaço dos hospitais, direito das gestantes de serem acompanhadas por parteira ou de agente indígenas de saúde, e dos demais índios de serem acompanhados por uma pessoa de sua aldeia. Também devem ser respeitadas as deliberações do controle social, de forma a efetivar a saúde diferenciada, preconizada em lei.

c.2 A **Funasa** cobrará dos municípios o deslocamento dos pacientes indígenas, por ambulância, para as unidades de referência e na falta deste meio de transporte, o município deve colocar à disposição outra opção para o retorno às aldeias.

c.3 A **Funasa** cobrará dos estados e municípios que os atendimentos de urgência dos pacientes indígenas, que chegam aos municípios, sejam encaminhados para os hospitais sem que seja necessário serem autorizados pela central de regulação.



c.4 O Ministério da Saúde se articulará com o Ministério das Comunicações, para viabilizar a instalação de meios de comunicação que atendam aos postos de saúde localizados nas aldeias e as comunidades indígenas, para efetiva comunicação entre os índios e a **Funasa** e demais órgãos públicos. A **Funasa**, por suas coordenações regionais, deve interagir com as operadoras de telefonia locais, para implantação de sistemas de radiofonia e telefonia pública, nas aldeias que ainda não a têm, e sua manutenção nas localidades já atendidas. Será criado centro de inclusão digital, conforme a realidade de cada aldeia.

c.5 O Ministério da Saúde deve se articular com o Ministério da Justiça, Ministério Público Federal, para a divulgação de programas que proibam a venda de bebidas alcoólicas aos índios, a fim de coibir e punir os infratores que promoverem a circulação de bebidas alcoólicas em terras indígenas.

c.6 O Ministério da Saúde se articulará com o Ministério da Educação, para que as novas diretrizes educacionais que garantem o ingresso mais cedo no ensino fundamental sejam estendidas às áreas indígenas.

c.7 O Ministério da Saúde se articulará com as demais instâncias do Governo Federal e entidades não-governamentais, para desenvolver ações de promoção à saúde, em especial para as famílias indígenas desnutridas e mais carentes, que visem o trabalho, o lazer, a alimentação e a moradia adequada. Serão realizadas parcerias com estados e municípios para a criação de programas habitacionais, com substituição das casas de taipa e palha. Devem ser garantidas moradias diferenciadas para os povos indígenas residentes em terras indígenas e fora delas, respeitando a cultura de cada povo. As ações de Educação em Saúde, Comunicação e Mobilização Social serão desenvolvidas junto a todas as atividades voltadas para a Promoção da Saúde,

que serão realizadas por profissionais que atuam em terras indígenas, após capacitados, assessorados pela Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde, da **Funasa**.

c.8 O Ministério da Saúde se articulará com diversos parceiros para melhoria da saúde indígena, como: organizações indígenas, ONGs, Funai, MEC, Ministério do Meio Ambiente, Ministério do Desenvolvimento Agrário, universidades e outras instituições formadoras, para desenvolverem a formação de profissionais indígenas e chefes de postos da Funai, em nível médio e superior, em diversas categorias profissionais, como: técnico de enfermagem, enfermeiro, médico, odontólogo, laboratorista, entre outras. Serão definidas estratégias para a capacitação de professores indígenas, em política de saúde indígena e SUS, incluindo estes temas na prática de ensino nas aldeias. Haverá capacitação em elaboração de projetos, para representantes das associações indígenas.

c.9 O Ministério da Saúde se articulará com o Ministério de Minas e Energia e com o Ministério do Meio Ambiente para que o “Programa Luz para Todos” seja estendido a todas as aldeias.

c.10 O Ministério da Saúde se articulará com o Ibama para que as madeiras por eles apreendidas sejam doadas para construção de casas, canoas e postos de saúde, nas áreas indígenas.

c.11 O Ministério da Saúde e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome estimularão ações que promovam valorização e atenção aos idosos, nas comunidades indígenas e junto àqueles que com elas trabalham.

c.12 O Ministério da Saúde se articulará com o Ministério da Justiça para que os documentos expedidos pela Funai sejam reconhecidos em âmbito nacional. A Funai se articulará com as instituições competentes para a emissão de documentos civis para os indígenas.

c.13 O Ministério da Saúde se articulará com o Ministério dos Transportes, Ministério do Meio Ambiente e Funai, para a regularização, manutenção e recuperação das pistas de pouso existentes nas áreas indígenas de difícil acesso. Essa parceria deve se estender às prefeituras e governos estaduais para construção e manutenção das estradas e pontes de acesso às áreas indígenas.

c.14 A **Funasa** fortalecerá sua inserção no SUS, articulando-se com as instâncias que o compõem, para que o subsistema de saúde indígena se integre com elas, além de divulgar, junto aos trabalhadores da saúde e comunidades indígenas, os serviços que elas oferecem, observando os princípios do SUS. Além disso, implantará a política de humanização da assistência e de sensibilização do profissional da saúde e dos setores que prestam serviços de saúde aos povos indígenas.

c.15 O Ministério da Saúde se articulará com o Ministério das Comunicações, para que o sistema de comunicação via Governo Eletrônico – Serviço de Atendimento ao Cidadão seja distribuído nas áreas indígenas, considerando os 281 pólos e 34 distritos.

c.16 O Ministério da Saúde estabelecerá, por meio de expedientes legais, mecanismos que fortaleçam a integração do subsistema de saúde indígena ao SUS, com definição de cotas para exames, consultas e procedimentos cirúrgicos de média e alta complexidade para os pacientes indígenas.

c.17 O Ministério da Saúde constituirá uma comissão composta pela **Funasa**, Funai, Secretaria de Educação local, lideranças indígenas e ONGs, para implantação de programas educacionais e centros comunitários. Serão criadas equipes de educação em saúde, para facilitar a compreensão e a participação nas ações, decisões e palestras sobre gravidez na

adolescência, métodos contraceptivos, alcoolismo, tabagismo, violência, saúde nutricional e sobre outras questões.

c.18 O Ministério da Saúde e a Funasa darão prioridade à articulação com o Ministério da Educação, Ministério do Desenvolvimento Agrário, Ministério do Meio Ambiente, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome, Ministério de Minas e Energia, Ministério da Previdência Social e outros ministérios, visando a integração das políticas públicas voltadas aos povos indígenas, a fim de elaborar projetos conjuntos como: fornecimento de energia elétrica, de produção de alimentos, de desenvolvimento econômico.

c.19 A Funasa se articulará com a Funai, para estruturação organizada dos serviços prestados pelas duas, nos territórios indígenas.

c.20 O Ministério da Saúde se articulará com os municípios para, junto aos centros de referência de assistência social adequar e ampliar o Programa de Atendimento Integral à Família, estendendo-o à população indígena. Essa articulação deve contemplar os programas sociais, com orientação aos povos indígenas, e incluir a ampliação do número de beneficiários do Programa Bolsa Escola, com o objetivo de diminuir a evasão escolar indígena.

c.21 A **Funasa** deve se articular com a Funai, para que a Polícia Federal faça a retirada das bebidas alcoólicas das áreas indígenas e vilas que foram extintas, por conta da homologação.

c.22 O Ministério da Saúde se articulará com o MEC, para a inserção dos temas de saúde indígena nos currículos escolares de ensino médio e superior. Isso permitirá aos futuros profissionais de saúde conhecer as questões

pertinentes à saúde indígena e seu Subsistema, bem como o perfil epidemiológico das populações indígenas.

c.23 A **Funasa** determinará que as Casais mapeiem os serviços de referência do SUS, conforme a realidade de cada Dsei. Devem se articular com essas instâncias e identificar as que possuem tecnologia necessária para receber quem precisa de tratamento, garantindo que consultas e exames sejam rapidamente marcados. Os Dseis realizarão supervisão e acompanhamento da atenção secundária e terciária nas redes municipais e estaduais, colaborando para maior esclarecimento dos gestores e trabalhadores, por meio de ação pactuada.

c.24 A **Funasa** aperfeiçoará o acompanhamento da atenção secundária nas redes municipais, colaborando para o maior esclarecimento dos gestores e trabalhadores, por meio de ações pactuadas.

c.25 A **Funasa** implantará radiofonia nas comunidades indígenas, Casais e nos hospitais municipais, com funcionamento permanente, sendo responsável por sua manutenção.

c.26 A **Funasa** garantirá a qualificação, em urgência e emergência dos profissionais contratados, garantindo transporte adequado e suporte de equipamento para os procedimentos de urgência e emergência, em todas as aldeias.

c.27 O Ministério da Saúde estenderá o Programa Brasil Sorridente à população indígena, garantindo os serviços de referência e contra-referência em consonância com o subsistema de saúde indígena.

## **d) Desafios epidemiológicos e atenção às regiões de fronteira**

d.1 A **Funasa** executará, com rigor, as ações do programa de imunização, inclusive de animais, garantindo o controle epidemiológico nas terras indígenas. Para isso, deve garantir condições de trabalho, capacitação e educação permanente às equipes multidisciplinares de saúde indígena, em vigilância epidemiológica voltada para as doenças imunopreveníveis, por meio de parcerias com as secretarias estaduais e municipais de saúde.

d.2 A **Funasa** garantirá aos Dseis recursos para a prevenção das DST/Aids (inclusive *kits* de testagem rápida), com a implantação e implementação do programa de controle dessas doenças, em todos os pólos-base. Devem ser fornecidos materiais didáticos para oficinas, seminários e outras atividades educativas, incluindo palestras sobre o uso de preservativo. Devem ser estimuladas ações conjuntas com profissionais de saúde e lideranças indígenas na abordagem do alcoolismo, drogas e Doenças Sexualmente Transmissíveis, entre os povos indígenas, respeitando a concepção de cada povo. Serão elaborados panfletos, cartazes e vídeos para utilização nas ações educativas, de acordo com cada realidade.

d.3 O Governo Federal firmará acordo com os países vizinhos, com o objetivo de instituir responsabilidades de assistência à saúde, vigilância sanitária e epidemiológica (controle de endemias, imunização, DST/Aids e outras doenças), além de melhorar a qualidade das ações de saúde prestadas às populações indígenas que habitam estas áreas fronteiriças. Serão garantidos a implantação e o funcionamento de postos de vigilância e laboratórios de fronteira, particularmente na região do Oiapoque e do Parque do Tumucumaque. O Ministério da Saúde intensificará o programa de barreira sanitária entre estados, municípios e áreas limítrofes, incluindo

um representante indígena, um da **Funasa** e um da Funai, no Comitê de Fronteira. Deverá o Governo brasileiro promover seminários envolvendo lideranças, organizações indígenas e governos dos demais países, para discutir a saúde indígena, oferecida nessas comunidades.

d.4 A **Funasa**, por meio dos Dseis, assumirá, em todos os pólos-base e áreas indígenas, ações de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária e em todos os municípios onde exista área indígena. Essas ações farão o controle de endemias (incluindo capacitação de profissionais, combate a vetores, borrifação, pesquisa entomológica); combate a doenças como malária, hepatite, DST, hanseníase e tuberculose (com busca ativa e garantia de encaminhamento e continuidade do tratamento). Para isto, promoverão a educação em saúde e garantirão equipe permanente, para diagnósticos e tratamentos, provendo materiais e insumos adequados. Nos municípios com gestão plena da atenção básica, será estabelecida parceria para ação contínua no controle dessas doenças, por meio da avaliação epidemiológica realizada pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena.

d.5 A **Funasa** intensificará o controle da doença de Chagas, com a melhoria habitacional, com substituição de taipa e palha por alvenaria revestida, nas casas e sua borrifação. A educação em saúde deve ser intensificada nas aldeias indígenas onde há prevalência da doença e nas áreas onde as moradias inadequadas contribuem para a incidência de outras doenças transmitidas por vetores.

d.6 A **Funasa** garantirá recursos para compra de computadores para implantação do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena nos pólos-base, bem com assessoria técnica, capacitação das equipes multidisciplinares e material de consumo. Serão concluídos os módulos que

integram o sistema, com a maior brevidade possível, para gerar informação que permita a análise do alcance e eficácia das estratégias, das ações implementadas, bem como das metas estabelecidas na política de atenção à saúde indígena. O sistema terá relatórios locais, permitindo que os Dseis e os pólos tenham acesso à informação por eles produzida, com retorno para o controle social, para utilização no planejamento das ações. Deve-se estender o módulo de recursos humanos para todas as categorias profissionais que trabalham com a saúde indígena, que devem ser cadastradas no ato da contratação, no próprio sistema. O Siasi será simplificado para uso dos usuários, e integrado aos demais sistemas nacionais de informação.

d.7 A educação permanente dos agentes indígenas de saúde e dos Aisans deverá ser intensificada para que melhor orientem as comunidades sobre transmissão, diagnóstico e tratamento de malária, febre amarela, leishmaniose e outras doenças.

d.8 A Secretaria de Vigilância em Saúde deverá repassar para a **Funasa** os recursos orçamentários e financeiros para o programa de controle de endemias nas áreas indígenas, incluso no teto dos Dseis, conforme o perfil epidemiológico e sua extensão geográfica. A **Funasa** constituirá, nos Dseis, um grupo de agentes de endemia, trazendo de volta os agentes descentralizados para estados e municípios.

d.9 O Ministério da Saúde implantará setor e equipe de vigilância epidemiológica, no Subsistema de Saúde Indígena (Desai e Dseis) para acompanhamento, controle e avaliação das ações de vigilância em saúde.

d.10 O Ministério da Saúde redefinirá aspectos epidemiológicos da saúde indígena, incrementando e consolidando áreas como saúde mental (com ênfase no alcoolismo) e doenças crônico-degenerativas.



d.11 O Ministério da Saúde tornará obrigatório o preenchimento do campo “raça/etnia” nos sistemas oficiais de informação em saúde :Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e outros.

d.12 A **Funasa** garantirá a participação de um representante seu e um de lideranças indígenas, para discutir e executar ações de vigilância epidemiológica, na esfera estadual e municipal.

d.13 A **Funasa** implantará sistema de monitoramento e avaliação semestral da assistência à saúde prestada à população indígena, com indicadores epidemiológicos preestabelecidos. Os resultados devem ser apresentados aos conselhos locais e distritais, lideranças e equipe multidisciplinar de saúde para subsidiar a elaboração dos planos de trabalho.

d.14 A **Funasa** se articulará com a Funai e incentivará as organizações indígenas e as lideranças a adotarem medidas de proibição da entrada de bebidas alcoólicas nas comunidades, esclarecendo os povos indígenas sobre seus malefícios.

d.15 A **Funasa** dará prioridade ao combate aos vetores transmissores de doenças, dando destino adequado ao lixo, principalmente ao lixo proveniente das unidades de saúde.

## **4.2 Eixo temático 2 - Controle social e gestão participativa**

### **a) Avaliação da atuação dos conselhos de saúde indígena**

a.1 A **Funasa** , garantirá, no orçamento dos planos distritais, recursos financeiros e apoio logístico, para a realização das reuniões dos CLSIs e Condisis, incluindo as plenárias anuais das comissões locais e distritais.

a.2 Os CLSIs e os Condisis estabelecerão calendário de reuniões, registrando as decisões em Atas, divulgando-as para as comunidades, que receberão as pautas com antecedência, para discuti-las e encaminhá-las aos conselhos, por meio de seus representantes.

a.3 As reuniões dos CLSIs devem ter garantidas sua periodicidade. As dos conselhos distritais serão trimestrais e realizadas nas aldeias, buscando a participação das lideranças em conjunto com as Emsis, visando o intercâmbio entre os dois conselhos. Deve ser garantida a presença dos caciques nas reuniões do conselho distrital, ao menos uma vez no ano. Quando necessário, deve ser solicitada à presença dos profissionais da equipe multidisciplinar, para assessoria e esclarecimentos.

a.4 O Fórum Nacional de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena deve intensificar a atuação dos conselhos locais e distritais, tornando-os mais atuantes, informativos, comunicativos, articuladores, democráticos e acessíveis.

a.5 Os CLSIs e os Condisis acompanharão mais de perto, com o Dseis, o funcionamento do Subsistema de Saúde, incluindo as ações das equipes multidisciplinares e os serviços prestados pelos hospitais.

a.6 O Fórum Nacional de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena deve solicitar à **Funasa** informações rotineiras, para os conselheiros locais e distritais, sobre o custo e benefícios das ações de saúde. Também devem ser exigidos do Ministério e demais órgãos gestores e organizações conveniadas, a cada 90 dias, informações e prestação de contas sobre todas as ações e programas destinados à saúde da população indígena. Isso inclui os recursos do Programa de Saúde da Família Indígena (PSFI) e os incentivos recebidos pelas unidades de referência, detalhando o volume de serviços prestados aos povos indígenas. E que esses recursos sejam utilizados de acordo com planejamento feito com os conselhos.

a.7 O Ministério da Saúde incentivará, financeira e tecnicamente, os CLSIs e os Condisi a implantarem um sistema de informação e comunicação, que divulgue e enfatize sua importância para efetivação do controle social, melhorando a relação entre conselheiros e comunidades. Devem ser divulgadas as propostas e deliberações dos conselhos e informações sobre o andamento das ações de saúde promovidas pelas equipes multidisciplinares, por meio de boletins informativos, jornais, vídeos, meios eletrônicos e outros, e quando necessário, nas línguas indígenas.

a.8 Os CLSIs e os CDSIs devem melhorar sua comunicação com as equipes de saúde nas ações de imunização, controle de endemias, viagens sanitárias e outras. As Emsis serão convidadas a participar da reunião periódica do conselho local. Este deve dar suporte ao trabalho das Emsis, no desenvolvimento das ações de atenção à saúde, junto às comunidades indígenas.

a.9 Os Dseis devem realizar reuniões nas comunidades, junto aos CLSIs, para avaliação dos atendimentos prestados e programação de ações (incluindo o cronograma de atendimento das equipes de saúde). O Condisi discutirá políticas e ações intersetoriais visando a qualidade de vida das populações indígenas.

a.10 O Fórum Nacional de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena deve determinar aos CLSIs e Condisis a participação dos agentes indígenas de saúde e de saneamento no controle social.

a.11 A **Funasa**, o Departamento de Saúde Indígena os Dseis e demais órgãos gestores da saúde indígena devem cumprir seu papel institucional, arcando com suas obrigações e respeitando as deliberações dos CLSIs, Condisis e as lideranças tradicionais de cada etnia. Os Conselhos e as lideranças participarão do planejamento das ações dirigidas às comunidades indígenas, da assistência, às prestações de contas e decisões.

a.12 O Ministério da Saúde garantirá recursos financeiros e humanos, no Plano Distrital, para estruturar os CLSIs e Condisis e o Fórum de Presidentes, com infra-estrutura física (viatura, armário, arquivo, telefone, televisão, vídeo, computador, impressora, Internet, motor, rádio e barco, de acordo com a realidade), para que possam ser realizadas oficinas educativas.

a.13 O Ministério da Saúde deverá assegurar, no Plano Distrital, recursos financeiros para transporte, ajuda de custo e diária, para que os conselheiros e Comissão Executiva possam participar das reuniões dos conselhos das três esferas governamentais e em outras atividades. Para as conselheiras, deve haver recursos para acompanhantes conforme suas necessidades e sua cultura.

a.14 O Governo Federal, por meio dos conselhos e organizações indígenas, manterá informadas as comunidades sobre a política de saúde indígena e o andamento dos programas de desenvolvimento social.

a.15 O Ministério da Saúde garantirá que toda e qualquer prestação de contas relativa a recursos destinados à saúde indígena seja acompanhada e aprovada pelos conselhos distritais e Ministério Público, após auditoria independente.

a.16 O Fórum Nacional de Presidentes dos Condisi deverá provocar o debate sobre a transformação do caráter consultivo dos CLSIs em deliberativo, com poderes para aprovação, do plano de saúde e também das previsões orçamentárias. Haverá avaliação dos conselhos e reformulação do Regimento Interno para garantir a participação dos caciques, como convidados.

a.17 O Fórum Nacional de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena deverá assegurar que os conselheiros distritais recebam ajuda de custo para cobrir despesas de locomoção, alimentação e pousada no desempenho de suas funções.



Foto: Edmar Chapermam

a.18 O Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis garantirá o respeito à legislação que determina ser a escolha dos conselheiros feita pela comunidade, em reunião ou assembléia geral. Serão respeitados os critérios que definem o perfil dos conselheiros, para representação nos conselhos locais, distritais, estaduais e nacional.

a.19 A **Funasa** e o Fórum Nacional de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena criarão carteira de identificação para os conselheiros indígenas, para facilitar a atuação no controle social.

a.20 Os CLSIs e os Dseis deverão incentivar, conscientizar e envolver a comunidade para a construção de barracões e casa de apoio para as reuniões dos conselhos.

a.21 A **Funasa** determinará que a utilização do saldo do Programa de Saúde da Família Indígena seja discutida e deliberada pelos Condisis e conselhos locais de saúde.

a.22 A **Funasa** garantirá as condições necessárias para a criação de Comissão de Ouvidoria, nos conselhos distritais de saúde indígena.

a.23 Os CLSIs e os Condisis garantirão o cumprimento dos mandatos dos conselheiros, conforme o Regimento Interno, respeitando-se o direito ao mandato de dois anos, com possibilidade de reeleição. Os conselheiros indígenas devem ter compromisso e responsabilidade com seu papel, para evitar a rotatividade.

a.24 O Fórum Nacional dos Presidentes de Condisis se articulará com o Poder Legislativo para promover reuniões dos conselhos com os deputados federais, visando apoio para aprovação dos recursos necessários à promoção da saúde indígena.

- a.25 O CNS e o Fórum Nacional de Presidentes dos Condisi deverão assegurar a realização das conferências locais de saúde indígena nas aldeias, para ampliar o conhecimento da realidade de cada povo Indígena.
- a.26 Os CLSIs terão representados todos os segmentos da comunidade em sua composição e incentivá-la à participação nas reuniões, para conhecer os seus direitos.
- a.27 Os Dseis, os CLSIs e os Condisis realizarão, periodicamente, reuniões com os hospitais e centros de referência, para verificar a qualidade do seu atendimento.
- a.28 Os CLSIs devem realizar reuniões periódicas e acompanhar as ações de saúde.
- a.29. Os CLSIs deverão realizar avaliação semestral do trabalho dos agentes indígenas de saúde e dos Aisans, em assembléia, na comunidade.
- a.30 O Condisi criará CLSIs nas aldeias que não possuem e dará maior apoio institucional aos já existentes.
- a.31 A **Funasa** divulgará, em seu boletim informativo, as ações de controle social das áreas indígenas.
- a.32 A **Funasa** reorganizará os Condisis e suas diretorias, com autonomia financeira, política e administrativa para efetivação do controle social.
- a.33 O Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis incentivará a fiscalização da atuação dos conselheiros, pelas comunidades e lideranças indígenas.
- a.34 O Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis estabelecerá que os conselheiros locais elaborem

documentos com as reivindicações dos povos indígenas e os encaminhe ao Conselho Distrital, e este ao Conselho Nacional de Saúde.

a.35 Os Condisis e os CLSIs deverão estabelecer maior integração com os diretores regionais de saúde e chefias dos Dseis.

a.36. Os CLSIs e Condisis garantirão autonomia aos conselheiros, para sua atuação no controle social.

a.37 O Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis contribuirá para que se aprove o Projeto de Lei de Responsabilidade Sanitária, tendo em vista a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.163, em tramitação na Câmara Técnica Tripartite, que delibera sobre a fiscalização do Incentivo de Atenção aos Povos Indígenas e do Incentivo de Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde.

a.38 A **Funasa** providenciará para que os conselheiros trabalhadores, dos CLSIs e Condisis, não sofram represálias ou demissão, por razões políticas.

a.39. A **Funasa** proverá recursos próprios para o Condisis, no Plano Distrital, com garantia dos que já estão definidos, visando sua sustentabilidade.

a.40 A **Funasa** e o Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis garantirão a temática da criança, do adolescente, do jovem, da mulher, do adulto e do idoso, na agenda dos conselhos distritais de saúde indígena.

a.41 A **Funasa** e o Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis realizarão estudo para definir critérios sobre a participação, nos conselhos distritais, dos povos indígenas ainda não reconhecidos oficialmente e dos que residem fora das terras indígenas.



a.42 A **Funasa** garantirá assessoria técnica para os Condisis e os CLSIs.

a.43 Os Condisis instituirão comissões permanentes de comunicação, supervisão e outras, segundo as peculiaridades de cada etnia.

a.44 Os Dseis promoverão encontros periódicos com as comunidades indígenas, para esclarecimentos sobre a finalidade do conselho local de saúde, convidando lideranças de outras regiões que compreendem o processo de controle social.

a.45 A **Funasa** elaborará e distribuirá às comunidades indígenas cartilhas, nas línguas maternas, com a definição do que é controle social e como funcionam os conselhos de saúde.

a.46 A **Funasa** incluirá, na rotina de trabalho do Desai a avaliação dos usuários sobre a assistência de saúde recebida, para identificar os avanços e recuos dos serviços.

a.47 A **Funasa** e o Fórum Nacional de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena criarão espaço em sua página eletrônica, inclusive na página eletrônica do CNS, para que os CLSIs e Condisis divulguem suas propostas e ações, e troquem informações com os demais setores da área da saúde.

a.48 Os Condisis e os CLSIs encaminharão denúncia ao Ministério Público Federal e ao Ministério Público Estadual, quando a prestação de contas dos recursos da saúde indígena, repassados aos estados e municípios não for apresentada ao Conselho Estadual de Saúde.

a.49 Os Condisis deverão garantir a participação dos indígenas residentes nas cidades, em articulação com a Pastoral Indígena da Cidade.

a.50 A **Funasa** promoverá seminários e oficinas sobre o SUS, controle social, direitos, legislação indígena e gestão participativa, por regiões, de acordo com a cultura de cada povo.

a.51 A **Funasa** deverá garantir que os ocupantes de cargos na saúde indígena sejam escolhidos por competência e não por indicação política, devendo ser avaliados pelos conselhos distrital e locais de saúde indígena.

a.52 A **Funasa** prestará contas dos recursos destinados às obras de saneamento, aos Condisis e CLSIs, e em assembleias regionais.

a.53 Os Condisis estabelecerão distribuição mais equilibrada da representação dos usuários, tendo em conta as diferenças entre os povos, como é o caso dos lanomâmi.

a.54 Os CLSIs deverão fortalecer sua atuação, intensificando a participação dos servidores, instituições envolvidas e usuários, que obedecerão o regimento interno, para participação efetiva no planejamento e execução das ações, na fiscalização da qualidade da assistência prestada e no investimento dos recursos.

## **b) Participação indígena nas esferas municipal, estadual e federal**

b.1 O Ministério da Saúde garantirá a participação das organizações indígenas em todas as esferas da saúde do índio.

b.2 O Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis pactuará, com as instâncias municipais, estaduais e nacional, a inserção de um representante do CLSI no conselho municipal de saúde e de conselheiro indígena distrital nos conselhos estadual e nacional de saúde. Esta participação será fiscalizadora e colaborativa, ouvindo e repassando informações para a comunidade, propondo e encaminhando as propostas dos indígenas.

b.3 A **Funasa** garantirá a participação de lideranças indígenas e do controle social nos acordos relativos aos interesses das comunidades indígenas, realizados pelo Poder Público com a Iniciativa Privada.

b.4 A **Funasa** deverá garantir a participação dos vários segmentos da comunidade indígena nos eventos realizados no território nacional e internacional.

b.5 A **Funasa** e o Fórum Nacional de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena ampliarão sua integração com outras instâncias do governo e da sociedade civil, visando dar maior visibilidade às ações desenvolvidas pela **Funasa**, fortalecer a participação popular, o controle social e a consolidação do Sistema Único de Saúde.

b.6 Os conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde se organizarão, junto às comunidades indígenas, para melhor participação dos conselheiros como responsáveis pela defesa dos direitos e interesses das populações indígenas, que precisam ser ouvidas e atendidas em suas reivindicações.

b.7 A **Funasa**, a Funai, os estados, municípios e conselhos devem se articular para obter melhor controle social.

b.8 O Governo Federal garantirá aos caciques e líderes indígenas acesso direto ao presidente da República, ao Ministro da Saúde, aos Presidentes da **Funasa** e da Funai, às autoridades competentes a participação nas reuniões dos distritos sanitários especiais indígenas.

b.9 A **Funasa**, a Cisi, o Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis e os conselhos distritais devem promover maior integração com outras instâncias do controle social.

b.10 O Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis mobilizará as lideranças indígenas locais e representantes

de organizações indígenas, para participar das instâncias de formulação de políticas públicas de saúde, avaliação do Subsistema de Saúde Indígena e outras. Motivará a participação da população indígena nas aldeias, sobre essas temáticas, garantindo a participação das mulheres.

b.11 O Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis articulará as instâncias de controle social com os gestores municipais, estaduais e federais, para construção e manutenção de estradas em terras indígenas, a fim de facilitar o acesso das equipes para ações como as de saúde e educação.

b.12 O Governo Federal deve garantir e ampliar a participação indígena no Conselho Nacional de Patrimônio Genético do Ministério do Meio Ambiente, incluindo representantes de todas as regiões brasileiras.

b.13 Os conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde enviarão informação sobre as discussões realizadas, aos conselhos distritais de saúde indígena.

b.14 Os gestores municipais respeitarão as reivindicações indígenas documentadas no Plano Municipal de Saúde.

b.15 Os conselhos municipais de segurança alimentar garantirão vagas para representação indígena.

b.16 Os CLSIs, quando necessário, convocarão os gestores municipais de saúde para as reuniões.

b.17 O Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis garantirão a participação das mulheres indígenas no controle social, em todos os níveis.

b.18 Os hospitais que recebem incentivo financeiro para a saúde indígena garantirão representação indígena, em seu conselho de gestor.

b.19 O Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis incentivará a implantação e estruturação de conselhos locais de mulheres, nas aldeias, para reconhecimento da dignidade da mulher indígena, orientação sobre direitos e deveres, e reforço de seu papel na comunidade indígena, buscando melhorias na saúde, educação, cidadania e controle social.

b.20 O Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis deverá articular-se com as demais instâncias de controle social, para incentivar a inclusão e participação indígena nos conselhos de Assistência Social, de Direito da Criança e do Adolescente, de Educação, Direito da Mulher, Direito do Idoso, Direito do Deficiente Físico, Direito do Consumidor, Conselho Tutelar, entre outros.

b.21 Os Condisis e demais instâncias do controle social devem valorizar a participação das conselheiras e lideranças femininas, respeitando as diferenças entre homens e mulheres indígenas. Deverão ser tratados os temas de saúde da mulher e outros de seu interesse.

b.22 A **Funasa** e o Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis divulgarão a cultura e realidade indígenas, junto aos conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde, para ampliar o conhecimento sobre a situação dos povos indígenas.

b.23 O CNS cadastrará os conselhos distritais de saúde indígena.

b.24 Os conselhos municipais de saúde informarão os Condisis, com antecedência, as datas de suas reuniões, mesmo quando não houver neles representação indígena.

b.25 Os conselheiros indígenas municipais de saúde acompanharão os trabalhos das secretarias municipais de saúde, incluindo a prestação de contas.

b.26 Os conselhos municipais de saúde fornecerão cópias de seu Regimento aos representantes indígenas.

b.27 Os representantes indígenas nos conselhos estaduais de saúde repassarão informações, aos conselheiros distritais, locais e pólos-base, por meio de boletins informativos.

b.28 O CNS divulgará os resultados de suas reuniões, por meio de boletim informativo, e enviará aos Dseis, cópia das atas.

b.29 As instâncias de controle social incentivarão mulheres, homens e jovens para que participem das reuniões dos conselhos indígenas e dos movimentos sociais e comunitários, nas áreas de saúde e educação, nos níveis locais, regionais, distritais e nacional.

b.30 A **Funasa** e o Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis deverão articular-se, para que haja participação de representantes indígenas nas reuniões governamentais e intergovernamentais, referentes à saúde indígena, nas áreas de fronteira.

b.31 Os governos municipais, estaduais e federal deverão assegurar as condições necessárias para que os conselheiros indígenas participem de reuniões, assembléias e conferências dentro ou fora do estado.

b.32 A **Funasa** promoverá campanhas informativas e educativas sobre a saúde indígena, em âmbito interno e externo, para favorecer as ações de controle social e facilitar a articulação intersetorial.

b.33 O Governo Federal deverá aprimorar o Conselho de Política Indigenista existente no órgão de assistência para que fiscalize todas as políticas públicas de atenção ao povo indígena.

b.34 A 4ª CNSI reafirmará o Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais como organismo legítimo de representação indígena junto à **Funasa** e demais órgãos envolvidos com a saúde indígena.

b.35 A **Funasa** garantirá a participação de representantes indígenas nos CLSIs e Condisis, como assessores indígenas e interlocutores.

### **c) Capacitação continuada de conselheiros**

c.1 A **Funasa** deverá aumentar e garantir recursos para viabilizar o programa de formação e educação permanente e diferenciada, em parceria com instituições de ensino, para capacitação dos conselheiros indígenas, nas esferas local, distrital, municipal, estadual e nacional, pactuadas com os gestores, com a participação das comunidades, lideranças e associações indígenas, que participem do movimento da saúde. A metodologia e os conteúdos dessa formação serão elaborados com linguagem simples, de acordo com a realidade de cada povo, valorizando o conhecimento e a capacidade dos conselhos. A formação de agentes multiplicadores contribuirá para o pleno exercício do papel do controle social e para o conhecimento de portarias, leis, artigos e, principalmente, do que estabelece a Constituição Federal sobre a Saúde. Estes recursos estarão previstos nos planos distritais.

c.2 A **Funasa** garantirá recursos financeiros e apoio técnico, para a educação permanente de conselheiros indígenas e não indígenas, lideranças e profissionais envolvidos com a saúde indígena, com carga horária de 32 horas, quatro vezes por ano, com certificação aos participantes, sob supervisão do Conselho Distrital. Garantirá a realização de reuniões nas comunidades, com abordagens pedagógicas adaptadas à realidade de cada povo, com linguagem acessível, para o desenvolvimento das temáticas de controle social, incluindo conhecimentos sobre a **Funasa** e seu funcionamento.

c.3 A **Funasa** garantirá recursos para capacitação continuada e palestras sobre políticas públicas de saúde para os conselhos locais, distritais, lideranças e comunidades Indígenas, com elaboração de textos sobre controle social, nas línguas maternas dos povos indígenas, capacitando os indígenas para atuarem nos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde, sensibilizando-os sobre a importância de participar de todas as instâncias de controle social.

c.4 A **Funasa** garantirá recurso orçamentário para realização de reuniões periódicas e educação permanente, para conselheiros locais e distritais de saúde, visando aprimorar o conhecimento dos conselheiros sobre a legislação indígena e do SUS e, principalmente, sobre políticas indigenistas.

c.5 A **Funasa** garantirá, por meio dos Dseis, em parceria com os conselhos locais e distritais, organizações indígenas, instituições conveniadas, instituições públicas de ensino, a educação permanente dos conselheiros, possibilitando o conhecimento dos direitos e deveres de sua função, esclarecendo-os e à suas comunidades sobre a importância do seu papel para seu aperfeiçoamento e fortalecimento da sua atuação no controle social.

c.6 A **Funasa** garantirá recursos próprios para os conselhos locais e distritais e o Fórum Nacional dos Presidentes de Condisis acompanharem os repasses e aplicação de recursos, a execução e prestação de contas do dinheiro destinado à saúde indígena, bem como outros documentos, em linguagem acessível, promovendo o fortalecimento de sua atuação, por meio de cursos específicos nas áreas de contabilidade, finanças, administração, fiscalização de recursos e políticas públicas.





c.7 A **Funasa** promoverá seminários, oficinas, palestras, e assembléias gerais, por regiões, com participação efetiva dos gestores e instituições parceiras com o objetivo de prestarem esclarecimentos sobre os recursos destinados à saúde indígena.

c.8 A **Funasa** realizará as reuniões e a capacitação dos conselhos locais dentro das aldeias, desde que as mesmas tenham estrutura física e que a **Funasa** proporcione o recurso necessário para a participação e acompanhamento

de toda a comunidade e a capacitação aborde aspectos dos planos distritais com adequação de linguagem, para melhor entendimento da comunidade indígena.

c.9 A **Funasa** garantirá recursos financeiros para aquisição de material educativo para conselhos e equipes multidisciplinares de saúde indígena, visando maior resolutividade das ações de saúde, sensibilizando-os por meio de oficinas sobre a gravidade e abrangência dos problemas relacionados às DST/Aids e a dependência do consumo do álcool, utilizando vídeos e cartazes para ilustrar a realidade.

c.10 A **Funasa** garantirá recursos para educação permanente das lideranças sobre saúde indígena e sua importância, abordando sua dimensão preventiva e seu relacionamento com as Emsis, conforme preconiza o atual modelo de saúde indígena e as diretrizes nacionais, para o processo de educação permanente no controle social do sistema único de saúde. Deverá providenciar a produção de publicações, com a participação dos agentes indígenas de saúde e professores, de cartilhas bilíngües que informem sobre as doenças e agravos de maior incidência, possibilitando ampla participação no processo de acompanhamento e de avaliação das ações de saúde e fortalecendo o controle social.

c.11 Os conselheiros indígenas deverão apresentar o seguinte perfil: ser comunicativo, conviver com sua comunidade, saber usar a escrita, comunicar informações, ter compromisso com a comunidade, repassando continuamente informações das reuniões com órgãos governamentais ou instituições não-governamentais para as comunidades.

c.12 A **Funasa** garantirá recursos financeiros para desenvolvimento de cursos de capacitação e palestras para a comunidade, a serem realizados a cada seis meses, sobre

o papel do conselho e a importância do controle social para as lideranças, pajés, curandeiros e parteiras de acordo com a cultura de cada povo; assegurando o cumprimento dos cronogramas de trabalho e incluindo a participação dos conselheiros indígenas na elaboração dos cursos.

c.13 A **Funasa** garantirá a participação dos membros indicados pelos conselhos para planejamento e execução das atividades de educação permanente dos conselheiros indígenas e estimulará, por meio de palestras e outras formas de comunicação, a participação da comunidade na viabilização do controle social, incluindo na programação palestras dos pajés, benzedoras, equipes multidisciplinares de saúde, fazendo intercâmbio entre os pólos-base, envolvendo diferentes atores sociais, tais como: agente indígena de Saúde, agente indígena sanitário, agentes indígenas de saúde bucal, apicultores, agentes de manejo, raizeiros, professores, lideranças.

c.14 As três esferas dos governos federal, estadual e municipal garantirão recursos para que os gestores municipais, prestadores de serviços de saúde, chefes de distritos, coordenadores de ONGs e interlocutores do controle social tenham acesso a atividades de educação permanente para se atualizarem sobre o papel e a importância da participação indígena em todas as instâncias de controle social, respeitando sua autonomia quanto às deliberações referentes à contratação de trabalhadores de saúde e à prestação de contas, para a atenção à saúde indígena.

c.15 A **Funasa** e Funai deverão divulgar a legislação indigenista, para subsidiar os prestadores de serviço e profissionais de saúde, no trabalho com as populações indígenas e para esclarecimento da sociedade civil organizada. Deverão também elaborar uma cartilha sobre a legislação indígena para as comunidades, de acordo com a realidade de cada povo.

c.16 A **Funasa**, em articulação com o MEC e a Funai, elaborarão estratégias para conhecimento e reflexão sobre a legislação indigenista e o SUS, na formação de professores indígenas, para incluir a temática do controle social na prática de ensino, de acordo com a cultura de cada povo indígena, como parte da grade curricular escolar indígena.

c.17 A **Funasa** e secretarias estaduais e municipais deverão garantir recursos para que os conselhos locais e distritais promovam reuniões, encontros, oficinas e seminários, para sensibilização dos gestores municipais, estaduais e usuários onde haja povos indígenas, esclarecendo-os sobre suas responsabilidades em relação a esses povos.

c.18 A **Funasa** garantirá recursos para formação permanente dos conselheiros locais e distritais, lideranças e associações indígenas com o objetivo de fortalecer sua atuação na difusão do controle social e da gestão participativa, e criarão mecanismos de divulgação das ações de controle social.

c.19 A **Funasa** e o Fórum Nacional dos Presidentes de Condisis devem articular a participação dos conselheiros locais indígenas no processo de educação permanente dos conselhos municipais de saúde.

c.20 O Governo Federal, por meio das organizações indígenas, deverá manter informadas as comunidades indígenas sobre o andamento de seus programas de desenvolvimento social.

c.21 A **Funasa** estenderá aos conselheiros locais a capacitação dos conselheiros de saúde, independente do que for feito pelos conselheiros multiplicadores.

#### **d) Modelos de gestão participativa**

d.1 A **Funasa** deverá assegurar a participação dos CLSIs e Condisis na elaboração, execução e avaliação do Plano Distrital e seu cumprimento pelos gestores, devendo ser o principal instrumento de gestão.

d.2 A **Funasa** estabelecerá que nenhum remanejamento de recursos do Plano Distrital seja feito sem discussão e aprovação pelos conselheiros.

d.3 Os Dseis fornecerão cópia do Plano Distrital às lideranças indígenas, para conhecimento e acompanhamento das ações de saúde do Dsei.

d.4 A **Funasa** assegurará a participação dos conselheiros distritais, das organizações conveniadas e trabalhadores da saúde, em reuniões que obedeçam a um calendário, para implementação e avaliação contínua dos planos distritais e das ações.

d.5 Os órgãos governamentais devem respeitar as decisões das lideranças indígenas e atender às suas reivindicações, conforme o artigo 198 da Constituição Federal, a Lei nº 8.080/1990, e o Decreto nº 4.726, de 9/7/2003.

d.6 O Ministério da Saúde deverá respeitar a cultura de cada etnia, na formulação da política nacional de saúde indígena e na articulação com as instâncias de controle social e intersetoriais, para enfretamento dos problemas dos povos indígenas.

d.7 O Ministério da Saúde garantirá a participação dos povos indígenas, por meio de suas representações, na discussão da política e do planejamento da saúde indígena, com poder de decisão.





d.8 O Ministério da Saúde, em articulação com os conselhos indígenas, estabelecerão critérios de responsabilidade jurídica, para que o governo municipal assuma sua competência de implementação das ações de saúde nas aldeias indígenas. As instituições governamentais e não-governamentais serão responsabilizadas juridicamente, em caso de ações indevidas na saúde indígena, devendo ser garantida a fiscalização, pelo controle social.

d.9. A **Funasa** garantirá participação do Condisi no Distrito Sanitário de Saúde Indígena.

d.10. A **Funasa** realizará reuniões nas comunidades indígenas, em conjunto com os conselhos, para informar o número de exames e consultas especializadas disponíveis nos hospitais que recebem incentivo, inclusive por escrito.

d.11. O Fórum Nacional de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena deverá reativar os conselhos regionais de saúde indígena para ampliar a participação do controle social na gestão da saúde.

d.12. Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis deverá exigir dos gestores o respeito e a valorização da atual organização geográfica da população indígena, em 34 distritos especiais de saúde indígena, conforme a Lei Arouca, Lei nº 9.836, de 23/9/1999, na definição e na execução de políticas e programas.

d.13 A **Funasa**, como gestora da saúde indígena, discutirá as prioridades de saúde com os CLSIs e os Condisis, as Emsis, os secretários estaduais e municipais de saúde e os chefes dos distritos sanitários especiais indígenas.

d.14 O Dsei, os pólos-base deverão realizar a programação das ações com o Condisi com a participação do coordenador, das equipes multidisciplinares de saúde indígena e representantes do Conselho Local.

d.15 As Cores deverão realizar reuniões ampliadas, com a participação das organizações conveniadas e os conselhos distritais indígenas.

d.16 O diretor do Desai deverá realizar reunião anual, com a participação de todos os presidentes dos conselhos distritais, gerentes dos pólos-base, chefes dos distritos e representantes das conveniadas, para avaliação da saúde indígena e controle social.

d.17 A **Funasa** garantirá a participação dos conselheiros locais e distritais de saúde indígena e lideranças, na seleção, contratação, avaliação e demissão de profissionais de saúde por meio de comissões.

d.18 A **Funasa** pactuará com os gestores, prestadores de serviço, autoridades e representantes de instituições responsáveis pela saúde indígena, para que participem das reuniões dos CLSIs e dos Condisis, assim como, em oficinas, palestras, conferências, seminários e assembléias gerais.

d.19 O Governo Federal deverá garantir e respeitar as decisões dos conselhos indígenas, quando das mudanças de gestão administrativa, principalmente, após eleições partidárias.

d.20 A **Funasa** e o CNS deverão realizar, a cada três anos, um fórum de controle social, previsto para o ano que antecede a Conferência Nacional de Saúde Indígena, como oportunidade nacional para troca de experiências sobre articulação, mobilização e participação nas instâncias do controle social (federal, estadual e municipal), para avaliação de políticas públicas de saúde indígena.

d.21 O Ministério da Saúde, a **Funasa** e o Conselho Nacional de Saúde deverão realizar a Conferência Nacional de Saúde Indígena a cada quatro anos, em data anterior à Conferência Nacional de Saúde.

d.22 As secretarias estaduais e municipais de saúde, dos municípios com população indígena, deverão garantir, no Plano Estadual e Municipal de Saúde, o percentual de recursos financeiros que deve ser utilizado na atenção à saúde indígena, com fiscalização dos conselhos de saúde indígena e dos conselhos estaduais e municipais de saúde.

d.23 As três esferas governamentais estabelecerão parceria, para garantir modelos de gestão participativa, de acordo com cada região, comunidade e área de atuação, com o objetivo de melhorar a execução das ações de saúde indígena.

d.24 A **Funasa** estabelecerá que a escolha da chefia dos Dseis seja feita com a participação do Condisi, das lideranças e organizações indígenas.

d.25 O Ministério da Saúde garantirá maior participação dos indígenas na gestão da **Funasa**, para organizar e fiscalizar a saúde indígena.



d.26 A **Funasa** e a Funai devem agilizar seus processos administrativos de documentação e informação, de forma a repassar, com agilidade, informações necessárias ao controle social e às atividades das coordenações regionais da **Funasa**, Pólos-Base e organizações conveniadas.

### **4.3 Eixo temático 3 - Desafios indígenas atuais**

#### **a) Atenção à saúde dos indígenas que vivem fora das terras indígenas e dos povos em demanda de reconhecimento**

a.1 O Governo Federal deve respeitar, de imediato, os direitos indígenas, inclusive quanto ao atendimento à saúde, independentemente das condições de suas terras ou de outras condições de discriminação e sonegação de direitos.

a.2 À **Funasa**, em articulação com a SMS/SES, prestar e oferecer todos os serviços de saúde na rede do SUS de forma diferenciada aos índios desaldeados cumprindo a política de atenção aos povos indígenas e levando em consideração o reconhecimento oficial da Funai.

a.3 A **Funasa** garantirá a autonomia dos distritos para atendimento dos índios aldeados, com recursos específicos e com replanejamento de orçamento para melhor atenção do atendimento desses povos.

a.4 Os conselhos locais de saúde, com as lideranças de base, devem realizar reuniões com os índios localizados na capital, nas vilas e sedes dos municípios, para discussão do atendimento da saúde nas redes de referências.

a.5 O Governo do Brasil e os governos dos países limítrofes articularão ações de saúde dos povos indígenas, nas regiões de fronteira.

a.6 A **Funasa** e a Funai criarão comissão formada por representantes das organizações e das lideranças indígenas, CLSI, Condisi, **Funasa** e Funai para estabelecer regras claras de cadastramento das famílias indígenas desaldeadas, de acordo com a realidade de cada povo.

a.7 A **Funasa** e a Funai agilizarão o cadastramento dos povos “resistentes” e em demandas de reconhecimento, para que eles tenham direito ao atendimento diferenciado de saúde. Enquanto esse cadastro não for concluído que eles sejam atendidos de acordo com o encaminhamento de suas organizações oficialmente reconhecidas.

a.8 A **Funasa** e a Funai incluirão, em suas programações, a realização de censo populacional dos indígenas desaldeados, solicitando também ao IBGE que, na contagem populacional prevista para 2007, haja a inclusão da variável etnia, nas bases de dados dos próximos censos.

a.9 O Governo Federal, por meio da Funai, reconhecerá oficialmente os povos indígenas, conforme articulação com lideranças indígenas locais, universidades e organizações não-governamentais devem prover a realização de estudos antropológicos sobre essas etnias.

a.10 A **Funasa**, em articulação com a Funai, garantirá atendimento a indígenas residentes no Paraguai (nas regiões de fronteira) que procuram assistência no Brasil, com documentação provisória garantida pela Funai. Essa assistência deverá ser prestada até que se organizem programas e serviços de saúde integrados nas fronteiras, quando a identidade cultural e o interesse social assim o indicarem.

a.11 O Governo Federal, via **Funasa**, Funai e outros órgãos, e com os governos estaduais e municipais, deverá criar e ampliar as políticas públicas de atenção à saúde indígena.

Devem ser realizados estudos socioeconômicos sobre os indígenas que, por opção ou necessidade, moram fora das aldeias. A atenção a esses povos não deve comprometer o atendimento aos povos aldeados.

### **b) Ampliação da participação da mulher indígena no controle social e na atenção à saúde**

b.1 Os conselhos locais e distritais de saúde indígena pactuarão com a **Funasa** a participação das mulheres indígenas e as apoiarão em suas atividades.

b.2 A **Funasa** pactuará com os conselhos locais e distritais indígenas para que, obrigatoriamente, haja neles a participação da mulher .

b.3 A atuação da mulher indígena nos conselhos locais e distritais, nos movimentos sociais e demais fóruns deve ser assegurada.

b.4 Ministério da Saúde realizará, com apoio da **Funasa**, atividades de educação permanente para a formação das mulheres indígenas e sua integração às equipes multidisciplinares de saúde indígena e às atividades de saúde da mulher e da criança. Deve garantir a contratação de parteiras tradicionais, agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saúde bucal do sexo feminino, para as equipes multidisciplinares indígenas.

b.5 A **Funasa** deverá garantir e promover encontros nacionais e fóruns para as mulheres indígenas, para troca de informações e debates sobre os problemas na área de saúde que as afetam, em suas comunidades.

b.6 A **Funasa** mobilizará e sensibilizará a comunidade indígena para valorizar e incentivar as mulheres que detêm

o conhecimento das práticas indígenas tradicionais, como o preparo dos alimentos; e criar mecanismos de apoio a elas, às parteiras, às benzedeiras e aos pajés.

b.7 A **Funasa** informará toda à comunidade indígena, principalmente às mulheres, por meio de cursos e palestras, sobre os direitos das mulheres indígenas, as doenças e outros riscos que as atingem, cuidados na gravidez, DST/Aids e amamentação, entre outros assuntos, por meio de palestras e cursos.

b.8 O Governo Federal garantirá o acesso e o uso de contraceptivos pelas índias que queiram realizar planejamento familiar.

b.9 A instância federal, com a participação do Ministério Público, deverá articular-se com os CLSIs, os Condisis e com as lideranças, estudando formas de sensibilizar as comunidades indígenas sobre a violência contra as mulheres e crianças. Em caso de punição, ela deverá ser realizada conforme a cultura de cada povo indígena.

### **c) Respeito às práticas tradicionais de cura e de autocura**

c.1 O Governo Federal e o controle social da saúde mobilizarão o Poder Legislativo, nas três esferas, para inclusão nos Projetos de Lei os seguintes conteúdos: a legalização e utilização das práticas de cura e dos medicamentos tradicionais (remédios naturais, ervas medicinais, etc.) nos cuidados à saúde; e o reconhecimento do trabalho dos praticantes desses métodos de tratamento (pajés, benzedeiras, parteiras e outros), nas unidades de saúde, quando solicitados; a propriedade intelectual destas práticas; e a patente dos medicamentos naturais, em nome das comunidades indígenas.

c.2 A **Funasa** e as equipes multidisciplinares de saúde indígena devem respeitar as práticas tradicionais da medicina indígena. Deve ser resgatado o uso de plantas e outros recursos terapêuticos como os fitoterápicos, pelo apoio material e financeiro, com rubrica própria para viabilizar a medicina tradicional indígena, incluindo a distribuição de insumos (fumo, alimento, transporte, entre outros) às lideranças espirituais, para os serviços às comunidades, implantação de farmácias vivas (hortas medicinais) nas aldeias, preparação de medicamentos e seu uso seguro. Devem ser incluídos medicamentos fitoterápicos na farmácia básica das equipes multidisciplinares de saúde indígena e incentivado o uso de medicamentos tradicionais (chás, banhos com ervas, entre outros). Porém, a medicação convencional deve ser garantida, bem como o intercâmbio de experiências entre pajés, pegadores de ossos, parteiras, agentes indígenas de saúde, de diferentes aldeias e etnias.

c.3 A **Funasa** dará apoio às estratégias e ações de valorização e resgate das práticas e condições de trabalho dos pajés, pegadores de ossos, parteiras, raizeiros, rezadores e outros. Deve ser oferecido transporte, combustível, alimentação e hospedagem, visando o respeito dos sistemas tradicionais de saúde, sem deixar de cumprir a responsabilidade de garantia da atenção básica preconizada pelo Governo Brasileiro.

c.4 O Governo Federal, de forma regionalizada, por intermédio dos Dseis, deve promover cursos, encontros, seminários e oficinas para troca de experiências entre os povos indígenas e suas gerações mais jovens, com temas como resgate e transmissão de valores e conhecimentos tradicionais das culturas, além do intercâmbio sobre a medicina tradicional desses povos.

c.5. A **Funasa**, em articulação com caciques, pajés e outras lideranças indígenas, deverá promover o acesso dos jovens e das comunidades indígenas aos conhecimentos relacionados



com as práticas tradicionais de cura, técnicas de artesanato, rituais, preparo de alimentos, etc. Serão realizados cursos, reuniões com idosos, produção de material didático nas diversas línguas indígenas, visando à revalorização das práticas tradicionais de cura e cuidado e o resgate das tradições.

c.6 O Ministério da Saúde, o Ministério da Justiça e o Ministério do Meio Ambiente, com as lideranças indígenas, deverão realizar campanhas para recuperar espécies da flora e da fauna nativas, em processo de extinção e promover ações de reflorestamento, com vistas à recuperação da biodiversidade que sustenta as práticas tradicionais de cura.

c.7 A **Funasa** garantirá e dará prioridade á atenção básica. Compete ao conselho local de saúde cobrar resposta

efetiva aos interesses dos índios, em regatar as práticas de medicina e cura tradicional nas discussões e propostas dirigidas à 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena e à próxima Conferência Nacional de Saúde.

c.8 O Ministério Público Federal deverá exigir dos órgãos competentes, a fiscalização efetiva da preservação dos conhecimentos tradicionais e o controle do fluxo de elementos que integram os ecossistemas das terras indígenas.

c.9 A **Funasa** criará espaços formais e informais de discussão, entre terapeutas tradicionais e profissionais de saúde, focalizando o combate ao alcoolismo e outras drogas.

c.10 O Ministério da Saúde garantirá recursos financeiros para maior divulgação da cultura e das práticas tradicionais indígenas de cura, com respeito ao direito ao segredo, quando for o caso, com a finalidade de informar a população não indígena quanto às particularidades do atendimento especializado aos indígenas, fora de suas aldeias. Poderá, assim, reduzir a resistência cultural ao modo de vida desses povos, quando em contato com a comunidade não indígena.

c.11 A **Funasa** implantará e manterá, com seu apoio técnico e financeiro, casas ou centros regionais de práticas tradicionais de cura indígena, nos pólos-base, nas capitais dos estados e nas cidades sedes dos Dseis, conforme a realidade de cada etnia e região. Nesses centros serão oferecidas práticas tradicionais de cura e a manufatura dos medicamentos fitoterápicos. Será garantido o apoio logístico para o transporte dos pacientes aos locais de atendimento e o trabalho dos pajés, curandeiros, rezadeiras, parteiras, e outros, viabilizando a continuidade da cura tradicional.

c.12 A **Funasa** proverá as Emsis e os profissionais de saúde primeiramente dos hospitais públicos municipais até a terceira referência, de conhecimentos antropológicos e culturais, por meio de cursos, palestras, oficinas, seminários e encontros, para qualificar a assistência aos usuários indígenas, com eficácia e respeito às práticas tradicionais de cada etnia.

c.13 A **Funasa** deverá sensibilizar as lideranças indígenas, caciques, pajés, parteiras e outros conhecedores das práticas tradicionais de diagnóstico e cura, objetivando a reprodução, proteção e difusão desses conhecimentos junto às futuras gerações.

c.14 O Ministério da Saúde deverá envolver e garantir a participação dos “profissionais tradicionais” nos serviços de saúde - Casais, hospitais, postos de saúde e outros. Devem ser respeitadas as práticas tradicionais e a cultura indígena das diferentes populações indígenas e permitido aos indígenas internados nas unidades de saúde, o atendimento da cura tradicional, sem prescindir da medicina convencional.

c.15 A **Funasa** incentivará e apoiará o trabalho integrado das equipes multidisciplinares de saúde indígena, junto aos professores indígenas nas escolas, desenvolvendo ações com os alunos, visando à valorização da saúde e das práticas tradicionais de cura e autocuidado.

c.16 A **Funasa** promoverá cursos e outros tipos de capacitação das Emsis, para a integração das práticas da medicina convencional e da cura tradicional, visando melhor interação entre as Emsis e os pajés, curandeiros, curadores, rezadores, parteiras e outros. As equipes de saúde indígena e as que trabalham em unidades de saúde devem ser capacitadas quanto à cultura indígena com a qual convivem, visando a mútua compreensão das diferenças culturais e o respeito às práticas tradicionais.



#### **d) Estudos e pesquisas aplicados às demandas dos povos indígenas**

d.1 O Governo Federal deve garantir que as pesquisas nas comunidades indígenas sejam discutidas e autorizadas pelas lideranças indígenas, pelo CLSI e pelo Condisi, pelo Conselho de Ética em Pesquisa, com o parecer da Funai, do Ministério da Saúde e do CNS – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CONEP), em comum acordo com as comunidades envolvidas.

d.2 O Governo Federal garantirá que, no desenvolvimento de estudos e pesquisas em áreas indígenas, a projeto atenda aos interesses das comunidades onde possa vir a ser realizada. A comunidade deve ser claramente informada sobre os meios e objetivos da pesquisa. Os benefícios e resultados devem ser prioritariamente apropriados pela comunidade (participação nos lucros, se houver, bolsas de estudo, etc.). Deve ser assegurada a participação das comunidades indígenas no acompanhamento do processo de estudo e que se viabilize a formação de pesquisadores indígenas.

d.3 O Governo Federal, por intermédio do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação e do Ministério da Ciência e Tecnologia, deve implementar proposta para o fomento e realização de pesquisas em comunidades e áreas indígenas. Deve haver fiscalização da origem dos recursos para o financiamento da pesquisa (público ou não público, nacional ou internacional), bem como dos protocolos de investigação, da divulgação dos resultados e da realização de parcerias, para garantir prioridade às iniciativas de produção dos conhecimentos de interesse das comunidades indígenas.

#### **4.4 Eixo temático 4 - Trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde**

##### **a) Avaliação do processo de formação de agente indígena de saneamento**

a.1 A **Funasa** garantirá, em parcerias com Funai e MEC, programas de educação permanente e continuada dos agentes indígenas de saúde, agentes indígenas de saneamento, agentes indígenas de saúde bucal, agentes indígenas de microscopia e agentes indígenas de endemias, escolhidos e indicados pelas comunidades e conselhos locais de saúde. Articulando-se com Escola Técnica do Sistema Único de Saúde, que oferece capacitação para formação dos agentes comunitários de saúde, com, no mínimo, dois módulos por ano, com metodologia adequada e participação nas etapas de concentração e dispersão. Garantirá e facilitará, em parceria com instituições de ensino médio e superior, a progressiva formação permanente para auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental, para profissionais indígenas com 2º grau completo.

a.2 A **Funasa** e as prestadoras de serviço adquirirão e manterão equipamentos e materiais de campo para trabalhadores em saúde indígena, tais como: meios de transporte, transporte aéreo com frota própria, insumos e seus respectivos equipamentos (uniforme, balança, régua antropométrica, mochilas, capas de chuva, equipamentos de proteção individual, bicicletas, radiofonia, materiais de consumo e equipamentos odontológicos, entre outros), como condição para realizar suas atividades.

a.3 A **Funasa** fará convênios com as escolas técnicas (Cefets) para a formação técnica dos Aisans, agente indígena de saúde bucal, agente indígena de endemias, agente indígena

microscopista, agente indígena ambiental e agente indígena de saúde, com recursos pedagógicos adequados à realidade de cada etnia, provendo as articulações intersetoriais necessárias, para seu reconhecimento como categorias profissionais e como técnicos em saúde.

a.4 A **Funasa** incluirá seminários e oficinas nos módulos do programa de formação de AIS, com participação de pajés, abordando temas como plantas medicinais, remédios caseiros e medicina tradicional.

a.5 A **Funasa** proverá recursos financeiros e pedagógicos para formação, educação continuada e supervisão dos AIS, Aisan, AISB, AIE e AIM, em cada pólo-base, devendo ser encaminhadas as articulações intersetoriais necessárias para que sejam reconhecidos como categoria profissional.

a.6 A **Funasa** providenciará a participação dos conselhos local e distrital e da comunidade, em parceria com os distritos sanitários especiais indígenas, na seleção, avaliação e acompanhamento dos AIS, Aisan, AISB, AIE e dos demais componentes da equipe multidisciplinar de saúde indígena, para que cumpram seus deveres na comunidade.

a.7 A **Funasa** garantirá a participação dos usuários indígenas e componentes da equipe multidisciplinar de saúde indígena na elaboração dos módulos de capacitação para agente indígena de saúde, agente indígena de saneamento e auxiliar de consultório dentário (ACD), agente indígena de saúde bucal, agente indígena de endemias, agente indígena de microscopia com estratégias pedagógicas diferenciadas.

a.8 A **Funasa** assegurará a educação permanente dos Agentes Indígenas de Saúde e a contratação em número adequado

destes profissionais nas comunidades, fortalecendo a equipe, garantindo a assistência continuada e diminuindo a sobrecarga de atividades dos agentes já contratados.

a.9 A **Funasa** agilizará o incentivo financeiro dos agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento repassado pelos estados.

a.10 O Ministério da Saúde incentivará a criação de cursos de pós-graduação, na área de saúde indígena, em parceria com instituições de ensino superior, incentivando a pesquisa e a produção de conhecimento sobre este tema, considerando as características da assistência à saúde indígena. Criará grupo de trabalho com o Ministério da Educação e o de Telecomunicações para instituir um programa de residência em serviço e à distancia para, favorecer a fixação de trabalhadores nos territórios indígenas.

a.11 O Ministério da Saúde assegurará a avaliação do processo de formação de agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento realizada por instituições competentes de ensino e formação.

a.12 O Ministério da Saúde assegurará que a avaliação do processo de formação dos AIS, Aisan, AIM, AISB, AIE seja realizado por instituições competentes de ensino e formação e faça acompanhamentos destes, afim de avaliar e ajudar no desempenho dos referidos cursos.

a.13 O Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério do Trabalho, assegurará a criação de sindicato para os trabalhadores da área de saúde indígena.

## **b) Avaliação da atuação das equipes multidisciplinares de saúde indígena**

b.1 A **Funasa** garantirá recursos financeiros para a ampliação das Emsis com profissionais indígenas e não indígenas (nutricionista, odontólogo, auxiliar de consultório dentário, técnico em higiene dental, agente indígena de saúde, agente indígena de saneamento ampliação dos Dseis ou pólos-base incluindo profissionais como: psicólogo, agrônomo, antropólogo, farmacêutico, fisioterapeuta e demais profissionais necessários à realidade de cada aldeia.

b.2 **Funasa** contratará pessoal de apoio para serviços gerais, auxiliar de administração e outros servidores, conforme as necessidades e reintegrará ao seu quadro funcional os servidores descentralizados para os municípios, para suprir as necessidades dos Dseis, capacitando-os para as funções específicas dos distritos sanitários especiais indígenas.

b.3 A **Funasa** viabilizará o acompanhamento, a avaliação e o controle permanente das Emsis, de cada pólo-base, por técnicos da coordenação dos Dseis e membros do Condisi. Essa avaliação analisará dados epidemiológicos e a qualidade da assistência à saúde prestada à população.

b.4 A **Funasa** viabilizará a criação de uma comissão intersetorial, com a participação das comunidades indígenas, gestores e conselhos de saúde indígena, para admissão, avaliação do desempenho e demissão, quando necessário, de profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena, a partir de critérios preestabelecidos pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena.

b.5 A **Funasa** garantirá a criação e a implantação de programa de formação, capacitação e monitoramento do desempenho

das equipes multidisciplinares dos pólos-base, com a participação dos conselhos locais e distritais.

b.6 A **Funasa** providenciará a contratação temporária de especialistas (oftalmologista e outros), pelas organizações conveniadas, de acordo com as necessidades locais.

b.7 A **Funasa** estabelecerá, com o Condisi, parâmetros de avaliação da atuação da equipe multidisciplinar do distrito sanitário especial indígena, incluindo parâmetros éticos, de forma sistematizada e com periodicidade definida, devolvendo os resultados para os conselhos locais de saúde.

b.8 O Governo Federal efetivará todos os profissionais já capacitados e com experiência em saúde na área indígena, conforme determinação da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, parágrafo único. O Governo dará prioridade aos profissionais que atuam em área indígena.

b.9 A **Funasa** estimulará a participação das parteiras e dos pajés na Emsi, com acesso à remuneração e aos direitos trabalhistas.

b.10 A **Funasa** implantará Programa de Saúde Mental e Ginástica Laboral para todos os trabalhadores da saúde indígena.

### **c) Articulação da Funasa com outras instâncias da educação profissional para formação de trabalhadores em saúde indígena**

c.1 O Governo Federal criará, no âmbito do Ministério da Educação, a Secretaria de Educação Indígena, que deverá gerir a educação dos povos indígenas. Para tanto será criada, a partir da 4ª CNSI, uma comissão paritária, com a participação direta de usuários indígenas e dos conselhos locais e distritais de educação, para discutir, formular e organizar a Secretaria de Educação Indígena, no prazo de um ano.

c.2 O Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Justiça, o Ministério da Educação e secretarias estaduais e municipais de educação, estabelecerá política nacional de fortalecimento de ensino médio para os povos indígenas.

c.3 O Ministério da Educação deverá estimular a conclusão do ensino fundamental e médio pelos alunos indígenas, em cursos supletivos, administrados em módulos e na própria comunidade. Os índios que ainda não completaram os estudos terão garantia do ensino regular e profissionalizante em todas as áreas, priorizando áreas da saúde (enfermagem, medicina, odontologia, psicologia, farmácia, bioquímica, engenharia sanitária e outros).

c.4 A **Funasa**, em articulação com o Ministério da Educação e instituições de ensino, deverá ampliar o número de cotas do total de vagas oferecidas pelas instituições de ensino médio e superior para os indígenas, para o cumprimento do regime de cotas e garantir bolsas de estudo (para moradia, alimentação e outros) durante a sua formação, independente de reprovação do aluno.

c.5 A **Funasa** se articulará com a Funai e com órgãos do setor de Educação, para a criação de formas de permanência dos estudantes indígenas da área de saúde em universidades públicas, escolas técnicas federais e escolas técnicas do SUS. Serão incluídos bolsa de estudo, moradia e alimentação, livros e outros itens para o estudo, reforço para as aulas, acompanhamento e orientação.

c.6 O Ministério da Saúde/ **Funasa** deverá implantar, ampliar e fortalecer parcerias com universidades e órgãos formadores, para a criação de cursos de pós-graduação em saúde indígena para os trabalhadores da saúde indígena, com financiamento público, dando prioridade a membros das comunidades indígenas e das equipes multidisciplinares de saúde indígena.

c.7 A **Funasa** e os Dseis devem estabelecer parcerias com instituições educacionais, para formação e qualificação de trabalhadores indígenas, dando preferência às escolas técnicas, às instituições dos pólos de capacitação e outras que respeitem as necessidades, particularidades culturais e o contexto local. Haverá complementação do ensino regulamentar e profissionalização para os estudantes indígenas em áreas da saúde, com prioridade para os agentes indígenas de saúde, agentes indígenas de saneamento e demais categorias, garantindo a certificação de sua formação e o seu reconhecimento como categoria profissional.

c.8 A **Funasa** promoverá a integração nos Dseis, para incentivo da manutenção e criação de estruturas de educação nos territórios indígenas, potencializando sua utilização em atividades comunitárias e de socialização, discussão e avaliação das realidades locais, promovendo levantamento de necessidades de educação, na esfera local.

c.9 A **Funasa** e os Dseis devem incentivar e apoiar o trabalho integrado da equipe multidisciplinar de saúde indígena, com professores indígenas, pais e alunos, nas escolas. Serão valorizadas a saúde e as práticas tradicionais, procurando parcerias de órgãos locais, como pastorais de grupos religiosos, Embrapa e outras organizações.

c.10 A **Funasa** estabelecerá estratégias para ampliar o conhecimento e a reflexão sobre a legislação do SUS e sobre a comunidade indígena. A temática do controle social deve ser incluída na prática de ensino. Esses temas devem ser incorporados na formação de professores indígenas e em todos os processos de formação de trabalhadores da área de saúde.

c.11 O Ministério da Saúde pactuará com o Ministério da Educação, a criação de legislação que inclua a disciplina Saúde



Indígena, nas grades curriculares de formação técnica (auxiliar e técnico de enfermagem, técnico em higiene dental e técnico de prótese dentária) e superior (enfermagem, odontologia e medicina), proporcionando a formação de trabalhadores capacitados para atuar junto aos povos indígenas.

c.12 A **Funasa** garantirá recursos financeiros para a contratação e o aperfeiçoamento dos profissionais indígenas e não indígenas e pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado) na área da saúde. Serão buscadas parcerias com as secretarias municipais e estaduais de saúde e instituições de ensino para a formação técnica e superior indígena na área da saúde.

c.13 A **Funasa** e o Ministério da Educação investirão em programas de educação permanente para as áreas indígenas, tanto no ensino formal, como na qualificação dos profissionais de saúde indígena, inclusive com acompanhamento sobre os aspectos antropológicos, pedagógicos e lingüísticos da saúde.

c.14 O Ministério da Saúde formará comissão para discutir com conselhos profissionais a possibilidade de realização de alguns procedimentos pelos agentes indígenas de saúde, como, por exemplo, a aferição de pressão arterial.

#### **d) Estruturação da política de desenvolvimento do trabalho em saúde para os povos indígenas**

d.1 A **Funasa** efetivará uma política de gestão do trabalho, que garanta a todos os trabalhadores indígenas e não indígenas os seguintes direitos: vale-refeição, insalubridade, carteira de trabalho assinada, garantir aposentadoria e todas as gratificações e vantagens financeiras conquistadas no decorrer do exercício profissional – pagamento de plantões, gratificações específica, seguro de vida, plano de saúde, adicional noturno, adicional de periculosidade e jornada de trabalho adequada a cada realidade.

d.2 A **Funasa** garantirá aos trabalhadores de saúde indígena, índios e não índios, contratados por meio de convênios, o cumprimento de acordos coletivos em relação ao problema de atraso salarial e assumirá as reclamações trabalhistas, multas e outras despesas decorrentes.

d.3 O Ministério da Saúde articulará, junto ao Ministério do Trabalho, a criação de lei específica para os trabalhadores da saúde indígena, que assegure benefícios trabalhistas, após avaliação dos riscos de acidentes ocupacionais, realizada por representante do Ministério do Trabalho.

d.4 A **Funasa** definirá política de gestão do trabalho, que garanta aos trabalhadores de saúde indígena processo de seleção diferenciado; assegure os direitos trabalhistas e a inclusão dos trabalhadores, indígenas e não indígenas; respeite a especificidade de cada área; e estabeleça, previamente, o perfil dos profissionais (definido pelas comunidades indígenas). Será formada comissão responsável pela admissão, demissão e avaliação dos profissionais de saúde indígena, composta por representantes da **Funasa**, conselhos local e distrital de saúde indígena, prestadoras de serviços de saúde e representantes da comunidade.

d.5 A **Funasa** criará incentivo financeiro aos profissionais de saúde que morem nas aldeias, e que são solicitados fora de seu horário de trabalho, estimulando sua permanência na área, para execução de um serviço de saúde diferenciado, com condições adequadas de trabalho. Aumentará o número de profissionais e agentes indígenas de saúde para os plantões, sem sobrecarregar os profissionais já contratados.

d.6 A **Funasa** garantirá reajuste salarial para as equipes multidisciplinares de saúde indígena e isonomia salarial. Será estabelecido piso salarial de três salários mínimos para os trabalhadores indígenas (agentes indígenas de saúde, agentes

indígenas de saneamento, agentes indígenas de saúde bucal, agentes indígenas de endemias, agentes indígenas de microscopia e demais categorias de trabalhadores indígenas da saúde) e pagamento de gratificação adicional, paga pela **Funasa**, insalubridade e horas-extras. A **Funasa** fará articulações para garantir a regularização e o reconhecimento de todas as categorias de profissionais indígenas da saúde.

d.7 A **Funasa** proverá os serviços de saúde, no âmbito dos Dseis e na rede de referência do SUS, de profissionais qualificados, preferencialmente indígenas, para atuar na promoção, prevenção e recuperação da saúde nas comunidades indígenas, respeitando as diversidades etnoculturais.

d.8 O Ministério da Saúde criará grupo de trabalho para redefinir as bases políticas de regulamentação da política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas, baseando-se na Constituição Federal, na Lei Arouca (Lei nº 9.836/1999), na Convenção nº 169, da Organização Internacional do Trabalho.

d.9 A **Funasa** normatizará o sistema de trabalho para equipes e reformulará o manual de procedimentos, com informações referentes à política de assistência à saúde aos povos indígenas.

d.10 A **Funasa** criará política de saúde nacional indígena diferenciada, para a contratação e remuneração da equipe multidisciplinar de saúde indígena e para os servidores da **Funasa** que atuam em área indígena, criando um cadastro nacional de profissionais que atuam em área indígena. Criará um plano de cargos, carreiras e salários, discutido com todos os interessados.

d.11 A **Funasa** fará a contratação dos profissionais das Emsis, diretamente, de acordo com a Portaria nº 1.163/1999, art. 5 §4.



d.12 **Funasa** dará prioridade à contratação de profissionais indígenas qualificados para cargos públicos, como componentes de equipe de saúde, como intérpretes para acompanhar pacientes e para qualquer outra função necessária ao Dseis e à Casais, como trabalhador em serviços gerais, motorista, barqueiro, entre outros, de acordo com a legislação em vigor.

d.13 A **Funasa** deve rever o quantitativo de pessoal necessário para desenvolver ações de saúde (médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares e técnicos de enfermagem, agentes indígenas de saúde, agentes indígenas de saneamento, auxiliar de consultório dentário, agente indígena de saúde bucal, agente indígena de microscopia, engenheiros e outros profissionais), de acordo com a distribuição espacial das populações cadastradas, garantindo a cobertura das áreas e dando prioridade às áreas de difícil acesso.

d.14 **Funasa** elaborará proposta de política de pessoal, a ser discutida nos níveis nacional, regional e local, que defina perfil profissional, critérios para seleção, condições de ingresso, de contratação e pisos salariais, e para demissão, direitos e sanções às categorias profissionais componentes de equipes multidisciplinares de saúde indígena.

d.15 A **Funasa** contratará profissionais técnicos para os pólos-base, para compor a equipe multidisciplinar e coordenar, avaliar e regular as ações de saúde, melhorando a referência do sistema.

d.16 A **Funasa** fará gestão junto ao Ministério do Trabalho, para regulamentação das categorias de agente indígena de saúde, agente indígena de saneamento, agente indígena de microscopia, agente indígena de endemias, agente indígena de saúde bucal e técnico de higiene dental.

d.17 A **Funasa** realizará concurso público regionalizado, priorizando os indígenas que atuam na área, considerando os seguintes critérios: participação do controle social em todas as etapas; pontuação para os candidatos com experiência mínima comprovada de dois anos em saúde indígena; disponibilidade para permanência do profissional em área indígena; não existência de outro vínculo empregatício; disponibilidade para o trabalho em tempo integral e dedicação exclusiva; entre outros.

d.18 A **Funasa** realizará concurso público regionalizado dando prioridade aos indígenas e não indígenas que atuam na área.

d.19 A **Funasa** garantirá a não municipalização e a não estadualização da saúde indígena, assegurando a continuidade da contratação de servidores por meio dos convênios, até a realização de concurso público.

Reverá o formato dos convênios, que não atendem às leis trabalhistas, o que deixa as organizações conveniadas em situação de extrema vulnerabilidade.

d.20 A **Funasa** exigirá que o administrador das organizações conveniadas seja obrigatoriamente profissional de saúde, com especialização ou experiência comprovada em administração ou gestão em serviços.

d.21.A **Funasa** realizará monitoramento e avaliação dos profissionais integrantes das Emsis, com renovação de contratos ou demissão, conforme seu desempenho, com a participação do conselho local e distrital de saúde, lideranças indígenas e comunidade.

d.22 A **Funasa** garantirá a formação de uma comissão de avaliação e intervenção nas Cores e nos pólos-base, para qualificar a assistência à saúde.

d.23 A **Funasa** deve melhorar as condições de trabalho das equipes multidisciplinares de saúde indígena fornecendo instrumentos de trabalho, uniforme completo, filtro solar, equipamento de proteção individual e programas de estudo em antropologia e políticas públicas de saúde.

d.24 O Ministério Público e os conselhos distritais fiscalizarão o cumprimento da Lei nº 9.836/1999.

d.25 A **Funasa** regulamentará os requisitos para contratação do agente indígena de saúde, agente indígena de saneamento, agente indígena de saúde bucal, agente indígena de microscopia e agente indígena de endemias, com critérios adequados às realidades locais.

d.26 A **Funasa** cumprirá e fará cumprir a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, de acordo com

a Lei nº 9.836/1999, que garante: a) atenção humanizada e diferenciada, acolhendo de forma adequada os usuários indígenas dos serviços de saúde, respeitando seus costumes e tradições, no tocante à linguagem, alimentação, formas de viver e de curar; b) assistência integral em todos os níveis, desde a atenção básica, à média e alta complexidade, garantida pela definição do percurso do usuário na rede de serviços locais, regionais e nacional de saúde; c) pactuação sobre os resultados esperados dos serviços contratados e conveniados, para a prestação dos serviços de saúde à população indígena.

d.27 A **Funasa** garantirá pessoal e recursos financeiros, para a elaboração de programa de qualificação profissional em saúde indígena. Serão respeitadas as necessidades e realidades locais, com fortalecimento das funções técnicas e pedagógicas, necessárias ao provimento dos serviços de saúde à população indígena.

d.28 A **Funasa** proverá meios para que os trabalhadores de saúde indígena desenvolvam atividades integradas de educação em saúde e mobilização comunitária. Deverá haver envolvimento das instituições e dos profissionais que atuam nas aldeias, tais como professores, conselheiros, lideranças locais e outros, visando a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

d.29. A **Funasa** estipulará, em seu orçamento, recursos financeiros para encontros, eventos, fóruns e seminários entre os distritos sanitários especiais indígenas. Essas atividades terão representação de todos os profissionais atuantes na saúde indígena, lideranças, instituições, estados e municípios. Serão espaços para discussão, avaliação, troca de experiências e compartilhamento de práticas culturais, para proposição de estratégias e intervenções que qualifiquem a atenção à saúde dos povos indígenas.

d.30. O Ministério da Saúde garantirá aos Dseis, forma única e direta de repasse financeiro. Avaliará a execução dos planos distritais e de outros planos de intervenção, assegurando recursos para: a) estruturação física das unidades, para provimento de condições adequadas de trabalho das equipes e atendimento; b) contratação e capacitação de profissionais para atuar no subsistema de saúde indígena e a criação de protocolos de atendimento; c) aquisição de materiais permanentes e insumos (materiais, equipamentos, instrumentos, medicamentos, combustível, alimentação e outros), necessários ao desenvolvimento das ações de saúde; d) acompanhamento e fiscalização sistemática e contínua da aplicação dos recursos financeiros pelos conselhos distritais de saúde indígena e por outras instâncias de controle social.

d.31 A **Funasa** incluirá na Emsi dos Dseis, praticantes de cura tradicional indígena, parteira tradicional, nutricionista e antropólogo (com experiência comprovada na área da saúde), com acompanhamento dos conselheiros locais e distritais de saúde indígena.

d.32 A **Funasa** garantirá que o agente indígena de saúde fale a língua nativa, fluentemente, nas localidades onde for necessário.

d.33 A **Funasa** assegurará a contratação de indígena capacitado, por etnia, em cada coordenação regional estadual, para assessorar o planejamento das ações em saúde indígena.

d.34 **Funasa** garantirá que todos os indígenas contratados sejam trabalhadores em saúde, para atuar nas áreas de saneamento, vigilância e serviços gerais, dos postos de saúde, em todas as aldeias.



## **e) Formação de trabalhadores para atenção à saúde indígena**

e.1 A **Funasa** valorizará o trabalho das parteiras tradicionais, promovendo cursos de capacitação e atualização em assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério, conduzido pelas parteiras tradicionais e por não indígenas, quando por elas solicitado. E fornecerá material necessário para a execução do trabalho.

e.2 O Governo Federal reconhecerá a categoria profissional de parteira tradicional, garantindo a sua inclusão na Emsi no distrito sanitário especial indígena.

e.3 A **Funasa** garantirá recursos financeiros para promover programa de educação continuada para todos os profissionais, indígenas e não indígenas, da equipe multidisciplinar do Dsei e da Casai (médico, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, dentista, AIS, Aisan, AISB e outros) e que seja realizado em módulos adequados às especificidades de cada região. Este programa terá abordagem antropológica do processo saúde-doença de cada povo, e trabalhar com temas como: lingüística, epidemiologia, pedagogia, humanização, SUS/ Subsistema, controle social e programas e modelos de atenção básica à saúde. Contará com a participação dos sabedores de medicina tradicional (pajés, benzedores) e lideranças indígenas, como interlocutores e facilitadores deste processo.

e.4 O Governo Federal proverá recursos financeiros para encontros e oficinas de sensibilização para os profissionais de saúde que atuam nos hospitais de referência ao subsistema, sobre a cultura indígena e suas peculiaridades.



e.5 A **Funasa** garantirá recursos financeiros para a realização e conclusão de cursos de formação de AIS, Aisan, Aisb e AIM nas comunidades indígenas, na forma de módulos, com intervalos e duração compatíveis com a realidade, garantindo a inclusão de conteúdos propostos pelos AIS, como primeiros socorros, valorização e resgate dos sistemas tradicionais de cura, participação de lideranças indígenas, pajés e parteiras como facilitadores deste processo de formação.

e.6 A **Funasa** diminuirá a carga horária estabelecida pelo Desai para o programa de formação de AIS e reverá os instrumentos de avaliação.

e.7 A **Funasa** proverá recursos financeiros para a compra de meios de transportes, de acordo com a necessidade local de cada AIS tanto terrestres como fluviais (rabeta e canoa para cada AIS), com capacitação em manutenção e mecânica de motores de popa para os pilotos fluviais que atuam nos distritos sanitários especiais indígenas.

e.8 A **Funasa** fornecerá recursos financeiros para capacitação anual em gestão administrativa, atendendo lideranças indígenas tradicionais, professores indígenas, trabalhadores e gestores de saúde e entidades parceiras.

e.9 A **Funasa** propiciará recursos financeiros para a produção de material didático elaborado pelos indígenas em sua língua materna, para apoio das ações de educação em saúde e atividades como oficinas sobre uso de drogas, álcool e prostituição que serão realizadas pelo AIS e demais componentes da equipe multidisciplinar.

e.10 A **Funasa** ampliará a formação dos microscopistas indígenas, redefinindo sua função para a de técnicos de laboratório indígenas. Realizará curso de Formação em Técnicas de Enfermagem, para os Auxiliares de Enfermagem.

e.11 A **Funasa** contratará indígenas como intérpretes, para acompanhar pacientes nas unidades de referência, segundo as necessidades de cada unidade, diminuindo as barreiras lingüísticas entre pacientes indígenas e profissionais de saúde.

e.12 Será encaminhado projeto de lei, no prazo de seis meses, criando instrumentos para a efetiva gestão da saúde indígena, com o estabelecimento do organograma com cargos de gerência, plano de cargos e salários, com equiparação salarial em regime da Consolidação das Leis

do Trabalho. A Emsi deve ser contratada pela **Funasa** que incluirá as categorias necessárias, respeitando as peculiaridades dos distritos sanitários especiais indígenas.

e.13 A **Funasa** providenciará os recursos financeiros necessários à contratação de especialistas, como assessores nos eventos de educação em saúde.

e.14 A **Funasa** elaborará modelo de capacitação em gestão do trabalho, para as equipes dos distritos, fornecendo subsídios para adequação de suas práticas aos conhecimentos tradicionais das populações atendidas.

e.15 O Ministério da Saúde formulará política nacional para formação profissional indígena em saúde. A **Funasa** assegurará que os gestores da Saúde indígena sejam profissionais com experiência comprovada, seguindo as diretrizes estabelecidas nessa Política Nacional.

e.16 A **Funasa** dará continuidade aos estágios e aumentará sua carga horária para agentes indígenas de saúde na Casa de Saúde do Índio. A **Funasa** disporá de ajuda de custo e de meios de deslocamento dos estagiários de suas comunidades ao local de estágio.

e.17 O Ministério da Saúde estabelecerá programa de saúde indígena para cada povo, de acordo com sua cultura.

e.18 A **Funasa** contratará, de preferência, médicos brasileiros para a Casa de Saúde do Índio.

e.19 Serão capacitados os agentes indígenas de saúde para atuar na vigilância nutricional pesando e medindo crianças, idosos e gestantes indígenas, principalmente os que aparentam sofrer processo de desnutrição.

## **4.5 Eixo temático 5 – Segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável**

### **a) Avaliação da demarcação. Homologação, desintrusão e proteção dos territórios indígenas – condição indispensável à melhoria da saúde e da vida dos povos indígenas**

a.1 O Governo Federal deverá anular o Decreto nº 1.775/1996, por ser prejudicial aos povos indígenas.

a.2 O Governo Federal deverá criar uma Secretaria Nacional de Assuntos Indígenas com atribuições para: a) realizar atendimento sistemático às populações indígenas, para identificação, delimitação, demarcação, homologação, revisão de limites e desintrusão dos territórios indígenas, com projetos de auto-sustentabilidade; b) destinar recursos para as associações indígenas e outras entidades interessadas em reabrir picadas e colocarem marcos, cercas, placas de identificação e advertência nos limites das reservas, reforçando os projetos de reavivamento e ampliação dos limites de todas as terras indígenas demarcadas, especialmente as de áreas contínuas. Serão consideradas as condições de cada área, com o acompanhamento das lideranças indígenas; c) apresentar, periodicamente, às lideranças e associações indígenas e outros órgãos interessados, relatório da situação de demarcação, homologação, registro e proteção dos territórios indígenas; d) consultar as comunidades indígenas, quando da escolha de áreas a serem desapropriadas e, e) destinar recursos, em parceria com o Ministério da Agricultura, para o desenvolvimento de programas e projetos auto-sustentáveis, em áreas indígenas ainda não homologadas.

a.3 A Funai aplicará recursos para que as associações indígenas e outras entidades interessadas reabram picadas e coloquem marcos, cercas, placas de identificação e

advertência nos limites das reservas, reforçando os projetos de reavivamento e ampliação dos limites de todas as terras indígenas demarcadas, especialmente as de áreas contínuas. Devem ser levadas em consideração as particularidades de cada área, com o acompanhamento das lideranças indígenas.

a.4 A Funai apresentará, periodicamente, às lideranças e associações indígenas e outros órgãos interessados, relatório da situação de demarcação, homologação, registro e proteção dos territórios indígenas.

a.5 A Funai deverá consultar as comunidades indígenas, quando da escolha de áreas a serem desapropriadas; e destinar recursos, em parceria com o Ministério da Agricultura, para o desenvolvimento de programas e projetos auto-sustentáveis, em áreas indígenas ainda não homologadas.

a.6 O Governo Federal cumprirá a Constituição Federal, em seus artigos 231 (que garante aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam) e o artigo 232 (que assegura serem os indígenas partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses) e o artigo 67 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (que determina à União concluir a demarcação das terras indígenas no prazo de cinco anos, a partir da promulgação da Constituição). Estes dispositivos legais garantem a demarcação, homologação, desintrusão e proteção das terras indígenas, condições básicas e necessárias para a sobrevivência e desenvolvimento dos povos indígenas. Seu cumprimento deve ser agilizado com recursos do PPA, Plano de Pronta Ação.

a.7 O Governo Federal deverá reestruturar a política fundiária brasileira, com recursos orçamentários para responder, com maior agilidade, às demandas já existentes e para aquelas que

venham a surgir, assegurando a preservação das condições etnoculturais e a sustentabilidade das iniciativas indígenas.

a.8 O Governo Federal suprirá de meios legais e recursos financeiros para a retirada imediata de posseiros, garimpeiros e demais invasores que insistem em permanecer nas áreas indígenas já demarcadas e homologadas. Esses recursos devem incluir a indenização dos posseiros considerados de boa fé. Devem ser recuperados os danos por eles causados ao meio ambiente, evitando a degradação total dos bens naturais que ainda restam, e promovendo a convivência, o trabalho e projetos ambientais e sociais sustentáveis nas comunidades.

a.9 O Governo Federal garantirá aos índios, em demanda de reconhecimento, a posse das terras que ocupam; afastando a interferência de organizações governamentais e não-governamentais, posseiros, latifundiários, empreendedores e outros, no uso dessas terras.

a.10 O Governo Federal exercerá a vigilância e a fiscalização das áreas indígenas, demarcadas pelos órgãos competentes (Ibama, Funai, Polícia Federal, Forças Armadas, Ministério Público, secretarias de meio ambiente), com a participação e supervisão das comunidades, para impedir a intrusão, a extração de madeira, carvão e seixo, a pesca predatória, a matança de animais, os garimpos ilegais e a contaminação dos rios, igarapés e lagos por agrotóxicos, entre outras irregularidades.

a.11 O Ministério da Saúde, em parceria com as organizações indígenas, solicitará à Funai esclarecimento sobre os órgãos responsáveis pela fiscalização das terras indígenas. Solicitará a qualificação de indígenas para a fiscalização de suas terras, incluindo-os em equipes de fiscalização, compostas por indígenas e não indígenas (Funai, Polícia Federal, Ibama e secretarias estaduais de desenvolvimento ambiental), e que eles sejam remunerados pelo órgão federal responsável pela fiscalização das terras indígenas.

a.12 O Governo Federal, por meio da Funai, do Ibama, e dos governos estaduais e municipais, por meio das secretarias do meio ambiente, com o controle das comunidades, cumprirão as leis de proteção e preservação da natureza e suas florestas, rios, nascentes, matas ciliares, campos, fauna, flora, buritizais, pantanal, etc, contribuindo para a segurança alimentar dos povos indígenas e a preservação das reservas naturais, com rigor na punição aos infratores.

a.13 Os conselhos locais e distritais de saúde indígena e o Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis deverão encaminhar solicitação ao Presidente da República, para que seja decretada a paralisação dos documentos de posse, hoje tramitando nos cartórios, visando anular as resistências quanto às terras indígenas em processo de demarcação.

a.14 O Governo Federal garantirá a continuidade do PPTAL, Projeto Integrado de Proteção das Populações e Terras Indígenas da Amazônia Legal.

a.15 O Governo Federal assegurará a aplicação do ICMS Ecológico (Imposto Ecológico sobre Circulação de Mercadorias e Serviços), em terras indígenas.

### **b) estruturação da política e ações estruturantes para a produção de alimentos e respeito à diversidade cultural dos povos indígenas**

b.1 O Governo Federal, com seus órgãos competentes como Ministério do Desenvolvimento Agrário e Ministério do Meio Ambiente, criará comissões permanentes e intersetoriais, com a participação da Funai, da **Funasa** e de outros parceiros governamentais e não-governamentais, para elaborar e executar política de desenvolvimento sustentável. Devem ser previstos recursos financeiros e assessoria técnica para a implantação de programas de



desenvolvimento regional indígena sustentáveis, incluindo novas técnicas agrícolas e investimentos em pesquisa para a criação de animais, tecnologias de insumos e outros métodos sustentáveis, respeitando a diversidade cultural dos povos indígenas. O monitoramento dos projetos e ações deve ficar a cargo de instituições como Embrapa, Emater, secretarias de agricultura e Funai.

b.2 Funai, Ministério do Desenvolvimento Agrário, Ministério do Meio Ambiente, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome deverão constituir parceria com outros órgãos competentes para, com os indígenas, promover a implantação de políticas públicas de crédito, para fomento de pesquisas que incentivem a produção agroecológica, a fruticultura, o reflorestamento, e o manejo da fauna e da flora.



Foto: Edimar Chapermam

b.3 A Funai deverá assumir papel mais ativo na implantação de projetos de desenvolvimento auto-sustentável. Esses projetos deverão incluir a criação de bancos de sementes naturais para distribuição às comunidades, com aquisição, armazenamento e distribuição de insumos, sementes e mudas, em tempo hábil e em quantidade suficiente, para atender adequadamente à demanda dos povos indígenas.

b.4 O Ministério do Desenvolvimento Agrário garantirá às comunidades indígenas, efetiva política agrícola, com acesso a práticas agroecológicas, de cultivo orgânico e manejo agroflorestal, conforme a realidade de cada região, baseando-se na experiência e no conhecimento tradicionais. Deve haver incentivo à manutenção das tradições pelas novas gerações, para o cultivo e valorização das tradições culturais e alimentares. A produção e consumo de alimentos tradicionais da cultura indígena devem ser estimulados, com inclusão de novas técnicas agrícolas que possam garantir melhor produção. Deve ser incentivado o cultivo de plantas que forneçam alimentos de alto valor nutricional, com diversificação da plantação e desestímulo à monocultura.

b.5 Os governos federal, estaduais e municipais garantirão melhores condições de acesso às terras indígenas, para o escoamento de sua produção.

b.6 Os governos federal, estaduais e municipais formularão e executarão política agrícola específica para as áreas indígenas. Haverá, para o enfrentamento dos períodos de longa estiagem e de enchentes recuperação das terras degradadas e ações como análise de solos, escavação de poços profundos e agricultura irrigada. Deverá ser garantida a sustentabilidade da agricultura e o respeito à realidade cultural dos povos indígenas e das características de cada região.

b.7 O Governo Federal deverá articular os Ministérios do Meio Ambiente, Ministério da Justiça e da Agricultura, a Funai, o Banco do Brasil, as associações indígenas e outros interessados, para criar um Fundo de Financiamento, gerenciado por um conselho intersetorial paritário, com representação das comunidades indígenas. Deverão ser captados recursos a fundo perdido, junto ao Banco Mundial (BIRD), Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e Estados, para financiar projetos de desenvolvimento indígena sustentáveis, tornando as terras indígenas mais produtivas, com preservação ambiental.

b.8 O Governo Federal destinará recursos financeiros para a implantação e acompanhamento de projetos produtivos desenvolvidos pelas comunidades indígenas (horticultura, apicultura, suinocultura, piscicultura, agricultura, ovinocultura, meliponicultura, caprinocultura, bovinocultura, beneficiamento do leite, criação de animais silvestres, plantação de hortaliças e pomares, extrativismo e artesanato). Deverá ser garantida a auto-sustentabilidade, o aproveitamento racional e a segurança alimentar dessas comunidades.

b.9 O Governo Federal reduzirá a burocracia, na aprovação dos projetos de auto-sustentação para as áreas indígenas agrícolas, sendo garantidos recursos financeiros para infraestrutura, moradia e saneamento. Os projetos aprovados contarão com acompanhamento técnico. Serão criados novos projetos, conforme as necessidades e hábitos de cada área.

b.10 O Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome e o Conselho Nacional de Segurança Alimentar, deverão elaborar política de suporte com ações estruturantes do desenvolvimento indígena sustentável, com geração de renda, privilegiando-se a produção de alimentos, com segurança alimentar. Deve haver financiamento para a capacitação profissional, a comercialização dos produtos

especificamente para as populações indígenas, respeitando-se a diversidade cultural de cada povo.

b.11 A Comissão Intersetorial, criada pelo Decreto nº 3.799, de 19/4/2001, com a Funai, a Fundação de Política Indigenista do Amazonas e outras entidades, devem encaminhar ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e ao Ministério da Justiça, o pleito de aumento dos recursos destinados ao desenvolvimento de programas de segurança alimentar e de projetos sustentáveis das comunidades indígenas.

b.12 A Funai fará parcerias com órgãos ligados ao meio ambiente e com instituições governamentais e não governamentais, para formação profissional e cursos de capacitação de indígenas em agronomia, informática, veterinária, elaboração de projetos, manejo de recursos naturais, técnicas de extração de óleos vegetais, partindo do conhecimento indígena, possibilitando sua contratação para o trabalho de agricultura familiar e de preservação do meio ambiente.

b.13 O Governo Federal criará escolas técnicas agrícolas de referência em aldeias/pólo, como estratégia para consolidar política de preservação e uso sustentável das áreas indígenas, com benefícios para os índios que as habitam.

b.14 O Governo Federal criará a categoria de agente ambiental indígena.

b.15 A Funai, por meio do Programa Demonstrativo dos Povos Indígenas, e o Ministério do Desenvolvimento Agrário por meio da extensão do Programa Nacional de Agricultura Familiar, com o auxílio de linhas de financiamento adequadas às peculiaridades da população indígena, incentivarão a agricultura familiar indígena e a produção de alimentos para o consumo direto dessas populações. Esse incentivo deve incluir adequada capacitação dos indígenas interessados.

b.16 O Governo Federal, por meio dos órgãos competentes como Ministério do Desenvolvimento Agrário, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome, Funai, entre outros, deve financiar projetos nas áreas indígenas, junto às unidades de saúde da **Funasa**, a exemplo dos projetos “Iniciativas Comunitárias” e Carteira Indígena entre outros, visando à produção de alimentos e a sustentabilidade dos povos indígenas, com ações articuladas, garantindo a participação indígena na definição das propostas institucionais.

b.17 Os governos federal, estaduais e municipais deverão assegurar política diferenciada de comercialização dos produtos das áreas indígenas. Deve ser assegurado todo o processo, desde a aquisição de insumos até o financiamento da produção, passando pela coordenação de estudos de mercado e a certificação dos produtos produzidos nas terras indígenas, criando selo étnico de identificação e outras estratégias de qualificação da origem desses produtos.

b.18 O Ministério do Meio Ambiente deverá expandir os Sistemas Agroflorestais para as terras indígenas, firmando parcerias para a formação de agentes agroflorestais indígenas e assegurando a assistência técnica para a produção de alimentos.

b.19 O Governo Federal estimulará o associativismo das famílias indígenas, segundo suas peculiaridades e tradições, para que se habilitem a fornecer os alimentos à merenda nas escolas e unidades de saúde indígenas, respeitando hábitos alimentares e promovendo a geração de renda para as comunidades, de forma sustentável.

b.20 A **Funasa** e a Funai estimularão as comunidades indígenas a controlar o uso de timbó nas áreas em que elas existem.

b.21 O Governo Federal, por meio do Ministério do Meio Ambiente, estabelecerá critérios de liberação e aproveitamento

das madeiras e cargas apreendidas por irregularidades, para projetos de moradia e outros equipamentos que beneficiem as populações indígenas.

### **c) Valorização da biodiversidade e dos conhecimentos tradicionais dos povos indígenas**

c.1 O Governo Federal estabelecerá, como critério primordial para a inclusão de indígenas nos programas e projetos voltados às áreas indígenas, o auto-reconhecimento dos parentes, pelos respectivos povos, a ser feito com o aval das suas lideranças tradicionais, pajés, caciques e organizações indígenas.

c.2 A Funai, em parceria com o Ibama, deverá implementar programas de vigilância e preservação ambiental nas terras indígenas, com apoio e articulação de órgãos governamentais e não-governamentais, com recursos para a formação técnica em cultivo, produção, conservação e manutenção das plantas nativas, agricultura familiar, alimentos e produtos medicinais. Serão contratados agentes ambientais indígenas, e fortalecer as práticas e costumes locais.

c.3 O Governo Federal cuidará da valorização das culturas, tradições, crenças e costumes dos povos indígenas, pela inclusão do tema das práticas de cura tradicionais, na grade curricular das escolas indígenas, a ser ministrado pelo pajé ou por líder tradicional.

c.4 O Governo Federal promoverá articulação entre Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Ministério Público, Ibama, universidades e órgãos estaduais e municipais, para fiscalização e proteção das reservas indígenas e educação ambiental para as populações indígenas e as dos entornos. Serão efetivados a

despoluição dos mananciais hídricos, o reflorestamento e a recuperação de áreas degradadas, proibindo-se a utilização de agrotóxicos, para a proteção dos ecossistemas em que se encontram as terras indígenas.

c.5 A **Funasa** promoverá, em articulação com a Funai, com instituições não-governamentais e instituições de proteção ambiental, nos três níveis de governo, projetos para diagnóstico, proteção, preservação e valorização da biodiversidade e da ecologia das terras indígenas e dos conhecimentos tradicionais de seus habitantes.

c.6 O Governo Federal criará, por meio da articulação de órgãos como o Ministério do Meio Ambiente, Ibama, Polícia Federal, Forças Armadas e outros, um programa com fundo de apoio financeiro para garantir a segurança e o fortalecimento da autonomia dos povos indígenas em suas terras.

c.7 A **Funasa** deve propor à Funai e ao Ibama, em conjunto com as comunidades indígenas, completar.

c.8 O Governo Federal disporá de recurso financeiro para os povos indígenas e organizações para manutenção das tradições e modos de vida indígenas, tais como a forma de ocupação territorial, o modo de fazer roça, casa, canoa e remo, evitando qualquer interferência de instituições de proteção do meio ambiente nesses modos de vida, preservando a autonomia indígena no manejo de seus territórios tradicionais.

c.9 O Governo Federal exigirá total respeito e articulação harmoniosa entre os planos, projetos e ações para a sustentabilidade da cultura de cada povo indígena, inclusive de seus hábitos alimentares, ressaltando o tratamento diferenciado que as situações requerem.

c.10 O Governo Federal desenvolverá projetos e promoverá encontros que incentivem e promovam a valorização e





Foto: Edmar Chapermam

o respeito às tradições, costumes e desenvolvimento da cultura dos povos indígenas. Serão incentivadas práticas de alimentação tradicional, de trabalho artesanal, de produção alimentar e de recuperação de áreas degradadas.

c.11 O Governo Federal prestará apoio técnico e financeiro aos povos indígenas, para desenvolver os saberes acumulados pelos índios mais idosos das aldeias, sobre técnicas tradicionais de caça, pesca, sementes, fibras e cultivo de hortas, de plantas de uso medicinal, preservando a biodiversidade nas aldeias.

c.12 A **Funasa** incluirá, no processo de formação dos agentes indígenas de saúde, a participação dos conhecedores de plantas medicinais, e incentivará o resgate junto aos mais velhos, aos pajés e parteiras, dos conhecimentos sobre o cultivo e o uso de ervas medicinais.

c.13 As comunidades indígenas, com o apoio da Funai, encaminharão pedidos de proteção do patrimônio material, intelectual e cultural aos órgãos competentes. A Funai fomentará ampla discussão, em âmbito nacional, sobre proteção e patentes dos patrimônios dos povos indígenas, com a participação desses povos.

c.14 A Funai, o Ministério da Cultura e outros parceiros se articularão para incentivar e consolidar o valor da arte indígena, por meio da implementação



do Projeto Agente Indígena de História e Cultura Indígena. Serão garantidos incentivos financeiros para a construção de centros culturais nas aldeias, valorizando as práticas tradicionais e objetivando a eliminação de atravessadores, na venda do artesanato e de outros objetos da cultura indígena.

c.15 A **Funasa** prestará apoio financeiro e técnico para que parteiras, pajés e raizeiros realizem seus trabalhos nas áreas indígenas, incluindo infra-estrutura, deslocamentos e suporte para o exercício de suas atividades em Casais e em outros serviços de saúde.

c.16 A Funai debaterá, com a participação das populações e organizações indígenas, a possibilidade de desenvolvimento de projetos de ecoturismo em terras indígenas, visando a auto-sustentabilidade econômica.

c.17 O Governo Federal, antes de qualquer aprovação de projetos de expansão (Pequena Central Hidroelétrica estradas, hidrovias e hidroelétricas), divulgará os Estudos de Impacto Ambiental e os Relatórios de Impacto ao Meio Ambiente, promovendo amplo debate com as comunidades indígenas e demais interessados, sobre possíveis impactos dos projetos de expansão sobre as comunidades.

c.18 A Funai e a **Funasa** reconhecerão, apoiarão e fortalecerão o trabalho dos agentes de manejo.

c.19 O Ministério da Saúde proverá recursos financeiros para utilização de suplementos nutricionais, com incentivo ao aproveitamento integral dos alimentos, com critérios preestabelecidos pela Anvisa, bem como medicamentos tradicionais e inserção do trabalho das parteiras tradicionais nas atividades das Emsis. Poderão estabelecer parcerias com entidades governamentais e não-governamentais.

c.20 O Governo Federal reparará e indenizará as comunidades indígenas lesadas por danos morais, culturais e ambientais, causados pelo próprio Estado Brasileiro.

c.21 O Governo Federal impedirá a construção de usinas hidroelétricas nas cabeceiras dos rios que correm nas terras indígenas.

c.22 O Governo Federal disponibilizará recursos financeiros para projetos auto-sustentáveis nas aldeias, para que os índios não precisem sair de suas terras.

**d) Formulação e implantação da política de vigilância nutricional para os povos indígenas – pesquisas e diagnósticos para os povos indígenas**

d.1 O Governo Federal garantirá o cumprimento da lei que exige do município a oferta de merenda diferenciada nas escolas indígenas. Serão observados critérios nutricionais adequados e criados incentivos para que o agricultor indígena produza alimentos regionais

d.2 O Ministério da Saúde implementará Programa de Combate à Desnutrição, para a população indígena, por meio do incentivo ao aleitamento materno; reforço à alimentação tradicional; alimentação balanceada na educação infantil indígena adequada a cada faixa etária; apoio a projetos de produção de alimentos e ações de segurança alimentar já existentes, sob gestão comunitária e o acompanhamento do desenvolvimento das crianças e adolescentes e do estado nutricional dos índios em geral, realizado pela equipe de saúde indígena que da comunidade. Este programa será acompanhado pelo sistema de vigilância nutricional, podendo ser desenvolvido em parceria com órgãos e entidades governamentais e não-governamentais.

d.3 A **Funasa** estabelecerá parcerias com instituições de pesquisa, para realização de diagnóstico da situação nutricional e dos hábitos alimentares indígenas, com o objetivo de definir padrões e recomendações nutricionais mais adequados às tradições e culturas alimentares dos povos indígenas.

d.4 A **Funasa** criará, em cada Dseis e na esfera central, coordenação de alimentação e nutrição, constituída, de preferência, por nutricionistas, para acompanhamento do estado nutricional das comunidades, e formulação de estratégias de intervenção nutricional, contando com a participação das comunidades indígenas, respeitando-se a diversidade cultural.

d.5 O Governo Federal, pelos órgãos competentes formulará e implantará, com a participação da população indígena, política nacional de segurança alimentar e nutricional para povos indígenas, considerando as características étnicas. Executará ações estruturantes de combate à desnutrição e incentivará o desenvolvimento de projetos na área de produção de alimentos.

d.6 O Governo Federal, por meio dos órgãos competentes capacitará agentes multiplicadores (lideranças indígenas – homens e mulheres – professores, merendeiras, agentes agroflorestais, AIS, parteiras e pajés), para que orientem as comunidades indígenas nas práticas alimentares saudáveis. Essa orientação apresentará os alimentos a serem consumidos na gravidez e na amamentação e ressaltará a importância e o valor nutritivo dos alimentos naturais, para desestimular o consumo de alimentos industrializados e com baixo valor nutricional. Serão abordados o controle de qualidade, o armazenamento e a preparação dos alimentos, respeitando a cultura alimentar indígena.

**e) Adequação de programas governamentais, incluindo programas de transferência de renda como bolsa família e outros**

e.1 O Governo Federal, por meio dos órgãos competentes, viabilizará o cadastramento das famílias indígenas, para garantir o recebimento da bolsa família e demais programas sociais do governo, nas aldeias.

2 O Governo Federal adequará os formulários dos programas sociais, para que sejam consideradas as especificidades da

população indígena, conforme o Registro Administrativo de Nascimento do Índio, expedido pela Funai.

3 O Governo Federal, com a participação dos índios, em consonância com a Funai, **Funasa** e as ONGs, estudará a melhor forma de os indígenas aldeados e os que moram fora das áreas indígenas, serem atendidos pelo Programa Fome Zero e demais programas de assistência que contemplem suas peculiaridades sociais .



Foto: Adriano Machado





Foto: Adriano Machado



# 5 MOÇÕES APROVADAS



## **5.1 Moção nº 1 – Apoio à Revisão imediata da configuração dos distritos sanitários especiais indígenas**

### **a) Eixo: Direito à Saúde**

As dificuldades de transporte, comunicação e abastecimento e a existência de povos de níveis extremos de contato num mesmo distrito, tem levado à descontinuidade e a inadequação da atenção à saúde de diversos povos indígenas. Disto tem decorrido a perda de vidas, principalmente crianças, dos povos Deni, Kanamari e Kulina no médio Juruá, Amazonas. Assim, os delegados presentes na 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em Rio Quente/GO, no período de 27 a 31 de março de 2006, vem por meio desta aprovar e apoiar a proposição da delegação do Dsei Médio Solimões e afluentes de revisão imediata da configuração dos Dseis, no prazo de 180 dias.

## **5.2 Moção nº 2 – Repúdio ao descaso e abandono por parte da Funasa com as delegações**

### **a) Eixo: Controle Social e gestão participativa**

Nós, delegados e delegadas da 4ª CNSI, repudiamos a atitude da **Funasa** quanto à forma de tratamento à Delegação do Estado de Roraima, desde a saída de Boa Vista até o local da Conferência, onde parte do grupo não teve sua passagem disponível, como o previsto e esse mesmo grupo foi exposto a uma situação constrangedora, chegando às 7 horas do dia 27, sendo levado à sede do Desai, onde ficou no corredor até às 16 horas do mesmo dia, quando disponibilizaram um ônibus para o deslocamento até o local do evento. Para tanto, pedimos o apoio dos conferencistas a fim de que este descaso não venha a ocorrer com as demais delegações.



### **5.3 Moção nº 3 – Apoio às ações de ampliação do foco de estudos e pesquisas sobre a saúde Indígena**

#### **a) Eixo: Desafios indígenas atuais**

Os delegados e delegadas presentes na 4ª CNSI apóiam a proposta de ampliação do foco dos estudos e pesquisas sobre o bem-estar e doenças da população Indígena, direcionados à prevenção e qualidade de vida dessa população.

### **5.4 Moção nº 4 – Reivindicações dos trabalhadores da área de saúde indígena**

#### **a) Eixo: Trabalhadores indígenas e não indígenas em Saúde**

Em conformidade com o Decreto nº 9.836/1999 e a Lei nº 3.156/1999 nós, trabalhadores indígenas e não indígenas, reivindicamos nesta moção:

- valorização do quadro atual de trabalhadores atuantes na saúde indígena, para manter a qualidade das ações de saúde aos povos indígenas;
- atenção para o quadro de servidores da **Funasa**, na manutenção dos servidores que estão na área e querem permanecer na saúde indígena;
- garantia ao incentivo financeiro para os servidores integrantes dos Dseis;
- efetivação de uma política de gestão do trabalho que garanta a todos os trabalhadores indígenas e não indígenas os seguintes direitos: vale refeição; insalubridade; carteira de trabalho assinada; aposentadoria; férias; seguro de vida; plano de saúde; adicional noturno; periculosidade; e jornada de trabalho adequada a cada

realidade e todos os direitos garantidos por lei, junto com o plano de cargos, carreiras e salários dos trabalhadores.

### **5.5 Moção nº 5 – Apoio à participação de outros ministérios na responsabilidade da saúde indígena**

#### **a) Eixo: Outros ministérios**

Nós, delegados da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em Rio Quente/GO, apoiamos o Conselho Nacional de Saúde e o Fórum Nacional de Presidentes dos conselhos distritais de saúde indígena, para que a 5ª CNSI seja composta e responsabilizada, além do Ministério da Saúde/**Funasa**, os seguintes ministérios: Ministério da Integração Nacional, Ministério de Orçamento e Gestão, Ministério de Desenvolvimento Agrário, Ministério da Cultura, Ministério da Educação, Ministério do Meio Ambiente e Ministério do Desenvolvimento.

Nosso pleito prende-se ao fato de entendermos SAÚDE como um conjunto de elementos necessários à promoção e proteção à saúde, tendo em vista que a responsabilização dos referidos ministérios é essencial a consolidação da política de saúde indígena no Brasil.

### **5.6 Moção nº 6 – Repúdio à estrutura da Divisão de Saneamento Ambiental nas coordenações regionais da Funasa**

#### **a) Eixo: Segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável**

Nós, os delegados indígenas e não indígenas, participantes da 4ª CNSI, repudiamos a forma como está estruturada atualmente a Divisão de Saneamento Ambiental nas coordenações da **Funasa**, a exemplo do Amazonas, onde há menos de 10% de cobertura

do sistema de abastecimento de água, afetando diretamente a saúde da população. A compra dos *Kits* para a melhoria na realização dos trabalhos dos Aisans torna-se uma recomendação diante dessa realidade, visto que também reflete diretamente na melhoria de qualidade de vida daquela população.

## **5.7 Moção nº 7 – Moção de repúdio à Editora Abril**

### **a) Eixo: Outros**

Os participantes da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena vêm por meio desta moção repudiar a reportagem da *Revista Veja*, da Editora Abril, publicada às páginas 84 a 87, da edição de número 1.949, de 29 de março de 2006.

Nesta reportagem, a *Revista Veja* denigre as comunidades indígenas de várias partes do Brasil, usando termos “chulos” como: “tribos baderneiras” e “negociadores com madeireiros, traficantes, garimpeiros e contrabandistas”.

Isto acontece quando parte da sociedade brasileira toma consciência dos seus deveres de tentar restituir aos primeiros moradores destas terras o direito à dignidade. Políticas de inclusão social são propostas, mas sofrem restrições por parte da imprensa comprometida com as grandes empresas desse país.

Durante 500 anos as populações indígenas foram submetidas às mais severas restrições, havendo uma redução por volta de 10 milhões de indivíduos, quando essas terras foram invadidas pelos europeus, para, hoje, cerca de 450 mil. A liberdade foi restrita, pois foram obrigados a viver em pequenos territórios que não lhes dão condições de sobrevivência.

Hoje, estamos nos organizando e buscando nossos direitos, lutamos para manter nossa cultura, a nossa dignidade

e a sobrevivência de sociedades que são anteriores ao surgimento do Brasil.

Não será a *Editora Abril* que irá nos calar. Nossa voz é mais forte, e mais forte ainda é a nossa vontade de vencer e viver.

## **5.8 Moção nº 8 - Inclusão dos trabalhadores de saúde indígena na PEC-51/2006**

### **a) Eixo: Trabalhadores indígenas e não indígenas em Saúde**

Nós, delegados da 4ª CNSI, realizada na cidade de Rio Quente/GO no período de 27 a 31 de março de 2006, vimos por meio desta apoiar a inclusão dos trabalhadores de saúde indígena na Emenda Constitucional Nº 51, de 14 de fevereiro de 2006 (PEC 51/06); para que os mesmos sejam contemplados nos mesmos termos que os agentes comunitários de saúde e de agentes de combate às endemias, no sentido de incluir também neste mesmo critério os trabalhadores em saúde indígena.

## **5.9 Moção nº 9 – Indicação político-partidária dos chefes dos Dseis e coordenadores regionais da Funasa**

### **a) Eixo: Controle social e gestão participativa**

Nós, delegados da 4ª CNSI, realizada na cidade de Rio Quente/GO, no período de 27 a 31 de março de 2006, vimos por meio deste abaixo assinado, formalizar nossa MOÇÃO DE REPÚDIO quanto à indicação para chefias dos Dseis e coordenadores regionais da **Funasa** vinculada aos interesses político-partidários para o exercício desses cargos. Esclarecemos que esta situação tem dificultado em muito a continuidade da gestão e da gerência das ações de saúde para as populações indígenas, a exemplo do Distrito Sanitário Interior Sul.

## **5.10 Moção nº 10 - Moção de repúdio ao atraso para as equipes multidisciplinares de saúde indígena**

### **a) Eixo: Trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde**

Nós delegados e delegadas da 4ª CNSI, realizada em Rio Quente/Goiás repudiamos a presidência da **Funasa** pelo descaso de não assinatura do repasse de verba para o pagamento das equipes multidisciplinares, que estão na área desde 1999. Como a presidência da **Funasa** não reconhece a categoria de profissionais da equipe, sendo que na abertura da 4ª Conferencia, o Presidente da **Funasa** elogiou as Emsis. Ressaltamos que a não assinatura não foi por falta de prestação de contas pelas ONGs, por desorganização de contas e nem por falta de organização dos Dseis.

## **5.11 Moção nº 11 – Regulamentação do trabalho dos agentes indígenas de saúde**

### **a) Eixo: Trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde**

Nós, delegados da 4ª CNSI, realizada na cidade de Rio Quente/GO no período de 27 a 31 de março de 2006, vimos por meio deste abaixo assinado, formalizar nossa MOÇÃO DE APOIO à luta dos agentes de saúde indígena e dos agentes de saneamento indígena, quanto ao reconhecimento de suas atividades como categoria profissional, de acordo com os termos da Lei Federal nº 10.507, de 10 de julho de 2002, que determina a criação da categoria profissional de agente comunitário de Saúde, ao tempo em que encaminha ao Congresso Nacional o referido pleito para que sejam feitas as devidas modificações na legislação de modo a permitir o seu enquadramento e a regulamentação do exercício do seu trabalho.

## **5.12 Moção nº 12 – Moção de repúdio a ações arbitrárias junto às comunidades indígenas**

### **a) Eixo: Segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável**

Os delegados e delegadas presentes na 4ª CNSI, repudiam as ações arbitrárias implementadas em comunidades Indígenas afetando diretamente a subsistência de diversos povos, tais como, Xavante, Kamaiurá, Kalapalo, Trumai, Ikpeng, Kayabi, Matipu, Suyuá, Caiapó, entre outras. A exemplo disso, no Rio Culuene, principal formador do Rio Xingu está sendo construída uma barragem hidroelétrica, à revelia da comunidade indígena, amparada por um acordo realizado com apenas uma liderança, sem representatividade. Esta obra está sendo tocada por diversos interesses econômicos e políticos, com total apoio do Governo Estadual, que tem ignorado todos os apelos feitos pela comunidade xinguaná.

## **5.13 Moção nº 13 – Apoio à ampliação das ações e maior investimento de recursos na carteira indígena – Carteira de Projetos, Fome Zero e Desenvolvimento Sustentável, em comunidades indígenas**

### **a) Eixo: Segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável**

Nós, delegados presentes à 4ª CNSI, consideramos: a) a situação de insegurança alimentar e nutricional dos povos indígenas, em todas as regiões do país; b) que as ações do Governo Federal para reverter essa situação são ainda tímidas, pontuais, e, quase sempre desarticuladas; c) que os povos indígenas têm reivindicado, exaustivamente uma política de SAN e de desenvolvimento sustentável que, garanta seus direitos a alimentação, com respeito a sua autonomia, sua diversidade cultural e ao meio ambiente em

suas terras, assegurando finalidade de vida no presente e no futuro; d) que a ação denominada “Carteira Indígena” fruto de parceria entre o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e o Ministério do Meio Ambiente (MMA) tem, apoiado projetos de SAN e desenvolvimento sustentável, com participação de outros órgãos federais, como a **Funasa** e Funai, com bons resultados conforme reconhece o Consea, recomendando que o Governo Federal consolidasse essa ação como programa do PPA e ampliasse com recursos. Manifestamos nosso apoio à Carteira Indígena e reivindicamos que o Governo Federal disponibilize, no orçamento de 2006, recursos suficientes para fomentar projetos já aprovados, novos projetos, em especial em comunidades com alto índice de desnutrição e mortalidade infantil, bem como para garantir apoio à capacitação para a gestão e execução dos projetos e para o seu monitoramento, com participação das comunidades.

#### **5.14 Moção nº 14 – Contra a atitude da Funasa em reter os recursos das conveniadas**

##### **a) Eixo: Controle social e gestão participativa**

Nós, delegados da 4ª CNSI, realizada na cidade de Rio Quente/GO, no período de 27 a 31 de março de 2006, vimos por meio deste abaixo-assinado, formalizar nossa MOÇÃO DE REPÚDIO, conforme esclarecimentos abaixo descritos:

As organizações indígenas e outras instituições conveniadas, vêm de público denunciar os graves problemas ocorridos na maioria dos Dseis pela inadequação do formato dos convênios firmados entre estas instituições e a **Funasa**, que não garante a efetiva continuidade das ações de saúde pactuadas.

Trata-se de uma total omissão da **Funasa** e de seu corpo diretivo, por não solucionar os problemas de ordem geral e administrativo que culminaram com a responsabilidade das

conveniadas pelo custeio de ações de saúde realizadas em 2005 no período intermediário entre o final do convênio e o início do outro, denominadas “lacunas” ou “situação de sobreestado” pela **Funasa**. Tais recursos foram extraídos de suas parcelas pela não aprovação dos gastos realizados para cobrir a atenção básica da saúde antes da data da vigência do novo convênio.

A **Funasa** não se preocupou em efetivar a prorrogação dos convênios nesse período de “lacuna”, demorando vários meses para concluir o processo de pactuação que definiria os novos convênios em 2005. Com isso, as organizações indígenas e outras conveniadas tiveram que manter a qualquer custo as ações de saúde em campo, garantindo com responsabilidade a não descontinuidade da assistência, com a promessa de que tais questões seriam solucionadas mais adiante.

Por esses motivos, diversas conveniadas encontram-se hoje sem recursos, situação que afeta diretamente os serviços de saúde voltados para as populações indígenas, revelando mais uma vez a incapacidade de gestão da saúde indígena e a falta de vontade política da **Funasa**.

A plenária da 4ª CNSI exige a solução desse impasse, com a liberação imediata dos recursos para as conveniadas referente ao período da “lacuna” e a formulação de uma nova política de parceria com as instituições envolvidas no processo.

### **5.15 Moção nº 15 – Pela melhoria de condições de trabalho das equipes de enfermagem de saúde indígena**

#### **a) Eixo: Trabalhadores indígenas e não indígenas em Saúde**

Os delegados e delegadas presentes na 4ª CNSI repudiam toda iniciativa no campo das relações trabalhistas para os profissionais de enfermagem indígenas e não indígenas que caracterizam o trabalho precário e, às vezes, quase escravo



estabelecidos pela maioria das Instituições empregadoras na saúde indígena. Nesse contexto, seguem-se as seguintes reivindicações dos profissionais de enfermagem: a) plano de cargo e carreira que respeite um salário único e digno para trabalhadores com o mesmo nível de escolaridade; b) criação de protocolos de atendimento que respaldem as competências previstas nas Leis do exercício profissional de enfermagem; c) garantia dos direitos trabalhistas.

### **5.16 Moção nº 16 – Moção de apoio por uma política cultural para os povos indígenas**

#### **a) Eixo: Desafios indígenas atuais**

Nós, representantes da 4ª CNSI, realizada em Rio Quente/ Goiás, apoiamos a realização de uma gestão junto à Seppir, IPHAM, Ministério da Cultura e Movimento Indígena para uma discussão ampla e a elaboração de uma política cultural para os povos indígenas para garantir que as tradições culturais, artesãos e sabedores como patrimônio vivo dos povos indígenas, de acordo com a convenção da Unesco de 2003 sobre patrimônio cultural imaterial, e determina que a diversidade cultural, sua conservação e preservação e a garantia de criatividade permanente esteja sob o controle dos povos Indígenas.

### **5.17 Moção nº 17 – Solidariedade aos índios desaldeados**

#### **a) Eixo: Direito à saúde**

Nós, Delegados da 4ªCNSI, realizada na cidade de Rio Quente/GO, no período de 27 a 31 de março de 2006, vimos por meio deste abaixo assinado, formalizar nossa moção de apoio às reivindicações dos índios desaldeados, para que tenham acesso às mesmas políticas públicas desenvolvidas pelo Governo Federal quanto aos índios aldeados, buscando inclusive o resgate de etnias.

## **5.18 Moção nº 18 – Anulação das homologações de demarcação de territórios indígenas**

### **a) Eixo: Segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável**

Nós, delegados da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada na cidade de Rio Quente/GO no período de 27 a 31 de março de 2006, vimos por meio deste abaixo assinado, formalizar nossa MOÇÃO DE REPÚDIO quanto aos processos de não homologação da demarcação de terras indígenas. Esclarecemos que, em 28/3/2004, foi homologado pelo Presidente da República, Luís Inácio Lula da Silva, a demarcação do território dos povos Kaiuá e Guarani, na Região do Mato Grosso do Sul, sendo publicada no *Diário Oficial* da União em 29/3/2004. Em dezembro de 2005, o então Ministro do Supremo Tribunal Federal, Nelson Jobim, em articulação com os fazendeiros locais, conseguiu uma Liminar nesta instância judicial, anulando esse processo de homologação. A plenária da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, juntamente com os povos Kaiuá e os Povos Guaranis, defendem a solicitação do julgamento imediato dessa anulação e repudiam atos dessa natureza, de modo que não ocorram em outros níveis de decisão.

## **5.19 Moção nº 19 – Gestão compartilhada do Subsistema de Saúde Indígena do SUS para índios e não índios**

### **a) Eixo: Direito à saúde**

Nós, delegados da 4ª CNSI, realizada na cidade de Rio Quente/GO, no período de 27 a 31 de março de 2006, vimos por meio deste abaixo-assinado, formalizar nossa MOÇÃO DE APOIO referente à implementação do que determina o Decreto Presidencial nº 5.051, de 19 de abril de 2004.

Este Decreto Presidencial, particularmente em seu artigo 25, prevê a criação de um Grupo de Trabalho, paritário, até o dia 19 de abril de 2006, com o objetivo de formular propostas de adequação do Subsistema de Saúde Indígena, de modo que contemple a co-gestão nos três níveis de governo. Este processo determina o redesenho dos Dseis, autonomia administrativa, orçamentária e financeira; atendendo inclusive as deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena. O referido Grupo de Trabalho poderá constituir Comissões Temáticas, com a participação das assessorias ministeriais, representações indígenas indicadas pelo Fórum dos Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, e os membros não indígenas serão indicados pela **Funasa** e Funai. O início dos trabalhos deste GT será definido para 2/5/2006, em sua primeira reunião ordinária, na qual estabelecerá seu Plano de Trabalho e um cronograma para apresentação dos produtos. Nesse sentido, a **Funasa** e a Escola Nacional de Administração Pública (Enap) providenciará um curso sobre capacitação em gestão em saúde indígena, com ênfase na co-gestão entre os três níveis de governo.

### **5.20 Moção nº 20 - Reconhecimento e valorização do papel daqueles e daquelas que contribuíram de forma direta e indireta na implantação e implementação do Subsistema de Saúde Indígena**

#### **a) Eixo: Trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde**

Os delegados e delegadas presentes na 4ª CNSI apóiam o reconhecimento e a valorização das pessoas que contribuíram direta ou indiretamente na implantação e implementação do Subsistema de Saúde Indígena, a exemplo do Dr. Ubiratan Moreira, um daqueles que lutaram pela implementação desse Subsistema.

### **5.21 Moção nº 21 – Fortalecimento dos conselhos de educação e fortalecimento dos conselhos de educação indígena**

#### **a) Eixo: Outros**

Nós, delegados da 4ª CNSI, realizada na cidade de Rio Quente/GO, no período de 27 a 31 de março de 2006, vimos por meio deste abaixo-assinado, formalizar nossa MOÇÃO DE APOIO à criação de conselhos de educação escolar indígenas nos estados da Federação, no sentido de possibilitar as articulações com a saúde indígena, como forma de garantir a intersectorialidade das ações de saúde no âmbito dos Dseis.

### **5.22 Moção nº 22 – Moção de apoio ao combate ao desemprego: viabilizando a inclusão social**

#### **a) Eixo: Trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde**

Nós delegados e delegadas da 4ª CNSI, realizada em Rio Quente/Goiás apoiamos que o Governo Federal no âmbito de seus ministérios priorize a contratação de pessoas das comunidades que estejam habilitados profissionalmente para o trabalho nas áreas indígenas.

### **5.23 Moção nº 23 – Moção de repúdio pela dramática situação dos povos indígenas do Vale do Javari**

#### **a) Eixo: Direito à saúde**

Nós, lideranças da delegação indígena do Vale do Javari/AM, vimos reivindicar agilidade para solucionar os graves problemas de saúde que afetam os nossos povos e provocam a morte de inúmeros indígenas e que dos povos Marubo, Kanamari, Mayoruna, Matís, Kulina e Korubo.

Desde 1995, indígenas vêm sendo atingidos pela hepatite B e Delta, sendo que desde 2003 até hoje já foram comprovadas as mortes de 37 parentes, sem que a **Funasa** tome quaisquer providências em busca de solução. Nos últimos meses ocorreram 10 óbitos em crianças de zero a três anos. Além disso, denunciemos a grave situação dos indígenas portadores de hepatite B, sendo que quatro destes precisam fazer transplante de fígado, e cinco encontram-se em fase cirrótica, além de 23 que ainda apresentam condições de tratamento e de muitos outros que precisariam fazer sorologia para diagnóstico.

Denunciamos ainda os problemas decorrentes da malária que já provocou três óbitos em crianças desde o início de 2006, além do fato de que o excesso de medicamentos administrados parece não surtir mais o efeito desejado nos pacientes, sendo necessário a realização emergencial de uma pesquisa *in loco*.

Repudiamos o total descaso da **Funasa** e das autoridades competentes que não têm assumido quaisquer medidas de soluções definitivas dos problemas aqui relatados, além da necessidade de intervenção institucional diante da total falta de gestão do Dseis Javari, o que prejudica a realização das ações de saúde de modo regular e qualitativo.

Caso permaneça o atual descaso, alertamos para a possibilidade de um verdadeiro desastre na saúde indígena, numa região onde os índios vêm padecendo e sofrendo há décadas pela falta de assistência adequada e preventiva, na terceira maior reserva indígena do país, que conta ainda com uma população de pouco contato, além de diversos grupos ainda isolados.

Os indígenas do Javari, cansados dessa situação, revoltados e desesperados, ameaçam tomar outras medidas em vingança pela morte de seus parentes, falando até em isolar-se novamente pela selva em defesa de suas vidas, caso não haja uma intervenção imediata e impactante no Vale do Javari.

#### **5.24 Moção nº 24 – Moção de apoio ao atendimento de saúde nas comunidades durante retomadas e conflitos de terra**

##### **a) Eixo: Direito à saúde**

Nós, delegados e delegadas da 4ª CNSI, realizada em Rio Quente, Goiás, apoiamos o atendimento de saúde às comunidades indígenas e que tenham a Assistência à Saúde, no período de retomada das terras indígenas. A **Funasa** deve garantir veículos na área retomada para caso de alguma emergência 24h e quando houver momento de tensão (conflito) acionar a Polícia Federal para acompanhá-la na execução de seus procedimentos.

#### **5.25 Moção nº 25 – Moção de apoio à criação do Jornal Nacional de Saúde Indígena, elaborado pelos índios e financiado pela Funasa**

##### **a) Eixo: Desafios indígenas atuais**

Os delegados e delegadas presentes na 4ª CNSI apóiam a criação de um Jornal, em âmbito Nacional, para veicular informações sobre a saúde das comunidades indígenas, com recursos destinados à sua organização e estruturação editorial.





# 6 AVALIAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS SOBRE A ORGANIZAÇÃO E REALIZAÇÃO DA 4<sup>a</sup> CNSI





## 6.1 Pontos positivos

Realização das conferências locais, distritais e nacional.

Participação dos indígenas na discussão e realização de todo o processo da Conferência.

A paridade dos segmentos, nas discussões e votações nas conferências distritais e nacional.

Acompanhamento do Conselho Nacional de Saúde.

Participação do Fórum Permanente dos Presidentes dos Conselhos Distritais.

Participação de representantes indígenas na Comissão Organizadora e demais comissões.



Descentralização de recursos em tempo hábil.

Participação dos Técnicos da **Funasa** e do Conselho Nacional de Saúde.

Localizações dos eventos da 4ª Conferência Nacional de Saúde, Local e Distrital.

Participação da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena Cisi.

A Integração entre os povos indígenas.

A Sala de Soluções.

O empenho dos presidentes de conselho e lideranças indígenas nas etapas locais e distritais.

Apoio Logístico.

Alimentação e hospedagem.

Empenho do Vigisus/**Funasa** na descentralização dos recursos.

## **6.2 Pontos negativos**

Ausência de pessoas muito importantes durante o processo de organização.

Não participação da Funai.

Não disponibilização, em tempo hábil, dos materiais necessários para o acompanhamento das conferências distritais.

Complexidade do Programa de Relatoria do Datasus.

Falta de comunicação entre as comissões.

Não participação de alguns chefes de distritos sanitários indígenas e coordenadores regionais.

Respeito à diversidade cultural.

Falta de compromisso dos gestores municipais e estaduais na realização da Conferência.

Os presidentes dos conselhos distritais não terem sido delegados natos da Conferência Nacional.

Participação de pessoas convidadas pela **Funasa** que não tinham comprometimento com a saúde indígena nem com a Conferência.

A Funai encaminhou alguns Índios para a Conferência sem respeitar o processo de construção das etapas da Conferência, causando constrangimento para a Comissão Organizadora e para os povos indígenas.

Falta de compromisso do Ministério da Cultura em honrar o prometido para às atividades culturais da Conferência.

Espaço inadequado para discussão em grupo e plenária final.

Assistência Médica precária para os participantes da Conferência.

Brasília-DF, 14 de junho de 2006

Valdenir Andrade França

Representante dos indígenas na Cisi

Antônio Ricardo Domingos da Costa (Dourado)

Representante dos indígenas na Cisi

Alison dos Santos (Yssô Truká)

Representante dos indígenas no CNC

Clóvis Ambrósio

Presidente do Condisi – Leste de Roraima





Foto: Adriano Machado



# 7 ANEXOS



## Anexo I

Ministério da Saúde

Gabinete do Ministro

Portaria nº 963, de 23 de junho de 2005

Convoca a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena e dá outras providências.

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

Art. 1º Convocar a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, a realizar-se no período de 28 a 31 de março de 2006, precedida da etapa local a ser realizada até o dia 30 de outubro de 2005, e da etapa distrital a ser realizada até o dia 31 de dezembro de 2005.

§ 1º A 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena terá como tema central: "Distrito sanitário especial indígena: território de produção de saúde, proteção e valorização das tradições".

§ 2º A 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena será presidida pelo Ministro de Estado da Saúde e, na sua ausência ou impedimento, pelo Secretário-Executivo, pelo Presidente da Fundação Nacional de Saúde ou pelo Diretor do Departamento de Saúde Indígena.

§ 3º A 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena será coordenada pela Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Art. 2º A 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena contará com as seguintes Comissões:



I - Comissão Executiva;

II - Comissão Organizadora;

III - Comissões Especiais de Comunicação e de Infra-Estrutura; e

IV - Comissão de Relatoria.

§ 1º A Comissão Executiva será composta de 4 (quatro) membros, sendo:

I - um Coordenador-Geral;

II - um Coordenador Adjunto;

III - um Secretário-Geral; e

IV - um Secretário-Geral Adjunto.

§ 2º A Comissão Executiva contará com suporte técnico, financeiro e administrativo do Ministério da Saúde para a realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

§ 3º A Comissão Organizadora será indicada pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, de forma paritária, composta de 20 (vinte) representantes.

§ 4º As Comissões Especiais de Comunicação e de Infra-Estrutura serão indicadas, de forma paritária, pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, cujos integrantes podem ou não ser conselheiros:

I - Comissão de Comunicação com quatro integrantes; e

II - Comissão de Infra-Estrutura com quatro integrantes.

§ 5º A Comissão de Relatoria, composta de 17 (dezesete) integrantes, será indicada pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, considerando que:

I - o relator-geral e o relator-adjunto serão conselheiros; e

II - os 15 (quinze) demais relatores poderão ou não ser conselheiros.

Art. 3º O Plenário do Conselho Nacional de Saúde terá como atribuições principais:

I - deliberar sobre todas as questões pertinentes à realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena;

II - promover e supervisionar a realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, em todas as etapas de realização, observando os aspectos técnicos, políticos, administrativos e financeiros; e

III - indicar os membros da Comissão Organizadora, das Comissões Especiais de Comunicação e de Infra-Estrutura e da Comissão de Relatoria, garantindo, em cada uma dessas comissões, a participação indígena no segmento de usuários.

Art. 4º As despesas com a organização geral para a realização da Etapa Nacional da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena correrão por conta da dotação orçamentária consignada ao Ministério da Saúde, observando o seguinte:

I - o Ministério da Saúde arcará com as despesas de hospedagem dos usuários e trabalhadores de saúde e com as despesas de alimentação de todos os delegados; e

II - as despesas com o deslocamento dos delegados Distritais dos seus distritos de origem até Brasília, serão de

responsabilidade da Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde e da respectiva chefia do Distrito Sanitário Especial Indígena.

Art . 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Humberto Costa

## Anexo II

Demonstrativo das etapas e custos da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena

### Apresentação

A 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI), convocada pela Portaria Ministerial nº. 963, de 23 de julho de 2005, publicada no *Diário Oficial* da União nº. 120, de 24 de junho de 2005, é parte integrante da 12ª Conferência Nacional de Saúde.

A 4ª Cnsi ocorreu no período de 27 a 31 de março de 2006, na Pousada do Rio Quente, localizada no município de Rio Quente/GO e teve por finalidade avaliar a situação de saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis) e do Subsistema Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde e propor diretrizes e ações para promover a saúde dos povos indígenas com controle social.

O tema central da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, que orientou as discussões nas distintas etapas da sua realização, foi: “Distrito sanitário especial indígena: território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições” e teve cinco eixos temáticos: I. Direito à saúde; II. Controle social e gestão participativa; III. Desafios indígenas atuais; IV. Trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde; V. Segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável.

A **Funasa**, como órgão executor da saúde indígena, foi responsável pela realização da Conferência. O Diretor do Departamento de Saúde Indígena (Desai), José Maria de França, foi o coordenador geral e contou com o apoio técnico e financeiro do Projeto Vigisus II e do Ministério da Saúde, assim como de outras instituições parceiras.

Este anexo registra informações relativas ao processo de organização e realização da 4ª CNSI, atividade presente no Plano Operacional do Projeto Vigisus II, no Componente II – Saúde Indígena, Subcomponente I – Fortalecimento Institucional/Modelo de Gestão, nas ações: apoio à preparação local e macrorregional da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena e apoio à realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

#### 1. Etapas da 4ª CNSI

I Etapa Local – até 30 de outubro de 2005.

a. 206 conferências locais de saúde indígena.

b. 12.000 participantes, aproximadamente.

II Etapa Distrital – até 31 de dezembro de 2005 (prazo estendido pela Comissão Organizadora para fevereiro de 2006).

a. 34 conferências distritais de saúde indígena.

b. 5.000 participantes.

III Etapa Nacional – de 27 a 31 de março de 2006.

a. 1.228 participantes.

#### 2. Comissões

A Organização da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena contou com as seguintes comissões:

I. Comissão Organizadora;

II. Comissão de Relatoria;

### III. Comissões Especiais de Comunicação e de Infra-Estrutura, e

### IV. Comissão Executiva.

O Diretor do Desai, coordenador-geral da Conferência, criou um Grupo Estratégico de apoio à organização e realização da 4ª CNSI, cabendo a este a articulação e integração entre os setores do Departamento de Saúde Indígena (Desai), a Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e a Comissão Organizadora.

### 3. Documentos

Documentos que orientaram a organização e realização da Conferência:

Regimento: trata da natureza e finalidade, da realização, do temário, do funcionamento, da estrutura e composição da comissão organizadora, das atribuições, das comissões, da etapa nacional, da plenária final, da programação, dos recursos e de disposições gerais.

Regulamento: a proposta de regulamento tem por finalidade a definição de regras de funcionamento para a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena e foi apresentado à plenária da Conferência para votação.

Documento Base: o texto oferece subsídios para a discussão nas conferências locais e distritais de saúde indígena.

Relatório Consolidado das conferências distritais: neste documento está contida a síntese das propostas das conferências distritais, que orientaram as discussões e votações nas plenárias.

O GT e a Comissão de Relatoria elaboraram os seguintes documentos orientadores para os Dseis:

Documento orientador para organização das conferências distritais de saúde indígena: documento elaborado pela **Funasa** para orientar a realização das 34 conferências distritais.

Orientações para Relatores das conferências distritais de saúde indígena. Este documento orientou a formatação do relatório final da conferência distrital e os prazos e formas de envio para a comissão organizadora.

#### 4. Conferências locais e distritais

Os recursos financeiros para realização das conferências foram descentralizados pelo Projeto Vigisus II / **Funasa** para as coordenações regionais da **Funasa**, Core. A realização das etapas locais e distritais ficou sob responsabilidade da Core e do Dsei.

#### 5. Etapa Nacional - participantes

O cadastro da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena contou com 1.638 inscritos, incluindo os 236 suplentes. Durante a Conferência foram credenciados 1.228 participantes.

Quadro de participantes, por perfil

Perfil	Nº	%
Delegados	800	65,15
Convidados	88	7,17
Apoio Técnico	187	15,23
Outros	153	12,46
<b>TOTAL</b>	<b>1.228</b>	<b>100,00</b>

Quadro de participantes, por perfil

Perfil	Nº
Delegados eleitos titular	645
Delegados Suplentes	51
Delegados Indicado titular	104
Convidados	81
Convidados Internacionais	7
Comissões	31
Coordenação Geral	4
Equipes de Apoio	130
Relatores	22
Motorista	1
Acompanhante de Pessoa com Deficiência	1
Tradutores	5
Painelista/Expositor (a)	10
Coordenadores de Plenária Temática	3
Homenageados	4
Representantes de ministérios	3
Outros participantes	26
Não Identificado	10
Subtotal participantes	1138
Apresentação artística	71
Expositores de <i>stand</i>	10
Imprensa	9
<b>Total Geral</b>	<b>1228</b>

Delegados, segundo perfil e representação

Perfil/ Representação	Gestor / Prestador de serviço	Profissional de saúde	Usuário	Total
Delegado eleito titular	128	174	343	645
Delegado Suplente	11	15	25	51
Delegado indicado titular	26	30	48	104
<b>TOTAL</b>	<b>165</b>	<b>219</b>	<b>416</b>	<b>800</b>



Figura I – Distribuição de delegados segundo representação

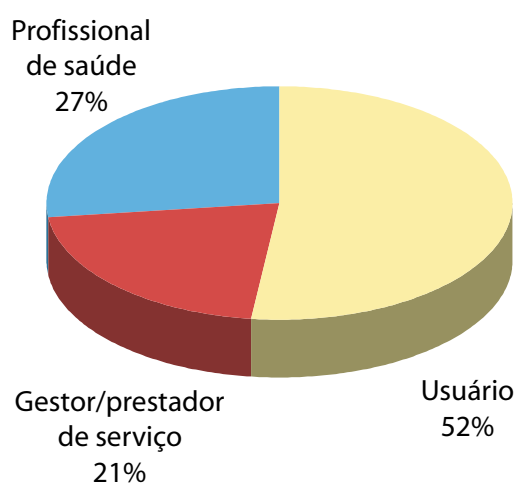
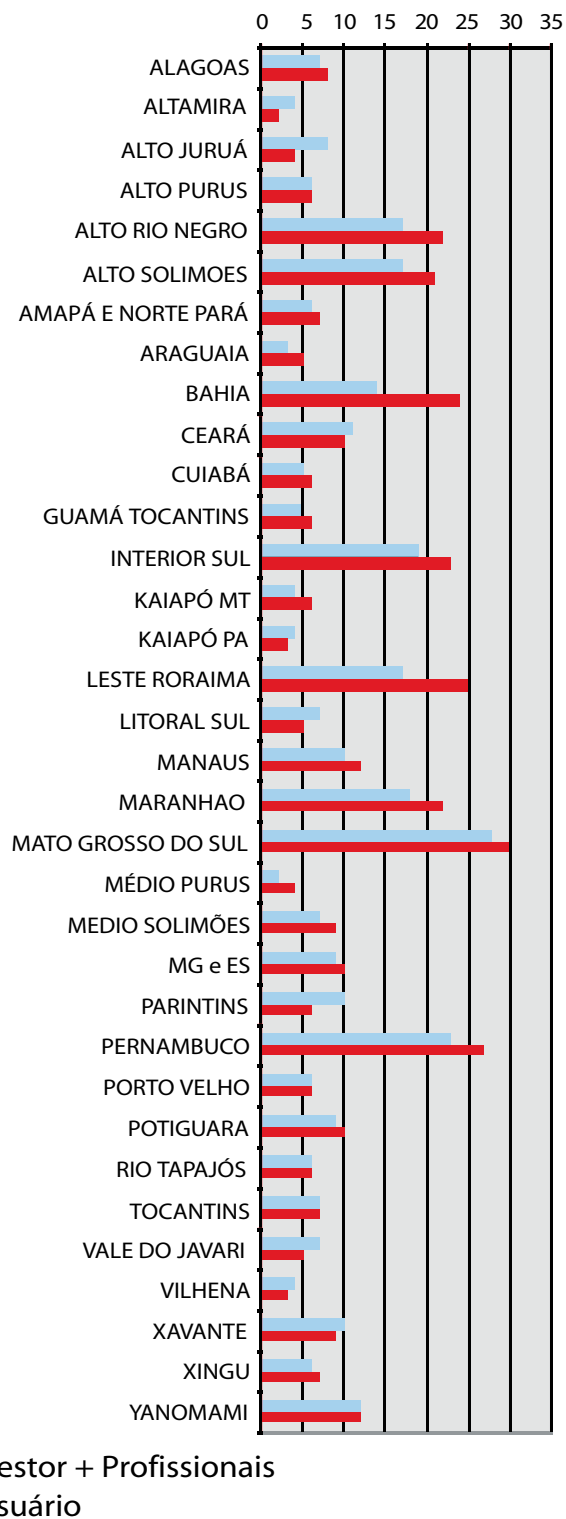


Figura II – Distribuição de delegados por DSEI e representação



## Delegados por região

Região	Nº delegados Eleitos	%	Nº delegados indicados	%	Nº total de delegados	% por região
Região Norte	321	46,12	25	24,04	346	43,25
Centro-Oeste	111	15,95	52	50,00	163	20,375
Nordeste	191	27,44	14	13,46	205	25,625
Sudeste e Sul	73	10,49	13	12,50	86	10,75
<b>Total</b>	<b>696</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>100</b>	<b>800</b>	<b>100</b>

6. Propostas aprovadas nas conferências distritais e propostas discutidas na Conferência Nacional, por eixo e subeixo:

Eixos	Nº de propostas das conferências distritais	Nº de propostas da etapa nacional
<b>I. Direito à saúde:</b>	<b>1773</b>	<b>147</b>
a) Avaliação do Subsistema de Saúde Indígena;	565	26
b) Organização da Atenção à Saúde;	684	79
c) Intersetorialidade como estratégia na implementação das ações de saúde;	399	27
d) Desafios epidemiológicos e atenção às regiões de fronteira.	125	15
<b>II. Controle social e gestão participativa:</b>	<b>885</b>	<b>136</b>
a) Avaliação da atuação dos conselhos de saúde indígena;	402	54

(Continua)

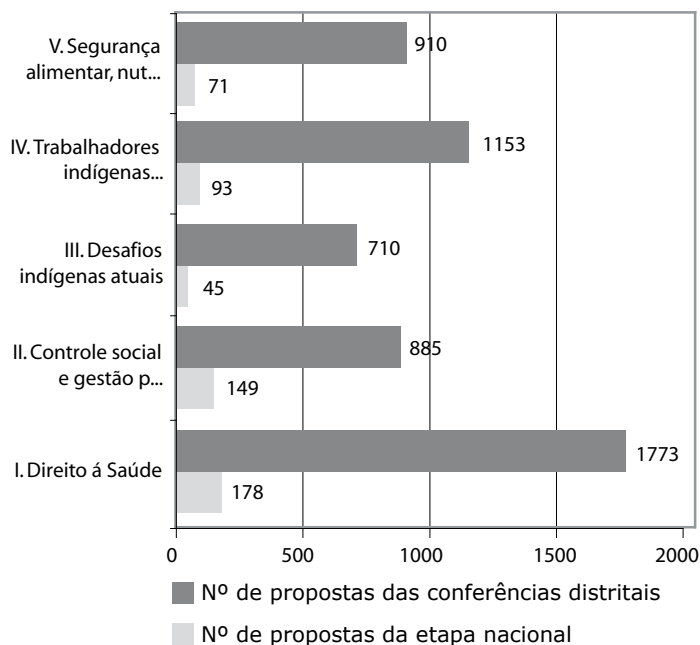
<b>Eixos</b>	<b>Nº de propostas das conferências distritais</b>	<b>Nº de propostas da etapa nacional</b>
b) Participação indígena nas esferas municipal, estadual e federal;	180	35
c) Capacitação continuada de conselheiros;	137	21
d) Modelos de Gestão Participativa.	166	26
<b>III. Desafios indígenas atuais:</b>	<b>710</b>	<b>39</b>
a) Atenção à saúde dos indígenas que vivem fora das terras indígenas e dos povos em demanda de reconhecimento;	246	11
b) Ampliação da participação da mulher indígena no controle social e na atenção à saúde;	114	09
c) Respeito às práticas tradicionais de cura e autocuidado; e	209	16
d) Estudos e pesquisas aplicados às demandas dos povos indígenas.	141	3
<b>IV. Trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde:</b>	<b>1153</b>	<b>90</b>
a) Avaliação do processo de formação de agentes indígenas de saúde e agente indígena de Saneamento;	276	13
b) Avaliação da atuação das equipes multidisciplinares de saúde indígena;	154	10
c) Articulação da <b>Funasa</b> com outras instâncias da educação profissional para formação de trabalhadores em saúde indígenas;	147	14
d) Estruturação da política de desenvolvimento do trabalho em saúde para os povos indígena;	344	34
e) Formação de trabalhadores para atenção à saúde indígena.	232	19

(Continua)

<b>Eixos</b>	<b>Nº de propostas das conferências distritais</b>	<b>Nº de propostas da etapa nacional</b>
<b>V. segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável:</b>	<b>910</b>	<b>67</b>
a) Avaliação da demarcação, homologação, desintrusão e proteção dos territórios indígenas - condição indispensável à melhoria da saúde e da vida dos povos indígenas;	313	15
b) Estruturação da política e ações estruturantes para a produção de alimentos e respeito à diversidade cultural dos povos indígenas;	200	21
c) Valorização da biodiversidade e dos conhecimentos tradicionais dos povos indígenas;	148	22
d) Formulação e implantação da política de vigilância nutricional para os povos indígenas - pesquisas e diagnósticos para os povos indígenas;	154	6
e) Adequação de programas governamentais, incluindo programas de transferência de renda como bolsa família e outros.	95	3
<b>Total de propostas</b>	<b>5.431</b>	<b>479</b>

(Finalização)

Figura III – Propostas aprovadas nas conferências distritais e propostas discutidas na Conferência Nacional



### 7. Orçamento.

O quadro abaixo apresenta os valores orçamentários programados para realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

Atividade	Fonte	Orçamento programado R\$
2.1.40 - Apoio logístico para reuniões comunitárias, dos conselhos locais e distritais.	Vigisus II	5.309,94
2.1.42 - Encontros de presidentes dos conselhos distritais sobre avaliação do processo de controle social.	Vigisus II	20.034,79
2.1.90 - Apoio à realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.	Vigisus II	258.187,36

(Continua)

<b>Atividade</b>	<b>Fonte</b>	<b>Orçamento Programado R\$</b>
- Apoio ao deslocamento Regional (dentro do estado, de uma localidade/aldeia até o embarque para Brasília ou São Paulo)	<b>Funasa</b>	511.235,30
2.1.89 - Apoio à preparação local e distrital da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena em 2005. (Realização das conferências locais e distritais, incluindo deslocamento, hospedagem, alimentação, equipamentos, espaço físico, material de consumo, camisetas, pastas, para uma média de 17.000 participantes)	Vigisus II	291,70 <i>(per capita)</i>
- Deslocamento de 902 pessoas, incluindo delegados, palestrantes e convidados para a etapa nacional - passagens aéreas, fretes de Brasília ou São Paulo até Rio Quente/GO.	Vigisus II	1.730,45 <i>(per capita)</i>
- Contrato Aplauso Eventos (hospedagem, café da manhã, almoço, jantar, lanche, apoio logístico, infra-estrutura de montagem, desmontagem, instalações de telecomunicações, eletricidade, recepcionistas, digitadores, segurança, deslocamento aeroporto-pousada e o retorno, tradutores e intérpretes, cerimonial, serviços gerais, assessoria de imprensa, criação de arte e peças promocionais, serviços de foto-filmagem, atividades do projeto cultural e a utilização dos espaços e equipamentos necessários ao evento). Total de participantes na etapa nacional: 1.228 pessoas	<b>Funasa</b>	2.661,24 <i>(per capita)</i>
<b>Total (18.228 pessoas, incluindo a participação nas etapas locais, distritais e nacional)</b>		<b>580,57</b> <i>(per capita)</i>

## Anexo III

Presença dos delegados por etnia

Dos 800 delegados que participaram da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, 372 declaram a etnia no processo de credenciamento. Foram 125 etnias declaradas.

Etnia	Qtde	Etnia	Qtde	Etnia	Qtde
Amondawa	1	Panará	1	Tumbalala	2
Apalai	1	Paresi	1	Tuxá	2
Apinajé	1	Paumari	1	Waiãpi	2
Aranã	1	Piratapuia	1	Xacriaba	2
Arara	1	Raixana	1	Cambeba	3
Ashaninca	1	Rikbaktsa	1	Hexkaryana	3
Assurini	1	Sabanês	1	Kaiapó	3
Atikun	1	Suyá	1	Kaimbé	3
Bakairi	1	Tapirape	1	Kanamari	3
Caixara	1	Tariana	1	Kariri Xoco	3
Canela	1	Tarui	1	Kayapó	3
Dessano	1	Tenharim	1	Pankará	3
Funiô	1	Tiriyo	1	Pataxó Hãhãhãe	3
Jeripankô	1	Traiva	1	Wapichama	3
Guató	1	Trumai Suyá	1	Xerente	3
Ikpeng	1	Tupari	1	Baniwa	4
Irantxe	1	Tupinikim	1	Mayuruna	4
Jauro Verde	1	Wanadeu Tedewa	1	Tupinambá	4
Jenipapo- Kanindé	1	Wassu Cocal	1	Wai Wai	4
Jeripankô	1	Werekena	1	Apurinã	5
Jeromitxi	1	Xoco	1	Mura	5
Kadiweu	1	Xokleng	1	Truká	5
Kaiabi	1	Yawanawa	1	Kocama	6
Kakama	1	Ye´ Kuana	1	Pataxó	6
Kalanko	1	Arapaço	2	Tapeba	6
Kamassury	1	Galiby Kalinã	2	Tukano	6
Kambiwá	1	Gavião	2	Ianomâmi	7

(Continua)



Etnia	Qtde	Etnia	Qtde	Etnia	Qtde
Kamiuré	1	Guarani Kaiwa	2	Baré	8
Kapinawa	1	Kamaiura	2	Pankararu	8
Karapoto	1	Karipuna	2	Sateré Mawé	8
Kaxixé	1	Katukina	2	Xucuru	8
Koripako	1	Kaxinawá	2	Karajá	9
Kuikuro	1	Kayabi	2	Munduruku	9
Kulina	1	Macusa	2	Kaingang	12
Manxinery	1	Marúbo	2	Guajajara	13
Marusá	1	Oro	2	Macuxi	13
Matis	1	Pipipau	2	Xavante	13
Maxakali	1	Pitaguary	2	Potiguara	14
Mocaliu	1	Taurepang	2	Terena	15
Nambkwara	1	Tembé	2	Guarani	16
Nukuri	1	Timbira	2	Ticuna	21
Palikur	1	Trenembé	2		

(Finalização)

## ANEXO IV

Programação da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena

Dia 27 de março de 2006

Credenciamento

– Cerimônia de Abertura da 4ª CNSI

José Saraiva Felipe - Ministro de Estado da Saúde do Brasil.

Paulo Lustosa - Presidente da Fundação Nacional de Saúde.

José Maria França - Diretor do Departamento de Saúde Indígena da **Funasa**/Coordenador da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

Eliomar Medeiros de Lima - Diretor do Departamento de

Serviços de Inclusão Digital da Secretaria de Telecomunicações  
– Ministério das Comunicações.

Antônio Mendonça - Presidente do Conselho Estadual de Saúde de Goiás.

Luiz Soares - Diretor Administrativo do Conasems.

Ana Costa - Coordenadora de Saúde da Fundação Nacional do Índio (Funai).

Benevides Mamede Júnior - Secretário Executivo da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás.

Rivalino de Oliveira Alves - Prefeito Municipal de Rio Quente.

José Marcos de Oliveira - representante dos usuários no Conselho Nacional de Saúde.

Carmem Pankararu – Coordenadora do Fórum dos Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.

Dom Thomas Balduino – Comissão Pastoral da Terra – CPT/ CNBB.

- Cerimônia de acolhida das delegações dos distritos sanitários especiais indígenas – Apresentação de artesanato símbolo representando cada delegação da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

- Homenagem a indígenas e não indígenas que contribuíram e contribuem na defesa do direito dos povos indígenas, de acordo com os temas: violência, resistência, luta da mulher indígena, luta pela terra, parlamentares, cidadãos solidários à luta indígena, construção de um sonho: implantação do Subsistema de Saúde Indígena, participação social, envelhecer com dignidade, juventude determinando suas histórias de vida.

- Benzimento de abertura da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, pelas etnias Pankararu e Xucuru

Dia 28 de março de 2006

Atividade cultural – Dança Festa da Mandioca – Etnia Kaiapó  
– Mato Grosso

– Poesia: “Minha Comparação” com José Ângelo Nambiquara  
– Mato Grosso

Aprovação do Regulamento da 4ª CNSI

Mesa-redonda 1 – Tema: Direito à Saúde

Coordenação: Jacinta Sena - Ministério da Saúde

- Débora Duprat - 6ª Câmara de Coordenação e Revisão/  
Comunidades Indígenas e Minorias/Ministério Público –  
representando os gestores

- Douglas Rodrigues – Universidade de São Paulo / Unifesp  
– representando os prestadores de serviço

- Cibele Verani – Representante do Fórum das Entidades  
Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde.

- Ailson dos Santos (Yssor Truká) – Representando os usuários

Relatoria: Severino Ramos

Mesa-redonda 2 – Tema: Controle social e gestão  
participativa

- Raimundo Alves Costa – Representante do Conselho  
Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

- Jecinaldo Barbosa Cabral – Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia – Coiab – Segmento dos Prestadores de Serviço.

- Ana Lúcia Jezuino – Representante do Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (Fentas).

- Lúcio Antônio Alves Ferreira – Representante do Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (Fentas).

- José Ângelo Nambiquara – Representando os usuários

Atividades Culturais – Dança Moça Nova – Etnia Ticuna - RR

- Caxiri na Cuia – Grupo de Forró – Etnia Ticuna - RR

Dia 29 de março de 2006

Atividade cultural – Dança Toré – Etnia Tremembé - CE

– Poesia – Dança Torywa – Etnia Anharim - RO

- Música Txiriti – Etnia Catuquina - AC

- Dança Toré - Pankararu, Xucuru, Tapeba, Pataxó – Região Nordeste.

Mesa temática 3 – Desafios indígenas atuais

Coordenação: Antônio Ricardo Dourado Tapeba – Fórum Permanente dos Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena

- Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

- Ana Costa – Fundação Nacional do Índio (Funai)

- Lúcio Antônio Alves Ferreira – Representante do Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (Fentas).

- Carmem Pankararu – Representando os usuários.

Relatoria: Suzana Grilo

Mesa temática 4 – Trabalhadores Indígenas e não-indígenas em saúde

Coordenação: Kleber Gesteira – Ministério da Educação

- Sofia Mendonça - Universidade de São Paulo/Unifesp – Representando os prestadores de serviço.

- Paulo Daniel – Conselho Indígena de Roraima – CIR.

- Osnália Ribeiro de Almeida - Representante do Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (Fentas).

- Maria Elenir Coroaia – Representando os usuários.

Relatoria: Flávio Ricardo Liberali Magajewski

Mesa temática 5 – Segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável

Coordenação: Zilda Arns – Comissão Intersetorial de Saúde Indígena do Conselho Nacional de Saúde

- Marco Aurélio Loureiro – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

- Flávio Valente – Membro do Comitê Permanente de Nutrição da Organização das Nações Unidas.

- Sílvia Ângelo Gugelmin – Representante do Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (Fentas).

- Juvêncio da Silva Cardoso – Representando os usuários.

Relatoria: Aline Caldas

Mostra de Cinema Indígena

Dia 30 de março de 2006

Atividade cultural – Dança Parichara – Etnia Wapixana-RR

- Dança da Taquara – Kamaiurá - MT.

Plenárias Temáticas

Festa com DJ Richard (tradutor Yanomami) - RR

Dia 31 de março de 2006

Ritual de benzimento – Dança Kanamary – Etnia  
Kanamary - AM

Dança – Cariçu– Etnia Baré – AM

Plenária Final

## Anexo V

Conferências distritais de saúde indígena				
Nº	DSEI	Início	Término	Localidade
1	Xingu - MT	16/11/2005	18/11/2005	Parque Indígena do Xingu
2	Bahia - BA	22/11/2005	24/11/2005	Salvador-BA
3	Vilhena - RO	6/12/2005	8/12/2005	Cacoal
4	Médio Rio Purus - AM	6/12/2005	9/12/2005	Aldeia Nova Esperança
5	Vale do Javari - AM	8/12/2005	11/12/2005	Atalaia do Norte
6	Amapá - AP	16/12/2005	18/12/2005	Macapá-AP
7	Kaiapó / Colider - MT	12/12/2005	14/12/2005	Colider-MT
8	Porto Velho - RO	12/12/2005	16/12/2005	Ji-Paraná
9	Parintins - AM	12/12/2005	15/12/2005	Parintins-AM
10	Alto Rio Juruá - AC	13/12/2005	15/12/2005	Cruzeiro do Sul
11	Leste de Roraima - RR	13/12/2005	16/12/2005	Boa Vista-RR
12	Manaus - AM	13/12/2005	16/12/2005	Manaus
13	Alto Rio Purus- AC	13/12/2005	15/12/2005	Rio Branco
14	Rio Tapajós- PA	13/12/2005	15/12/2005	Jacareacanga
15	Tocantins - TO	13/12/2005	16/12/2005	Palmas

(Continua)

Conferências distritais de saúde indígena					
Nº	DSEI	Início	Término	Localidade	
16	Interior Sul - SC	13/12/2005	17/12/2005	Curitiba - PR	
17	Litoral Sul - PR	13/12/2005	17/12/2005	Curitiba - PR	
18	Mato Grosso do Sul - MS	19/12/2005	21/12/2005	Campo Grande	
19	Altamira - PA	15/12/2005	17/12/2005	Altamira-PA	
20	Alto Rio Solimões - AM	15/12/2005	17/12/2005	Tabatinga	
21	Cuiabá - MT	15/12/2005	20/12/2005	Cuiabá	
22	Xavante - MT	15/12/2005	16/12/2005	Barra do Garça	
23	Potyguara - PB	16/12/2005	18/12/2005	João Pessoa	
24	Pernambuco - PE	18/12/2005	20/12/2005	Caruaru-PE	
25	Minas Gerais e ES	19/12/2005	22/12/2005	Belo Horizonte	
26	Kaiapó/Redenção - PA	19/12/2005	20/12/2005	Redenção-PA	
27	Alto Rio Negro - AM	10/1/2006	12/1/2006	São Gabriel-AM	
28	Yanomami - RR	10/1/2006	12/1/2006	Boa Vista - RR	
29	Guamá-Tocantins - PA	16/1/2006	20/1/2006	Belém-PA	
30	Araguaia - TO	17/1/2006	20/1/2006	São Felix-MT	
31	Ceará - CE	18/1/2006	20/1/2006	Ceará	
32	Alagoas/Sergipe	1/2/2006	3/2/2006	Maceió-AL	
33	Maranhão - MA	6/2/2006	7/2/2006	São Luis - MA	
34	Médio Rio Solimões - AM	22/2/2006	24/2/2006	Tefé	

(Finalização)



# COMISSÕES DA 4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA

## I. Comissão Executiva

1. José Maria de França – **Funasa** – Coordenador Geral (Gestor)
2. Raimunda Nonata Carlos Ferreira – **Funasa** – Coordenador Adjunto (Gestor)
3. Joaquim Alves Barros Neto – Fiocruz – Secretário-Geral (Trabalhador de Saúde)
4. Edemilson Canale – Secretário Adjunto (Usuário indígena)

## II. Comissão Organizadora

1. Edmilson Canale (Usuário indígena)
2. José Ângelo Nambiquara (Usuário indígena)
3. Felipe Brissuela (Usuário indígena)
4. Clóvis Ambrósio (Usuário indígena)
5. Carmem Pankararu (Usuária indígena)
6. Hilário Silva (Usuário indígena)
7. Conselheiro Ary Paliano (Usuário indígena)
8. Conselheira Etelvina G. Santana (Usuária indígena)
9. Conselheiro Clóvis A. Bouffleur (Usuário)
10. Conselheiro Luiz Augusto A. Martins (Usuário)

11. Ana Lúcia Jesuíno (Trabalhadora de Saúde)
12. Joaquim Alves Barros Neto (Trabalhador de Saúde)
13. Conselheira Noemy Tomita (Trabalhador de Saúde)
14. Paulo Capel Narvai (Trabalhadora de Saúde)
15. José Odair Ferrari (Trabalhador de Saúde)
16. Raimunda Nonata Carlos Ferreira – **Funasa** (Gestora)
17. Ana Costa – Funai (Gestora) - Titular
18. Ana Lúcia da Silva Ferreira – Conass (Gestora)
19. Representante dos Prestadores de Serviços de Saúde
20. Rosemeire Carvalho de Melo - Conasems - Titular

### **III. Comissão de Relatoria**

1. Conselheiro Artur Custódio de Sousa - Relator-Geral (Usuário)
2. Conselheira Maria Leda de Resende Dantas - Relatora-Adjunta (Usuária)
3. Maria Elenir Coroaia (Usuária indígena)
4. Luis Eduardo Lopes Albuquerque (Trabalhador de Saúde)
5. Marcos Siqueira Cortez (Trabalhador de Saúde)
6. Luciene Bastos Magalhães (Trabalhadora de Saúde)
7. Marcos A. Campo (Usuário Indígena)

8. Hilário da Silva (Usuário Indígena)
9. Ailson dos Santos (Usuário Indígena)
10. Renata Gerard Bondim – MEC (Gestora)
11. Maria Francisca Brita (Usuária)
12. Socorro Paiva (Usuária)
13. Willer Alves Reis (Usuário)
14. Gilson Silva (Usuário)
15. Sérgio Augusto Alves de Oliveira (Usuário)
16. Teresa Garcia (Trabalhadora de Saúde)
17. Luciana Benevides - **Funasa** (Gestora)
18. Roberto Carlos Oliveira – **Funasa** (Gestor)
19. Flávio Ricardo Liberali Magajewski – Conass (Gestor)
20. Rosemeire Carvalho de Melo – Conasems

## **IV. Comissões Especiais**

### **A) Comissão de Comunicação**

1. Valdeni Andrade França (Usuário)
2. Miriam Oliveira de Andrade (Trabalhadora de Saúde)
3. Cláudio Bernardo Pedrosa de Freitas – MEC (Gestor)
4. Conselheira Maria Theresa Almeida Antunes (Usuária)

5. Conselheiro José Marcos de Oliveira (Usuário)

6. Conselheira Geusa Dantas Lélis (Trabalhadora de Saúde)

## **B) Comissão de Infra-Estrutura**

1. Irenildo Cassiano Gomes (Usuário indígena)

2. Midas Oliveira – (Usuário indígena)

3. Maximiliano Correia Menezes (Usuário)

4. Ademir Gudrin (Gestor)

5. Denílson Ferreira de Magalhães - (Trabalhador de Saúde)

6. Conselheira Maria Irene Monteiro Magalhães (Usuária)

## **Grupo estratégico de apoio à organização da 4ª CNSI**

Ademir Gudrin; Ana Maria de Souza; Anderson Pereira Sousa; Andréia Vilarindo Couto; Antônia Maria Pereira; Áurea Lopes; Áurea Maria da Silva Monteiro Fujisawa; Benedita Nilva de Queiroz Vanderlei; Caco Xavier; Célida Mendes; Denize Cândido Lentini; Dulcineide Dias França; Edemilson Canale; Elieide dos Santos J. Ávila; Hélio Vasconcelos; Helma Kátia da Silva; Irânia Marques; Janaína da Silva Costa Rodrigues; Josinete Marques; Juliana Lima; Leila Resende Castro Herculano; Lúcia Maria Paixão Aragão; Luciana Benevides; Maria do Carmo Andrade; Maria Elenir Neves Coroaia; Maria de Lourdes de Oliveira Rodrigues; Maria Fátima de Sousa; Marylene Rocha; Maria Olívia Gama Vidal; Raimunda Nonata Carlos Ferreira; Roberto Carlos de Oliveira; Rogério Leonardo Lima de Sousa; Sônia Maria Zanelato; Regina Gomes de Oliveira; Antônia Evanúzia Oliveira Silva; Alexandra Mulher da Silva; Ieda Alves Diniz; Ledi da Silva; Maeva Cristina da Silva Melo; Sirlene Calixto; Maíra Rebelo Nasser; Tatiane Cristina Xavier de Castro; Vítor Paranhos

## **Produção cultural**

Eliane Brasileiro e Edson Menezes

## **Relatores de Síntese**

Bernadeth de Lourdes Von Sohsten, Denize Lentinni, Maria Alice Fernandes Branco, Nara Carneiro Lacerda, Patrícia de Lima Torres, Pedro Alves Filho, Roberto Teixeira Lima, Severino Ramos de Lima, Wagner Francisco da Silva.

## **Relatores de Grupo**

Aldacy de Sousa Xavier, Andre Quaresma de Souza, Ewerton Aires de Oliveira, Luciana Cortonesi, Luis Gustavo Antunes de Oliveira, Maria Paula Vanucci, Raphaela Ribeiro, Roberta Maria Amaral Lins, Tales Francisco Leonhardt Ferreira, Ana Angélica R. Menezes e Rocha

## **Contribuição para o texto final**

Cibele Lins Barreto Verani

## **Conselho Nacional de Saúde**

### **Conselheiros Titulares**

Adelmir Araújo Santana, Antônio Alves de Souza, Augusto Alves do Amorim, Carlos Alberto Ebeling Duarte, Cibele Gueresi de Mello Osório, Crescêncio Antunes da Silveira Neto, Eni Carajá Filho, Francisco Batista Júnior, Francisco das Chagas Dias Monteiro, Gianni Franco Samaja, Gilca Ribeiro Starling Diniz, Gilson Cantarino O'dwyer, Graciara Matos de Azevedo, Gyséle Saddi Tannous, Humberto Sérgio Costa Lima, Jesus Francisco Garcia, João Alceu Amoroso Lima, João Donizeti Scaboli, Jorge Nascimento Pereira, José Souza da Silva, Luiz Augusto Ângelo Martins, Luiz Fernando Correa Silva, Luiz Odorico M. de Andrade, Maria Eugênia C. Cury, Maria Helena Baumgarten, Maria Leda de Resende Dantas, Maria Natividade G.S.T.Santana, Moisés Goldbaum, Nildes de Oliveira Andrade, Paulo César Augusto de Souza, Paulo Rogério Albuquerque de Oliveira, Rosane Maria Nascimento da Silva, Rozângela Fernandes Camapum, Rui Barbosa da Silva, Silvia Marques Dantas de Oliveira, Solange Gonçalves Belchior, Volmir Raimondi, Wander Geraldo da Silva, William Saad Hossne, Zilda Arns Neumann.

### **Conselheiros 1º Suplente**

Sérgio Ricardo Góes Mena Barreto, Maria Luiza Jaeger, Daniel Klüppel Carrara, Georgimar Martiniano de Sousa, André Luis Bonifácio de Carvalho, Jougla de Abreu Bezerra, Maria Júlia Reis Nogueira, Eleuses Vieira de Paiva, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Fernando Passos C. de Barros, Neimy Batista da Silva, Rosane Lowenthal, Jorge José Santos Pereira Solla, Júlia Maria dos Santos Roland, Almir Adir Gentil, Núncio Manalla, Marcelo Ávila da Rosa, Ary Paliano, Luiz Alberto Silva, Olympio Távora Derze Correa, Rogério Carvalho Santos, Lérida Maria dos Santos Vieira, Luiz Gonzaga Araújo, Geraldo Adão Santos, Marlene Terezinha Didonet, Paulo

Ernani Gadelha, Lílian Aliche, Oséas Florêncio Moura Filho, Maria Grícia de Lourdes Grossi, Rebeca Litvin, José Carrijo Brom, Vera Lúcia Marques Vita, Jacqueline Pitanguy, José Caetano Rodrigues, Marisa Fúria, Edmundo Ferreira Fontes, Marco Segre, Lirce Lamounier.

### **Conselheiros 2º suplentes**

Rogério Tokarski, Manoel Renato Machado Filho, Renata Ramos Ribeiro, Margarida Maria Santana da Silva, Maria Inês Barbosa, José Oscar Miranda Pacheco, Izaac Fernandes, Gerônimo Paludo, Heder Murari Borba, Ciro Mortella, Lino Castellani Filho, Júlio Strubing Muller Neto, Noemy Yamaguishi Tomita, Artur Custódio Moreira de Sousa, Ana Lúcia Assad, Irineu Messias Araújo, Tito Oliani, Valdir Santos de Lima, José Cláudio dos Santos, Etelvina C. Santana (Maninha Xucuru), Mário César Scheffer, José Luiz Spigolon, Geusa Dantas Lelis, Maria de Fátima Rodrigues Silva, Alcides dos Santos Ribeiro, Francisca Valda da Silva, Soraya Maria Vargas Cortes, Cleuza de Carvalho Miguel, Maria Thereza Mendonça de Carneiro Rezende, Suely de Oliveira, Miriam Regina Fagundes Salomão, Cássia Regina Zappellini de Souza, Oraidia Maria de Abreu Gomes dos Santos, Mauro Fernando Schmidt, Maria Irene M. Magalhães, Fernando Luiz Eliotério, Clóvis A. Bouffleur.

### **Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde**

Eliane Aparecida da Cruz - Secretária Executiva

Alessandra Ximenes da Silva – Coordenadora de Comunicação e Informação em Saúde

Lúcia Maria Costa Figueiredo – Coordenadora da Equipe Técnica Normativa

Adalgiza Balsemão Araújo – Secretária de Relações Intersetoriais

### **Assessoria técnica**

Maria Camila Borges Faccenda, Neide Rodrigues dos Santos

### **Comunicação e informação em saúde**

Marionita Teixeira de Queiroz, Willian de Barreto Lima

### **Apoio**

Caroline Coelho Miranda, Edsonia Silveira da Silva, Marimi Melo da Silva

### **Colaboração**

Adalgiza Balsemão de Araújo, Ana Gabriela Nascimento Sena, Darcy de Oliveira Reis, Denise de Paula Cardoso, Gerson Lúcio Gomes Dumont, Gleisse de Castro Oliveira, Pérola de Jesus Santos Silva, Vânia Lúcia Ferreira Leite, Anderson Euripes Coutinho, Conceição de Maria Oliveira da Silva, Jaci de Jesus Santos Silva, Jannayna Martins Salles, José Maria do Amaral Sobreira Filho, Maicon Vinicius de Camargo, Maria Rita Rodrigues da Silva, Rosa Amélia Pereira Dias, Verônica Guedes Araújo, Wagner de Almeida Muniz.

### **Comissão Intersetorial de Saúde Indígena**

Titulares

Ana Lucia Escobar, Ana Maria Costa, Antônio Ricardo Domingos da Costa (Dourado), Carla Costa Teixeira, José Ângelo Silveira Nambiquara Txyalikisu, Maria do Carmo Andrade da Silva (Carmem Pankararu), Raimunda Nonata Carlos Ferreira, Roberto Antonio Liebgott, Valdenir Andrade França, Zilda Arns Neumann, Ailson dos Santos (Yssô Truká)

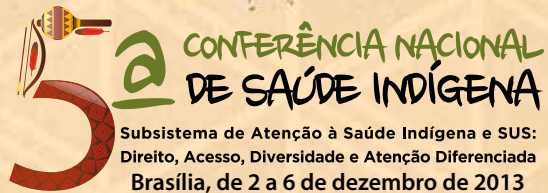


## **Suplentes**

Eliana Elizabeth Diehl, Roberto Lima Costa, Kamawayuri Leandro Marcelo Kamayurá, Carlos Guilherme Octaviano do Valle, Manoel Barbosa da Silva, Issaripe Lukukui Karaja, Roberto Guerrero Marques, Emerson Rubens Mesquita Almeida, Joaquim Ferreira Lima.

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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



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](http://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](http://www.saude.gov.br/sesai)  
E-mail: [sesai@saude.gov.br](mailto: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](http://www.conselho.saude.gov.br)  
E-mail: [cns@saude.gov.br](mailto: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  
Tháís 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](mailto: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:*

5<sup>th</sup> 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 Intersectorial 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 Pronta 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. Tamaña 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

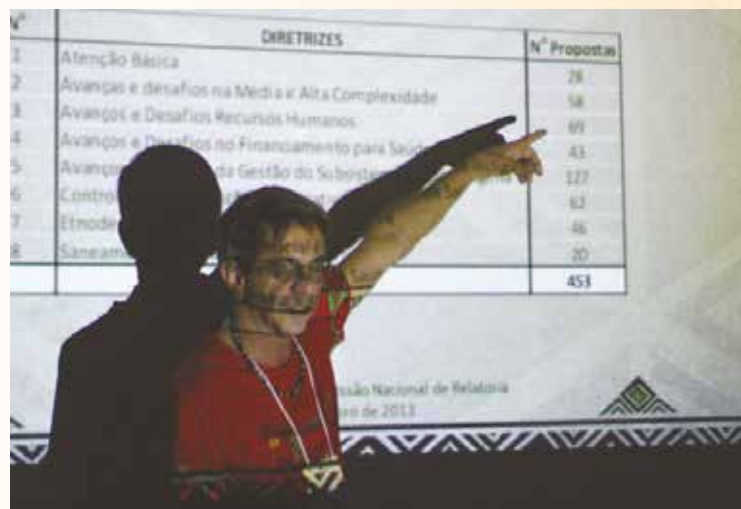


- Convenção 169 da OIT. Incluir o programa “Mais Médicos” na Saúde Indígena.
13. Criar uma política de recursos humanos para a Saúde Indígena, assegurando a efetivação dos atuais profissionais, transformando-a em carreira de Estado, garantindo que nas futuras contratações seja realizado concurso público 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, sanitarista, 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 Rename.
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 Renome 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 SESAI.
  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-voe 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 CASAs.
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 SESAI 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 SESAI, 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:
- 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.
  - 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).
  - 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:
- 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.
  - 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/SESAs 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**



## 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); SESA

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 CASAI 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.



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.

## 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



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
<b>Total</b>	<b>1.907</b>	<b>100,0</b>

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
<b>Total</b>	<b>1.226</b>	<b>100,0</b>

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-

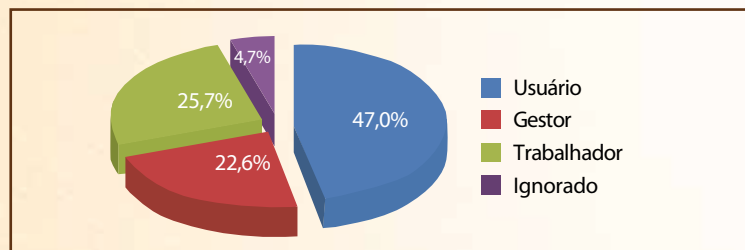
buição dos delegados por segmento na Tabela e no Gráfico a seguir:

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
<b>Total</b>	<b>1.226</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Subcomitê de Credenciamento da 5ª CNSI.

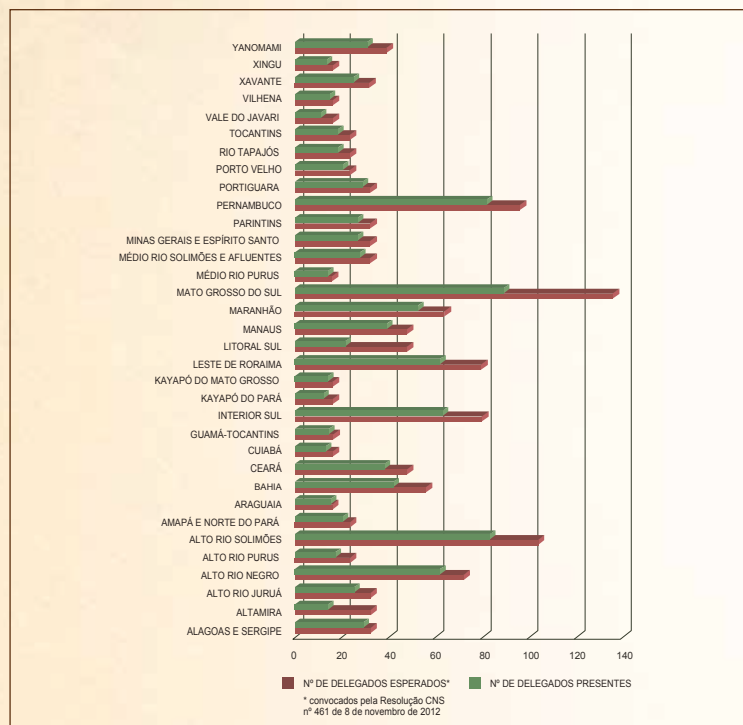
Figura 1 – Distribuição dos delegados por segmento de representatividade, 5ª CNSI, 2013



Fonte: Subcomitê de Credenciamento da 5ª CNSI.

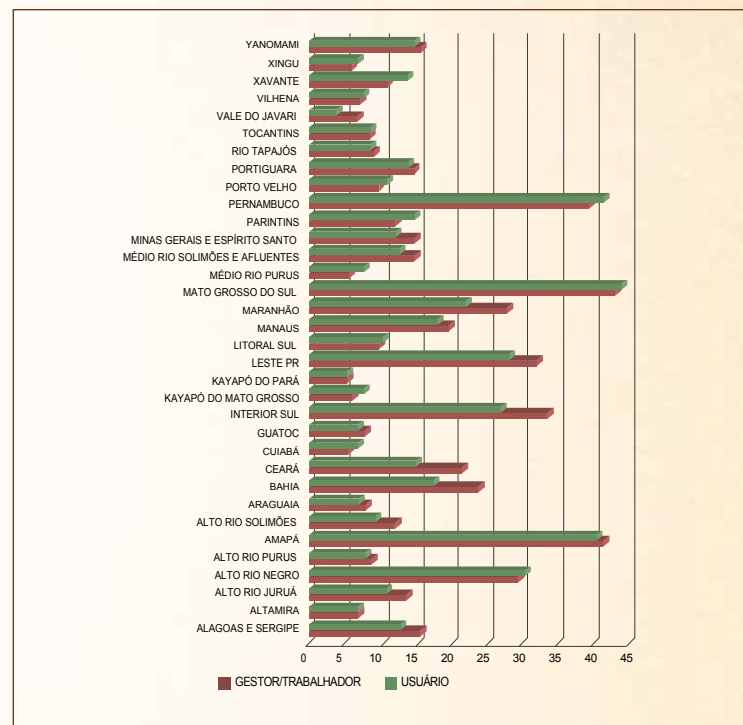
Ao analisarmos essas exigências e determinações, vamos mais além na transparência do esforço da Comissão Organizadora da 5ª CNSI, esmiuçando e apresentado essa paridade e participação conforme os resultados da convocação da Resolução CNS nº 461, de 8 de novembro de 2012, para os 34 Distritos espalhados 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
<b>TOTAL</b>	<b>1.352</b>	<b>1.084</b>	<b>80,2</b>

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.<sup>1</sup>

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.

---

<sup>1</sup> 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](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

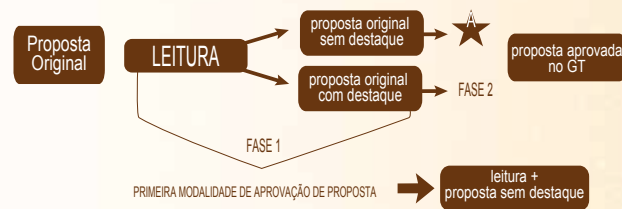


Fonte: Regulamento da 5ªCNSI.

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-



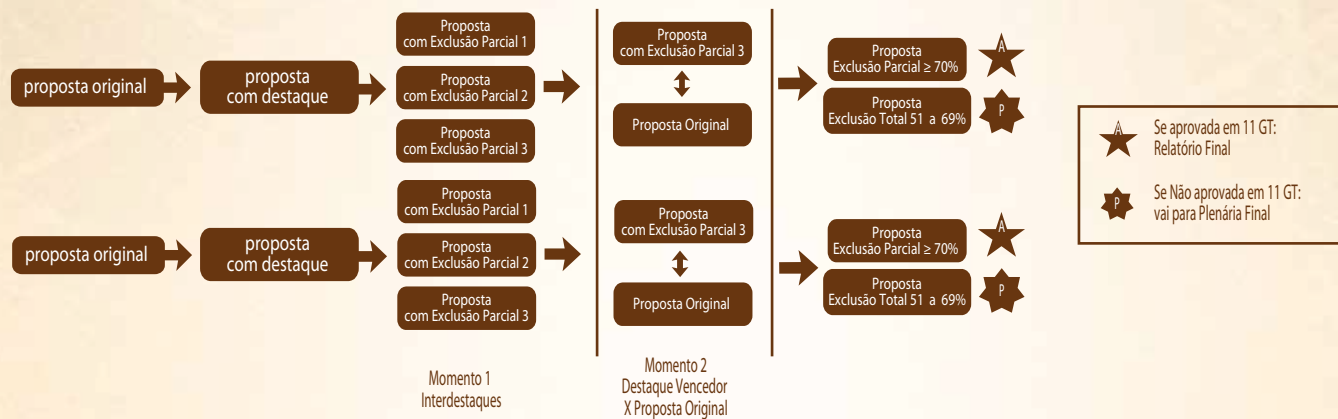
didados três minutos ao delegado que porventura se apresentasse para a defesa da manutenção da proposta original. Se houvesse mais de um destaque para uma mesma proposta, primeiramente, a Mesa Coordenadora procedia à votação dos dois, três ou mais destaques; em outras palavras, fazia-se a votação interdestaques, 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
<b>TOTAL</b>		<b>453</b>

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
<b>TOTAL</b>		<b>453</b>	<b>424</b>	<b>25</b>

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 medicinas 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

- O que é preciso melhorar no saneamento indígena (água, lixo, esgoto e drenagem)?
- 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"> <li>a) Suporte a toda Equipe.</li> <li>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.</li> <li>c) Controlar a aprovação das propostas sem destaques, por GT, que não irão para Plenária Final.</li> <li>d) Controlar as propostas que tiveram 70% de aprovação em 11 GT que não irão para Plenária Final;</li> <li>e) Controlar as propostas que não tiveram 70% de aprovação em 11 GT e que irão para Plenária Final.</li> <li>f) Repassar aos relatores da Plenária Final a relação das propostas não aprovadas que irão para a Plenária Final.</li> <li>g) Repassar à Comissão Organizadora as Moções conferidas e aprovadas para submetê-las à aprovação da Plenária Final.</li> </ol>

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 <b>Coordenação:</b> 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><b>Mesa Central:</b> Controle Social e Gestão Participativa</p> <p><b>Panelistas:</b> 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><b>Coordenação da Mesa:</b> Edmundo Dzuaiwi Omore – Povo Xavante – Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (Coiab)/Conselho Nacional de Saúde.</p> <p><b>Secretaria:</b> 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><b>Panelistas:</b> 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><b>Coordenação da Mesa:</b> Manoel Uilton dos Santos – Povo Tuxá/Coordenador da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apoimé).</p> <p><b>Secretaria:</b> 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><b>Mesa Central:</b> Etnodesenvolvimento e Segurança Alimentar e Nutricional</p> <p><b>Panelistas:</b> 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><b>Coordenação da Mesa:</b> Antônio Ricardo Domingos da Costa – Povo Tapeba/Comissão Intersetorial de Saúde Indígena/Conselho Nacional de Saúde.</p> <p><b>Secretaria:</b> Jacimar de Almeida Gouveia – Povo Kambeba/Assessora Indígena do DSEI Manaus.</p>	Plenário Principal – Mãe Terra
11h às 13h	<p><b>Mesa Central:</b> Saneamento e Edificação de Saúde Indígena</p> <p><b>Panelistas:</b> 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><b>Coordenação da Mesa:</b> Maria do Carmo Andrade – Povo Pankararu/Assessora Indígena do DSEI Pernambuco</p> <p><b>Secretaria:</b> 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 Potiguar – Presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena Potiguar (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><b>Coordenação:</b> 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><b>Representante da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil:</b> 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 (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.

§ 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	
<b>Norte 1</b>	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	
	<b>Norte 2</b>	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		
<b>Nordeste</b>	Alagoas e Sergipe	32	
	Bahia	56	
	Ceará	48	
	Maranhão	64	
	Pernambuco	96	
	Portiguara	32	
	SUBTOTAL	328	
	<b>Centro-Oeste</b>	Araguaia	16
		Cuiabá	16
		Kayapó Mato Grosso	16
		Mato Grosso do Sul	136
		Xavante	32
Xingu		16	
SUBTOTAL		232	
<b>Sul-Sudeste</b>	Interior Sul	80	
	Litoral Sul	24	
	Minas Gerais e Espírito Santo	32	
	SUBTOTAL	136	
<b>TOTAL</b>		<b>1.352</b>	

## 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
<b>TOTAL</b>	<b>835.166</b>	<b>608</b>	<b>744</b>	<b>2.704</b>	<b>487</b>	<b>4.572</b>	<b>2.288</b>	<b>1.143</b>	<b>878</b>	<b>487</b>	<b>1.143</b>	<b>878</b>	<b>487</b>	<b>1.390</b>	<b>5.982</b>

**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 Irlanda 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
- Joanice 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 Zapatterra 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

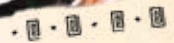
Equipe de Apoio:

- 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

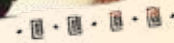




**TRABALHADORES DOS COMITÊS E SUBCOMITÊS DA  
5ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA**













DISQUE SAÚDE

**136**

Ouvidoria Geral do SUS.  
[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)



Ministério da  
Saúde

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PÁTRIA EDUCADORA