

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, Antônia 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: Emar Chapmam



# 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 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 1.141/1994, 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, assembleias 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.



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 xingwana.

## **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.

Denunciemos 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/<br>Representação     | Gestor /<br>Prestador<br>de serviço | Profissional de<br>saúde | Usuário    | Total      |
|------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|------------|------------|
| Delegado eleito<br>titular   | 128                                 | 174                      | 343        | 645        |
| Delegado<br>Suplente         | 11                                  | 15                       | 25         | 51         |
| Delegado<br>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

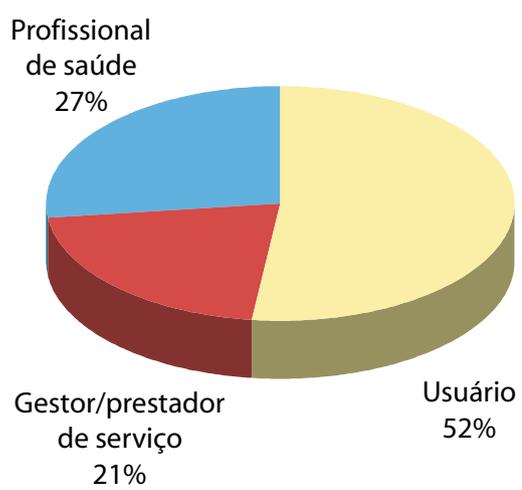
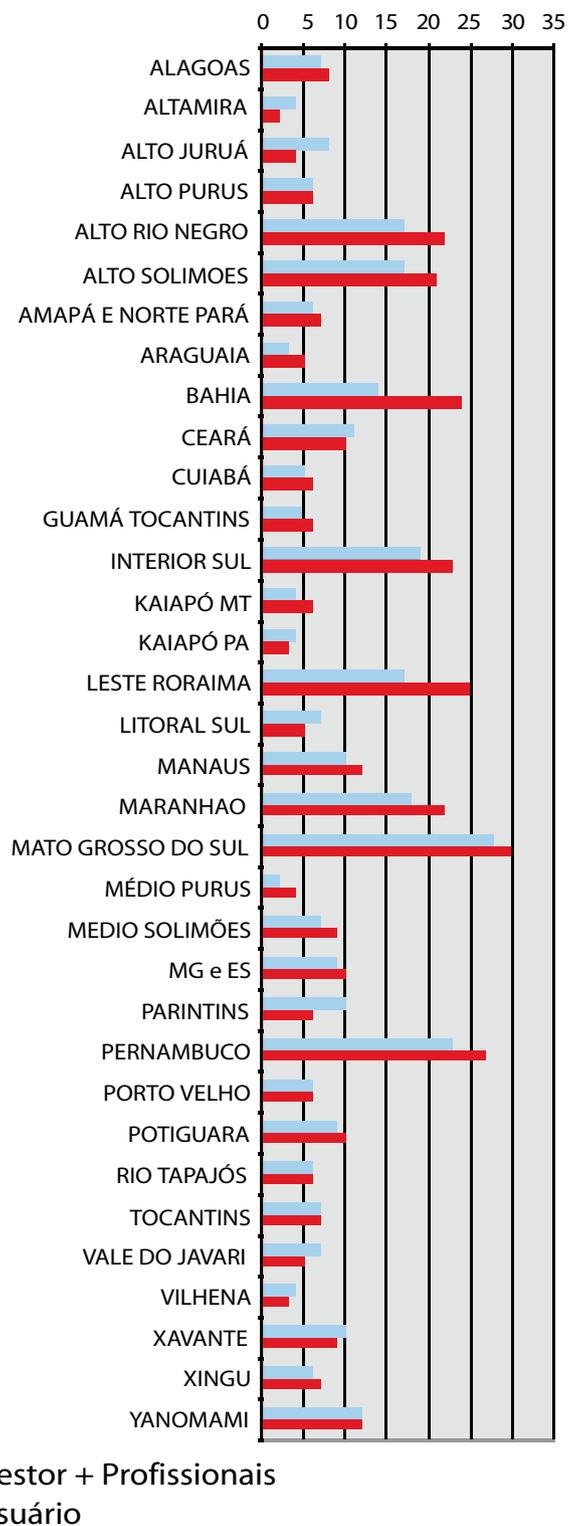


Figura II – Distribuição de delegados por DSEI e representação



## 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)

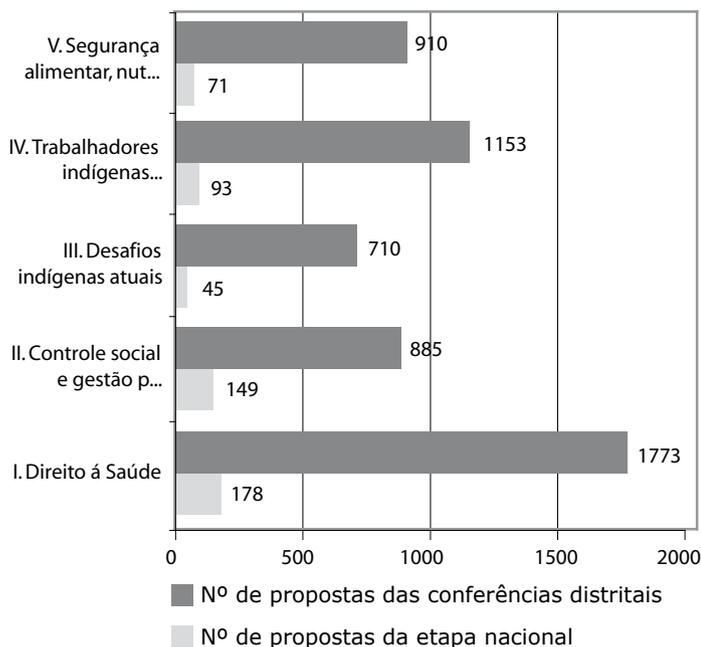
| <b>Eixos</b>  | <b>Nº de propostas das conferências distritais</b> | <b>Nº de propostas da etapa nacional</b> |
|---|--|--|
| b) Participação indígena nas esferas municipal, estadual e federal;   | 180  | 35                                       |
| c) Capacitação continuada de conselheiros;  | 137  | 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<br><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<br><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<br><i>(per capita)</i>      |
| <b>Total (18.228 pessoas, incluindo a participação nas etapas locais, distritais e nacional)</b>  |               | <b>580,57</b><br><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<br>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<br>Tedewa | 1    | Tupinambá         | 4    |
| Jenipapo-<br>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, Jouglas 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.