

## TRAJETÓRIAS DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE INDÍGENA

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 Yanomâmi, 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, equidade e participação comunitária (princípios do SUS), a serem garantidas aos povos indígenas, o que exigia que os serviços fossem definidos, imperativamente, por políticas públicas setoriais específicas.

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

orçamento da saúde indígena ser baseado em estudo das necessidades de cada grupo indígena.

O Modelo assistencial dos povos indígenas ficou definido como um subsistema do SUS, coordenado por órgão do Ministério da Saúde, com níveis de gerência nacional, regional e distrital (local) com autonomia de gestão (sanitária, administrativa e financeira). O subsistema consideraria a realidade local e as particularidades da cultura indígena, pautando-se por um Modelo com abordagem diferenciada de saneamento, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras e integração institucional. Foi considerada fundamental a descentralização, para garantir a participação indígena nas tomadas de decisão como direito 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 Nisi e com consultores técnicos. A competência de cada entidade envolvida com prévia definição. (2) O Dsei caracterizado por: (a) uma base territorial definida por critérios étnicos, geográficos, epidemiológicos e de acesso aos serviços; (b) o controle social exercido pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena, (Condisi), de composição paritária e de caráter deliberativo; (c) uma rede de serviços e equipes de saúde capacitadas, com meios de transporte e comunicação e suprimento regular de insumos; (d) a autonomia administrativa e financeira; (e) comando técnico e executivo único. O Condisi e o Nisi designam os gerentes. (3) Integração no SUS: as Casas de Saúde do Índio são componentes indissociáveis dos Dsei, ligados aos CDs ou Nisi. O Ministério da Saúde estabelecerá custos das AIH para pacientes indígenas, controlados pelos Nisis ou Dsei, 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 Nisi 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 Nisi e Condisi e para o seu papel de cooperação técnica com as organizações indígenas. Quanto à formação e pesquisa, estabelece que a contribuição no elaborar de propostas metodológicas e conteúdos programáticos para formação de recursos humanos indígenas e não indígenas e pesquisas devem ser associadas às ações de saúde, segundo as demandas dos Condisi e Nisi. Essas instituições garantirão o direito à propriedade intelectual das populações indígenas relativas ao saber tradicional sobre os recursos naturais, devendo contribuir para a formulação de políticas e modelos de atenção à saúde indígena e avaliação de modelos e projetos de assistência. Para 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 Nisi, 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 contato 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 autoestima 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.

### **3ª à 4ª. CNSI**

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

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

Ao Conselho Nacional de Saúde coube deliberar sobre as questões relativas à realização da Conferência, promovê-la e supervisioná-la em todas as suas etapas, considerando suas dimensões técnicas, políticas, administrativas e financeiras. Coube-lhe, também, designar os membros da Comissão Organizadora, de Relatoria e das Comissões Especiais de Comunicação e de 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 culturas indígenas, tinham consciência do valor histórico do que estavam fazendo e já sonhavam com a 5ªCNSI, 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.

A 5ª Conferência entrou para a história por ter tido uma ampla participação das comunidades indígenas nos debates. Foram realizadas 306 Conferência Locais, 34 Conferências Distritais, com a participação de indígenas e não indígenas, abrangendo 305 etnias que estão distribuídas em todo território brasileiro. Para a etapa Nacional, a 5ª Conferência superou a 4ªCNSI, saltando de 1.228 na 4ªCNSI para 2.368 participantes. O destaque especial da 5ªCNSI vai para a participação das vozes dos usuários indígenas que aumentou mais que duas vezes, ou seja, de 372 na 4ªCNSI

para 753 delegados indígenas representando 148 etnias, em outras palavras, pode-se registrar que 49% das etnias brasileiras estavam representadas pelo segmento dos usuários. Esse é, portanto, um momento em que a participação popular e o controle social na saúde ganham em expressão e em visibilidade, tornando-se, na prática, fatores decisivos na construção de uma nova política de atenção à saúde para os primeiros habitantes do Brasil – os povos indígenas.

Na Etapa Nacional, o número de Delegados esperados conforme Resolução CNS N° 461 de 8 de novembro de 2012, para a 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena era de 1.352. A Comissão Organizadora conseguiu cadastrar 99,6%, ou seja, 1.346 Delegados Nacionais. Durante a Conferência foram credenciados 2.507 participantes, destes, 1.541 delegados nacionais (65,1%); 280 participantes (23,1%) divididos entre convidados, painelistas e visitantes, com destaque para os 280 (11,8%) participantes que se dividiram em várias comissões para fazer acontecer da melhor maneira possível esta Conferência.

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

Todo esse esforço sem perder de vistas as exigências e determinações de paridade da Lei 8.142 de 28/12/1990 e da Resolução CNS N° 333 de 04/11/2003 quanto à distribuição dos delegados pelos segmentos dos usuários, trabalhadores e gestores, estes com o cuidado de se fazer representar pelos gestores das 34 unidades gestoras – os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Ao analisarmos essas exigências e determinações, vamos mais além na transparência do esforço da Comissão Organizadora da 5ª CNSI, esmiuçando e apresentado essa

paridade e participação conforme resultados da convocação da Resolução CNS N° 461 de 8 de novembro de 2012 para os 34 Distritos espalhados pelo Brasil. Resultados estes que rompem os paradigmas culturais da participação de gênero (com uma razão entre sexo de 1:2, em outras palavras, uma delegada para dois delegados), bem como os logísticos, rompendo barreiras geográficas de acesso a trabalhadores, gestores e usuários, em especial àquelas e àqueles que tiveram de deixar suas aldeias por água terra ou ar para representarem o conjunto de vozes de seus parentes, trabalhadores e gestores lá das unidades básicas de saúde, dos Polos Base Tipo I, Polos Base Tipo II, das CASAI. Mesmo os Distritos de difícil acesso, somente um dentre estes, não conseguiu alcançar os 100% de participação, ora, 93% já representa um sucesso; sucesso maior é a participação inexplicável de 100,9% para os Distritos que compõem a macrorregião Norte 2: Alto Rio Juruá (AC); Alto Rio Purus (AC); Amapá e Norte do Pará (AP); Rio Tapajós (PA); Altamira (PA); Guamá Tocantins (PA); Kaiapó do Pará (PA); Porto Velho (RO); Vilhena (RO); Leste de Roraima (RR); Yanomami (RR) e Tocantins (TO).

5ª CNSI além de debater e propor novas diretrizes para a reformulação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, ela trouxe também o debate quanto a desburocratização da gestão da saúde indígena, com a aprovação de moção que norteou o governo a elaborar uma proposta de criação Instituto Nacional de Saúde Indígena (INSI), novo modelo de gestão, que se encontra tramitando através do Projeto de Lei nº 3501/2015 no Congresso Nacional.