

III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA

RELATÓRIO FINAL

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

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

PRINCÍPIOS GERAIS

1. Cada povo indígena tem suas próprias concepções, valores e formas próprias de vivenciar a saúde e a doença. As ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde devem considerar esses aspectos, ressaltando os contextos e o impacto da relação de contato interétnico vivida por cada povo.
2. As ações de saúde destinadas aos povos indígenas devem priorizar a promoção à saúde e a prevenção das doenças.
3. A saúde indígena está diretamente relacionada à garantia da demarcação, desintrusão e vigilância permanente das terras indígenas.
4. O incremento demográfico dos povos indígenas, aliado às transformações decorrentes de um contínuo processo de redução territorial e degradação ambiental, exige a formulação e a execução de uma política de segurança alimentar, desenvolvimento sustentável e recuperação do meio ambiente nas áreas indígenas.
5. O acesso a uma educação que contribua para a formação de uma consciência crítica sobre a sua situação atual diante do mundo é indispensável para que os povos indígenas sejam sujeitos da construção de seus projetos de futuro.
6. A proteção do patrimônio cultural e dos processos de aproveitamento da diversidade biológica é condição para a afirmação da identidade étnica e fortalecimento da auto-estima dos povos indígenas.
7. A implantação de medidas e ações voltadas para o combate à discriminação e ao preconceito em relação aos povos indígenas, promovendo o reconhecimento e valorização da diversidade cultural na sociedade nacional e, especialmente entre os profissionais de saúde, determina as condições de vida e acesso da população indígena aos serviços de saúde.

8. As organizações indígenas têm um papel extremamente importante no processo de melhoria das condições de vida e de saúde, na implantação e implementação do modelo de atenção à saúde dos povos indígenas.
9. O fortalecimento do controle social e a sua abrangência intersetorial sobre as diversas formas de relação que afetam os povos indígenas é fundamental para a implantação de uma política de atenção integral aos povos indígenas.

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

PROPOSTAS

1. A gestão da saúde indígena é e deve permanecer como responsabilidade do Governo Federal/Ministério da Saúde.
2. O financiamento da saúde indígena deve ser assegurado pelo Ministério da Saúde no Orçamento Geral da União, de forma suficiente para atender aos usuários com oferta organizada de serviços em todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.
3. O Governo Federal deve assegurar a autonomia administrativa, orçamentária e financeira efetiva de gestão para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, reconhecendo-os como unidades gestoras, submetidos ao processo de controle social.
4. Constituem atribuições/responsabilidades do órgão gestor da saúde indígena/Ministério da Saúde:
 - implementar na Agenda Nacional de Saúde o Programa de Atenção, Prevenção, Promoção e Recuperação da Saúde Indígena;
 - divulgar sistematicamente informações sobre a atenção à saúde indígena, sensibilizando os gestores municipais, estaduais e a sociedade civil organizada quanto ao papel e responsabilidades de cada nível de governo na implantação da Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas;
 - estabelecer de forma participativa e transparente os critérios de distribuição de recursos entre os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, baseados em

parâmetros de acessibilidade, população, dispersão geográfica, perfil epidemiológico e exposição a fatores de risco;

- reafirmar o papel do chefe do distrito como gestor do sistema no nível distrital, definindo com clareza as relações do mesmo com as entidades conveniadas, governamentais e não-governamentais;
- rever os limites geográficos dos distritos que apresentam dificuldades operacionais na organização dos serviços, criando novos distritos quando necessário, levando em conta critérios demográficos, culturais e epidemiológicos, a partir de deliberação dos Conselhos Distritais;
- regulamentar as parcerias com organizações governamentais e não-governamentais, estabelecendo normas, atribuições e hierarquização de responsabilidades de forma transparente, bem como mecanismos eficazes de fiscalização e controle, com a participação dos Conselhos Distritais;
- regular e normatizar a celebração de pactos ou termos de parceria com municípios, relativos ao repasse do Fator de Incentivo à Atenção Básica à Saúde dos Povos Indígenas e incentivo hospitalar, sob o controle dos Conselhos Distritais;
- priorizar a celebração de convênios com as organizações indígenas atestando assim o respeito pela autonomia dos povos indígenas.
- normatizar e garantir a execução do atendimento diferenciado e de qualidade aos povos indígenas nas referências secundárias e terciárias da rede do SUS, com envolvimento dos recursos humanos destas unidades e acompanhamento dos Conselhos Distritais;
- criar mecanismos de acompanhamento e controle dos recursos do incentivo para assistência à população indígena nos hospitais do SUS garantindo a sua aplicação efetiva de acordo com termo de compromisso pactuado com os hospitais que devem prestar contas aos Conselhos Distritais da aplicação dos recursos;
- viabilizar a realização de auditorias externas e auditorias financeiras nos convênios para a saúde indígena em caráter periódico, repassando os relatórios para conhecimento dos respectivos Conselhos Distritais, no sentido de dar maior transparência à administração e para o controle social;

- garantir às entidades convenientes o repasse dos recursos necessários ao pagamento dos encargos sociais e garantias trabalhistas de todo pessoal que atua na saúde indígena;
- estimular a efetivação do SUS nos municípios onde ainda se encontra em estado incipiente de organização e informar os gestores locais sobre a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas;
- proporcionar capacitação em gestão do sistema de saúde para os chefes dos Distritos e os diversos parceiros governamentais e não-governamentais com a participação de lideranças, organizações indígenas, membros dos Conselho Locais de Saúde e Conselho Distrital;
- estabelecer mecanismos de articulação interinstitucional com entidades cujas atribuições tenham repercussões sobre a saúde indígena (Ministério da Agricultura, Ministério do Desenvolvimento Agrário e outros) e, em especial, com o órgão indigenista oficial/Ministério da Justiça que deve redobrar esforços no cumprimento de suas competências já legalmente definidas visando o aspecto da integralidade da saúde;
- cobrar responsabilidades dos gestores e prestadores de serviços de saúde quanto ao abastecimento contínuo de insumos adequados, suficientes em áreas indígenas, sendo encaminhadas cópias trimestrais para apreciação do Conselho Distrital.
- incluir os povos indígenas ainda não reconhecidos oficialmente e os índios que residem fora das terras indígenas, no planejamento das atividades dos Distritos, conforme especificidades locais e com a participação dos Conselhos Distritais;
- garantir, em relação às Casas de Saúde do Índio:
 - ✓ recursos específicos para sua implantação e efetivo funcionamento em todos os Distritos, respeitando as especificidades regionais;
 - ✓ sua integração na estrutura dos Distritos, com subordinação de suas gerências às chefias dos DSEI;
 - ✓ a definição do seu papel e do quadro funcional de acordo com cada realidade e seu funcionamento obedecendo aos critérios estabelecidos pela Vigilância Sanitária, com parâmetros nutricionais adequados e representação nos Conselhos Distritais;

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

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

PROPOSTAS

11. O planejamento, a execução e a avaliação das ações de saúde devem ser feitos de acordo com a análise do perfil epidemiológico da população indígena local e distrital.
12. Implantar e implementar ações de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em todos os Distritos, pólos-base e aldeias.
13. Garantir a cobertura vacinal adequada e investigação epidemiológica das doenças imunopreveníveis de forma homogênea nas áreas indígenas.
14. Implantar e implementar os diversos programas de saúde definidos pelo Ministério da Saúde nas áreas indígenas, inclusive o Controle de Zoonoses.
15. Articular com os governos de países fronteiriços uma Vigilância Epidemiológica conjunta.
16. A sistematização e análise das informações em saúde devem ser descentralizadas para o nível local (nos pólos-base e municípios), permitindo uma visão integral da realidade na área de abrangência de cada Distrito Sanitário Especial Indígena.
17. O acesso ao Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena - SIASI - deve ser tecnologicamente adequado às diversas realidades das áreas indígenas, de forma a propiciar o fluxo de informações dentro de uma periodicidade definida, visto que grande parte das áreas indígenas não possui sistema de comunicação adequado.
18. O Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena - SIASI - deve ser adequado à realidade indígena, incluindo traduções nas línguas maternas dos formulários a serem preenchidos pelos Agentes Indígenas de Saúde.
19. Os Sistemas de Saneamento Básico devem ser adaptados às diversas realidades sócio-culturais, implantados e implementados em todas as áreas indígenas.
20. O SIASI deve ter uma intercomunicabilidade com os demais sistemas de informações do Ministério da Saúde (SIM, SINAN, SINASC entre outros), devendo se garantir um fluxo bidirecional de informações entre os municípios, pólos-base, FUNAI (dados de população indígena - declaração de óbitos, de

nascidos vivos-, notificação/investigação dos agravos de notificação compulsória, imunizações).

21. O Departamento de Saúde Indígena deve participar periodicamente da avaliação das ações de Vigilância em Saúde e do SIASI no âmbito de cada Distrito em conjunto com as entidades envolvidas e com os órgãos de controle social (Conselhos Locais e Distritais).
22. O DESAI deve analisar os modelos alternativos de sistemas de informações já utilizados em alguns Distritos, simplificando formulários, como subsídio para implementar o SIASI em nível nacional de forma ágil.
23. Padronizar modelos de acompanhamento e avaliação dos programas de saúde.
24. Iniciar o cadastramento das famílias indígenas desaldeadas e garantir o acesso das mesmas às ações e serviços de saúde.
25. Manter intercâmbio de informações em saúde e fluxo de comunicação e troca de experiências entre gerências e chefias dos Distritos, DESAI, instituições conveniadas, equipes multidisciplinares, comunidades indígenas etc., garantindo-se meios de comunicação, como revista, jornal, telefone, página na internet etc.
26. Garantir a implementação integral da Vigilância em Saúde através da articulação entre os diversos atores que prestam atendimento ao índio de acordo com as diretrizes propostas pelo Departamento de Saúde Indígena.
27. Garantir a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos povos indígenas através da adequação da estrutura física da rede e dos serviços, de forma a contemplar tanto as especificidades sócio-culturais, quanto as diretrizes da Vigilância Sanitária.
28. O órgão gestor da saúde indígena/MS deve se articular junto aos órgãos competentes de comunicação para implantar uma frequência de rádio exclusiva para saúde indígena nas áreas onde seja necessária, com o objetivo de potencializar as ações de saúde.

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

CONTEXTUALIZAÇÃO

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

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

A proximidade das cidades, a presença de instalações militares, grandes projetos econômicos, mobilidade sazonal em busca de trabalhos temporários, garimpos, exploração madeireira, turismo e áreas de fronteiras são fatores que estão associados ao incremento desses problemas entre os povos indígenas.

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

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

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

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

PROPOSTAS

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

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

indígenas ou que mantêm contato permanente com a população (instalações militares, áreas de turismo, áreas de fronteira, garimpos, trabalhadores de grandes projetos de desenvolvimento).

47. Promover a articulação com os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS e CAPS) para constituírem referência nos casos de maior gravidade em relação ao alcoolismo /saúde mental.
48. Promover articulações para aperfeiçoamento de medidas que proíbem a venda de bebida alcoólica aos índios com envolvimento do Ministério Público.
49. Demitir e estabelecer medidas punitivas para coibir funcionários públicos civis e militares e trabalhadores de saúde que comercializam e/ou promovem a circulação de bebidas alcoólicas em terras indígenas.

FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL

PROPOSTAS

50. Garantir a disponibilidade de informação sobre custo e benefício das ações de saúde do sistema de saúde indígena aos Conselhos Distritais.
51. Garantir a capacitação continuada para conselheiros indígenas e não-indígenas, com abordagens pedagógicas adaptadas às realidades de cada povo.
52. Produzir, com a participação dos agentes indígenas de saúde e professores, cartilhas bilíngües que informem os conselheiros locais sobre políticas e leis de saúde, bem como informações sobre doenças e agravos de maior incidência para o fortalecimento do controle social.
53. Promover, através do Conselho Nacional de Saúde, modificações nas leis que instituem os conselhos de saúde (municipal/estadual/nacional) de modo a garantir a inclusão de representantes indígenas nestes conselhos.
54. Garantir a representação indígena na nova reestruturação do Conselho Nacional de Saúde – CNS – e a sua homologação imediata pelo Sr. Ministro da Saúde.

55. Recomendar a recomposição da Comissão Intersectorial de Saúde Indígena - CISI, para garantir a paridade com representações indígenas das regiões: 1 norte, 1 nordeste, 1 centro-oeste, 1 sul, 1 sudeste.
56. Implementar o Comitê Indígena, em caráter permanente, para assessorar e acompanhar as ações da FUNASA relativas à saúde indígena.
57. Garantir que todas as deliberações dos conselhos de saúde, bem como quaisquer outras decisões técnicas ou administrativas dos Distritos e do DESAI, sejam divulgadas para as comunidades indígenas em boletins periódicos, jornais, vídeos, meios eletrônicos e outros meios de comunicação.
58. Garantir a disponibilidade de recursos, nos planos distritais, para deslocamento, alimentação, estadia dos conselheiros, capacitação continuada, reuniões dos conselhos em locais definidos, troca de experiências, ações de articulação local, distrital, regional, nacional e outras atividades necessárias ao exercício do controle social.
59. Garantir que as deliberações dos conselhos distritais sejam respeitadas e implementadas de imediato.
60. Promover em cada estado reunião do Conselho Distrital com os Deputados Federais para garantir a aprovação dos recursos necessários para a promoção da saúde indígena no orçamento da FUNASA/MS.
61. Providenciar a implantação e implementação de todos os Conselhos Locais e Distritais até final de 2001.
62. O Conselho Distrital e lideranças indígenas devem deliberar sobre a indicação do nome para o chefe do respectivo Distrito - respeitando os critérios estabelecidos pela FUNASA/Comitê Indígena.
63. Realizar Conferências Nacionais de Saúde Indígena a cada quatro anos, respeitando a Lei 8.142, em data anterior à da Conferência Nacional de Saúde.
64. Consultar os Conselhos Distritais de Saúde Indígena, para definição de critérios de participação e distribuição de vagas nas próximas Conferências de Saúde, respeitando-se a Resolução Nº 33 do Conselho Nacional de Saúde.
65. Os estados, municípios, Forças Armadas e outras instituições prestadoras de serviços deverão submeter ao Conselho Distrital de Saúde Indígena seus projetos e programas relativos à saúde indígena, para avaliação e aprovação.
66. O Departamento de Engenharia de Saúde Pública/FUNASA deverá consultar a comunidade e conselhos para a discussão, definição das obras a serem

executadas em áreas indígenas e, posteriormente, dar a conhecer a prestação de contas.

67. Garantir a participação de mulheres nas instâncias de controle social, levando em conta a realidade de cada povo e suas diferenças étnicas e culturais.
68. Os Conselhos Locais e Distritais devem desenvolver formas de fiscalização e monitoramento de ações de atenção aos usuários indígenas desempenhadas nos Distritos e Sistema Único de Saúde - SUS.
69. Devem ser discutidas nos Conselhos Distritais políticas e ações intersetoriais que visem a qualidade de vida das populações indígenas.
70. Os Distritos deverão promover encontros periódicos com as comunidades para esclarecimento sobre a finalidade do Conselho Local de Saúde, convidando lideranças de outras regiões que já compreendem o processo de controle social.
71. Criar no DISK-SAÚDE do Ministério da Saúde – MS um atendimento especializado na saúde indígena para apontar irregularidades na assistência às populações indígenas na rede básica e hospitalar de referência.
72. Articular um fórum em defesa da cidadania e da qualidade de vida para as populações indígenas, ribeirinhos e outros, que ainda não têm acesso a saúde e educação.

AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE: FORMAÇÃO, RECONHECIMENTO E INSERÇÃO SOCIAL

PROPOSTAS

73. A seleção dos agentes indígenas de saúde será feita pelas comunidades indígenas, observando critérios e diretrizes dos Conselhos Locais, Distritais e da FUNASA.
74. Adequar o número de Agentes Indígenas de Saúde, considerando número de famílias, dispersão das moradias, condições de acesso geográfico, perfil epidemiológico e aspectos culturais.
75. Assegurar que os Agentes Indígenas vinculados ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS - e Programa Saúde da Família – PSF - sigam as diretrizes estabelecidas pelo DESAI/FUNASA.

76. Criar mecanismos para oferecer educação básica associada ao processo de formação dos Agentes Indígenas de Saúde, preferencialmente na própria comunidade, conforme Referenciais Curriculares Nacionais para as Escolas Indígenas - MEC.
77. Garantir junto ao Ministério da Educação, Secretarias Estaduais e Municipais de Educação a viabilização da escolaridade formal dos Agentes Indígenas de Saúde, para profissionalização na área de saúde de nível médio e superior, assegurando a especificidade indígena.
78. Garantir a implantação nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas do Programa de Formação dos Agentes Indígenas de Saúde desenvolvido pelo Departamento de Saúde Indígena - DESAI/FUNASA - utilizando a metodologia problematizadora, considerando as especificidades de cada povo.
79. Viabilizar a implantação de protocolos técnicos dos programas de saúde nos Distritos, para apoio aos profissionais, incluindo o Agente Indígena de Saúde.
80. Assegurar fóruns (em níveis local, regional e nacional) que possibilitem a discussão e deliberação sobre o papel e a inserção dos Agentes Indígenas (Agente Indígena de Saúde, Agente de Saúde Microscopista, Agente de Saneamento, Agente de Higiene Dental, entre outros) nas equipes distritais.
81. A FUNASA, em entendimento com os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, Secretarias Estaduais e Municipais de Educação, deve firmar termo de cooperação com Escolas Técnicas/Centros Formadores para a formação e titulação de Agentes Indígenas de Saúde, Auxiliares de Enfermagem Indígenas e outros técnicos na área de saúde através de um processo de capacitação diferenciada e contínua de acordo com cada povo indígena, a exemplo do Projeto Xamã, de Mato Grosso.
82. Observar a proporção de no máximo quinze agentes de saúde para cada enfermeiro nas Equipes Multidisciplinares de Saúde, como recomenda o Ministério da Saúde no Programa de Saúde da Família.
83. Garantir a continuidade no processo de capacitação para todos os Agentes Indígenas de Saúde, priorizando as necessidades que as comunidades apresentam, estabelecendo estratégias pedagógicas diferenciadas para os Agentes Indígenas que tenham pouco domínio da língua portuguesa.
84. Avaliar a possibilidade de extensão e adequação do Programa de Formação de Auxiliares de Enfermagem - PROFAE - às comunidades indígenas.

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

DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA ATUAÇÃO EM CULTURAS DIFERENCIADAS

RECOMENDAÇÕES

Admissão de pessoal

Os critérios de admissão devem contemplar, além da habilitação técnica de cada categoria profissional, preocupações com: motivação, afinidade, e compromisso com a causa indígena, capacidade de se adaptar às condições de vida e trabalho na

aldeia, de conviver e aceitar os costumes indígenas e se dispor ao aprendizado da língua indígena.

Processo de capacitação/supervisão/avaliação

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

Regulamentação profissional e organização dos processos de trabalho

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

PROPOSTAS

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

levando em conta regime de trabalho, experiência, qualificação, tempo de serviço e a realidade de cada Distrito.

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

A HIPERMEDICAÇÃO E AS PRÁTICAS TRADICIONAIS

PROPOSTAS

112. Capacitar e acompanhar todos os trabalhadores de saúde para estabelecer os limites de utilização dos medicamentos de forma responsável, visando a garantia da integridade da saúde.
113. Incluir remédios fitoterapêuticos na farmácia básica das Equipes Multidisciplinares de Saúde dos Distritos.
114. Garantir uma política adequada de fornecimento de medicamentos de comprovada segurança, eficácia terapêutica e qualidade baseada no perfil epidemiológico de cada Distrito.
115. Garantir a distribuição regular de soro anti-ofídico (inclusive liofilizado) para as unidades de saúde em área indígena (pólos-base).
116. Capacitar as Equipes Multidisciplinares de Saúde nas boas práticas de manipulação das plantas medicinais implantando Unidades Laboratoriais Básicas.
117. Garantir a alocação de recursos, viabilizar e incentivar as iniciativas que visem o resgate, a valorização e o acesso aos Sistemas Tradicionais de Saúde Indígena.
118. Viabilizar o atendimento diferenciado aos povos indígenas na rede de referência, através da garantia de acesso do paciente internado às práticas tradicionais indígenas.
119. Incluir os conhecedores de plantas medicinais das aldeias e outros especialistas indígenas, como orientadores no processo de formação dos Agentes Indígenas de Saúde.
120. Incentivar e apoiar o trabalho integrado da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena com professores indígenas nas escolas, visando a valorização da saúde e das práticas tradicionais.
121. Valorizar e capacitar as parteiras tradicionais indígenas.

ÉTICA EM PESQUISA, PROPRIEDADE INTELECTUAL E PATENTES ENVOLVENDO POVOS INDÍGENAS

RECOMENDAÇÕES

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

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

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

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

PROPOSTAS

122. Qualquer instituição ou pesquisador que realizar atividades técnicas ou científicas nas comunidades indígenas deverá apresentar obrigatoriamente ao Conselho Distrital, à organização indígena e à comunidade os resultados obtidos, formulados de maneira completa e acessível. Esta proposta deverá ser contemplada no Decreto a ser estabelecido a partir da Medida Provisória nº 2126/11, do 26 abril de 2001.
123. Deve ser criada e implementada uma comissão intersetorial permanente formada pelo Ministério do Meio Ambiente, Ministério da Justiça, Ministério da Educação, Ministério da Ciência e da Tecnologia, Ministério da Saúde, organizações indígenas e organizações não-governamentais não-indígenas para analisar e aprovar projetos de pesquisa científica e técnica em terras indígenas, tendo anuência preliminar do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de origem e da comunidade indígena.

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

- iv. O acesso a recursos genéticos situados em terras indígenas dependerá do prévio consentimento livre e esclarecido das comunidades indígenas, conforme a Resolução N° 304/2000 do Conselho Nacional de Saúde e da Medida Provisória N° 2126/11, de 26/04/2001.
- v. Os resultados da exploração econômica dos conhecimentos tradicionais e dos recursos genéticos situados em terras indígenas deverão ser repartidos de forma eqüitativa entre as comunidades indígenas que habitam essas terras e o empreendedor.

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

PROPOSTAS

- 131. Fazer cumprir a Constituição Federal, Art. 231 e Art. 232, para garantir as revisões e ampliações das áreas que sejam insuficientes para sobrevivência dos povos indígenas.
- 132. Declarar a nulidade dos decretos que instituem unidades de conservação que se sobrepõem às terras indígenas.
- 133. Promover a articulação das instituições responsáveis pela política do meio-ambiente e saúde para a despoluição e descontaminação dos rios e para a proteção dos mananciais hídricos existentes nas terras indígenas, proibindo a utilização de agrotóxico nas proximidades, incluindo ações de educação em saúde ambiental.
- 134. Promover o reflorestamento e a recuperação de áreas degradadas em territórios indígenas, respeitando a cultura de cada povo.
- 135. Recuperar as áreas degradadas nas nascentes dos rios com reflorestamento biodiversificado.
- 136. Fazer cumprir a legislação ambiental de proteção ao meio-ambiente.
- 137. Os cursos d'água localizados nas áreas indígenas e as suas nascentes devem tornar-se reserva permanente de controle ambiental.
- 138. Realizar pesquisa alimentar e nutricional junto às comunidades indígenas com o objetivo de obter um quadro da situação nutricional, para que a FUNASA defina uma política de nutrição em parceria com organizações

governamentais e não-governamentais, respeitando os hábitos alimentares de cada povo.

139. As instituições responsáveis devem desenvolver junto às comunidades indígenas programas e projetos de fiscalização e uso do território, articulados à regularização das terras indígenas, visando garantir a sustentabilidade e a segurança dessas populações.
140. O Governo Federal deve viabilizar o financiamento, a fundo perdido, aos projetos agrícolas em comunidades indígenas.
141. O Governo Federal deverá criar um fundo financeiro para os povos indígenas destinado ao apoio de projetos de desenvolvimento sustentável, gerido por um conselho intersetorial (MMA, MJ, Banco do Brasil e outros) paritário com a participação de representantes indígenas. Os créditos deste fundo devem ser a fundo perdido.
142. Fazer gestões junto ao Ministério do Desenvolvimento Agrário para: 1) a definição, com a participação das organizações indígenas, de critérios específicos para uma versão do Programa Nacional de Fortalecimento de Agricultura Familiar - PRONAF, que atenda às especificidades dos povos indígenas; 2) a ampliação do crédito denominado “B”, com acesso ao crédito “C” desse Programa para todas as comunidades indígenas no Brasil.
143. Fazer gestões junto ao Ministério da Justiça visando que a Comissão Intersectorial criada pelo Decreto Nº 3799, de 19/04/20001, seja instalada no prazo de 30 dias com o objetivo de discutir e definir propostas de ações integradas para garantir a sustentabilidade das comunidades indígenas.
144. A Comissão Intersectorial – Dec. 3799/2001 e a FUNAI devem providenciar, junto ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e Ministério da Justiça, o aumento dos recursos destinados a desenvolver programas de segurança alimentar e projetos sustentáveis para as comunidades indígenas.
145. Os Ministérios da Ciência e Tecnologia e de Educação devem incentivar pesquisas e estudos de viabilidade técnico-econômica e ecológica de projetos de manejo florestal em terras indígenas.
146. Providenciar junto ao Ministério de Agricultura, Desenvolvimento Agrário e do Abastecimento e do Ministério da Justiça a criação de um programa de cursos de capacitação técnica de acordo com a especificidade das atividades produtivas de cada povo indígena.

147. Criar, no âmbito da FUNAI/MJ, mecanismo de participação indígena na definição das prioridades, na formulação de projetos e na aplicação de recursos destinados às atividades produtivas, com a criação de conselhos regionais paritários e participação de técnicos indígenas no acompanhamento das propostas.
148. Manter gestão junto aos governos estaduais para implementação do ICMS Ecológico a nível nacional.
149. A FUNASA/MS deve fazer gestões junto aos órgãos competentes para a criação de novas pistas de pouso em locais de difícil acesso.
150. A FUNAI/MJ deve fazer gestões junto aos órgãos competentes para garantir a manutenção das estradas vicinais que dão acesso às aldeias indígenas.
151. A FUNAI/MJ e a FUNASA/MS devem garantir as condições para o incentivo ao uso de matéria-prima local para a adequação de tecnologias próprias dos índios na construção de suas moradias, encaminhando projetos aos órgãos de financiamento.
152. O Ministério Público Federal e o Ministério da Justiça devem fazer cumprir a legislação que penaliza o responsável por transação comercial lesiva às comunidades indígenas.
153. O Governo Federal – FUNAI/MJ deve incentivar a troca de experiências relativas a projetos de alternativas econômicas que tenham contribuído para o melhoramento da qualidade de vida nas comunidades indígenas por meio de seminários promovidos com o apoio do Ministério do Desenvolvimento Agrário e do Ministério do Meio Ambiente.
154. Acrescentar aos programas de saúde e educação a conscientização do perigo advindo dos alimentos industrializados e geneticamente modificados, bem como o incentivo à produção e ao uso de alimentos naturais.
155. Garantir o acesso à água potável em quantidade nas áreas indígenas com a implantação de uma proposta de saneamento básico, discutida com as comunidades e adequada à realidade.
156. Construir barragens visando a irrigação, conforme a necessidade de cada comunidade e outros dispositivos de retenção e acumulação de água.
157. Implementar uma brigada indígena de combate a incêndios em áreas indígenas.

MOÇÕES APROVADAS NA PLENÁRIA FINAL

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

1. Nós, Delegados da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, repudiamos a criação ou existência de cooperativas prestando assistência, no âmbito do SUS, a exemplo das propostas do PAS, em São Paulo, e do PAI, em Roraima, que relegaram a população da cidade de São Paulo e do estado de Roraima a condições de assistência humilhantes. Dentre esses usuários que sofrem com essas práticas, encontram-se índios de Roraima que esperam dias e mais dias afastados de sua comunidade para realizarem exames de nível secundário ou terciário.
2. Nós, Delegados da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, vimos de público manifestar que as Forças Armadas Brasileiras, instaladas nas fronteiras ou em áreas indígenas de abrangência do DSEI respeitem, valorizem e apóiem a saúde indígena.
3. Nós, Delegados da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, propomos a reformulação do Sistema Nacional dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, com a inclusão de mais um DSEI, doravante denominado DSEI Santarém/PA, pólos-base em Takuara – rio Tapajós e São Francisco – rio Arapiuns, objetivando prestar assistência na área de saúde às populações indígenas, localizadas no baixo curso do rio Tapajós e ao longo do rio Arapiuns, quais sejam: rio Tapajós, margem direita: comunidades de Takuara, Bragança e Marituba; margem esquerda do rio Tapajós: comunidades de Escrivão, Camarão, Pinhel, Jaca, Paraná-Pixuna, Santo Amaro, Jauarituba, Mixirituba, Muratuba, no total de aproximadamente 1.743 pessoas no rio Tapajós e 1.322 pessoas em 12 comunidades, localizadas ao longo do rio Arapiuns.
4. Nós, Delegados da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em Luziânia/GO entre 14 e 18 de maio de 2001, apelamos ao presidente da FUNAI em caráter de urgência, para que agilize o processo de reconhecimento étnico dos povos TUPINAMBÁ e TUMBALALÁ, localizados, respectivamente, no sul e norte do estado da Bahia, para que possam ter assegurados seus direitos em relação à saúde, educação e terra.
5. Pela elaboração e aprovação de Projeto de Lei que garanta recursos permanentes no orçamento da União para financiar o modelo de atenção à saúde dos povos indígenas, visando assim maior estabilidade nas ações de saúde para estes povos e que os recursos contemplem cada distrito, considerando as especificidades geográficas e étnicas.
6. Nós, Delegados na III Conferência Nacional de Saúde Indígena, nos manifestamos a favor da construção de um novo Modelo de Assistência à Saúde às Mulheres Indígenas, garantindo: atendimento diferenciado voltado

para as diversas realidades das comunidades em todo Brasil; Programa de atendimento à saúde integral da mulher nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, exames preventivos de câncer da mama e de colo uterino, participação da mulher nas ações de saúde, acesso a acompanhamento de pré-natal, criação de um programa de capacitação das parteiras tradicionais visando a valorização do parto natural e criação de um sistema de vigilância nutricional adequado à realidade de cada povo.

7. As experiências, desde a implantação do Distrito Sanitário Especial Indígena do Médio Solimões e Afluentes, mostraram que a execução de suas ações planejadas tornou-se inviável em decorrência das dificuldades de acesso e da diversidade étnica. Propõe-se uma revisão geopolítica deste DSEI, visando a reorganização da região do médio e baixo Juruá como Distrito.
8. Nós, Delegados e Delegadas da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, apoiamos a iniciativa do Estado por atuar em cooperação com organizações públicas não-estatais, voltadas para a promoção da justiça social, na execução da assistência à saúde indígena, priorizando as ações básicas de saúde nas aldeias, a formação e a capacitação de agentes indígenas de saúde e estimulando a participação comunitária para o controle social.

9. A APOINME-Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo – Micro-Região Ceará

Considerando que:

A Constituição Federal, promulgada em 1988, em seu artigo 231, fala sobre Direitos e Organização Social dos Índios, que sejam levados em consideração: a ocupação tradicional desses povos e que os mesmos possam usufruir dos direitos e garantia da assistência já conquistada por nós, Povos Indígenas do Brasil, pois independente do reconhecimento oficial, todos são etnicamente diferenciados e têm-se comprometido arduamente na luta pela terra e pelos direitos constitucionais;

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

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

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

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

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

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

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

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

10. Nós, Delegados da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, apoiamos a decisão da XI Conferência Nacional de Saúde, que posicionou-se contra a transformação da FUNASA em Agência Executiva.
11. Os delegados da III Conferência Nacional de Saúde indígena propomos a reformulação dos DSEI com a inclusão de mais um Distrito para o estado do Rio Grande do Sul, tendo como principal justificativa a efetivação do controle social e população de 15 mil Kaingang e 2 mil Guarani distribuídos em mais de 35 municípios.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

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

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

13. Nós, Delegados da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, repudiamos a construção de unidades militares nos territórios indígenas demarcados ou em processo de demarcação. Pois constata-se, com a chegada dessas unidades nos territórios indígenas, o uso indiscriminado de bebidas alcoólicas, a introdução de DST/AIDS, a desagregação familiar, a prostituição, entre outros problemas constatados. Como exemplo citamos a construção do Pelotão de

Fronteira, unidade do Exército Brasileiro, na Terra Indígena Raposa Serra do Sol/Maloca do Uiramutã/RR, terra esta que se encontra em fase de homologação e abriga os povos indígenas Macuxi, Ingarikó e Patamona.

14. Os participantes da III Conferência Nacional de Saúde Indígena vêm repudiar o descaso do Governo Federal com o povo Guarani-Kaiowá, que vive em estado de miséria na região de Dourados e Amabai, no Mato Grosso do Sul, sofrendo violência de toda ordem como: estupros, assassinatos, invasão de suas terras, formação de gangues, disseminação do uso de bebidas alcóolicas e do uso de drogas entre crianças e adolescentes, solicitando, portanto, providências imediatas do Ministério da Justiça, Ministério Público Federal e Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados para que este povo, por omissão do estado Brasileiro, não chegue à extinção física e cultural.

FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL

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

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

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

DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA ATUAÇÃO EM CULTURAS DIFERENTES

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

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

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

organizados, que a FUNAI, órgão responsável pelo processo, faça gestão ao lado dos índios, junto aos órgãos competentes, para garantir a posse das áreas já demarcadas e a sua urgente ampliação, pois são insuficientes para os povos indígenas, habitantes primeiros desse Estado.

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

TEMAS GERAIS

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

NOTA

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