

III Conferência Nacional de Saúde Indígena

**Construindo e Avaliando o Sistema de
Saúde Indígena**

14 a 18 de maio de 2001

Luziânia / GO

Palestra de Abertura

**Povos Indígenas: Direito,
Ética e Controle Social**

Raquel Elias Ferreira Dodge
Procuradora Regional da República

Povos Indígenas: Direito, Ética e Controle Social

Raquel Elias Ferreira Dodge
Procuradora Regional da República

O respeito ao direito à diferença e ao direito à existência

A III Conferência Nacional de Saúde Indígena, que estamos inaugurando, realiza-se sob os efeitos benéficos do fortalecimento da consciência ética no mundo -- ainda entremeada por graves crises de intolerância¹ --, que afirma a igualdade entre os seres humanos, apesar de suas distinções biológicas e culturais; e que reconhece aos povos o direito à diferença, o direito à existência, o direito ao desenvolvimento e à auto-determinação.

O estabelecimento das bases fundamentais para a formulação de uma política nacional de saúde indígena, o que poderia vir a ocorrer nesta Conferência, que é o seu foro adequado, não pode prescindir de uma análise dos princípios que devem nortear a relação entre os povos, o direito de minorias étnicas e os direitos fundamentais da pessoa humana.

¹ "A Intolerância", Academia Universal das Culturas, Bertrand Brasil, 2000, Foro Internacional sobre a Intolerância, Paris, UNESCO, 27.03.97

A história mais recente da humanidade revela tensões que geraram o entendimento de que os seres humanos são iguais e, por isso, devem-se respeito mútuo. Ninguém pode afirmar-se superior aos demais. Ninguém pode admitir-se inferior. A dignidade humana advém de sua posição eminente sobre todas as outras criaturas e da igualdade entre as pessoas. As diferenças culturais e biológicas entre indivíduos e povos só os torna merecedores de respeito recíproco.

Assim, de início, é preciso atentar, com firme delicadeza, para as diferenças entre os povos indígenas no Brasil. Afastar de vez a tendência em generalizar todos os povos indígenas e reduzi-los a um único grupo: o dos índios, em oposição aos não-índios, como que se, por serem diferentes dos não-índios, fossem iguais entre si e merecessem, a partir daí, tratamento único, padronizado, que esqueça a diferença que têm uns dos outros.

Os povos indígenas no Brasil são de 215 etnias diferentes, que habitam 560 terras indígenas distintas² e falam 180 línguas diferentes.³

"Os povos têm o direito de ser diferentes, de se considerar diferentes e de serem vistos como tais"⁴, conforme a Declaração sobre Raça e Preconceito Racial da UNESCO. O genocídio, sobretudo a partir do século XX, deixa de ser visto como fato trágico, como necessidade da natureza, como fato religioso necessário, a exemplo dos

² "Propostas para uma Nova Política Indigenista", Márcio Santilli, Povos Indígenas no Brasil 1996/2000, ISA, São Paulo, 2000.as

³ "O que se sabe sobre as línguas indígenas no Brasil", Bruna Franchetto, Povos Indígenas no Brasil 1996/2000, ISA, São Paulo, 2000.

⁴ Declaração sobre Raça e Preconceito Racial, UNESCO, 27.11.78

episódios bíblicos de destruição de povos inteiros ou de cidades⁵, para ser declarado como crime contra a humanidade, que enseja punição dos responsáveis⁶.

O fortalecimento dos direitos dos seres humanos resultou em sua significativa ampliação: de direitos individuais a direitos sociais; e dos direitos dos povos aos direitos da humanidade.

Mais que isso, a Organização das Nações Unidas proclama, desde a II Conferência Mundial de Direitos Humanos (Viena, 1993), a "universalidade dos direitos humanos, enriquecida pela diversidade cultural, e os esforços envidados no propósito de assegurar na prática a indivisibilidade de todos os direitos humanos (civis, políticos, econômicos, sociais e culturais) com atenção especial aos mais necessitados de proteção (os socialmente excluídos e os segmentos mais carentes e vulneráveis da população)"⁷

Está a promover, também, intensa aproximação e interação entre os ordenamentos jurídicos internos e internacionais, no contexto da proteção dos direitos humanos.⁸

O direito dos povos indígenas à saúde só pode ser bem compreendido nesta exata perspectiva: a que

⁵ Josué 6,21;6, 26-28; 10,28; 11, 21-23; Juizes 1, 22-25; 20, 45-48; 1Samuel 15, 1-8; 2Reis 3, 24-27, citado por Fábio Konder Comparato, "A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos, Saraiva, 1999, p. 411

⁶ Comparato, Fábio K. - ob. cit., p. 411

⁷ "As Três Vertentes da Proteção Internacional dos Direitos da Pessoa Humana: Direitos Humanos, Direitos Humanitários, Direito dos Refugiados", Cançado Trindade e outros, IIDH, 1996, pp. 14-15

⁸ idem n. 7

respeita suas diferenças, sua existência, suas pretensões de desenvolvimento e sua auto-determinação.

A assistência à saúde indígena não pode ser vista como mero aspecto da necessidade humana que possa vir a ser destacada de todos os demais aspectos e como tal tratada pelo poder público, sob o influxo da forte tendência à especialização de todas as áreas do conhecimento ocidental, desenvolvida também no último século.

A assistência à saúde deve pressupor o ser humano em sua inteireza, como indivíduo e no meio de seu povo; com a visão de todas as suas necessidades e carências. Exige conhecimentos multidisciplinares.

Os encarregados de prestar assistência à saúde dos índios não devem atuar de forma estanque, nem monopolizar informações ou conhecimentos úteis para exercer este dever público. Antes, devem atuar de modo conjugado com outras instituições e pessoas de modo consistente para otimizar a qualidade de seu trabalho.

A relação entre povos deve ser de oferta e não de imposição. A assistência à saúde deve ser oferecida. Não pode ser imposta.

O respeito do direito à diferença pressupõe, por exemplo, empenho para estabelecer boa comunicação entre o profissional de saúde e o paciente. A língua e as diferenças de cultura, de hábitos, de habitação, de compreensão do mundo, de práticas rituais ou religiosas, de concepção sobre saúde e doença e de crenças são barreiras a serem transpostas pela educação e pela boa vontade. A boa comunicação pressupõe abertura para compreender e aceitar o outro. O

outro que deve ser entendido como igual a si mesmo, em direitos e oportunidades.

A importância do conhecimento dessa dimensão global do povo indígena por meio da educação para propiciar-lhe melhor assistência de saúde estimulou Bruce Albert e Gale Goodwin Gomez a elaborar manual etnolinguístico do povo Yanomami que foi saudado pela Professora Alcida Rita Ramos com estas palavras:

"Alegra-nos, etnólogos brasileiros, quando colegas de outros países aderem ao 'estilo brasileiro' de fazer etnologia, algo que os antropólogos anglo-saxões acabam de descobrir e que se pratica no Brasil há quase meio século. É uma etnologia que não se limita a gerar conhecimentos antropológicos por meio de descrições e análises que resultam da prolongada convivência com povos indígenas, mas vai mais longe. Ela coloca esses conhecimentos diretamente a serviço dos povos estudados, ao se engajar ética e politicamente com o presente e o futuro desses povos. Neste sentido, Bruce Albert, etnólogo francês, e Gale Goodwin Gomez, lingüista norte-americana, vem com este Manual demonstrar que assumiram o ethos antropológico brasileiro ao produzirem material que venha a reverter em benefício das comunidades que os acolheram como aprendizes culturais. Ao passarem horas a fio todos os dias durante meses destilando sons e significados, dissecando as minúcias mais recônditas de cada parte do corpo, sua atividade e patologia, os dois pesquisadores geraram um substancial corpo de dados com grande potencial analítico. Porém, seu objetivo primordial não é produzir resultados teóricos que tragam ganhos

acadêmicos, mas sim levar a povos com os Yanomami a esperança de serem melhor compreendidos e atendidos por equipes médicas igualmente dedicadas, mas, no mais das vezes, pouco preparadas etnológica e lingüisticamente para a tarefa de levar a um grupo indígena monolíngüe tudo aquilo que sabem e, reciprocamente, obter dele tudo que podem em termos de modos alternativos de pensar saúde e doença.⁹

Trata-se de mecanismo para atuar em situação intercultural, de choque recíproco.

Estes dois pesquisadores advertiram que a garantia da eficiência do atendimento prestado aos povos indígenas e o respeito aos seus direitos só tem uma solução: "que os profissionais de saúde façam o esforço de adquirir conhecimentos básicos sobre os conceitos e as idéias Yanomami relativos à doença e seu tratamento. Só assim poderão conduzir e explicar seu trabalho de uma maneira compatível com o universo social e cultural dos Yanomami. Não fazer este esforço leva a um atendimento "cego", cuja eficiência será rapidamente comprometida pela rejeição que ele pode suscitar entre seus pacientes, seja sob a forma de resistência passiva (recusa ou abandono de tratamento, fugas), seja mesmo sob a forma de resistência ativa (manifestações explícitas de hostilidade)."¹⁰

Este exemplo, cuja importância soma-se a de outras pesquisas sobre assistência a saúde indígena no Brasil,

¹⁰ Albert, Bruce e Gomez, Gale Goodwin, "Saúde Yanomami: um manual etnolinguístico" - Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi, 1997, p. 55.

permite realçar o primeiro aspecto que gostaria de enfatizar na abertura dos debates desta III Conferência: que as ações de saúde em favor dos índios só podem ser válidas e eficazes se preservadas por comportamento ético e ativo de respeito ao direito à diferença e à existência de cada povo indígena. Caso contrário, haverá profunda ofensa aos direitos humanos e à cidadania.

Controle social.

Os índios são senhores de sua própria história.

O segundo aspecto que gostaria de assinalar neste momento, é a importância da controle social indígena.

Os povos indígenas acabam de assumir a condição de autores de sua própria história: exigem direitos, exigem ética e cidadania. Os confrontos ocorridos nas comemorações oficiais de 500 anos da chegada de portugueses ao Brasil foram determinantes desta mudança definitiva de postura.

Para isso não bastou que a Constituição de 1988 tivesse extinguido a condição jurídica de tutelados a que estavam submetidos. Aquele momento definiu a mudança de atitude porque desanuviou-lhes a consciência de sua própria situação. Tão nitidamente que, neste breve lapso de ano, já é possível distinguir que agem mais desenganados quanto a saber que lhes cabe definir o que querem, dizer o que querem e lutar pelo que querem.

O subsistema de atenção à saúde indígena¹¹ teve sua existência determinada por princípios constitucionais que tornam imprescindível a participação dos povos indígenas em todas as etapas da assistência à saúde. Este subsistema é regido por princípios constitucionais semelhantes aos que definem o Brasil como estado democrático de direito.

Foi concebido por forças democráticas. As mesmas que determinaram a criação do SUS e que ordenaram a concepção do Brasil como estado democrático de direito na Constituição de 1988, a qual apresenta os princípios a serem observados na assistência essencial à preservação da vida: a assistência à saúde. A Constituição exige participação social e controle social.

A Constituição brasileira, como nenhuma outra no mundo ocidental, quer que a assistência à saúde seja integral e universal e seja dever do nosso Estado.

Para tanto, impôs-se admitir e respeitar que o Estado é plural, porque constituído de diferentes povos, que falam línguas diferentes e têm cultura diferente; que estas diferenças devem conviver em harmonia; que estes povos e todas as pessoas são chamadas a participar de decisões sobre assuntos de seu interesse; que determinadas ações administrativas – como as de saúde – só são válidas quando fruto da participação social; que os atos administrativos concernentes são submetidos ao controle social prévio e posterior à sua prática.

O espaço da assistência à saúde, não por acaso, é o que melhor propicia a experiência do exercício

¹¹ Criado pela Lei Arouca (Lei n.º 9.836/99), cujo projeto é do Deputado Federal Sérgio Arouca na Câmara dos Deputados, e cujo relator no Senado foi o Senador Tião Viana.

de tais princípios constitucionais: de participação da comunidade e de controle social.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e o Estado Democrático de Direito

O estado democrático de direito instituído no Brasil assenta-se sobre alguns princípios fundamentais, dentre os quais realça-se a participação da comunidade, que também é princípio do Sistema Único de Saúde (art. 198-III), que realiza-se por intermédio de Conferências e Conselhos, instituídos com órgãos do SUS.

O caráter democrático e descentralizado da administração do sistema único de saúde (CF, art. 194-VII) é concebido para propiciar intensa participação da comunidade em todas as etapas do processo de formulação e execução das ações e serviços de saúde que são necessárias para garantir assistência integral e universal.

A saúde é dever que a União deve exercer em face dos povos indígenas com observância de sua participação em diferentes fase e ocasiões.

As conferências de saúde indígena não são mero encontro de índios, de especialistas, simpatizantes e interessados. São órgãos do Sistema Único de Saúde. São permanentes, embora de reunião periódica. Têm atribuições legais específicas, cuja principal é a de estabelecer as bases para a formulação e implementação da política nacional de saúde indígena, de importância ímpar para a vida de todo o sistema. Para isto estamos aqui hoje.

A conferência de saúde é local de planejamento e de afirmação de princípios a serem observados pelo gestor do subsistema, mas também de fiscalização periódica da situação do serviço de saúde indígena.

Ao lado da conferência de saúde, os conselhos de saúde são responsáveis pela definição do grau de aceitação dos serviços oferecidos pela União e dos meios para promover a interação com o modo de ser do povo indígena. Definem estratégias.

Os conselhos de saúde -- que podem ser locais, distritais ou nacional -- exercem função consultiva, deliberativa e fiscalizadora no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, inclusive quanto ao cumprimento das diretrizes definidas nas Conferências de Saúde Indígena.

Os conselhos locais exercem controle social prévio sobre a execução da política de saúde para determinado povo indígena. Ali deve ocorrer a busca da melhoria da comunicação para que sejam revelados os problemas da comunidade e apresentados os meios de resolvê-los.

Devem exercer também intenso papel fiscalizador sobre a atuação dos profissionais de saúde, a verificar se praticaram as medidas preventivas e curativas necessárias à saúde do povo indígena, e se o fizeram de modo a respeitar o direito à diferença, e ao modo de ser da comunidade.

Os conselhos locais devem deliberar sobre todas as medidas que pretendem da União para assistência à saúde do povo indígena. Devem, em seguida, atuar para que

cheguem ao conhecimento dos responsáveis pelo Distrito Sanitário e lutar por sua implementação.

Os conselhos locais de saúde atuam de modo consultivo, para sanar as dúvidas do gerente e dos demais profissionais do Distrito Sanitário, de modo contínuo e tão intenso quanto necessário para melhorar a qualidade da atenção de saúde a ser prestada ao povo indígena.

Os conselhos locais de saúde devem zelar para que a identidade do povo indígena, seu modo de ser, costumes e práticas medicinais sejam respeitados na assistência à saúde, e buscar que haja esta distinção mesmo em face dos demais povos indígenas (integrem ou não o mesmo Distrito), na medida do direito ao desenvolvimento e à auto-determinação definidos pela próprio povo, na dinâmica interação que mantém com a sociedade envolvente.

Por sua vez, no grau intermediário do Subsistema, os conselhos distritais de saúde devem guardar representação de cada povo, e é o espaço de encontro de todos os povos indígenas abrangidos no mesmo Distrito Sanitário. É o espaço de deliberação, fiscalização, atuação consultiva que, em cada um dos distritos sanitários, permitirá a formulação de uma política regionalizada de assistência à saúde.

As diferenças de cada povo indígena não poderão ser amalgamadas nos conselhos distritais, de modo a justificar a atuação padronizada do gerente distrital de saúde, em face dos diferentes povos indígenas abrangidos em um mesmo distrito sanitário. Os conselhos distritais realizam as mesmas atribuições dos conselhos locais de saúde, com a diferença resultante de abranger representantes de mais de um povo indígena.

Os conselhos locais e distritais atuam no âmbito dos distritos sanitários de saúde indígena. Seu tamanho e os povos indígenas que abrange devem ser definidos de modo a não dificultar a melhoria na qualidade da assistência prestada, de modo diferenciado, para cada povo indígena. A experiência e as dificuldades na operacionalização dos atuais 34 Distritos Sanitários de Saúde Indígena ajudarão a aprimorar esta definição, ao longo do tempo.

Gostaria de realçar, portanto, que a vitalidade da assistência à saúde indígena está estreitamente vinculada ao funcionamento efetivo e eficiente dos conselhos de saúde, cuja instalação, descortínio e atuação ainda são muito incipientes. Talvez uma das metas reais a serem definidas nesta Conferência seja a de promover a implantação definitiva de todos os mecanismos de controle social no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e a capacitação dos participantes.

Terceirização

O terceiro aspecto que gostaria de assinalar nesta oportunidade é quanto à terceirização da assistência à saúde.

A situação ideal definida em lei, após amplo debate nacional que contou com representantes dos povos indígenas e seus simpatizantes, não é suficiente para garantir nem a certeza de participação da comunidade, nem o caráter democrático dos serviços públicos de saúde. É preciso cuidar para o fato de que a terceirização tende a inviabilizar o efetivo funcionamento dos conselhos locais e distritais de saúde e a desconsiderar o controle social, não raro pela falta de comprometimento do setor privado ou de terceiros de um

modo geral com os princípios públicos de saúde, que o Estado tem o dever de fazer implementar.

Assim, ao terceirizar a execução de ações e serviços de saúde, mesmo que seja para estados e municípios, a administração federal deve vincular a prestação dos serviços aos princípios que orientam a assistência à saúde indígena, à política local de saúde previamente definida com o povo indígena, e submeter a execução destes serviços a todos os níveis de controle social (local, distrital e nacional) e a todos os tipos de controle garantidos pelo Sistema (prévio e posterior ao serviço; e, por outro lado, consultivo, deliberativo e fiscalizatório), para que possa ser fiscalizado pelas instâncias competentes.

Deste modo, poder-se-á ultrapassar a tendência de, na terceirização, admitir-se padrão único e inafastável de serviços, sem alternativa de prestação, sobretudo quando prestados fora da aldeia.

A prestação de assistência à saúde indígena é obrigação federal. É que os direitos dos índios devem estar sob a responsabilidade de todos os brasileiros, e não apenas dos habitantes dos estados e municípios onde sediadas as terras que os índios habitam. Os índios habitam terras da União, das quais têm o usufruto exclusivo. Devem ter todos os demais aspectos de seus direitos garantidos pela União, seja quanto a necessidades de saúde, de educação, de preservação de meio ambiente, de desintrusão de suas terras, de segurança e de polícia.

Note-se que não é o orçamento da seguridade social que financia a assistência à saúde indígena, mas, por disposição legal expressa, é o orçamento da União, com seus

recursos próprios, arrecadados de todos os contribuintes (Lei 9.836/99, art. 19-C)

A atuação dos estados e dos municípios em favor dos povos indígenas deve resultar de leis próprias que definam esta disposição. Poderá resultar também de atuação conjunta com a União, mediante terceirização. Nos dois casos, a atuação deve compatibilizar-se com as atribuições federais e com os princípios gerais de respeito à diferença e à existência dos povos indígenas.

A obrigação federal em face dos índios é integral: abrange a totalidade de seus direitos e interesses. O fato de esta obrigação ser federal também permite resolver com mais isenção os conflitos de interesses com os habitantes locais, seja quando está em discussão a aceitação da existência da etnia, seja a posse da terra, ou sejam conflitos decorrentes de discriminação.

A gestão da assistência à saúde não pode ser delegada: é atribuição federal, que deve ser exercida pela administração do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Não admite delegação por via transversa.

Apenas a execução de ações e serviços de saúde pode ser terceirizada, sob a condição de que observe os parâmetros definidos na política nacional de saúde indígena e para cada povo indígena, nas instâncias próprias de controle social do Subsistema.

A terceirização que signifique transferência de gestão é nula, tanto como a que não define como a assistência deverá ser prestada, sob que parâmetros de qualidade, sua abrangência, nem o modo de atuação do agente de saúde.

A transferência a terceiro de recursos financeiros e da atribuição de prestar assistência de saúde aos índios, sem definição das condições a serem prestadas caracteriza ilegalidade, porque de tão indefinida e ampla, significa, na prática, transferência de gestão e de gerência a um só tempo, com subtração de controle social pelo povo indígena.

Também é ilegal a terceirização que se subtrai do controle social indígena, tanto o prévio quanto o posterior à assistência à saúde. O controle indígena sobre as ações e omissões do Estado quanto ao dever de prestar-lhes assistência integral e universal de saúde é, como visto, essencial para a validade deste serviço de saúde.

O órgão federal responsável pela gestão da saúde indígena é o Ministério da Saúde, que deve igualmente sediar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, vinculado ao Sistema Único de Saúde.

A gestão do Subsistema não pode ser terceirizada. Ao contrário, os órgãos públicos encarregados de outros tipos de assistência a povos indígenas devem ser chamados a participar da gestão, na perspectiva de propiciar o planejamento de atenção integral, não só de saúde, mas de todo tipo de assistência aos povos indígenas. Deve haver integração institucional (Lei 9.836/99, art. 19-F), com partilha de informações acerca da situação do povo indígena, de sua cultura, seus hábitos, para que a assistência possa ter abordagem diferenciada e global. A FUNAI deve participar, em decorrência de sua ampla atribuição e vasta experiência acerca da questão indígena, do planejamento de atuação. Também o Ministério da Educação, que está encarregado da educação escolar indígena, o instituto ambiental e a polícia federal devem ser chamados para partilhar dados sobre educação, situação ambiental, sobre intrusões, sobre situação

de segurança. A conjugação destes órgãos dará visão mais global do povo indígena, de suas necessidades de assistência à saúde e das medidas necessárias para oferecê-la.

A terceirização de ações e serviços de saúde não pode significar descentralização da gestão. Poderá caracterizar apenas desconcentração da gerência, como ocorreu em relação à FUNASA, ou de alguns níveis de gerência ou da execução dos serviços de saúde. Deve ser mantida sua subordinação ao gestor.

Falarei, a seguir, sobre descentralização e desconcentração. Descentralização de gestão e desconcentração da gerência e da execução dos serviços de saúde.

A descentralização da assistência à saúde tem a desvantagem de dificultar ao usuário a identificação do responsável pela prestação dos serviços. O controle social sobre a omissão ou sobre a abrangência, cobertura e qualidade da assistência à saúde só pode ser exercido se o responsável é nitidamente identificado. A vantagem da centralização da gestão é permitir o controle social.

Por outro lado, a desconcentração dos níveis da gerência e da execução das ações de saúde deve observar o mesmo princípio: de identificação dos responsáveis, de clareza quanto ao tipo de assistência que deverá prestar (se básica, ou se de média ou de alta complexidade), quais as ações e serviços de saúde que não foram terceirizados e quem deverá prestá-los, e quais as condições para execução destes serviços.

A participação de estados e municípios na assistência à saúde indígena deve restar claramente definida,

porque não pode significar nem substituição da responsabilidade da União, nem incompatibilizar-se com os princípios que a regem, sobretudo não pode significar mero aproveitamento da rede hospitalar do SUS (Sistema Único de Saúde), de modo a que, gradativamente, a assistência à saúde indígena passe a ser feita nas cidades, em seus hospitais, do modo mais urbano possível, e não na aldeia e em condições de respeito à cultura indígena. A participação de estados e municípios deve ser sempre complementar (Lei 9.836/99, art. 19-E).

Do mesmo modo, a participação de organizações não governamentais na assistência à saúde indígena só pode ocorrer para garantir a execução de ações e serviços, em observância a uma gestão e gerência federais, sob condições que respeitem todos os princípios que regem o Subsistema, a política de saúde definida com cada povo indígena e sempre submeter-se ao controle social indígena.

As pessoas contratadas pela União para prestar assistência de saúde são responsáveis por seus atos e omissões. No entanto, a União tem a responsabilidade final, porque responde também pela má contratação, seja a que caracteriza mera inexecução dos serviços, seja a que significa ausência de observância das condições em que devem ser prestados.

A saúde indígena é dever da União e por ela deve ser prestada. A terceirização só pode significar contratação para execução de serviços específicos, com qualidade e modo pré-definidos com participação do povo indígena, e deve manter-se sob o controle social.

O esforço que a Fundação Nacional de Saúde tem empreendido para realizar a gigantesca tarefa de

implantar e gerenciar a assistência à saúde indígena é notável e longo é o caminho a percorrer. As Conferências e Conselhos de Saúde Indígena são chamados a participar ativamente desta tarefa. Cumpre-nos participar de modo construtivo.

O Ministério Público Federal, em especial os Procuradores da República que atuam sob a coordenação da 6a. Câmara, tem, neste contexto, amplo papel fiscalizador e pode agir por iniciativa própria ou por representação dos índios, ou de qualquer pessoa ou organização, para zelar pela observância destes princípios e da qualidade da assistência à saúde.

Assim, são limites da terceirização: não pode camuflar terceirização de gestão; ser insusceptível de controle social prévio ou posterior por meio de conselhos ou indivíduos; inviabilizar controle, inclusive controle social, sobre o tipo e a qualidade da ação de saúde; nem pode inviabilizar a assistência devida.

Resumo final

Para finalizar, gostaria de poder contribuir para os debates que se iniciam nesta III Conferência Nacional de Saúde Indígena pedindo-lhes atenção para a importância destes três aspectos. Primeiro, o respeito ao direito à diferença dos povos indígenas, base de nossa sociedade plural. Segundo, a necessidade de valorizar o controle social indígena, tanto sobre a formulação da política de saúde, quanto na fiscalização das ações e serviços de saúde, como base de nosso estado democrático. Por fim, no cuidado para que a assistência de saúde tenha abordagem global e

diferenciada, seja fruto de integração institucional e de toda a fonte de conhecimento sobre o povo indígena, de pessoas ou organizações, que tenha caráter humanitário, ao resultar de um esforço de oferecer e não de impor um modelo de assistência de saúde que venha a ser fruto de interação entre povos e culturas distintas, segundo sua decisão de exercer o direito ao desenvolvimento e à auto-determinação; de modo que os responsáveis pela assistência tenham atribuição claramente definida e que seja regida pelos princípios que orientam a convivência pacífica e tolerante entre os povos.