

# **Encontro Macro Regional Norte de Saúde dos Povos Indígenas**

**ENCONTRO MACRORREGIONAL/NORTE**

**PREPARAÇÃO DOS DELEGADOS INDÍGENAS  
PARA A PARTICIPAÇÃO NA  
III CONFERÊNCIA NACIONAL  
DE SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS**

**Manaus, 07 a 11 de maio de 2001**

**Relatório Final**

## INDICE

---

Apresentação.....	03
Análise de Conjuntura.....	04
Objetivos e Propósitos do Encontro.....	04
Conformação dos Participantes.....	05
Estratégias de Trabalho.....	05
Cronograma do Encontro.....	06
Ata Consolidada do Encontro.....	07
Relatos das Experiências dos Distritos.....	10
Discussão sobre as Experiências Regionais.....	18
Mesa Redonda com Lideranças de Organizações Indígenas que Mantêm Convênio com a FUNASA.....	22
Discussão sobre as Experiências dos Administradores Indígenas.....	24
Palestra sobre Controle Social e Financiamento de Saúde Indígena.....	27
Palestra sobre Medicina Tradicional.....	32
Redação e Votação das Propostas Consolidadas.....	36
<b>Anexo I:</b> Propostas Consolidadas.....	42
<b>Anexo II:</b> Participantes.....	47
<b>Anexo III:</b> Comissão Organizadora.....	51

## APRESENTAÇÃO:

Este é o Relatório Final do Encontro Macrorregional preparatório para III Conferência Nacional de Saúde, realizado em Manaus, entre 07 e 11 de maio de 2001. Embora a redação deste relatório tenha sido atrasada muito tempo, a informação incluída está todavia muito relevante e importante com respeito às discussões e atividades provocadas pela III Conferência Nacional de Saúde Indígena (III CNSI).

O presente documento resume, sem comentários: as discussões, debates, palestras e dinâmicas etc.; que aconteceram durante uma semana de trabalho coletivo entre mais de duzentos participantes desse Encontro entre os quais administradores, agentes e conselheiros indígenas de saúde, lideranças de organizações indígenas, funcionários e profissionais não indígenas. Procuramos não modificar as falas dos participantes, preferimos deixar os fatos falarem por si mesmos.

Para muitos dos presentes foi a primeira oportunidade de se encontrarem com pessoas de outras regiões, cuja a luta sempre foi e será a busca da melhoria das condições de saúde e vida dos povos indígenas do Brasil. Não acreditamos, contudo, que estas quarenta páginas de texto consolidado possam pintar a riqueza, a seriedade, o compromisso e a complexidade dos intercâmbios ocorridos entre os delegados, palestrantes e facilitadores. Mesmo assim, a consolidação desse trabalho resultou em 75 propostas regionais encaminhadas pela III CNSI. Contudo, nem mesmo este relatório poderia apresentar a riqueza, a diversidade de opinião e a chuva de idéias ocorridas durante aquela semana.

À parte da III CNSI, o Encontro Macrorregional foi a maior reunião regional de lideranças indígenas envolvidas no desenvolvimento e na gestão de serviços de saúde indígena. Em um momento inédito, dez das doze organizações indígenas do país, conveniadas com a Funasa pela gestão de programas de saúde, se reuniram na mesma mesa.

O trabalho feito durante os cinco dias em Manaus não foi sempre fácil nem simples. Os delegados chegavam já cansados depois de uma maratona de encontros de conselhos locais e distritais e ainda participavam da Conferência Nacional imediatamente depois do Macrorregional. Após 20 DSEI em oito estados, trouxeram propostas que foram produzidas através de muita reflexão e debate. Em Manaus, os delegados desenvolveram propostas consensuais, que foram consolidadas em um documento de propostas regionais de saúde.

Devido a diversidade de contextos, necessidades, capacidades e experiências dos delegados, foi apresentado um documento rico de recomendações, abrangente em seus objetivos, que comunicou as preocupações e opiniões dos próprios gestores e beneficiários indígenas à plenária nacional em Brasília. A maioria das propostas foi aprovada e adotada na III CNSI. E os povos indígenas da região norte do Brasil puderam mostrar que são donos de uma política de saúde consolidada e séria e que têm a capacidade de desfrutar sua realização.

Como coordenador da organização não governamental Médicos Sem Fronteiras e como membro da Comissão Organizadora do Encontro Macrorregional, agradeço a oportunidade de aprender e trabalhar e da colaboração de todos. Igualmente, reconheço o seu compromisso em construir, através de atividades coletivas como este, um sistema de saúde indígena diferenciado, receptivo às necessidades dos beneficiários, de alta qualidade, respeitoso e humanitário.

*David Kaisel  
Coordenador Geral  
Médicos Sem Fronteiras-Holanda  
Comissão Organizadora*

## **ANÁLISE DE CONJUNTURA:**

O Encontro Macrorregional foi o resultado de uma proposta elaborada por Médicos Sem Fronteiras no fim do ano 2000 para colaborar com a Coiab na avaliação da implantação dos DSEI por parte de alguns membros da Coordenação. Após alguns encontros preparatórios entre Coiab, MSF, Universidade do Amazonas e Fiocruz, identificou-se a necessidade de uma assembléia regional preparatória antes da III Conferência Nacional de Saúde Indígena (III CNSI), programada para o fim de maio.

Com o objetivo inicial de fortalecer a liderança e a coordenação de Coiab em relação à saúde indígena, MSF achou importante responder à situação atual. Depois de conversar com dra. Luiza Garnelo- da Universidade do Amazonas e com a sra. Celina Cadena da Silva- da Coiab, foi colocada a importância de um espaço para reflexão e preparação regional antes da III CNSI. Por consequência, mudou-se a proposta inicial de avaliação para a da realização de uma Conferência Regional, cujos participantes seriam especificamente representantes indígenas que tomariam parte da III CNSI. Esperava-se que o Macrorregional pudesse levantar uma análise da implementação dos DSEI pelos mesmos beneficiários e administradores indígenas, para preparar e orientar os delegados autóctones para participarem na III CNSI.

Apesar de expressar a necessidade de ter uma preparação regional entre os Encontros Distritais e a Conferência Nacional, a Funasa não tinha articulado planos específicos para o evento até quando a comissão coordenadora se formou. Quando a comissão informou a Funasa de sua intenção de realizar o encontro, a Fundação concordou em apoiar o evento e consentiu apoiar a realização do evento com a colocação de verba e organização das passagens dos Delegados até Manaus e seus eventuais deslocamentos para III CNSI.

Como se desenvolveu eventualmente, a meta do Encontro Regional foi a consolidação das propostas distritais da Região Norte para abordar políticas coerentes e unificadas na III CNSI.

### **Objetivo Geral:**

Contribuir para a melhoria das condições de vida e saúde da população indígena da região amazônica.

### **Propósito do Evento:**

Estimular reflexões sobre a implementação dos DSEI- Distritos Sanitários Especiais Indígenas para fomentar propostas que respondam às necessidades atuais dos usuários de um sistema diferenciado de atenção à saúde indígena.

### **Objetivos Específicos:**

- Possibilitar aos Delegados indígenas a troca de experiências, buscando um diagnóstico situacional do processo de implantação dos DSEI e o desenvolvimento de propostas para discussão na III CNSI;
- Identificar questões fundamentais da pauta da III CNSI como pontos chaves do debate e discussão na conferência;
- Analisar e discutir o atual estágio de implantação das instâncias de controle social nos DSEI, propondo estratégias de aprimoramento do trabalho;
- Discutir a relação das organizações indígenas com a política distrital;

- Diagnosticar os níveis de valorização e interação entre o atendimento biomédico distrital e os sistemas de Medicinas Tradicionais e propor alternativas de valorização da Medicina Tradicional nos planos distritais;
- Discutir formas de financiamento sustentável para a atual proposta de implantação de um subsistema de atenção diferenciada à saúde indígena.

### **Conformação dos Participantes:**

O Encontro Macrorregional pretendeu oferecer um espaço exclusivamente destinado aos Delegados Indígenas que participariam na III Conferência Nacional de Saúde<sup>1</sup>. Os 13 Distritos do “coração” do Amazonas<sup>2</sup> foram convidados para enviar todos os delegados indicados para participar da III CNSI. Por razões financeira e logística, distritos fora da região **imediate** foram convidados para enviar somente 2 delegados. Todo delegado indígena presente ao Macrorregional tinha direito ao voto e à fala. Representantes não indígenas de organizações interessadas foram convidados a participar no Macro como observadores com direito a fala, mas não ao voto.

### **Estratégias de Trabalho:**

As estratégias de trabalho foram escolhidas para:

- Informar os delegados sobre as temáticas principais da conferência nacional;
- Deixar que os delegados escolhessem quais as temáticas a serem trabalhadas em maior especificidade;
- Aprimorar a participação dos delegados na revisão, avaliação e consolidação das propostas distritais

elaboradas antes do Macrorregional para serem encaminhadas a III CNSI.

A pauta do encontro previu colocar tempo amplo para trabalho em grupos mistos de vários distritos por sub-região. A intenção foi manter 12 grupos de não mais de 15 integrantes. Em prática, houve apenas 7 grupos com mais participantes, fato que dificultou as discussões. Por consequência, a distribuição dos Delegados nos grupos ficou assim definida por similaridade de contexto e números equivalentes de integrantes:

Grupo A:	Alto Purus e Alto Juruá
Grupo B:	Javari e Alto Solimões
Grupo C:	Médio Solimões, Parintins, Manaus, Amapá
Grupo D:	Alto Rio Negro e Médio Purus
Grupo E:	Tapajós, Altamira, Guamá/Tocantins, Xingu, Xavante
Grupo F:	Porto Velho e Vilhena
Grupo G:	Leste de Roraima e Yanomami

As seguintes estratégias pedagógicas foram empregadas no encontro:

- Apresentações em plenária por palestrantes indígenas e não indígenas tocando temáticas específicas da III CNSI;
- Trabalho em grupos mistos facilitados por monitores capacitados para avaliar e trocar experiências dos vários distritos;

<sup>1</sup> Marcada para a semana seguinte em Luziânia, Goiás.

<sup>2</sup> DSEI Javari, Alto Solimões, Médio Solimões, Médio Purus, Parintins, Manaus, Alto Rio Negro, Yanomami, Leste de Roraima, Alto Juruá, Alto Purus, Porto Velho e Vilhena.

- Mesas redondas, cujas lideranças e convidados pudessem compartilhar experiências e discutir temáticas específicas com os delegados;
- Redação das propostas distritais e consolidação em propostas regionais para serem apresentadas na III CNSI.

**Palestras Particulares:**

- Controle Social *Dra. Luíza Garnelo, Universidade do Amazonas*
- Normas de Financiamento *Dr. Ubiratan Pedrosa, Funasa/Cosai*

**Mesas Redondas:**

- Implementação e administração dos DSEI por Organizações Indígenas  
*Moderador: Dr. Márcio Ferreira da Silva, UFRJ, com sr. Clóvis Ambrósio (CIR), sr. Zezinho Kaxarari, (UNI-Acre), sr. Darcy Comapa, (Civaja), sr. Bonifácio Baniwa (FOIRN), sr. Genival Oliveira (UNI-Tefé), Sra. Vitória (APIC), sr. João Batista (OPIMP), sr. Kiné (APIC), sr. Adir (OTM) e sr. Euclides Pereira (Coiab)*
- Medicina Tradicional  
*Moderadora: Dominique Buchillet, com André Fernando (OIBI), Bonifácio Baniwa (FOIRN), Clóvis Ambrósio Wapixana (CIR), Alta Hooker (URACCAN, Nicarágua)*

**Cronograma Consolidado do Evento**

<b>Data</b> <b>(dia/mês/ano)</b>	<b>Atividade</b>	<b>Local</b>	<b>Coordenador</b>	<b>Participantes</b>	<b>Observações</b>
<b>07</b> <b>Segunda-feira</b>	Abertura, apresentação das delegações, programação do evento	Plenária	<b>07</b> <b>Segunda-feira</b>	Trabalho em grupo dos temas da III CNSI, explicando pontos e dirimindo dúvidas	Trabalho em grupos facilitados
<b>08</b> <b>Terça-feira</b>	idem	idem	<b>08</b> <b>Terça-feira</b>	Preparação dos relatos das experiências da implantação dos DSEI por grupos	Trabalho em grupos facilitados
<b>09</b> <b>Quarta-feira</b>	Apresentação dos relatos	Plenária, coordenada por dra. Luíza Garnelo	<b>09</b> <b>Quarta-feira</b>	Administração dos DSEI por organizações indígenas	Mesa redonda, coordenado por dr. Márcio Silva
<b>10</b> <b>Quinta-feira</b>	Controle social e normas para financiamento	Palestra: dra. Luíza Garnelo e dr. Ubiratan Pedrosa, coordenada por Bernadeth von Sohsten	<b>10</b> <b>Quinta-feira</b>	Medicina Tradicional e Saúde Indígena	Mesa redonda coordenada por dra. Dominique Buchillet
<b>11</b> <b>Sexta-feira</b>	Consolidação de propostas distritais, elaboração de propostas regionais.	Trabalho em grupos facilitados	<b>11</b> <b>Sexta-feira</b>	Discussão, modificação e votação das propostas consolidadas	Plenária e mesa de lideranças, coordenada por sr. Escrawen Sompré

---

**ATA CONSOLIDADA DO ENCONTRO:****Resumo Diário do Encontro:**

*07 de maio, segunda-feira  
Pela manhã*

Mesa de Abertura. Representantes presentes na mesa:

- Dr. Antônio Evandro Melo de Oliveira, Funasa/AM, coordenador da mesa;
- Sr. Cláudio Pereira Mura, Coiab;
- Sr. Benedito Rangel de Moraes, Funai;
- Sr. Sully Sampaio, Universidade do Amazonas;
- Sra. Bernadeth von Sohsten, Funasa/DSEI Manaus;
- Sr. David Kaisel, Médicos Sem Fronteiras;
- Sra. Kátia Pedrosa Lima, Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane.

Depois das boas-vindas, **dr. Evandro** destacou que o número de delegados presentes representam 50% dos que estarão em Brasília. Agradeceu a participação das instituições que apoiaram o evento e lembrou aos presentes a necessidade de sair-se dessa conferência com bom embasamento e propostas claras e definidas para que na III CNSI haja a sua aprovação.

**Sr. Mura** de Coiab tomou a palavra e começou com uma breve descrição das atividades sociais de Coiab, tocando em pontos como: atividades em saúde; educação; desenvolvimento sustentável; demarcação das terras indígenas e o PDPI. Acrescentou que avalia este movimento da Coiab e a liderança envolvida. Disse ainda que em 24 e 25, estará participando de uma assembléia onde identificará várias pessoas e parlamentares que poderão ajudar a discutir a proposta de saúde dos povos indígenas na Amazônia. Terminou convocando-nos a um trabalho de união e parceria que venha trazer uma melhor caminhada, considerando o índio como um cidadão responsável e capaz e não como uma criança.

Em seguida, **dr. Rangel** da Funai falou sobre as comunicações mantidas com a Funasa através de reuniões periódicas e em sua percepção o processo de implantação dos DSEI está mais avançado que em outras partes do país. Ressaltou que a Funai é um órgão parceiro e não fiscalizador. Disse que tem interesse em ter representantes da Funai Amazonas nos DSEI de Roraima e Alto Purus. Acrescentou que é o órgão oficial nessa área. Ressaltou a necessidade de valorizar as interações entre Funasa e organizações indígenas no processo de descentralização da saúde indígena. Caso contrário, poderá haver encaminhamento para municipalização. Ele reconheceu que alguns municípios têm participação harmoniosa, enquanto outros dificultam o processo.

Logo passou-se a palavra a **sra. Bernadeth**, chefe do DSEI/Mao, que disse ser esse um processo de construção. É a partir da opinião dos usuários do DSEI que se constrói um modelo assistencial adequado e solucionam-se os problemas. É por causa desta participação e de eventos como este – Delegados e órgãos competentes juntos - que se consegue encaminhar de forma consciente a melhoria de condições de vida do povo indígena hoje e no futuro. Termina pedindo que se assumam esta política e que se trabalhe em prol desta idéia.

**Sr. David** – MSF (Médicos Sem Fronteira), agradece a participação de todos os membros da comissão e o apoio de todas as pessoas. Fala das metas do MSF e política para fortalecer a participação social; “é onde direito e saúde se encontram”, acrescenta. Falou sobre os DSEI, e o que está sendo feito aqui, nada mais é do que um modelo de saúde para todo o Brasil, seja branco ou índio. Termina agradecendo os esforços dos Delegados na maratona de convenções.

**Sra. Kátia Pedrosa** - Fundação Osvaldo Cruz, teve a palavra e disse sobre a importância da participação no evento, parabenizando todos os participantes que deixaram até a família para a realização das conferências. Desejou que as discussões aqui, tendo como ápice a Conferência Nacional, visem àqueles que estão nas aldeias, muita vezes carentes de atendimento médico.

**Sr. Sully**, da Universidade do Amazonas, mencionou o convênio firmado com a Funasa desde 1998 com a capacitação de agentes de saúde, técnicos e lideranças indígenas (controle social). Desejou que esta semana de reflexão desse o tom na Conferência Nacional.

Após o encerramento da Mesa de Abertura, passou-se a palavra para **srs. Esron Rocha e David Kaisel** para orientações sobre assuntos logísticos do evento.

Em decorrência, foram chamados os Delegados representantes de cada Distrito, que se apresentaram na seqüência:

- JAVARI – representado por uma comissão de cinco delegados das etnias Marubo, Kanamari, Matis, Kulina e Mayoruna;
- ALTO SOLIMÕES – representado por uma comissão de dezoito delegados das etnias Tikuna, Kanamari, Kaixana e Kokama;
- MÉDIO PURUS – representado por uma comissão de seis delegados das etnias Apurinã;
- PARINTINS – representado por uma comissão de oito pessoas das etnias Wai Wai, Sataré-Maué, Kaiwana (Hyskariana) e Wanawa;
- DISTRITO DE MANAUS – representado por uma comissão de doze delegados das etnias Mura, Mundurucu, Kambeba, Baré e Ticuna;
- YANOMAMI – representado por uma comissão de onze delegados das etnias Ye'kuana, Xirixana e Yanomami;
- LESTE DE RORAIMA – representado por uma comissão de vinte e um delegados das etnias Wapixana, Macuxi, Wai Wai, e Ingariko;
- ALTO JURUÁ – representado por uma comissão de sete delegados das etnias Shanawa, Kaminanawa, Kaxinawa, Nukini e Arara;
- ALTO PURUS – representado por uma comissão de oito delegados das etnias Kaxinara, Jaminawa, Apurinã, Kulina, Yawanawa, Manxineri, Kaxarari;
- PORTO VELHO – representado por uma comissão de seis delegados das etnias Arowa, Gavião, Diahoi, Kampé, Kassupá e Tupari;
- VILHENA – representado por uma comissão de dez delegados das etnias Erikibatsa, Cinta Larga, Kaithauru, Suruí, Gavião, Arara, Kalapalo;
- AMAPÁ – representado pela Sra. Vitoria que representa as etnias; Paricu, Oiapoque, Apalaí, Tumucumaque, sendo ela Karipuna;

- TOCANTINS / GUAMA – representado por uma comissão de dois delegados das etnias Tember e Gavião;
- ALTAMIRA – representado por uma comissão de dois delegados das etnias Kuruia e Xipaia;
- RIO TAPAJÓS – representado por uma comissão de dois delegados das etnias Munduruku;
- XINGU – representado por dois delegados das etnias; Kaiabi e Waura;
- MÉDIO SOLIMÕES – representado por uma comissão de sete delegados das etnias Kambera, Kanamari, Kulina, Mayoruna, Takana e Tikuna;
- ALTO RIO NEGRO – representado por uma comissão de vinte e três delegados das etnias Baré, Tukano, Arapaso, Desana, Kubeo, e Baniwa;
- XAVANTE – representado por dois delegados da etnia; Xavante;
- TOCANTINS / PALMAS – representado por dois delegados das etnias; Xerente e Apinajé.

Em seguida deu-se a apresentação de outras instituições presentes:

- CIMI – Conselho Indigenista Missionário – Sra. Terezinha Weber
- Funai – Trabalho junto aos povos isolados de Parintins (Zo'e) composto por 190 pessoas ainda não engajados no processo
- Unais – ONG Internacional, elemento do ONU, que dá apoio aos DSEI na Amazônia – Srta. Sue Sargent
- Mimeka – Trabalha junto ao povo Kanamari – Srta. Graziela Piuvezam
- Saúde sem Limites/ SSL
- Secoya- Sra. Maria José Rodrigues

Passou-se então para a divisão de grupos aleatoriamente. Cada monitor se dirigiu ao seu grupo. Surgiu a questão de separar ou não os Yanomamis por falarem uma língua diferente. Decidiu-se, então, dividi-los em 3 grupos- juntamente com delegados de outros distritos. Ficando um intérprete em cada grupo para facilitar o entrosamento e compreensão, evitando assim qualquer discriminação.

*07 de maio, segunda-feira  
Pela tarde*

Trabalhou-se em grupos montados aleatoriamente para que fossem revisadas as temáticas principais da III CNSI, tirando dúvidas, explicando os conceitos e assuntos sob avaliação. Os grupos de trabalho foram facilitados por monitores, em sua maioria integrantes ao Projeto RASI da Universidade do Amazonas. Os grupos utilizaram três textos produzidos pelo Projeto RASI, Cadernos de Política de Saúde Indígenas. 5, 6 e 7.

*08 de maio, terça-feira  
Pela manhã*

Neste período continuou-se o trabalho em grupos aleatórios revisando os textos sobre a Política de Saúde Indígena sempre com referência aos temas principais da III CNSI.

*08 de maio, terça-feira  
Pela tarde*

Reformularam-se os grupos de trabalho em grupos organizados por proximidade geográfica ou semelhanças contextuais. Totalizando sete grupos (“A” a “G”)<sup>3</sup>. Os novos grupos elaboraram relatórios/avaliações da implementação dos DSEI em suas áreas de atuação. Essas discussões tiveram como objetivo: a consolidação de propostas distritais em propostas regionais.

*09 de maio, quarta-feira  
Pela manhã*

**Dra. Luiza** deu início à programação da manhã, chamando os representantes dos diversos distritos para comporem a mesa.

**Dra. Luiza** falou do objetivo do encontro: organizar uma forma de exposição do que avançou e do que não avançou nos distritos. Pediu o resumo dos relatórios dos grupos e passou a palavra aos expositores dos distritos ali representados a fim de exporem seus relatos.

## **1. RELATOS DAS EXPERIÊNCIAS NAS DIVERSAS REGIÕES** (enumerados por ordem de apresentação)

### **Grupo A: Alto Purus e Alto Juruá**

Acre iniciou explicando a implantação dos DSEI's em suas referidas áreas. Passou a detalhar cada item exposto na transparência - previamente preparada nos grupos reunidos no dia anterior. Mostrou um mapa da região a que pertence, demonstrando dados numéricos com relação a número de agentes em formação (190), de atendimento em um ano (39.034), entre outros.

*Relato do Grupo A:*

- 1 A partir da aprovação do convênio UNI/Funasa (04/30/99) deu-se a criação dos conselhos locais e distritais;**
- 2 Estruturação física dos pólos bases de saúde em 6 (seis) municípios de Alto Purus e Alto Juruá;**
- 3 Recrutamento do pessoal:**
  - 3.1. Sondagem para contratação:
    - 3.1.1. Experiência com atendimento indígena;
    - 3.1.2. Experiência com saúde pública;
    - 3.1.3. Formação compatível à saúde pública;
  - 3.2. Contratação em período experimental (3 meses):
    - 3.2.1. Contratação efetiva
  - 3.3. Corpo das equipes: médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem;
  - 3.4. Das responsabilidades:
    - 3.4.1. Dar curso de formação para os AIS;
    - 3.4.2. Supervisionar, acompanhar, imunizar e dar assistência.
- 4 Modelo de Assistência**
  - 4.1. A partir do objeto do convênio UNI/Funasa aconteceu a formação dos agentes indígenas de saúde para trabalharem na prevenção de doença;
  - 4.2. Manutenção da higiene familiar e de além família;
  - 4.3. Deslocamento assistido de pacientes entre comunidade - pólo base - hospital municipal - Casa do Índio.

<sup>3</sup> Destacados na página no. 5 deste relatório.

**5 Controle social:**

- 5.1. Planejamento;
- 5.2. Recursos.

**6 Resultados:**

- 6.1. 180 agentes de saúde em formação;
- 6.2. 39.034 atendimentos feitos em 1 ano;
- 6.3. 106 atendimentos feitos a cada dia, em média;
- 6.4. Ajuste nos pólos.

**Grupo G: DSL/Yanomami**

Sr. Peri comentou sobre a rede de serviços e a Casa de Saúde do Índio. Detalhou o atendimento dos hospitais do SUS e os problemas encontrados ali. Falou da área de Recursos Humanos, do Modelo Assistencial, do Sistema de Informação e do Controle Social. Mostrou um organograma esclarecedor dos órgãos e instituições de saúde envolvidos no processo de atendimento ao indígena, terminando assim sua fala.

*Relato do Grupo G:*

**1 Rede de serviços:**

- 1.1. A população Yanomami do DSY não solucionou o problema do acesso aos hospitais, pelas dificuldades de língua e geográfica;
- 1.2. As Casas do Índio de São Gabriel da Cachoeira e de Manaus não estão resolvendo os problemas dos doentes que são encaminhados, pois retornam para as comunidades ainda doentes;
- 1.3. Nos hospitais não são respeitados os costumes indígenas (alimentação etc.);
- 1.4. Os profissionais dos hospitais não estão preparados para atender bem aos indígenas;
- 1.5. As atividades do Distrito Leste (DSL) nas comunidades estão se dando a contento. O problema acontece em níveis secundário e terciário, quando os hospitais não estão equipados para atender. Exemplo: o distrito só tem direito a 3 atendimentos por mês;

**2 Recursos Humanos:**

- 2.1. Os recursos humanos são insuficientes para resolverem os problemas de saúde (enfermeiras e auxiliares de enfermagem);
- 2.2. No DSL, os profissionais pagos pelas prefeituras não atendem bem a população indígena;
- 2.3. DSY- é necessário capacitar agentes indígenas microscopistas.

**3 Modelo Assistencial:**

- 3.1. Todas as áreas do DSL estão implementando o saneamento básico;
- 3.2. Os Agentes de Saúde estão trabalhando com atividades de prevenção;
- 3.3. Os AIS não ficam aguardando as pessoas adoecerem, trabalham fazendo as visitas e orientando para a saúde;
- 3.4. DSY- Não existe saneamento básico;
- 3.5. O trabalho dos AIS está voltado para a parte curativa;
- 3.6. A Funasa contrata serviços de saneamento e não os acompanha;

**4 Sistema de Informação:**

- 4.1 DSY- Os pacientes que vão para os hospitais não retornam com informações para as comunidades;

**5 Controle Social:**

- 5.1 DSL- Está funcionando relativamente bem, por haver experiência anterior.

**Grupo B: Alto Solimões e Javari**

Passou-se a palavra ,então, ao delegado da região do **Alto Solimões, sr. Aldemicio S. Bastos**. Falou de sua origem e apresentou os conhecimentos do Grupo Vale do Javari e Alto Solimões. Mencionou os cargos ocupados pelos indígenas da região e dos povos envolvidos nas duas regiões, inclusive nas câmaras de vereadores. Citou a Rede de Serviços, o Modelo de Assistência, os Recursos Humanos, o Controle Social e o Sistema de Informação. Continuou com uma explanação do que avançou e das principais dificuldades, finalizando assim seu depoimento.

*Relato do Grupo B:*

**1 A implantação da rede de serviços no Javari:**

- 1.1. A rede de serviços encontra-se deficiente;
- 1.2. Não foram construídos: pólos bases e postos de saúde;
- 1.3. Ocorreu um problema, em que foi solicitada a construção de tijolos aos indígenas;
- 1.4. Há necessidade de novos recursos;
- 1.5. Existe dúvida dos delegados indígenas em relação aos critérios utilizados para gastar os recursos dos pólos bases.

**2 A implantação da Rede de Serviços no Alto Solimões:**

- 2.1. Houve mudanças nas discussões iniciais, acordadas com as comunidades nos locais dos pólos bases;
- 2.2. Os pólos bases só foram construídos no final do convênio, assim como os Postos de Saúde.

**3 Modelo de Assistência:**

- 3.1. Javari: assistencialista, curativa e não tem prevenção. Emergencial;
- 3.2. Alto Solimões: Curativo e preventivo;
- 3.3. Tempo muito longo para equipe visitar as aldeias, pois permanecem muito tempo na sede;

**4 Recursos Humanos:**

- 4.1. Javari: a disputa dos profissionais e a redução dos auxiliares de enfermagem prejudicaram os trabalhos nas aldeias;
- 4.2. Falta de adaptação dos profissionais de nível superior (acompanhar);
- 4.3. Alto Solimões: as equipes não foram para área por falta de alojamento e de equipamentos;
- 4.4. Discriminação dos profissionais em relação à população indígena;
- 4.5. Recursos Humanos insuficientes;
- 4.6. Falta de equipamentos para apoiar o trabalho do AIS;
- 4.7. Falta de reconhecimento do AIS bucal por parte dos dentistas.

**5 Controle Social:**

*Javari*

- 5.1 Demora na implantação do conselho distrital (outubro de 2000);
- 5.2 Os conselheiros do DSEI eram os mesmos do Civaja;
- 5.3 Conselhos locais não funcionam;
- 5.4 Os conselheiros distritais e gerentes da ONG são remunerados pelo DSEI.

*Alto Solimões*

- 5.5 A instituição (Diocese) não passava informações;
- 5.6 O conselho foi implantado, mas não houve participação efetiva;
- 5.7 A capacitação dos conselheiros só aconteceu no final do convênio;
- 5.8 Não foi renovada a diretoria do conselho distrital.

**6 Sistema de Informação:**

- 6.1 Não funciona, somente informação verbal; as comunidades o desconhecem.

**7 O que Melhorou?**

- 7.1 Presença de transporte fluvial e terrestre; radiofonia;
- 7.2 Reconhecimento de outras etnias;
- 7.3 Complementação das atividades já desenvolvidas pelas organizações;
- 7.4 Reconhecimento do governo das organizações indígenas.

**8 O que não Avançou?**

8.1 O não cumprimento das propostas do plano distrital (pólo base etc.)

**9 Principais Dificuldades:**

9.1 Falta de acompanhamento do orçamento pelos conselheiros;

9.2 Falta de conhecimento do Plano Distrital.

**Grupo E: Xingu, Guamá-Tocantins, Altamira, Palmas-Tocantins, Belém-Tocantins, Tapajós, Xavante**

Em seguida o representante do **Xingu, Tapajós, Altamira, Guamá, Tocantins e Xavante**, sr. Amâncio-da etnia Mundurucu, iniciou mostrando o que avançou e o que não avançou na região, contemplando os diversos subtemas já mencionados anteriormente. Terminou sua fala reconhecendo a necessidade do indígena de se auto-analisar em relação à postura diante dos problemas. Sabe-se exigir, mas é preciso conciliar exigência com sugestões.

*Relato do Grupo E:*

**1 Implantação da Rede de Serviços**

1.1 O que melhorou?

1.1.1 Remoção de pacientes (todos distritos);

1.1.2 Instalação do radiofonia (Belém-Tocantins, Tapajós, Xavante, Xingu, Altamira, Palmas);

1.1.3 Casa do Índio (Altamira, Tapajós);

1.1.4 Aquisição de medicamentos (todos);

1.1.5 Saneamento básico (abastecimento de água em andamento no Xingu).

1.2 O que não avançou?

1.2.1 Casa do Índio (Guamá-Tocantins, Palmas-Tocantins, Belém, Xavante, Xingu). No Xingu a Casa do Índio não foi construída;

1.2.2 Saneamento básico nos demais distritos não funciona bem.

**2 Modelo de Assistência:**

2.1 O que melhorou?

2.1.1 Equipe multidisciplinar (Xingu, Tapajós, Palmas, Tocantins, Altamira);

2.1.2 Acompanhamento da saúde da mulher;

2.1.3 Controle de endemias;

2.1.4 Imunização/cobertura vacinal (todos).

2.2 O que não avançou?

2.2.1 Equipe multidisciplinar (Belém, Guamá-Tocantins, Xavante);

2.2.2 Acompanhamento da saúde da mulher (Xavante);

2.2.3 Controle de endemias (Xingu- não tem parceria para fazer planejamento do Controle das Endemias).

**3 Recursos Humanos:**

3.1 O que melhorou?

3.1.1 Contratação dos AIS;

3.1.2 Contratação de Agente de Saúde Bucal;

3.1.3 Contratação de Auxiliar de Enfermagem (Xingu, Altamira);

3.1.4 Contratação de AISAN (Agente Indígena de Saneamento- Xavante, Guamá-Tocantins, Belém-Tocantins);

3.1.5 Treinamento dos conselheiros e do AIS (Tapajós, Xavante).

3.2 O que não avançou?

3.2.1 O trabalho dos AIS não está sendo acompanhado e nem valorizado;

3.2.2 Contratação de Agente de Saúde Bucal (Xavante);

3.2.3 Contratação de AISAN (Altamira, Xingu, Tapajós, Marabá);

3.2.4 Curso de capacitação para os AIS (Guamá-Tocantins, Belém-Tocantins).

#### 4 Controle Social:

4.1 O que melhorou?

4.1.1 Implantação dos Conselhos Locais e Distritais (na maioria das áreas).

4.2 O que não avançou?

4.2.1 Atuação dos Conselhos Locais e Distritais em Palmas.

#### 5 Sistema de Informação:

5.1 O que melhorou?

5.1.1 Implantação do SIASI, no Xingu, Altamira, Tapajós, Palmas-Tocantins, Belém-Tocantins.

5.2 O que não avançou?

5.2.1 Não houve implantação do SIASI na área Xavante.

#### Grupo C: Médio Solimões, Parintins, Manaus, Amapá

Sr. Osmar, Delegado Indígena, falou em nome do grupo. Começou pela percepção dos avanços e dificuldades observadas no grupo, levando em conta todos os subtemas já mencionados- anexo. Terminou destacando a importância deste intercâmbio para se organizar e lutar em prol da causa indígena quanto às metas: assistência e demais necessidades. Agradeceu a oportunidade de ser relator e aprender com a nova experiência.

#### Relato do Grupo C:

##### 1 Implantação da Rede de Serviço:

1.1 O que melhorou?

1.1.1 Acompanhamento;

1.1.2 Transporte;

1.1.3 Comunicação;

1.1.4 Sistema de referência;

1.1.5 Forma de atendimento dos AIS;

1.1.6 Relacionamento dos distritos com os municípios;

1.1.7 Estruturação dos pólos bases;

1.1.8 Contratação de equipe de saúde;

1.1.9 Gerenciamento pela organização indígena através de convênio com a Funasa.

1.2 O que não avançou?

1.2.1 Funcionamento da Casa do Índio;

1.2.2 A relação entre índios e gestores de saúde.

1.3 Dificuldades:

1.3.1 Atendimento bimestral das equipes;

1.3.2 Número de transporte terrestre insuficiente para atendimento;

1.3.3 Não adaptação de alguns profissionais de saúde às comunidades indígenas;

1.3.4 Falta de implantação de postos de saúde em alguns pólos bases;

1.3.5 Falta de construção e estrutura de pólos;

1.3.6 Falta de compreensão na rede de SUS sobre os DSEI;

1.3.7 Pouca atenção quanto ao saneamento básico;

1.3.8 Falta de medicamento e combustível para o atendimento nas aldeias;

1.3.9 Atraso no repasse de recursos;

1.3.10 Falta de assistência diferenciada dos que vivem nas áreas urbanas;

1.3.11 Funcionamento da Casa do Índio;

1.3.12 Relacionamento entre índios e gestores municipais de saúde.

##### 2 Modelo de Assistência:

2.1 O que melhorou?

2.1.1 Relacionamento do pajé com os AIS;

- 2.1.2 Atendimento nas aldeias por auxiliares indígenas de enfermagem;
- 2.1.3 Articulação com municípios para trabalhar em parceria;
- 2.1.4 Incorporação de medicina tradicional aos distritos;
- 2.1.5 Trabalho interdisciplinar;
- 2.1.6 Visita domiciliar pelos AIS;
- 2.1.7 Implantação do programa de higiene bucal;
- 2.1.8 Trabalho dos AIS com saúde preventiva.
- 2.2 O que não avançou?
  - 2.2.1 Incentivo pelos AIS de hortas medicinais;
  - 2.2.2 Valorização dos pajés e parteiras.
- 2.3 Dificuldades:
  - 2.3.1 Discriminação na rede do SUS;
  - 2.3.2 Descrédito do trabalho do AIS;
  - 2.3.3 Consumo excessivo de medicamentos nas aldeias;
  - 2.3.4 Descrença por parte dos profissionais de saúde sobre medicina tradicional;
  - 2.3.5 Falta de assistência aos deficientes físicos nas aldeias;
  - 2.3.6 Falta de divulgação do modelo de assistência à saúde indígena.
- 3 Recursos Humanos:**
  - 3.1 O que melhorou?
    - 3.1.1 Equipe completa de profissionais de saúde;
    - 3.1.2 Formação de técnicos indígenas;
    - 3.1.3 Capacitação dos Aiasan.
  - 3.2 O que não avançou?
    - 3.2.1 Aumento de número de profissionais de saúde para trabalhar em área.
  - 3.3 Dificuldades:
    - 3.3.1 Manter os profissionais de saúde em áreas de difícil acesso;
    - 3.3.2 Insuficiência de AIS, médicos e enfermeiras;
    - 3.3.3 Nem todas as comunidades foram beneficiadas com capacitação dos AIS;
    - 3.3.4 Capacitação insuficiente da equipe de saúde e profissionais que trabalham na rede de assistência.
- 4 Controle Social:**
  - 4.1 O que melhorou?
    - 4.1.1 Formação dos conselhos locais e distritais;
    - 4.1.2 Alguns conselhos locais estão funcionando;
    - 4.1.3 Participação das comunidades;
    - 4.1.4 Os conselheiros acompanham a execução de ações de saúde em suas localidades;
    - 4.1.5 Alguns DSEI realizam cursos de capacitação dos conselheiros.
  - 4.2 O que não avançou?
    - 4.2.1 Falta de conhecimento do papel do conselheiro;
    - 4.2.2 Falta de capacitação do conselheiro;
    - 4.2.3 Distância dificultou reuniões em alguns distritos.
- 5 Sistema de Informação:**
  - 5.1 O que melhorou?
    - 5.1.1 Implantação do Siasa;
    - 5.1.2 Encaminhamento mensal de dados para Brasília;
    - 5.1.3 Apoio dos profissionais de saúde no preenchimento dos formulários;
    - 5.1.4 Realização do cadastro de cada família;
    - 5.1.5 Documentação da cobertura vacinal está sendo enviado ao programa nacional de imunização- PNI.
  - 5.2 O que não avançou?
    - 5.2.1 Falta de compreensão dos AIS dificulta o preenchimento dos formulários;

- 5.2.2 Perda de muitas informações;
- 5.2.3 Falta de radiofonia para encaminhar as informações das aldeias.

Foi dado um breve intervalo para a merenda. Ao reiniciar o trabalho, a coordenadora da mesa convocou o representante do Distrito do Alto Rio Negro e Médio Purus, **sr. Bonifácio** - da etnia Baniwa.

**Grupo D: Alto Rio Negro e Médio Purus**

**Sr. Bonifácio**, então, se apresentou e informou os diversos subtemas agrupados de forma geral e não especificada como nos outros grupos. Definiu o que melhorou e o que não melhorou nas diversas áreas. Entre suas transparências mostrou um organograma simples entre o MSF/Funasa e a comunidade. Reforçou também que Santa Isabel e Barcelos ainda precisam de projetos e convênios organizados pelos órgãos competentes, porque facilitaria o entrosamento, a recepção e o atendimento de vários indígenas.

*Relato de Grupo D:*

**1 O que não avançou?**

- 1.1. Medicina tradicional;
- 1.2. Reconhecimento da categoria profissional do AIS;
- 1.3. Melhoria do currículo do AIS;
- 1.4. Política salarial do AIS;
- 1.5. Contra referência do Casa do Índio e referência;
- 1.6. Falta de acompanhamento do AIS nas comunidades;
- 1.7. Política orçamentária de saúde indígena;
- 1.8. Falta de reconhecimento do AIS pelo COREM
- 1.9. Garantia do ensino fundamental;
- 1.10. Participação indígena no CNS e CISI;
- 1.11. Falta de critério para a contratação de recursos humanos;
- 1.12. Intérpretes e assistentes sociais nas Casas de Saúde Indígenas;
- 1.13. Locais de isolamento nas Casas do Índio;
- 1.14. Implementação dos programas verticais (DST/TB);
- 1.15. Bolsa de estudo para indígenas;
- 1.16. SIASI não é operacional.

**2 Dificuldades:**

- 2.1. Efetivação do modelo do DSEI;
- 2.2. Integração do AIS com os profissionais;
- 2.3. Falta de apoio ao controle social (por FUNASA);
- 2.4. Não reconhecimento do conselho distrital (deliberação);
- 2.5. FUNASA favorece em detrimento das organizações indígenas;
- 2.6. Falta de apoio logístico e financeiro aos conselheiros e AIS;
- 2.7. Falta de articulação dos DSEI e de referências;
- 2.8. Especialização de profissionais de saúde nas instituições de referência;
- 2.9. Comunicação deficiente do Casa de Saúde do Índio com parentes e instituições;
- 2.10. Gerenciamento e administração única das Casas de Saúde Indígena;
- 2.11. Formação e informação sobre o DSEI aos profissionais da rede de referência;
- 2.12. Casas do Índio desumanas;
- 2.13. Falta de Comissão (conselho) para avaliação dos Casas do Índio por distritos;
- 2.14. Capacitação dos conselheiros.

**3 O que melhorou?**

- 3.1. Rede de comunicação e transporte;
- 3.2. Assistência médica, odontológica e enfermagem;
- 3.3. Formação dos conselhos;
- 3.4. Estrutura física, Casa do Índio, Pólos Bases;

### 3.5. Setorização dos AIS.

#### **Grupo F: Porto Velho e Vilhena**

Em seguida, o Delegado do DSEI de Porto Velho e Vilhena deu continuidade ao mostrar seu relatório em linhas gerais: O que melhorou e quais as dificuldades dentro das diversas áreas (subtemas).

*Relato de Grupo F:*

#### **1 Implantação da Rede de Serviços:**

##### 1.1 O que melhorou?

- 1.1.1 Foram implantados todos os pólos bases e poucos postos de saúde indígena;
- 1.1.2 O sistema de referência está funcionando;
- 1.1.3 O sistema de comunicação melhorou;
- 1.1.4 As equipes de saúde estão visitando as aldeias a cada dois meses, mas não estão permanentemente na área;
- 1.1.5 A Casa do Índio de Vilhena está adequada.

##### 1.2 O que não avançou?

- 1.2.1 Falta complementação do sistema de comunicação;
- 1.2.2 Falta complementação da rede de serviços;
- 1.2.3 A contra referência não está funcionando (para os AIS).

##### 1.3 Principais dificuldades:

- 1.3.1 Não existe local adequado para guardar o material de trabalho e arquivar as informações;
- 1.3.2 Onde não existe sistema de comunicação os doentes demoram a ser atendidos ou são removidos desnecessariamente, gerando mais custos;
- 1.3.3 Os AIS não recebem informações sobre os pacientes da referência.

#### **2 Modelo de Assistência:**

##### 2.1 O que melhorou?

- 2.1.1 As equipes estão atendendo as demandas (medicina curativa);
- 2.1.2 A rede de serviços do SUS está atendendo a demanda encaminhada pelo DSEI;

##### 2.2 O que não avançou?

- 2.2.1 Não está sendo realizado um trabalho preventivo nas aldeias (acompanhamento de gestantes, grau de desnutrição das crianças etc).

##### 2.3 Dificuldades:

- 2.3.1 Dificuldades para marcar consultas e exames especializados na rede de serviços do SUS;
- 2.3.2 Municípios ainda não entendem a política de saúde indígena;
- 2.3.3 As equipes não estão acompanhando os AIS em algumas áreas.

#### **3 Recursos Humanos:**

##### 3.1 O que melhorou?

- 3.1.1 Contratação de equipes multidisciplinares (PSFI, AIS);
- 3.1.2 Formação continuada dos AIS.

##### 3.2 O que não avançou?

- 3.2.1 Profissionais não estão sendo capacitados “antropologicamente” para entenderem a realidade dos povos indígenas com quem vão trabalhar;
- 3.2.2 A inclusão da medicina tradicional dos cursos dos AIS e equipes multidisciplinares.

##### 3.3 Dificuldades:

- 3.3.1 Baixo salário dos AIS;
- 3.3.2 Os salários são muito desiguais entre os DSEI, e não são consideradas as dificuldades de acesso geográfico;

- 3.3.3 Equipes tem muita dificuldade para entender os povos indígenas e a medicina tradicional;
  - 3.3.4 Falta de entendimento relativo aos papéis dos profissionais de saúde;
  - 3.3.5 Falta definição de critérios para atuação dos profissionais de saúde na área.
- 4 Controle Social:**
- 4.1 O que melhorou?
    - 4.1.1 Os conselhos (distritais e locais) estão implantados;
    - 4.1.2 Os problemas são resolvidos, principalmente os dos conselhos locais;
  - 4.2 Dificuldades:
    - 4.2.1 Algumas decisões do conselho distrital não são respeitadas pelo órgão responsável pelas ações de saúde indígena;
    - 4.2.2 Não comparecimento das instituições que compõem o conselho nas reuniões.
- 5 Sistema de Informação:**
- 5.1 O que avançou?
    - 5.1.1 Os pólos bases estão equipados com computadores e com rádio comunicação para organizar o banco de dados do SIASI;
    - 5.1.2 São utilizados os formulários do SIASI (ficha de cadastro da família, caderno do AIS, etc.).
  - 5.2 Dificuldades:
    - 5.2.1 Não tem informação disponível dos hospitais dos municípios para os DSEI;
    - 5.2.2 O SIASI não está suficientemente organizado para gerar informações concretas para os usuários e prestadores.

**Dra. Luiza** cumprimentou a todos os relatores pelas apresentações claras e precisas. Pediu que o registro desses relatos (transparências) fosse entregue a secretária para constar no relatório do evento. Abriu, então, espaço para uma Mesa Redonda, convocando todos os participantes a trazerem mais dúvidas e/ou sugestões e comentários.

## **DISCUSSÃO SOBRE EXPERIÊNCIAS REGIONAIS**

### **Pergunta: delegado de Tocantins**

*Pediu definição sobre o saneamento básico e sobre as ações no tocante à troca de informações. Queria poder ter acesso a estas informações para melhoria de qualidade de vida.*

*1) Como é que estas informações sobre mortalidade, foco de doenças, índice epidemiológico estão sendo veiculadas?*

*2) Como está sendo discutida a questão do Saneamento Básico (água etc)?*

- Respondeu o Delegado do Alto Purus/Alto Juruá, dizendo que ficou para o pessoal da FUNASA fazer este projeto. Disse que há previsão de Funasa e do Governo do Estado/UNI realizarem o trabalho de Saneamento Básico para os próximos meses. Acrescentou que para eles, também, não deram prioridade aos relatórios informativos, pois havia demanda de agentes/ordem executiva mais urgente. Agora, no final do convênio é que se identificou que a importância do Sistema de Informação poderia intervir na resolução de problemas na região.
- Quanto ao Saneamento Básico outro Delegado disse que os Municípios têm a responsabilidade onde o CIR não atuar. Há um relatório mensal que todos os agentes indígenas/laboratoristas têm que apresentar/preencher. Isto é mandado para o CIR Saúde verificar o índice epidemiológico. Ali se define o trabalho de melhoramento. Acrescenta que em Cotia houve casos de malária que foram detectados pelos formulários e houve o envio de laboratorista a cada quinze dias para o referido local.

- **Sr. Aldemício** disse que na área do Alto Solimões houve o relato da existência de suicídios e mortalidade Ticuna com cordas, armas e afogamento. Pediu o aprofundamento dos srs. antropólogos nesta questão. Ele crê que o suicídio se deu pela falta de trabalho, educação e melhor meio de vida. Há gente migrando para a cidade a fim de suprir esta necessidade. Quanto ao saneamento básico em Tabatinga a prefeitura recusou a ajuda para sua implantação. Ex. : Benjamin Constant – o valor destinado à compra de caixa d'água não foi totalmente usado. Convocou os indígenas a requisitarem tais propostas.
- DSEI Tapajós fizeram levantamento próprio dentro da Comunidade Indígena. Souberam da atribuição do Conselho, mas disseram que as informações vinham da Base: Agentes de Saúde. É por lá que começou a veiculação das mesmas. O saneamento básico é um assunto para ser levado ao conselho e onde se deve fazer parcerias.
- Os projetos do DSEI Rio Negro não se baseavam em dados. As ONG's (Organizações Não Governamentais) é que montaram projetos baseados nas necessidades locais e no seu dia-a-dia. Viu-se que para a obtenção de dados precisos seriam necessários tempo e um grande projeto. Para trabalhar em cima dos dados, " há de se organizar e amadurecer a idéia."
- **Dra. Luiza** confirmou a falta de dados, apesar do preenchimento de muitos papéis/formulários. Ressaltou que esse é um fato importante para se discutir na Conferência.

**Pergunta: José Mário, Mura, Município de Altazes**

*Nesta etnia viu-se que quando a saúde entrou com os DSEI houve melhoria.*

*1) Houve preocupação e parceria com a Funai quanto à questão terra (Demarcação de Terras/Invasão/Garimpeiro/Madeireiras)?*

- Delegado do Alto Solimões, afirmou que a saúde completa passou pela questão da posse de terra. O Governo Federal precisava saber que a população indígena existia, era capaz e inteligente. A tutela calou a boca do índio, por outro lado assegurou um espaço próprio para as etnias.
- Alto Purus acreditam que o trabalho não parou, mas passou por diversas questões como o projeto econômico e de auto-sustentação. Se a demarcação de terras não aconteceu é por falta de definição dos papéis dos diversos órgãos envolvidos. Mas a luta continua.
- Delegado do Leste de Roraima crê que se deve acrescentar esta questão (demarcação) no relatório. A Funai está relacionada à saúde. É preciso demarcar sim!

**Perguntas: sr. Almir de Vilhena/RO**

*1) Houve algum critério para capacitar nosso conselheiro/liderança, para entender melhor a política de saúde?*

*2) O Distrito de Vilhena fez convênio com uma ONG. Eles sentem a dificuldade dos Conselheiros em fiscalizar e ter Controle Social. Será que isso é porque é uma ONG e não a FUNASA?*

Resposta:

- 1) A existência de atividades de treinamento é a que dará a direção;
- 2) Quanto ao apoio da Funasa, deve-se trabalhar em conjunto com os conselheiros.
- O delegado do Rio Negro disse que quanto à questão da capacitação é preciso montar um projeto que conste a capacitação de lideranças para atender a política de saúde. É preciso, parceria com

profissionais que militem nessa área. Ex. : convênio antes do DSEI – Havia capacitação de liderança. Era previsto no projeto. Solicitou-se da UA esta capacitação. Se for outro órgão envolvido é necessário saber o critério vigente.

- **Leste de Roraima** respondeu: a UA foi até Roraima treiná-los e fizeram reunião em cada região posteriormente e levou-se a discussões os projetos, leis e direitos dos Povos Indígenas. Incluindo a participação dos Yanomamis. Na sua área a parceria é intensa. Quanto as ONG's houve dificuldade de acesso e de aceitação de fiscalização . A MSF fez um bom trabalho.
- **Dra. Luiza** disse que no dia seguinte exploraria esses assuntos. Ressaltou a necessidade de se falar que não só os conselheiros precisariam de treinamento, mas os não indígenas também deveriam ser mais capacitados.
- **Alto Solimões** falou das questões antipáticas no Vale Javari (construção de tijolos, uso de madeira na construção de casas). Reafirmou a necessidade de o próprio indígena definir o que lhe é mais apropriado .
- **Rio Negro** – Eles mesmos solicitaram uma pessoa para orientá-los quanto às leis na área escolar. Iniciativa própria que deu certo.
- **Purus** – Eles mesmos organizaram as leis que necessitavam para seu projeto convênio. O conselho decidiu quem os apoiaria no Acre, contudo o movimento indígena com sua liderança é quem deveria decidir. A Funasa contribuiria para capacitar os conselheiros.
- **Sr. Ivanildo**, Yanomami – servidor da FUNAI em Roraima comentou que existe região que não tem conhecimento e não é conhecida. No Alto Rio Negro não há posto de saúde, há muita malária e hepatite. A área indígena demarcada não está sendo respeitada (Macuxi e Yanomami), continua havendo invasão. A responsabilidade é da FUNAI, mas ele conta com os parentes indígenas. Disse: “Precisamos cuidar e decidir para resolver” .

**Pergunta: Vilhena**

*Até que ponto a Funai tem parceria com a FUNASA ? Há gastos com veículos e combustível ?*

**Pergunta: sr. Dilton de Roraima**

*Como está sendo a parceria de saúde com a escola? Há exclusão de professores?*

- Funasa x Funai. No Acre – Purus/Juruá, há boa relação com a Funai; após a união Funasa melhorou. Isto é atribuído ao grande número de indígenas envolvidos nesta parceria para implantação dos Distritos. As escolas funcionam bem naquele local. Não há diferença ou disputa entre educação e saúde.
- **No Rio Negro** houve um problema sério entre a parceria Funasa/Funai. Houve necessidade de harmonia entre esses órgãos. A comunidade contribuiu para esta sintonia. A Funai espera que o índio reaja e que parta dele – o indígena – reivindicar e solicitar o trabalho da Funai/Funasa. “ Cada um cumpre seu papel.” O funcionamento da escola é bom e há conscientização do trabalho em conjunto. .
- **Vilhena** respondeu que a Funai/Funasa não tem deixado claro para os indígenas qual é a parceria .

**Pergunta: Dona Celina de Coiab**

*Preocupação com a divisão de território, principalmente nas cabeceiras dos rios.*

**Pergunta:**

*(O que se acha da formação e divisão de novos territórios (Yanomami)?*

**Pergunta:**

*Outro questionou a remuneração de conselheiros e outra que se trate da questão índio sem terra demarcada.*

- Quanto à divisão dos territórios, o expositor do Alto Solimões, disse que estados e territórios não foram criados pelos indígenas. Não há problemas de convívio entre os vizinhos de lá. Acrescentou que na própria Constituição, fala-se que a terra não é do indígena e sim da União. O usufruto que é do indígena.” É preciso, lutar pelo direito à propriedade. Isso depende de saber escolher os representantes no Congresso, os parlamentares. Há pessoas apoiando ao CPI’s das ONG, que são eles mesmos (indígenas).” Compara a organização dos Estados Americanos que são desenvolvidos tecnologicamente. “Nós precisamos de tecnologia, mas também do serviço social”.
- Quanto à remuneração dos conselheiros deve haver uma maior reflexão. Ao serem remunerados eles perdem o peso do voto e opiniões. Mas há de se considerar que as necessidades físicas, de suprimento e provisão devem ser atendidas.
- **Sr. Zezinho** do Alto Solimões falou da remuneração dos conselheiros e disse que nem os brancos são remunerados e que não devem ser mesmo. Apenas, devem-se custear as despesas das reuniões do conselho. Há despesas de combustível, locomoção etc. Isso deve constar no convênio.
- Divisão do estado do Acre com Rondônia é diferente da divisão do Território Distrital que não respeita limite territorial. A avaliação passou pelo entrosamento entre as diversas áreas: se há problema e como seria melhor para solucioná-lo. Há mais distritos (33) que o número de Estados Brasileiros. Talvez fosse necessário criar subdistritos para facilitar o trabalho.

**Pergunta:**

*Como fica a assistência aos índios sem demarcação de terra ?*

- Dra. Luiza, responde que é preciso ser feita. Tem que se atender: todo indivíduo precisa ser atendido sem distinção.

**Perguntas:**

*Como está funcionando a Casa de Saúde do Índio em outros Distritos ?*

*Onde entra o Controle Social já que a direção é regional?*

*E a Casa de Saúde do Índio de Manaus quanto ao atendimento, já que se busca um gerenciamento único? E como isto seria feito?*

*Comentário sobre a Saúde no Xingu – Entrosamento entre o distrito e o Município, sobre a Cirurgia de laqueadura de mulheres indígenas. Deve-se passar pelo médico do Distrito.*

- Realidade em Tabatinga está havendo “muitos caciques para poucos índios”. Muita gente querendo mandar e o índio se torna apenas mão-de-obra.
- Com relação à Casa do Índio em Manaus, as etnia que apenas para lá se dirigem e voltam dizendo que o atendimento é ainda deficiente. Para isto ser registrado, foram gravadas imagens desta casa para que eles mesmos vissem como ela funciona. Ainda é preciso mudar para melhor, com tratamento de

qualidade pois não é justo que o índio saia de sua base para vir morrer aqui em Manaus. Outro expositor acrescentou sobre o gerenciamento único, que ainda não se sabe quem a está administrando. A Coiab tinha contrato para fornecer certas coisas e o gerente da Funasa tinha que se reportar ao administrador regional. Uma administração única poderia facilitar a sua direção.

- **Dra. Luiza** comentou sobre a laqueadura. Esse procedimento deve ser indicado por um médico. Deve-se considerar a realidade: excesso de filhos e direito de ter outros métodos para evitar filhos e a laqueadura é um deles. Há divergência dentro da comunidade; “às vezes o homem não quer.” Mas se optar por ele é preciso partir de uma recomendação médica.

09 de maio, quarta-feira  
Pela tarde

### MESA REDONDA COM LIDERANÇAS QUE MANTÊM CONVÊNIO COM A FUNASA

Antes do início oficial das atividades do período vespertino, **José E. Lima**, do Leste de Roraima tocou violão e cantou uma música típica para animar e convocar os participantes ao início da reunião.

O coordenador da mesa, **dr. Márcio Ferreira da Silva**- da UFRJ iniciou a solenidade, chamando os membros que comporiam a mesa. Ele saudou a todos e revelou que o objetivo desta mesa redonda era o de pensar na relação entre o movimento indígena e o movimento de saúde.

A proposta seria a de se pensar em três dimensões: política, gerencial e ética. Participaram representantes de dez lideranças indígenas pertencentes a Coiab.

Os presentes são:

- Sr. Clovis Ambrósio Wapixana – CIR
- Sr. Zezinho Kaxarari – UNI-ACRE
- Sr. Darcy Comapa- CIVAJA
- Sr. Bonifácio José– FOIRN
- Sr. Genival Oliveira– UNI-TEFE
- Sra. Vitória dos Santos – APIC
- Sr. João Batista – OPIMP
- Sr. Kiné Gavião – APIC
- Sr. Aldemicio Bastos – OTM
- Sr. Euclides Pereira – Coiab

Passou-se a palavra ao **sr. Clóvis Ambrósio**. Ele pediu a todos que pensassem o porquê de estarem aqui e traçou um breve histórico do índio no Brasil:

1560 – Os índios foram reconhecidos pelo Papa como tendo alma.

1910 – Primeiro serviço de proteção ao índio .

1967 – Criação da FUNAI e seu significado.

1973 – A Constituição - lei : 6001, Estatuto obrigando o índio a se integrar à sociedade.

1988 – Promulgação da Constituição estabelecendo mais direitos aos indígenas, dando força até hoje. Então o decreto 23 no período Collor trouxe confusão e foram criados outros órgãos para tentar refazer melhor a saúde do índio.

1993 – Fórum em Brasília sobre a saúde do índio.

1993 – No mês de outubro desse ano aconteceu a II Conferência.

1994 – Dividiu-se entre Funasa e Funai as responsabilidades quanto aos índios; outra confusão.

1998 - *Workshop* para discutir como se traçaria o sistema de saúde da população indígena. Deu-se a criação de 34 distritos indígenas.

1999 - Lei do Dep. **Sérgio Arouça**. Linhas de trabalho do Conselho Indígena de Roraima. A ONG MSF foi a pioneira no treinamento de microscopistas para a erradicação da malária; em 1994/1995 houve audiência com o Ministério da Saúde que perguntou aos representantes o que eles queriam. O sr. Euclides respondeu que queria recursos e incentivos para os agentes de saúde. Houve necessidade de convênio. Em meados de 96 foi firmado o primeiro convênio desta natureza. A coordenação da organização do convênio tentou vários contatos com as ONG e o Governo. Mesmo depois da criação do DSEI continuou-se o trabalho de treinamento, criando funções nos diversos segmentos. Em Roraima houve entendimento com todos os órgãos ligados ao meio indígena, exceto com o governo do Estado.

Passou-se a palavra ao **sr. Zezinho** - do Uni-Acre, organização indígena, que se apresentou dizendo estar representando 16 povos diferentes, no que diz respeito aos direitos e reivindicações dos usuários indígenas. Iniciou, referindo-se à implantação de DSEI. Houve o acompanhamento dos diversos órgãos envolvidos. Disse que é uma política de saúde do governo e que o movimento indígena ajudou a transformar em lei que os beneficia. Hoje, no aspecto político, não se alterou o contrato da UNI com o Ministério da Saúde que é renovado anualmente em forma de convênio. A atuação UNI sempre de acompanhamento, hoje, porém é de execução. A remoção de paciente e a escolha da companhia de transporte são algumas das ações tomadas pela UNI. A prática eficiente depende muito do secretário municipal e estadual juntamente com a participação dos usuários e seus conselhos. No estado do Acre houve a aproximação ao governo e convênios com órgãos públicos para o fornecimento de material entre outras coisas. Com relação à ética disse que a relação de igualdade e respeito tem que existir.

O Conselho do Javari disse que todos estão preocupados com a questão do indígena. Tem gente contra e à favor. Continuou e agradeceu aos seus companheiros que lutaram pela questão do movimento indígena no passado. Prosseguiu. Fez constatações da ineficiência do tratamento de saúde à população indígena nos diversos distritos. Acrescentou que querem ser autônomos e gerenciar seus próprios recursos, pois os técnicos em Brasília não têm noção da real necessidade dos pobres. Reivindicou a participação indígena na Funai. Citou novamente a Constituição, requerendo do Estado o cuidado da população indígena, e que ele o faz calar ao invés de considerá-lo participativo e capaz. Falou da proibição do uso da TV nas aldeias; disse que isso era um absurdo. Querem conexão com a Internet na aldeia (Matis).

Teve a palavra **sr. Bonifácio**, FOIRN, órgão que teve seu primeiro convênio com a Funasa em 97. A renovação do convênio foi em 98. Esses convênios fizeram aumentar a demanda de trabalho interno e contribuíram para a discussão da política do movimento indígena. A FOIRN contempla vários projetos e organiza conferências com a comunidade, assumindo o Controle Social. A assistência de saúde fica a cargo das ONG's. Fizeram levantamento epidemiológico e antropológico. O movimento continua com sua ética de cobrança. Na administração correta das contas demonstrou-se a capacitação dos indígenas de cuidar desta área.

Passou-se a palavra a **sr. Genival**, Uni-Tefé. Sobre o movimento indígena e sobre DSEI disse que houve hesitação em pegar o convênio, pois era muita responsabilidade. Resolveu-se fazer o convênio com a Funasa. Onze etnias fazem parte do Médio Solimões, ainda há etnias com tradições antigas. Falou da dificuldade do Modelo de Assistência atual. Questionou-o em uma fala poética que ilustra a convocação à luta: "Quem não é capaz de virar a página, não é digno de ler o livro".

Sobre as perspectivas quanto a gerência dos recursos públicos, disse que "os índios podem ensinar os brancos como isto está funcionando quanto à ética." Acredita que todos sejam profissionais e ressaltou a necessidade de respeito aos pajés, por exemplo." Eles são, dentro de sua área, a autoridade no que fazem."

Passou-se a palavra a **sra. Vitória**, da Apitu. A luta da Apitu vem de muitos anos, desde maio de 92. Tem experiência com outros convênios. Em 99 houve a criação do Distrito. Desmembraram o Distrito Uniapi. Apareceram a Apituc e a APIU. Há esforços para os recursos sejam próprios das bases. Há dificuldade de acesso ao extremo da região norte ex-Oiapoque. O convênio, no valor de 2 milhões e 200mil reais, foi firmado em outubro de 2000. O plano contemplou equipar, fornecer assistência farmacêutica, abastecer as unidades entre outras coisas. Existe a necessidade de apoio na área jurídica para se amarrar bem às contratações.

Passou-se a palavra a **sr. João Batista**, MÉDIO PURUS, OPIMP. Disse ser conveniado há apenas um mês. Falou dos impactos sofridos e da melhoria da saúde, transporte e comunicação. Sobre o convênio disse que até o dia anterior os recursos ainda não haviam chegado na sua região.

Passou-se a palavra a **sr. Kine**, API / TOCANTINS. Disse que no Pará-Marabá existem 8 povos indígenas sem acesso e informação. Sobre o convênio disse que ele veio da necessidade de engajar todas as questões. Esta iniciativa tinha apenas 3 meses. É uma organização jovem, formada por jovens cheios de esperança de ter representantes na Câmara Municipal, Estadual e Federal. Têm interesse em usufruir da tecnologia que ainda está à disposição só do branco.

Teve a palavra o **sr. Aldemicio Bastos** OTM, DSEI Alto Solimões (Organização Torü'mãü). Disse que sua luta, assim como a evolução do movimento indígena através das organizações indígenas do Alto Solimões, é o pacto do convênio 034/2001 – Funasa/OTM, com a participação da OSPTAS e OASPT. Retrato a burocracia dos convênios e do país. Os riscos, cujas populações indígenas estão expostas: doenças, inclusive AIDS.

“Devemos saber escolher nossos representantes, a exemplo de Sérgio Arouca, que foi solidário com as questões de saúde indígena. A educação é o único caminho para a libertação dos indígenas e através dos próprios indígenas.”

Em seguida, o último palestrante da mesa tomou a palavra, **sr. Euclides Pereira**- da Coiab. Questionou a reação das organizações, quanto aos convênios Funasa / Organizações Indígenas, pois se sentem “engessados, enganados” com a burocracia dos mesmos. Disse que na questão administrativa houve desvio de recursos, problemas trabalhistas de funcionário e demissões. Acrescentou que a relação com as bases foi problemática. “Quem de fato representa a vontade do povo?”, ele perguntou à equipe de profissionais. Observou que eram prestadores de serviços da Funasa e não empregados das organizações. O Governo terceirizou sua responsabilidade, repassando-a para as organizações indígenas. Foi necessário flexibilizar a execução das ações e questionar o rumo da Funasa. Acrescentou que os profissionais e agentes de saúde representavam um grande gasto de orçamento. Seria necessário, investir nos Recursos Humanos e qualificar os indígenas envolvidos.

O dr. Márcio encerrou este primeiro momento convidando a todos para o lanche.

## DISCUSSÃO SOBRE AS EXPERIÊNCIAS DOS ADMINISTRADORES INDÍGENAS

Ao reiniciar os trabalhos dr. Márcio fez um breve resumo das falas anteriores dos dez representantes das lideranças que mantêm convênio com a FUNASA. Abriu, então, o espaço para a plenária se manifestar. Surgiu a primeira pergunta seguida de contribuições, comentários e outros questionamentos.

### Pergunta:

*Como é visto o sistema dos DSEI pela organização indígena? Já houve propostas?*

Contribuição para futura proposta:

Preocupação: será que não estamos apenas recebendo remédios e deixando de nos preocupar com projetos para desenvolver recursos auto-sustentáveis? A saúde também passa pela questão da base alimentar, pela piscicultura, pela agricultura e pela valorização do uso das ervas medicinais. Agentes de saúde e Conselhos de Educação reivindicam curso superior mais próximo das aldeias.

Há povos que ainda preservam sua cultura milenar. Como são atendidos estes povos pelos técnicos e agentes? Como estão as parcerias e a relação das organizações indígenas com a Funai que apesar de não cuidar mais de saúde deve representá-los? Questão dos pólos: como está a situação nos diversos Estados?

- **Dra. Luiza** explicou a função do SUS. Falou da burocracia existente no movimento do SUS. Houve uma terceirização completa que pode trazer dificuldades futuras. Falou do funcionamento da OSIMP.
- **Tocantins.** o representante parabenizou as organizações envolvidas no movimento indígena neste encontro. Falou da discriminação sofrida pelo índio, ainda que ele vá para uma Universidade estrangeira.  
Ressaltou a democracia vivida por ele mesmo dentro de sua aldeia, Distrito, Conferência e até Brasília. Questionou : “por que a saúde é diferenciada?”... encontrando ele mesmo a resposta: “porque eles são índios.”
- **Sr. Aldemicio** reiterou o fato de que “parte do índio o direito e o dever de dizer como e para onde devem se dirigir.” Sr. Adi, com relação às Universidades para índios, disse que há dois meses questionou o Governo sobre a nova UEA, criada pelo Governo do Estado. Espera que esta demanda seja aprovada: projeto de quinze vagas a serem oferecidas. Continuou apontando que deveria haver mais empenho para que se altere a morosidade desta questão educacional.
- **Sr. Euclides** falou das organizações e dos moldes nos diversos segmentos. A Coiab tem diversos projetos como : artesanato, saúde etc. Este último extrapolou no organograma da organização. “Temos que levar em consideração os órgãos de base. Tudo é muito novo, mas que o tempo ajudará a resolver.”
- Sobre o modelo assistencial proposto pela Funasa **sr. Bonifácio** disse que há um modelo proposto, mas ainda não se chegou a ele. Só então é que se poderá avaliar se é viável e bom para as comunidades.
- Sobre a relação da Funai e das organizações indígenas o **delegado do Vale do Javari** disse que “os índios Korubos tiveram malária. Os índios isolados são outra questão. Demarcou-se o Vale do Javari para preservar a tradição dos que ali querem ficar. É difícil avaliar que modelo se deve levar para o índio isolado, pois se pensa que ele está manso e ele mata alguém de repente. As leis técnicas devem ser modificadas segundo a necessidade de cada povo.”

**Passou-se a outro bloco de perguntas.**

- 1) *Um usuário de Roraima perguntou se já foi feito algum projeto de lei definitivo para a comunidade indígena. Algo que não fosse rejeitado ao se trocar de Governo Federal, por exemplo.*
- 2) *Contribuição – Questionou-se quanto à permanência ou perda do que está sendo feito. A intenção maior neste encontro é unificar as forças, chegar a um consenso, devido ao pouco tempo que temos para avaliar. Não devemos recuar e sim nos preparar cada vez mais, marchando juntos.*

- 3) *Outro Delegado congratulou o povo indígena pelo exemplo que está dando aos demais brasileiros e parentes indígenas de outros Estados. Representando o Estado de Mato Grosso disse que eles estão contra a FUNASA. Querem que a saúde volte para a Funai. Pergunta: Estão valorizando o conhecimento dos Pajés que são médicos profissionais?*
- 4) *Pergunta: Como é que as organizações indígenas que atuam junto à FUNASA estão pensando neste convênio após os cinco anos? Como direcionar estes rumos? Congratulou sr. Darcy pela coragem de falar o que pensa. Falou de sua liderança jovem, mas que atua junto ao seu povo. Questionam a falta de acesso do índio à TV, uso do rádio, Internet etc.*

**Pergunta: Neveldina Mura, DSEI/Manaus**

- 1) *Qual a perspectiva dos DSEI com respeito à função dos agentes de saúde?*
- 2) *Como as organizações indígenas estão pensando para a formação do agente de saúde em auxiliar de enfermagem?*
- 3) *Por que as organizações indígenas não pensam em formar índios para operar nos espaços só ocupados por brancos hoje?*

**Contribuição: Carminha Baré**

Falou da proposta levada ao Conselho Deliberativo sobre a realização deste Macroencontro. Ressaltou que temos o papel político de reivindicar e mudar as coisas. Parabenizou os Conselheiros em geral, e pediu que aproveitássemos ao máximo estes momentos, pois estamos fazendo parte de um documento importantíssimo para a classe.

**Dra. Luiza** fez um pronunciamento dizendo que o gestor da FUNASA, o gerente do Convênio e Controle Social, mandam pelo modelo proposto atualmente em vigor.

**Contribuição: Cristovão Macêdo, Kokama, Alto Solimões**

Falou da luta e das reivindicações feitas por vários companheiros. Agradeceu os representantes do movimento indígena e os convocou para levar algo a Brasília, que não fique apenas no papel. Reforçou que se deve marchar, lutar e não se calar. Parabenizou os que estavam à frente, tirando das mãos do branco o que é de direito do índio.

**Contribuição: Delegado Médio Solimões/Alvarães**

Retratou a condição das Secretarias de Saúde nos municípios que possuem populações indígenas. Há uma preocupação por parte dele, enquanto secretário de saúde, para firmar parceria contando com recurso do PAB.

- **Sr. Clóvis** do CIR, Roraima se despediu dizendo que vale a pena se organizar e que faz parte da comissão da Conferência Nacional. Disse que na última reunião ficou decidido que não haverá ajuda de custo em Brasília. Será feito pacote com direito a deslocamento, alimentação e hospedagem.
- **Sr. Kiné** do Pará agradeceu e falou da tentativa que se deve ter de ocupar os cargos que se puder.
- **Sr. Darcy** do Vale do Javari, lembrou que sairá daqui um documento para Brasília em cima das propostas que serão agrupadas num consenso geral. Falou do cuidado que se deve ter, dos eventos realizados pela FUNAI; questionou se há representantes indígenas para participar, pois aos índios não foi permitido participar das diversas reuniões organizadas pelo Governo. Ao passo que este encontro é aberto a todas as pessoas, professores e antropólogos que terão material para suas teses.

Acrescentou que há recursos no Vale do Javari, porém a gerência do convênio mandou fazer tijolos na própria comunidade usando mão de obra Matis. Disse que não fez os pólos, porque os Matis não fizeram os tijolos.

**Pergunta:**

*Será que isso é obrigação do índio que nunca fez tijolo? Acrescenta que é a imagem da população e organização indígena no Vale do Javari que estão em jogo e não a gerência do convênio ou administradores.*

- **Sr. Genival**, Médio Solimões, fala da importância do papel do Conselheiro. Disse que deveria haver esse controle social para se efetivar a fiscalização dos órgãos conveniados e do serviço de saúde do SUS, através de Conselho Distrital e Conselho Local.
- **Sr. Zezinho**, disse que é impossível a Funai voltar a assumir a saúde indígena. Cabe ao Ministério da Saúde se estruturar melhor para incrementá-la. Hoje, o papel do chefe do Distrito não tem muita importância. É preciso, discutir isso. A reestruturação da Funasa para cuidar da saúde indígena passa pela dificuldade de agilizar aprovação dos convênios e prestação de contas de trinta e três Distritos. Disse ainda que irá apresentar uma proposta de reconhecimento dos AIS.
- **Sr. Adir**, falou da preocupação com a pergunta do Agnelo e da Coiab: “acatar essa gente que tem os mesmos direitos.” A pergunta dele é com relação aos Pajés como profissionais indígenas. A vigésima terceira (23ª) proposta no documento de propostas preparado pelo grupo do Alto Solimões contempla esta questão.

Quanto à garantia dos recursos por cinco anos espera-se que não seja apenas para este período e sim para sempre.

Há, ainda, a proposta de organizar um hospital-escola que preserve as características indígenas. Acrescentou que há uma riqueza de sócio-biodiversidade usada pela cultura milenar indígena e que deve ser patenteada para não ser comercializada por estrangeiros que não são donos desta terra.

Houve ainda a solicitação de indenização para os ribeirinhos brancos retirados de terras indígenas cultivadas ao longo do Rio Javari e Solimões. Eles trabalhavam beneficiando a terra com roças e pesca para o sustento da família. Estavam lutando junto à Câmara de Vereadores pelo direito de serem recompensados por investimento feito naquele lugar. Há CPI da Câmara de Vereadores do Município de Benjamin Constant.

- **Sra. Vitória** agradeceu e pediu que repensássemos a saúde, educação e que falássemos de auto-sustentação.

**Sr. Márcio** finalizou dizendo que “é motivo de grande alegria o fato de termos dez das doze organizações envolvidas no movimento indígena, pois isso corresponde a 80% da representação da Amazônia.”

*10 de maio, quinta-feira  
Pela manhã*

**Sra. Maria José Rodrigues**, da Secoya, deu início às atividades da manhã, chamando os palestrantes: dra. Luiza Garnelo e dr. Ubiratan Moreira Pedrosa para comporem a mesa.

**Dra. Luiza** explicou como se daria a seqüência da pauta daquele dia. Disse que eles deveriam elaborar novas propostas sobre o assunto em questão : controle social.

**PALESTRA SOBRE CONTROLE SOCIAL**

Iniciou o tema, dizendo que é algo importante, pois trata da qualidade de vida do cidadão indígena.

Sua fala principal foi a de que o controle social deveria ser feito na comunidade. Disse que há maior preocupação com quem já adoeceu do que com a prevenção, que é a melhor forma de se fazer controle social no âmbito local. Para tanto é necessário ter um conselho local funcionando. Acrescentou que este plano funcionaria melhor onde o movimento indígena fosse forte e já tivesse alguma experiência. Seria entendido e a atividade de controle social não poderia ser resumida a um treinamento de 48 horas, mas sim ao movimento diário, estendendo-se aos caciques e outras lideranças.

Falou ainda da adaptação do conselho ao tipo de grupo que às vezes não aceita a idéia de ter um só representante.

Mencionou também os seguintes itens:

- Existem muitos tipos de participação. (Consta do caderno nº7 nas pastas dos participantes);
- Estratégias Pedagógicas;
- Conteúdos para o curso de conselheiros de saúde;
- Temas/ Leis e Assuntos/ Formas e Fundos de Financiamento.

Acrescentou que um curso dessa natureza deve durar de 4 a 5 meses. Por isso, ele é dividido em módulos que são dados ao longo de 1 ou 2 anos.

Mostrou o conteúdo programático de um novo curso preparado pelo RASI: curso de capacitação de multiplicadores indígenas para o controle nos DSEI.

Em seguida, apresentou o conteúdo de um outro curso: capacitação pedagógica para monitores de curso de formação de conselhos indígenas de saúde. Disse que este curso foi feito em março com a participação de indígenas e brancos interessados. Sua duração é menor.

Apresentou o conteúdo de um terceiro curso de treinamento para a participação em encontro com lideranças.

E nos apresentou, em uma transparência, uma amostra de como ensinar a função de cada órgão e do que é o SUS. Curso feito para iniciantes.

Exibiu uma outra transparência que mostrava a capa de um plano local de saúde indígena de Nova Olinda do Norte, demonstrando que estes “pequenos planos locais” foram necessários para que houvesse um trabalho mais organizado e preparativo em uma instância maior. Numa 2ª transparência, exibiu uma grade ou quadro demonstrativo feito por eles mesmos. Lá eram enumerados os problemas, metas, quantidades, atividades e órgãos envolvidos. Algo muito bem feito e que nos permitiu visualizar as ações feitas e as em formação. Iniciativa própria que deu certo.

## PALESTRA SOBRE PROPOSTA DE FINANCIAMENTO EM SAÚDE INDÍGENA

**Dr. Ubiratan** começou dizendo que este era um assunto difícil: **proposta de financiamento em saúde indígena.**

Ele pediu que as perguntas acontecessem ao longo de sua fala para que houvesse melhor compreensão.

Disse que há diferenças muito grandes entre as formas de administração do branco e do índio. Ilustrou, utilizando a pergunta: “se houver a necessidade de construir uma casa nova para eles, como eles se organizariam?”. Disse que nas aldeias não havia um governo como no mundo branco. Explicou que os brancos têm um governo Federal, Estadual, Municipal. O Brasil é a chamada UNIÃO, e o Amazonas é um Estado e Manaus o município. Isto funciona quando há referência a federação com regras para um país com mais de 180 milhões de habitantes. Mencionou a Constituição, e os poderes dos Estados e

Municípios. Perguntou como se resolveria a necessidade de construir um hospital, aeroporto, escola? Respondeu: para se fazer uma obra o dinheiro que governo arrecadado vem dos impostos de cada cidadão.

O palestrante pediu a um usuário que definisse o que é o imposto. O usuário explicou: tudo que compramos tem embutido um imposto e que não se cobra imposto no artesanato indígena, mas se paga IPTU, INSS. Acrescentou que o Brasil é o campeão em número de impostos. O dr. Ubiratan prosseguiu falando sobre ORÇAMENTO e fez a seguinte suposição: que governo federal arrecade de impostos R\$ 100,00. Então, encaminha-se ao congresso uma proposta dizendo qual a intenção de gastar esta verba. Quem votará são os representantes do povo, eleitos por este mesmo povo: os Deputados e Senadores. Lá há vários ministérios para cuidar de áreas distintas. Há o Ministério da Agricultura, Ministério da Saúde etc. Estes ministérios são necessários porque há um grande volume de decisões a tomar em cada área. Todos estes ministérios levam ao Congresso suas propostas totalizando os R\$200,00. Entra em ação o Ministério da Fazenda e de Orçamento e Gestão que pega a proposta de R\$200,00 e diz que só tem R\$100,00. Cada ministério terá que reavaliar sua proposta e diminuir suas demandas para adequá-las ao orçamento disponível pelo governo.

O Ministério da Saúde possui, entre outros, 2 órgãos ligados aos indígenas que são a Fiocruz e Funasa. Cada órgão tem suas exigências e necessidades.

A Funasa, por sua vez, quer recursos para cuidar da saúde. Para resolver a questão avalia-se o pedido de cada órgão e se adaptam os recursos; há cortes etc. No final haverá R\$15,00 para um ministério e R\$20,00 para outro e assim por diante até se obter os R\$100,00 aplicados.

O Congresso pode ajudar a rever o destino destes recursos e/ou até aumentar o valor da arrecadação. Normalmente, o congresso aprova uma lei que impõe um limite legal para os gastos. Para a Funasa ficou, por exemplo, R\$5,00 para se gastar na saúde indígena. Não há como alterar isto. Caso acabem os fundos, será o fim. Não adiantará fazer manifestação de rua, greves etc.; pois, não há má ou boa vontade do governo. Será apenas a lei.

**Dr. Ubiratan** disse que até o final de julho ou agosto o governo teria que fechar uma proposta. Até o final de dezembro o congresso terá que votar e aprová-la. Não é uma negociação fechada. Há a participação da sociedade, através dos nossos representantes. Acrescentou que é necessário conhecer este tipo de mecanismo para estender a questão de gerenciamento de recursos e obter consciência do que é este trabalho no meio indígena.

Disse que dentro do orçamento específico há:

Programas de trabalho:

- ETNODESENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE INDÍGENA.
- SAÚDE INDÍGENA / MINISTÉRIO DA SAÚDE/ FUNAI

Orçamento da FUNASA- Total 2,5 Bi<sup>4</sup>

Saneamento (Projeto Alvorada) - 1,5 Bi

Vigilância Epidemiológica

*Saúde Indígena - 78,8 Milhões.*

<sup>4</sup> Valores em Reais.

Acrescentou que: com um orçamento de 78,8 milhões a FUNAI tem previsto gastar mais 27,2 milhões, totalizando 106 milhões. De onde se tira esse dinheiro? Tira-se do controle de vigilância epidemiológica porque é o que mais abrange projetos que contemplam os indígenas. Fora o orçamento destinado aos municípios, ainda há o que atende só os índios. Obtém-se na FUNASA um incentivo de assistência hospitalar para a saúde indígena que acrescenta mais 43 milhões que vem do orçamento do Ministério da Saúde. A Funasa também tira 31 milhões para saneamento em sua área indígena. Totalizando 180 milhões voltados para a saúde indígena.

**Pergunta:**

*O orçamento do Ministério da Saúde entra na rede do SUS? Há recurso destinado no SUS para a saúde indígena?*

**Dr. Ubiratan** disse que responderá todas as questões posteriormente e continua retratando os critérios de distribuição de recursos orçamentários para os 34 distritos feitos pelo DESAI. Há níveis de dificuldades geográficas, acesso, vigilância epidemiológica e populacional. O teto orçamentário de cada distrito ficou estabelecido dentro das possibilidades. Houve reuniões para que os delegados trouxessem sugestões de como e onde aplicar melhor os recursos.

**Pergunta:**

*De onde foi o dinheiro do Ministério da Saúde para os indígenas?*

- Município recebe recursos para atender vários segmentos: PAB/ AIH/ PSF/ Convênios Nutricionais. O Incentivo Hospitalar (AIH) tenta priorizar o atendimento ao índio de forma apropriada, a este se destinam 14 dos 43 milhões do orçamento do Ministério da Saúde. Cerca de 29 milhões são gastos com equipes de saúde (PSF).

**Pergunta:**

*Sobre os cortes orçamentários, quem fala a verdade: as bases do Alto Solimões ou se é mesmo em Brasília que se decide isso?*

- Na verdade são os dois. Há o limite de 5 milhões. Dentro do distrito se aprova qual a melhor maneira de gastá-lo.

**Pergunta:**

*No momento da divisão do orçamento há participação dos 34 distritos e de seus representantes?*

Este ano não houve. É preciso, discutir os critérios para chegar a um valor a cada distrito.

**Pergunta: Barcelos**

*Qual o critério que o governo vai usar para estipular os tetos do convênio?*

*Sobre a renovação do convênio: como evitar os meses em que não há o convênio até posterior recurso?*

É necessário, haver uma relação de proporcionalidade para essa distribuição. Ainda não se conseguiram os critérios claros para que possam ser aplicados. Quanto à renovação de convênios não houve atraso, especificamente no Rio Negro. Foram repassados os recursos em tempo hábil. Caso tenha havido algum atraso, isso foi decorrente de dificuldades locais e não por falta de orçamento ou decisão da Funasa. Este ano se pretende começar, a partir de outubro, a elaboração dos planos para tudo sair em tempo e a contento.

**Pergunta: Médio Purus**

*A respeito do recurso para a saúde indígena, o congresso já firmou um orçamento?*

*Este recurso vai dar até o fim do ano?*

*E se esse dinheiro acabar, como ficará a saúde do povo indígena?*

Cada distrito tem o seu valor. Se acabar o recurso, decidir-se-á não se fazer certas coisas menos prioritárias. Quanto ao orçamento, é preciso, ter conhecimento de como ele é feito para poder opinar melhor. Já temos uma visão do ano anterior e sabemos que para o próximo ano terá que ser aumentado, levar para o congresso em julho se não resolvermos agora.

**Colocação:**

*Sugere que se coloque em cartilha a fala/palestra do dr. Ubiratan, de como funciona o processo de distribuição de recursos à causa indígena e que se enviem estas cartilhas às diversas comunidades. Como os municípios podem contribuir com a renda per capita que recebem e mandam para o DSEI.*

Sempre se teve uma visão da Funai como algo só dos índios. Era uma instância que abarcava coisas que também eram atribuição de outros órgãos do governo.

Quando se financiam hospitais, estradas etc. está se contemplando os índios. Quando foram destinados estes deveres apenas à Funai, os municípios gostaram. Mas isto tem que ser discutido nos municípios. Exigir que as explicações sejam destinadas à comunidade indígena, além dos conselhos locais também os municipais.

**Pergunta: Alto Solimões**

*Nos recursos de 43 milhões há 14 milhões para incentivo hospitalar. É para o índio ou não índio? Questão do PAB: se nos demais recursos destinados também há a participação do Índio? Qual a solução após o término dos dez meses de uso do convênio?*

Veja o exemplo do incentivo hospitalar em Tabatinga: são hospitais que recebem recursos para atendimento em geral. O financiamento disso abrange a todos. Esse incentivo foi criado para evitar a história de rejeição de atendimento ao índio. O atendimento é especial : apenas ao índio que mora longe da cidade e precisa voltar para sua aldeia; por causa da necessidade de tradução, de presença do Pajé etc. Não há desculpas para não se atender ao índio. Existem recursos para todos.

Todos os municípios recebem orçamento que incluem o índio. Quanto ao convênio já foi dito anteriormente da preocupação de não haver este intervalo de tempo e buscar o cumprimento desta questão.

**Pergunta: Tocantins**

*Parece que a equipe de saúde está sendo paga pelo convênio, etc.... PSF. Questão dos cinco anos. É um programa piloto?*

Criou-se no PSF uma variante. Parte do trabalho é financiado pelo ministério e parte pela Funasa com o convênio que tem com a ... tem vantagens e desvantagens. A intenção é apenas aumentar a viabilidade de recursos.

Com relação aos cinco anos, esta questão não existe. Foi feito um planejamento de organização interna de como se gastaria este investimento em quatro anos. Isto não quer dizer que vá durar só quatro anos. Será necessária a participação popular/social neste processo.

**Pergunta:**

*Sobre os cursos. Peço mais esclarecimentos.*

O projeto RASI, em parceria com a COIAB e FOIRN, elaborou cursos apenas sobre uma área. Isto por causa da Conferência e porque não houve renovação do convênio com a FUNASA, tudo pode ser melhorado.

**Pergunta:**

*A FUNASA teria recursos para atender as solicitações dos Xavantes?*

Não teria. É preciso, solicitar aos outros órgãos como o Ministério da Agricultura entre outros.

**Pergunta:**

*Como o RH consome 70% do orçamento da saúde?*

É isso mesmo. Muito serviço especializado, pessoal e indenizações (encargos sociais).

**Pergunta:**

*Sobre a Organização Social de Interesse Público (OSIP). Qual o lado negativo que esta organização pode trazer?*

A experiência e a curiosidade é que a move. Leia a Constituição, em que se fala do SUS e do atendimento discriminado ao índio de maneira geral.

**Pergunta:**

*Ao assinar o contrato com a OTM foi necessária a presença da Diocese junto aos índios. Por que isso?*

A lei é para ser cumprida. Mas existem leis que não são cumpridas. Não basta criá-las, é preciso, fazê-las funcionar. Disse que há treze anos se luta para que certos direitos cheguem ao cidadão. Reiterou que “ a luta dos índios ainda vai durar um bom tempo; suas conquistas serão obtidas com tempo, suor e lágrimas. Não há definição para o orçamento específico para os índios.”

Quanto às OSIPs há prós e contras, porém é o único setor do Governo que tem relação e experiência com organizações não governamentais.

**Dra. Luíza** falou das organizações de controle social que são órgãos novíssimos e por isso mesmo precisam de tempo e planejamento. Pedu-se que se observe a prática Tikuna nesta questão para tê-la como exemplo e ver se dará certo.

**Dr. Ubiratan** acrescentou que qualquer organização privada, que queira se relacionar com o Governo, deve passar por uma relação de maior flexibilidade. É uma decisão a ser tomada: pode-se trabalhar com o Governo ou não, e mesmo trabalhando junto ao Governo não perder suas características e autonomia.

**Sra. Maria José** encerrou as atividades da Mesa dos Palestrantes e passou a palavra ao sr. Euclides que falou sobre o encaminhamento das atividades da manhã e da tarde. Deu orientação quanto a elaboração de propostas para serem apresentadas na Conferência. Questionou: qual seria o procedimento na execução dos pontos levados para Brasília? Lembrou que haveria limite de tempo no referido local e seria necessário algo bem conciso, claro e definido. Após diversas sugestões, ficou decidido que o material compilado pela secretaria e o trazido por todos os Distritos seriam os utilizados. Acrescentou que após o almoço teríamos a palestra sobre Medicina Tradicional e só então os Grupos se dividiriam para as definições das propostas. Encerrou esta primeira parte e todos foram convidados para o almoço.

*10 de maio, quinta-feira  
Pela tarde*

**PALESTRA SOBRE MEDICINA TRADICIONAL**

Na coordenação da mesa, dra. **Dominique Buchillet** abriu a segunda parte da programação do dia. Para compor a mesa foram convidados:

- Sr. Clóvis Ambrósio Wapixana- CIR
- Sr. Bonifácio José- FOIRN

- **Dra. Alta Hooker**- Universidade de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense-URACCAN

**Dra. Dominique** explicou a ordem da exposição de cada membro da mesa e que falariam sobre a importância da Medicina Tradicional e suas interações com a cultura indígena.

**Sr. Clóvis** iniciou dizendo que tem ouvido muitas reclamações sobre a falta de medicamentos nos postos de saúde. Nas aldeias há abundância de medicina dentro da comunidade indígena, que não é valorizada. Crê que essa desvalorização se deu pelo desenvolvimento, missões religiosas, escola, Governo. Lançou a pergunta: “O que podemos fazer para resgatar nossa Medicina Tradicional?”. Acrescentou que todo povo tem sua medicina popular. Viu vários Pajés atendendo, rezando e curando sem a presença do doente, simplesmente através das roupas do paciente. O surgimento de nossas doenças como câncer, tuberculose, malária etc é que geram desentendimento entre as famílias e os Pajés.

Contou que havia um Pajé que saía da Guiana às 8h e às 3h da manhã já estava de volta em sua aldeia. Chegava a visitar dez aldeias por dia. Até que fizeram uma denúncia contra ele, dizendo que estava matando muita gente. Levaram-no até para tomar choque elétrico. Alguns como ele, resistiram, porém outros fugiram dessa perseguição. Até hoje há outros tipos de campanhas contra os Pajés. Algumas denúncias eram procedentes, mas não era regra geral.

Entretanto, foi preciso encontrar um jeito de adaptar essa Medicina Tradicional milenar. Apoio logístico e recursos financeiros da Funasa permitiram desenvolver essa medicina mais rápida e eficazmente. Houve pragas de formigas que mataram as plantas medicinais, e foi preciso aplicação de recursos para que fossem erradicados empecilhos dessa e de outra ordem.

Pediu aos DSEI que tentassem implantar essa política de Medicina Tradicional, plantando uma horta que servisse de exemplo para os pólos e daí para os postos das aldeias. Tudo isso com a participação dos AIS, Caciques, Capitães e Tuxauas.

A mesa então passou a palavra para **dra. Alta Hooker**. Esta iniciou, mostrando em um mapa seu país, Nicarágua. Disse que a Nicarágua tem duas histórias diferentes. O lado do Pacífico foi colonizado pela Espanha e o lado do Atlântico foi colonizado pelos Ingleses. Os Espanhóis obrigaram os índios a esquecerem sua cultura e língua. Já os ingleses permitiram que o povo mantivesse suas tradições. De 1778 a 1985 o lado do Pacífico lutou pela autonomia que enfim foi conseguida. Então na Nicarágua foi previsto na Constituição um espaço legal do uso da Medicina Tradicional. A Constituição Nicaragüense reconheceu o direito dos indígenas em relação às suas terras, entre outros aspectos. Existia a permissão de administrar tudo, mas com que conhecimento ou experiência?.

Verificaram que havia muita gente insatisfeita com a Medicina Tradicional e que a Igreja Católica também não a aceitava. Além disso não havia dados que confirmassem denúncias a respeito desta forma de saúde. Então, foi decidido que seriam elaborados seus próprios planos de saúde, criando um modelo de saúde.

Como fazer? Precisou-se trabalhar junto ao Ministério da Saúde, usando a mesma terminologia deles. Pediu-se que o modelo de saúde fosse integral, sendo atendidos como os outros cidadãos. Durante a elaboração deste plano houve participação ativa das duas comunidades (Índio e Governo). Isto durou dois anos. Outra observação foi em relação ao valor dos profissionais envolvidos e que fossem aceitos como parte da comunidade de saúde. Houve o despertar da consciência de que o Ministério da Saúde teria que cuidar de sua saúde bem como eles mesmos.

No plano fala-se de como deveria ocorrer esta relação e de como levar-se-ia em conta a existência de coisas boas também na Medicina Ocidental. Com esse processo se aprendeu que é preciso serem

preparados os seus próprios recursos humanos. Por isso, em 1995 foi criada sua própria universidade e eles mesmos tornaram-se os professores. Esta universidade está ajudando a conhecer melhor quem eles são e a respeitar suas próprias crenças. Com isso, começaram a ver o que realmente não funciona.

No Brasil há uma vantagem. Se o paciente quer seu médico tradicional lhe é permitido. Na Nicarágua eles não são aceitos porque algumas pessoas dizem que eles fazem feitiçaria. Dra. Alta crê que qualquer processo deva, independentemente do povo, estar consciente dos próprios valores e do poder de fazer propostas. Por isso, há muitas experiências a repartir.

Passou então a palavra a sr. **Bonifácio** que disse ter um projeto em parceria com a UA (Projeto RASI). O projeto Trienal: abrange os povos Baniwa, Curipacu e a calha do Rio Içana. Pela presença de vários religiosos na região de onde ele vem a Medicina Tradicional é tida como algo demoníaco. É preciso, resgatar a Medicina Tradicional e também transmiti-la sem entregá-la nas mãos de outras pessoas que não sejam eles mesmos.

O trabalho prático foi a construção de hortas com os AIS treinando os informantes na área de plantas medicinais. Há dez informantes na região, mais de 500 mudas e mais de 20 hortas em funcionamento. Disse haver dificuldade em ter o remédio próximo às comunidades e viu a necessidade de resgatar a herança deste conhecimento de pai para filho dentro das aldeias.

Outro trabalho feito recentemente foi uma pesquisa na área de cosméticos com plantas Baniwa. Existe articulação de divulgação desse conhecimento, lutando assim contra a discriminação, quanto à fama de preguiçoso e despreparado do índio. Junto com a UA também se deu o estudo de como a saúde do branco é organizada.

A proposta que o sr. Bonifácio trouxe era de que fosse valorizada a medicina dentro dos DSEI e que houvesse palestras enfocando esse assunto para divulgar e ensinar o povo indígena. É necessário, criar Leis específicas com relação ao uso da Medicina Tradicional, pois o branco só cumpre aquilo que está escrito.

**Dra. Dominique** retomou a palavra, resumindo as falas de todos:

1. Em comum há o fato de os próprios indígenas não estarem valorizando sua própria medicina;
2. Os brancos não estão respeitando a medicina indígena;
3. Quanto a permissão do Pajé nos hospitais, interação branco/índio;
4. Cada sociedade tem que reconhecer seus próprios meios, cada etnia tem sua particularidade;
5. Diz que tem que aproximar a necessidade dos doentes às plantas;
6. O movimento deve partir do índio e não um projeto dos brancos.

Passou-se então a palavra à plenária.

**Pergunta:**

*Já que há opinião contrária quanto a Medicina Tradicional considerando-a feitiçaria na Nicarágua, como foi a repercussão disso? Como isso foi aceito?*

- **Dra. Alta Hooker** iniciou a resposta dizendo que não foi fácil. Levou um ano para que os agentes de saúde voltassem a falar com eles. Fez-se um plano (com duração de um ano) para ganhar a confiança deles. Isto consistiu em procurar ajuda de médicos de fora. Após um ano ainda existia desconfiança. Ela mesma já havia pertencido ao sistema de saúde como enfermeira e achava a Medicina Tradicional estranha. Há pouco tempo um padre procurou alguns pajés para expulsarem espíritos. Apesar de ser considerada má, há muitas pessoas que ainda fazem uso dessa medicina. Houve um caso (há três meses) de histeria coletiva (Índios gritando, arrancando os cabelos). O Ministério da Saúde mandou

um grupo grande, após três semanas. Chegando no referido local, constaram que havia muitos históricos. Ficaram só um dia e voltaram. Não resolveram o problema. O Ministério da Saúde chamou uma senhora curandeira que com sua especialidade em sonhos falou como deveria curá-los. Eles estavam usando magia negra e não puderam se controlar. O objetivo final foi alcançado.

**Pergunta:**

*Qual a preocupação que a Medicina Tradicional tem com a Biopirataria?*

- **Sr. Bonifácio** disse que há necessidade de reconhecimento científico. Já há leis que garantem a defesa desta questão, mas há necessidade de maior conhecimento nesta área. Existem várias plantas medicinais que poderiam ser usadas inclusive para curar doenças dos brancos. Respondeu ele.
- Em seguida **Sr. Clóvis** disse que: é preciso ter consciência do que se está fazendo. Ter iniciativa de coletar dados e catalogá-los para apresentar à sociedade. Não é fácil lutar contra a biopirataria. Tem havido, entretanto, mobilizações para dar nome científico às plantas de acordo com a vontade da comunidade. Temos o exemplo de uma comunidade que fez isso no seu próprio idioma. O que é feito é destinar recursos para confecção de cartilhas explicativas.

**Perguntas:**

1. *Estão sendo patenteadas as ervas do projeto Trienal de São Gabriel da Cachoeira?*
2. *Os hospitais da Nicarágua aceitam os Índios sem discriminá-los?*
3. *Há possibilidade de os Índios do Brasil fazerem intercâmbio com os Índios da Nicarágua?*

- **Sr. Bonifácio** respondeu que patentear é difícil e não protege tanto, porque depois de um certo tempo o conhecimento se torna público. Questiona se há preocupação com a preservação dos costumes indígenas por eles próprios.
- **Dra. Alta** respondendo ao questionamento disse que: na Nicarágua é Lei resgatar a Medicina Tradicional, mas esta Lei não é obedecida. A discriminação nos hospitais se dá mais com médicos que saem do Atlântico e vão para o Pacífico. Eles ainda não têm condições de preparar médicos, apenas enfermeiros são preparados para tratar os índios. Ela é mestre em enfermagem. O Governo realiza cursos para os médicos indígenas. A discriminação se dá em diferentes ordens.

Quanto ao intercâmbio, é algo que também lhes fortalece, disse. Crê que ambos aprenderiam muito.

**Colocação: Celina Baré**

*Celina inicia narrando fatos que reforçam a necessidade de registrar nossas plantas e não os botânicos ou cientistas. Questiona por que para os Governos só interessa o conhecimento científico já passado por laboratório? Finaliza dizendo que a medicina do índio é milenar, funciona e deve ser reconhecida.*

**Pergunta: delegado de Altamira**

*Os índios de São Gabriel da Cachoeira já têm resultado positivo com essas hortas de Medicina Tradicional?*

**Colocação: dr. Ubiratan**

*A Medicina Tradicional não é exclusividade dos índios, cita como exemplo os negros. Questiona se é ético esconder o que se aprende com a natureza. Questiona também o tempo demasiado que as vezes um Pajé/Curandeiro fica com o paciente, por ser pago por ele, até deixando-o morrer.*

**Colocação: delegado de Alto Solimões**

*Disse que usou muitos remédios tradicionais. Crê que cada etnia indígena tem sua sabedoria. Critica antropólogos que vêm, aprendem tudo e publicam seus livros ganhando dinheiro às custas dos índios.*

Assim como na Medicina Ocidental há casos em que a Medicina Tradicional não funciona. Quanto a expandir para outra região, o ideal seria passar a metodologia do trabalho, pois cada região tem sua especificidade; seria apenas uma questão de orientação.

**Dra. Alta** agradeceu a oportunidade. Disse que “nenhum processo é fácil. As Leis poderiam ajudar em muitas coisas” e desejou que fossem processos fortalecedores. Finalizou dizendo que a Medicina Tradicional é a base da Medicina Indígena.

**Sra. Dominique** encerrou os trabalhos de plenária deste dia convidando a todos para o lanche antes de passarmos aos trabalhos nos grupos.

### **Programação:**

*Pela manhã:* **Continuação das reuniões dos grupos para elaboração de propostas**  
*Pela tarde:* **Debate, redação e votação das propostas**

*11 de maio, sexta-feira*  
*Pela manhã*

Após o trabalho em grupo, ocorrido pela manhã, para revisão das propostas consolidadas dos Distritos, foi previsto que Coiab coordenará o debate das propostas consolidadas em plenária. Às 15h, o representante de Coiab (o Sr. Cláudio Mura) ainda não havia chegado, o delegado Sompré (DSEI Alto Purus) assumiu a coordenação da mesa e convidou os relatores eleitos antecipadamente dos 7 grupos regionais de trabalho.

Os grupos foram representados por:

<b>Grupo A</b> (Alto Purus e Juruá):	<b>Sr. Sebastian Manchineri</b>
<b>Grupo B</b> (Alto Solimões e Javari) :	<b>Sr. Ismael Custódio</b>
<b>Grupo C</b> (Médio Solimões, Manaus, Parintins, Amapá):	<b>Sr. Genivaldo Oliveira</b>
<b>Grupo D</b> (Alto Rio Negro, Médio Purus):	<b>Sr. Bonifácio José</b>
<b>Grupo E</b> (Tapajós, Altamira, Guamá-Tocantins, Tocantins-Palmas, Xingu):	<b>Sr. Escrawen Sompré</b>
<b>Grupo F</b> (Vilhena, Porto Velho):	<b>Sr. Gerson Kassupá</b>
<b>Grupo G</b> (Leste de Roraima, Yanomami):	<b>Sr. Dionato de Souza</b>

Decidiram discutir ponto a ponto e caso houvesse manifestação contrária teriam 3 minutos para se retratarem.

Surgiu alguém do Alto Solimões e questionou o fato de desconhecer quem era e quem não era delegado, visto que a coordenação do evento não havia reconhecido alguns como tais.

Outro usuário se manifestou dizendo que seria preciso obedecer ao que foi tratado nos DSEI. Disse que todos seriam delegados reconhecidos em ata e que achou uma falta de respeito o não reconhecimento de alguns de lá, negando-lhes até crachá.

Parou-se então a leitura da relação dos delegados desta região. Foi checada a presença de cada um e foi preparado um crachá para confirmar o direito de voto na plenária.

Questionou-se o fato de votar ou não as propostas consensuais discutidas nos grupos. Ficou a polêmica de votá-las ou não, pois alguns criam que isso deveria ser feito apenas em Brasília. Votou-se então por votar ou não as propostas. Finalmente decidiu-se, por maioria de votos, votar as propostas dos grupos para se chegar a um denominador comum de demandas/propostas.

Passou-se então à leitura das propostas pelos relatores de cada grupo. Votou-se uma por uma, além de corrigir a redação ou haver supressão de itens, caso necessário. Deu-se a palavra a quem quisesse comentar as questões a serem votadas, além de corrigir a redação ou haver supressão de itens, caso necessário. Dentre eles o que mais participaram com relatos espontâneos de defesa ou contrapropostas foram os srs. **Alírio Mendes, Pedro Mendes, Aldemício Bastos, Paulo Mendes, Biraci Brasil**, entre outros. Deu-se um intervalo após esta parte.

No retorno aos trabalhos, o coordenador da mesa, **sr. Sompré**, leu uma moção feita pelo Alto Rio Negro em favor das propostas peculiares a este mesmo Distrito.

**Sr. Sompré** passou a palavra ao **sr. Cláudio Pereira** (Conselho Diretivo de Coiab), de etnia Mura, que apresentou companheiros que militaram na causa indígena junto à Coiab. Prosseguiu dizendo que acreditava ser importante todos terem um só objetivo, contudo estava sentindo falta de mais união entre os próprios indígenas. “É preciso representar bem a Região Norte com unidade de pensamento.” Acrescentou que “na Conferência Nacional poderiam haver propostas que prejudicassem a região Norte e se não estivéssemos com um pensamento único poderíamos ser lesados.”

Vem à frente **sr. Zezinho** que convocou a todos para que fossem objetivos e terminassem os trabalhos com presteza. Desejou que este trabalho fosse um reflexo de uma decisão consensual da Região Norte.

Surgiu novamente a polêmica de como continuar a votação. **Srs. Valdecir e Ubiraci** solicitaram que se terminasse a discussão em no máximo 45 minutos, às treze horas. Enfim, a mesa decidiu que os relatores suspenderiam a plenária por uma hora e meia. Neste período eles (os Relatores) se reuniram para fazer um apanhado geral das propostas dos grupos, chegando a um consenso final.

No horário combinado retomaram às discussões na plenária. **Sr. Sebastião**, da delegação do Acre, prosseguiu lendo as propostas já agrupadas pelos relatores. Leu uma por uma e explicou que a questão Intersetorial seria levada como moção e não como proposta. Passou-se então a palavra a **sr. Sompré** que deu continuidade à leitura das propostas consensuais.

Terminou a leitura e abriu espaço para colocações contrárias ou a favor. Procedeu então à votação da aceitação das propostas lidas, que foram *aprovadas por unanimidade*.

**Sr. Sompré** disse ainda que “deveria-se votar o teto básico do salário dos agentes de saúde como sendo de três salários mínimos.” *A plenária aplaudiu aprovando a decisão.*

Apresentou ainda uma moção de repúdio ao projeto de Lei da divisão de território do Alto Rio Negro e Juruá, pois isto implicaria, principalmente, em danos ao meio ambiente.

O grupo de Porto Velho, Vilhena apresentou a solicitação de um Projeto de Lei que garantiria a contemplação dos direitos dos índios daquela região.

Leu a moção sobre a exigência de que as forças armadas respeitassem e apoiassem a saúde indígena.

O coordenador da mesa, **sr. Sompré**, pediu que fossem assinados e feitas cópias desses documentos para constarem em ata.

**Sr. Sebastião** deu informações sobre a criação de um fórum permanente, onde foram indicados representantes dos diversos países de todos os continentes. Este fórum aconteceu em Quito, Equador.

Outro assunto discutido foi a escolha de um representante indígena brasileiro para representar nosso país em Leticia na Colômbia. Convocou os Delegados a indicarem pessoas a esta participação.

Continuou sua explanação, agora a respeito do GIA, em que julgou ser importante escolher alguém. Sugeriu que **sr. Euclides** fosse essa pessoa.

Outra questão foi a Conferência sobre o Racismo no Rio de Janeiro em julho de 2001. Disse que havia alguns fatos importantes para a questão indígena. Comentou sobre uma frase que agrupava índios, negros e homossexuais na luta contra a discriminação. Não cria na similaridade das causas desses grupos as do movimento indígena. Acrescentou : “ esperava que fossem indicados três delegados para representá-los neste evento tão importante.”

Continuou chamando a atenção para que fosse impulsionada mais a questão da saúde e que se buscasse mais autonomia sem abandonar os aliados nesta luta. Isto com relação ao controle social. Em relação aos recursos humanos afirmou ser necessário formar um quadro pessoal composto pelos próprios indígenas.

Comentou ainda pontos como: a) Sua admiração por Henrique Suruí que atacou o Senador Antônio Carlos Magalhães e Júlio Pereira, resistentes às propostas que beneficiam o povo indígena. b) Falou de Cláudia, parente Tikuna que exprimiu seu aprendizado através da música, mostrando assim a sabedoria que veio do sofrimento. c) Seu orgulho de pertencer a este povo tão participativo.

Finalizou dizendo que eles não eram índios, povo, comunidade e sim Tikunas, Jurunas, Yanomamis. Disse que eles eram uma diversidade étnica. Pediu para que se usasse uma terminologia própria, utilizando seu próprio nome, no próprio idioma, ainda que não fosse usado pelo branco.

Agradeceu a todos pela paciência e se despediu.

**O coordenador da Coiab** não queria mais “choro nem velas” pois as propostas já haviam sido aprovadas e era isso que deveria ser discutido . Desejou que Deus desse saúde, iluminasse e protegesse a todos. Invocando a Deus a proteção para que fosse-lhes permitido vencer essa batalha lá em Brasília. Agradeceu em nome de todos os seus companheiros. Convidou a todos para uma visita a COIAB. Disse que todos aqui eram soldados na mesma luta. Pediu para que viajássemos calmos e de cabeça fria.

O coordenador da mesa, **sr. Sompré**, pediu que fossem sugeridos os nomes de indivíduos que pudessem ser candidatos a representantes dos indígenas na Conferência Nacional de Saúde Indígena, CNSI. Disse que a mesa estaria aberta a receber os nomes. Solicitou atenção na escolha, pois seria imprescindível alguém com capacidade de argumentação para desenvolver uma boa negociação.

Terminou dizendo que tinha orgulho de poder ter apresentado a conclusão e execução deste encontro. Disse que todos estavam de parabéns pela forma como esta reunião foi conduzida. Que era motivo de orgulho, pois houve representantes de todos os Estados da Região Norte. Desejou que Deus os iluminasse na ida e na volta à Brasília.

Passou a palavra aos organizadores do evento, David - MSF; dra. Luíza - UA Projeto RASI; dr. Márcio - antropólogo.

**Dra. Luíza** agradeceu a participação. Disse Ter sido bonito ver a condução do processo que foi cada vez melhor desenvolvido.

**Sr. David** se desculpou por qualquer erro na logística do evento. Disse ter sido interessante ver a participação de todos, a dedicação e oportunidade de trabalharem juntos.

**Dr. Márcio** disse que fora apenas um convidado e que aprendeu muito mais do que ensinou. Agradeceu a oportunidade e se despediu.

**Sr. Sompré** novamente abriu espaço para considerações finais dos participantes na plenária.

Veio à frente um representante da etnia Baré, que falou em sua língua nativa e a traduziu posteriormente. Disse ter falado de uma profecia dada ao seu povo no passado. Esta profecia dizia para que eles fizessem uma canoa e com ela prosseguissem com sabedoria na caminhada. Trazendo para a atualidade, disse que se deveria sobreviver, apesar das previsões feitas pelos antropólogos de que a partir do ano 2000 não haveria mais índios no Brasil. A canoa é a oportunidade dada aos índios de ainda existirem e usarem "remos" dividindo-os com os outros parentes indígenas, chegando assim ao destino esperado.

**Sr. Biraci** agradeceu a recepção do encontro. Disse que saía um pouco insatisfeito, pois não se discutiram questões maiores, mas parabenizou a todos pelo que foi feito.

**Sr. Darcy**, Vale do Javari, destacou a discussão da causa indígena na questão da saúde, pois isso fortalece o movimento. Parabenizou a todos pela leitura do documento apesar do atraso e confusões na sua confecção. Agradeceu em nome das várias etnias aqui representadas e teceu alguns comentários gerais finalizando assim sua explanação.

**Sr. Genevaldo** agradeceu ao MSF, ao projeto RASI, a COIAB pelo evento. Disse que é deste encontro que partirá a continuação da luta.

**Sr. Ismael**, Tikuna, agradeceu por tudo apesar de algumas coisas não terem sido como ele esperava. Falou a respeito da autonomia, que ela só será alcançada ao se valorizar o próprio indígena. Reconheceu que o povo indígena está preparado para caminhar com os próprios pés. A Carta Magna do país diz que eles têm liberdade.

**Sr. Sompré** chamou então sr. Bernadeth da FUNASA para suas considerações finais.

**Sra. Bernadeth** disse que valeu a pena ter aprofundado as propostas e achou que todos estavam bem preparados para a Conferência Nacional em Brasília. Observou a conquista do movimento indígena com consciência e crescimento. Espera que este Encontro gere frutos, bem como em Brasília também. Tudo para melhoria da saúde dos indígenas.

**Sr. Biraci** sugeriu que todas as delegações apresentassem nomes para a Conferência Nacional selando com esse ponto definido, para a decisão final em Brasília.

Surgiu o nome dos srs. **Zezinho** e **Almir Suruí**.

**Sr. Pedro Mendes** do Alto Solimões, concordou com o nome do sr. **Zezinho**. Disse não ser esta questão apenas do Acre ou do Amazonas e sim do Brasil. Propôs que isto fosse votado aqui.

Votou-se para que o nome fosse escolhido neste encontro. Os três nomes indicados foram: **Almir Suruí** de Rondônia, **srs. Zezinho** do Acre e **Alírio Mendes** do Amazonas.

Sugeriu-se ainda o nome do **sr. Sompré** para ser o representante. **Sr. Sompré** recusou a sua indicação, mas agradeceu, mesmo assim.

O coordenador da mesa sugeriu que as pessoas indicadas a representantes viessem à frente para que todos os conhecessem.

Cada pessoa indicada teve a palavra.

Iniciou a sua apresentação **sr. Zezinho**, dizendo que “ a CNSI é algo sério e que não tinha tanto conhecimento assim. Acredita existirem pessoas mais capacitadas.” Entretanto, agradeceu e se fosse o escolhido como representante, ele levaria isso a sua delegação no Acre para uma decisão final.

**Sr. Almir** também viu esta função como algo importante e sabe que existem outros parentes capacitados, mas não recusou a indicação.

**Sr. Alírio** disse estar com apenas dois meses à frente do convênio na área de saúde. Disse que não recusaria, mas reconhece a dificuldade e a seriedade do cargo.

Prosseguiu-se então à votação+.

**Resultado: sr. Zezinho - 75 votos; sr. Alírio - 26 votos e sr. Almir -18 votos .**

Em nome da mesa, **Sr.. Sompré** agradeceu a todos e convidou o grupo de música de Roraima para que se apresentasse cantando e encantando a todos.

## **ANEXOS**

### **I PROPOSTAS CONSOLIDADAS DO ENCONTRO MACRORREGIONAL E APRESENTADAS NA III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA**

### **II DELEGADOS E ORGANIZAÇÕES PARTICIPANTES NO ENCONTRO MACRORREGIONAL**

### **III COMISSÃO ORGANIZADORA**

## ANEXO I

### PROPOSTAS INDÍGENAS PARA A III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA

MANAUS, 11 DE MAIO DE 2001

**O**s delegados indígenas dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI's de Altamira, Alto Juruá, Alto Purus, Rio Negro, Alto Solimões, Amapá, Guamá/Tocantins, Leste de Roraima, Manaus, Médio Purus, Médio Solimões, Parintins, Porto Velho, Rio Tapajós, Palmas/Tocantins, Vale do Javari, Vilhena, Xavante, Xingu, Yanomami/Ye'kuana, reunidos no Encontro Macrorregional Norte de Saúde dos Povos Indígenas, organizado pela Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira-Coiab, em Manaus-AM, de 07 a 11 de maio de 2001, firmam as seguintes propostas consensuais a serem defendidas durante a III Conferência Nacional de Saúde Indígena:

- **Controle Social**

1. Eleger na Conferência, com voto dos delegados indígenas, representantes indígenas no Conselho Nacional de Saúde.
2. Garantir que no Conselho Nacional de Saúde tenham assento, 4 representantes Indígenas, correspondendo 1 da região Norte, 1 da região Nordeste, 1 do Centro-Oeste e 1 da região Sul-Sudeste.
3. Recomendar que o Conselho Nacional de Saúde efetive a vaga de Conselheiro indígena que já estava assegurada.
4. Garantir a vaga de representantes indígenas nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, onde houver população indígena.
5. Garantir que os governos estaduais, prefeituras e forças armadas submetam ao Conselho Distrital seus projetos e programas de saúde para avaliação e aprovação.
6. Criar uma comissão de fiscalização nacional composta por representantes indígenas para acompanhar o processo de desenvolvimento dos DSEI's.
7. Criar instância nacional parietária para discutir/planejar ações inerentes à saúde indígena;
8. Incentivar os conselheiros para a divulgação do trabalho de saúde e sua organização;
9. Garantir:
  - Recursos, nos Planos Distritais para um bom Controle Social;
  - Capacitação continuada. Os cursos devem usar abordagens pedagógicas adaptadas às realidades de cada povo;
  - Estender a capacitação para Conselheiros, Agentes Indígenas de Saúde, lideranças de organizações indígenas e povos. Sempre que possível as atividades de capacitação devem ser feitas nas aldeias indígenas;
  - Disponibilidade de recursos suficientes para deslocamento, alimentação, estadias dos conselheiros para treinamentos nas cidades, reuniões de conselhos, ações de articulação local e outras atividades necessárias ao exercício de controle social;
  - Elaboração de material educativo e informativo de apoio ao controle social;

- Ampliação da participação social no planejamento dos DSEI's, garantindo que os conselheiros locais e distritais participem da elaboração, implementação, execução e prestação de contas dos convênios para fazer uma boa avaliação dos mesmos;
- Cumprimento do calendário de Conferências de quatro em quatro anos;
- Incentivo para a participação das mulheres no Controle Social;
- Compor, em nível nacional, um grupo de trabalho, garantindo assessoria pedagógica e utilizando metodologias que facilitem a participação efetiva dos indígenas nos fóruns de participação tais como as Conferências, cursos e reuniões de conselhos;
- Incentivar, nos Conselhos Locais e Distritais, o debate sobre a construção de modelo diferenciado de atenção à saúde, a partir das aldeias com reflexão sobre diferentes realidades.

• **Modelo Assistencial**

1. Dar continuidade na construção do modelo de Distrito Sanitário Especial Indígena com autonomia, mas a cada dia melhorando-o;
2. Fortalecer as ações de saúde dos povos indígenas em uma parceria entre os DSEI's, municípios e estados visando garantir o atendimento integral nas aldeias;
3. Criar programas específicos de atenção visando atendimento aos povos indígenas tendo em conta as prioridades de cada distrito;
4. O trabalho das equipes técnicas tem que ser desenvolvido com apoio de intérpretes, seja na comunidade ou na rede de referência;
5. Atender e estender a cobertura da atenção a saúde aos indígenas que estão dentro e fora das terras indígenas garantindo a assistência ampla a saúde;
6. Realizar ações intersetoriais buscando integração com setores de educação, religião, meio ambiente, nutrição, etc.
7. Elaborar, dentro do plano distrital, subprojetos direcionados às populações que ainda não foram incluídas no atendimento do saúde do DSEI
8. Desenvolver propostas que permitam melhorar o modelo de assistência da casa do índio, definindo seu grau de resolução, perfil de atuação e garantindo melhoria das condições de transporte, comunicação e alimentação;
9. Que o Conselho Distrital possa fiscalizar o atendimento nas referências secundárias e terceiras, criando também mecanismos de acompanhamento e controle dos recursos de incentivo para assistência aos indígenas nos hospitais de referência, buscando garantir sua aplicação efetiva de acordo com o Termo de Compromisso pactuado entre Hospital de referência e FUNASA. Os DSEI, devem ser informados sobre o depósito do recurso na conta do hospital e este deve prestar conta dos recursos e despesas efetuadas, aos Conselhos Locais e Distritais.

• **Sistema de Informação**

1. Que o Sistema de Informação de Atenção a Saúde Indígena (SIASI) contemple a consolidação das informações a nível local, nos pólos-base e municípios, permitindo uma visão integral da realidade da área de abrangência de cada DSEI e mantendo um equilíbrio entre os dados epidemiológicos, ações de prevenção e promoção à saúde e os dados de produção e intervenções curativas;
2. Que o SIASI seja acessível tecnologicamente a diversas realidades das áreas indígenas, garantindo o repasse de informações dentro de uma periodicidade definida e que necessariamente os dados não precisem ser introduzidos no sistema via INTERNET, visto que grande parte das áreas indígenas não possui sistema de comunicação adequado para esse fim, e que as informações do SIASI cheguem às aldeias através dos meios disponíveis;
3. Que o Sistema de Informação em Área Indígena (SIASI) possa contemplar o registro de informações referente ao Agente Indígena de Saúde na língua de cada povo;
4. Que o DESAI proporcione momentos de avaliação do SIASI no âmbito de cada DSEI, através de parcerias entidades envolvidas com o controle social e com a participação dos povos indígenas,

discutindo suas dificuldades de implementação e construindo estratégias de superação das mesmas, buscando uma adaptação as diversas realidades indígenas existentes;

5. Garantia de democratização de informação em saúde, que deve retornar aos povos indígenas e aldeias permitindo seu uso para o controle social.

• **Modelo Assistencial / Saneamento**

1. Que a Funasa, estados e municípios, responsáveis pelas ações e políticas de saneamento e controle de endemias nas áreas indígenas, apresentem Planos de Trabalho e prestação de contas para a apreciação dos Conselhos Distritais;
2. Garantir que a implantação de Sistemas de Abastecimento de Água nas aldeias indígenas contemple alternativas adaptadas étnico, demográfico e socialmente e que elas ofereçam qualidade da água fornecida e permitam a participação das aldeias na elaboração e execução dos projetos;
3. Que a gestão de saneamento com seus respectivos recursos sejam repassados para as entidades conveniadas, responsáveis pela execução das ações de saúde nos DSEI.

• **Recursos Humanos**

1. Garantir a contratação de profissionais para os DSEI's, em número suficiente e de acordo com o perfil demográfico e epidemiológico da População indígena, provendo recursos humanos suficientes para atender todas as aldeias. Fica assegurando a contratação das diversas categorias profissionais de acordo com a necessidade do DSEI.
2. Garantir continuidade no processo de Capacitação dos Agentes Indígenas de Saúde, priorizando as necessidades que as aldeias apresentam, e estabelecendo estratégias pedagógicas diferenciadas para os agentes indígenas que tenham pouco domínio da língua portuguesa.
3. Aprimorar o processo de capacitação dos profissionais indígenas e não indígenas, buscando fortalecer os aspectos preventivos e de promoção de saúde adequados aos necessidades locais;
4. Estabelecer perfil de atuação dos profissionais dos Distritos Especiais Indígenas, garantindo qualidade de atenção e aprimorando os princípios estabelecidos na II Conferência Nacional de Saúde Indígena.
5. Aprimorar o processo de capacitação dos profissionais indígenas e não indígenas, buscando fortalecer os aspectos preventivos e de promoção à saúde.
6. Buscar estratégias para o reconhecimento da categoria profissional de agente indígena de saúde;
7. Garantir o pagamento de três salários mínimos por Agente Indígena de Saúde.

• **Medicina Tradicional**

1. Reconhecer e valorizar os diferentes tipos de medicina tradicional como elemento integrante e indissociável do trabalho distrital;
2. Elaborar módulos específicos sobre Medicina Tradicional na formação de Agentes Indígenas de Saúde, respeitando as tradições de cada povo. Este processo de formação deve ser estabelecido e conduzido pelo povo indígena envolvido.
3. Garantir a alocação de recursos nos planos distritais para ações de apoio à medicina tradicional.
4. Realizar intercâmbios das práticas tradicionais de medicina tradicional com os pajés, curandeiros, Agentes Indígenas de Saúde e outros. Os cursos devem usar abordagens pedagógicas adaptadas às realidades de cada povo.

• **Gestão / Financiamento**

1. Elaboração de uma Norma Operacional que garanta um percentual anual para a saúde indígena dentro do Orçamento do Ministério da Saúde, estabelecendo de forma participativa, critérios transparentes de distribuição de recursos entre os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que podem basear-se nas condições de acessibilidade e dispersão geográfica, quadro epidemiológico,

- concentração populacional, condições ambientais de auto-sustentação e exposição a fatores de risco (poluição e contaminação dos recursos ambientais disponíveis);
2. Deve ser assegurada a participação indígena nas instâncias de discussão do teto orçamentário para os DSEI's em Brasília;
  3. Criar uma infra-estrutura para atender as demandas das Casas de Saúde do Índio; que obedeça a critérios estabelecidos pela Vigilância Sanitária, com caráter normativo de parâmetros nutricionais adequados a recuperação dos pacientes e de acordo com as especificidades étnico- culturais , dentro do modelo assistencial de Vigilância à Saúde com atendimento médico e odontológico permanente;
  4. Garantir autonomia de gestão e gerência para as Casas de Saúde do Índio- CASAI's, sobretudo àquelas que servem de referência a diversos DSEI's, a exemplo da casa de Saúde do Índio de Manaus. Porém, deve-se assegurar resolução das outras CASAI'S para não sobrecarregar aquelas que servem de referência para outros DSEI's. Deve haver alocação de recursos no Plano Distrital próprio para assistência nas CASAI'S;
  5. Reavaliar a estrutura das principais referências do SUS de cada DSEI, em termos do montante de recursos alocados nessas referências, necessidades de equipamentos e de ampliação, com vista a melhorar a resolução nas sedes dos distritos; aumentar os investimentos na rede do SUS para atender adequadamente os indígenas;
  6. Garantir recursos para incentivo para bolsas de estudo destinada a indígenas, para formação em nível superior;
  7. Garantia de recursos para obras, principalmente de reforma/construção de Casas do Índio e unidades básicas nas aldeias, de acordo com a realidade local.

• **Intersetorial**

1. Deverá ser respeitada a autonomia política, cultural, econômica e social dos povos indígenas. Os povos indígenas também devem ter autodeterminação política e não apenas assistência médico-sanitária;
2. Garantir e assegurar aos povos indígenas o ingresso ao sistemas de ensino médio e superior, para profissionalização em diversas áreas;
3. Proporcionar recursos para implantação de projetos destinados ao cultivo de plantas medicinais com garantia de patentes, comercialização utilização em laboratórios;
4. Viabilizar recursos financeiros para a construção da Casa de Apoio em cada Município, para atender a população indígena em tratamento na referência municipal;
5. Assegurar ao Agentes Indígenas de Saúde em processo de capacitação modular, a sua continuidade no ensino regular;
6. Que seja garantido um programa de educação escolar nas áreas indígenas, possibilitando o ingresso da criança e do adolescente indígena aos cursos médio e universitário;
7. Realizar oficinas, Fóruns ou seminários envolvendo ribeirinhos e indígenas para a discussão de uma política de interesse comum;
8. Incluir nos currículos da escolas e no Programa de Formação dos Agentes Indígenas de Saúde, uma programação sobre política alimentar, ecologia (fauna e flora), meio ambiente;
9. Garantir a criação dos Conselhos Municipais de desenvolvimento econômico, para ter acesso ao PRONAF e linhas de créditos do Projeto Proteger com a mobilização das Organizações Indígenas;
10. Exigir das Instituições de pesquisas o resultado dos estudos realizados em nossas áreas indígenas;
11. Criação de um centro de desenvolvimento econômico dos Povos Indígenas;
12. Educação e saúde na criação de animais;
13. Garantir junto ao Ministério da Educação, bolsas de estudo para estudantes indígenas que concluíram o 2º grau e garantir acesso livre na Universidade;
14. Criar um incentivo para valorizar mais o idoso, garantindo o seu acompanhamento;
15. Garantir o certificado do Agente Indígena de Saúde, para ser válido em todo Território Nacional;
16. Cadastrar os médicos do Distrito como peritos do INSS;

17. Garantir a escolarização dos Agentes indígenas de Saúde e Microscopistas;
18. Intensificar as parcerias com as instituições de ensino, pesquisa e organizações indígenas para melhorar a qualidade do serviço de saúde no DSEI – Manaus;
19. Organizar eventos (Seminários, Cursos, etc) com instituições de desenvolvimento econômico (Agropecuário, Artesanal etc), de preservação do meio ambiente na busca de novas técnicas de produção;
20. Reconhecimento dos Agentes Indígenas de Saúde como categoria profissional;
21. Garantia de certificação dos Agentes Indígenas de Saúde, para isso é necessário maior articulação do Ministério da Saúde e MEC para resolver essa questão;
22. Os órgãos representativos do poder público deverão estudar formas de facilitar o acesso dos indígenas em cursos de nível superior, especialmente na área da saúde;
23. Deve haver uma articulação do MEC e FUNAI para a liberação de bolsas de estudos que garantam a manutenção dos indígenas nas universidades;
24. Deve ser avaliada a possibilidade de convênios com universidades para o ingresso de indígenas na universidade;
25. Criar alternativas econômicas através da reciclagem de lixo;
26. Estudar a possibilidade de isenção de impostos para as empresas indígenas;
27. Estímulo a criação de Cooperativas Indígenas;
28. Devem ser assegurados recursos para a realização de mobilização indígena, a fim de pressionar os parlamentares na época da votação do orçamento da União;
29. Que o governo crie um programa para investimentos de projetos específicos e indígenas para produção, trabalhando com as aldeias na área de alternativas econômicas e de auto-sustentação;
30. Criar lei que reconheça trabalho dos Pajés, Benzedeiros, Parteiras, e especialistas em plantas medicinais, de forma que a população indígena possa ter acesso igualitário à medicina tradicional e ocidental em todos os níveis do sistema de saúde;
31. Elaborar planos de fiscalização das terras indígenas.

## ANEXO II

### DELEGADOS INDÍGENAS AO ENCONTRO MACRORREGIONAL

DISTRITO	No.	NOME	ETNIA
VALE DO JAVARÍ	1	Darcy Duarth COMAPA	Marubo
	2	Edilson Nunes DIAS	Kanamari
	3	Ivan TUNUN	Matis
	4	Raimunda Capistana MAURICIO	Kulina
	<i>Total</i>	5	Waky MAYORUNA
ALTO SOLIMÕES	1	Aldemicio Susana BASTOS	Tikuna
	2	Silvio CARVALHO	Tikuna
	3	Ismael Adércio COSTÓDIO	Tikuna
	4	Irene Cordeiro DA COSTA	Kanamari
	5	Boaventura Carvalho DE MELO	Kokama
	6	Rosalina Calisto DE SOUZA	Tikuna
	7	José Roberto DOS SANTOS	Tikuna
	8	Adalberto Ramos FABA	Kokama
	9	Isabel Francisco FERNANDES	Tikuna
	10	Danilo da Silva MACÁRIO	Tikuna
	11	Paulo Honorato MENDES	Tikuna
	12	Cristóvão Macedo MOÇAMBITE	Kokama
	13	Sebastião Ramos NOGUEIRA	Tikuna
	14	Elis OSORIO	Tikuna
	15	Raimundo Castro PROTÁZIO	Tikuna
	16	Carmem Gomes TAMAIO	Tikuna
	17	Pedro MENDES	Tikuna
	<i>Total</i>	18	João de Almeida VASQUES
MÉDIO SOLIMÕES	1	João Fernandes CRUZ	Kambera
	2	Raimundo Sollart KANAMARI	Kanamari
	3	Zé Pio KULINA	Kulina
	4	Midas dos Santos OLIVEIRA	Mayoruna
	5	Genival OLIVEIRA	Takana
	6	Maria TAKANA	Kanamari
	<i>Total</i>	7	José Romão TIKUNA
MÉDIO PURUS	1	José Inácio da Silva APURINA	Apurinã
	2	Francisco Jacinto APURINA	Apurinã
	3	João Batista SILVA	
	4	Valdomir Farias da Silva APURINA	Apurinã
	5	Gilberto Batista da Silva APURINA	Apurinã
	<i>Total</i>	6	Agenor Lopes da Silva PAUMARÍ
PARINTINS	1	Esmael Oliveira BATISTA	Sateré-Mauwé
	2	Eliseu BATISTA	Sateré-Mauwé

	3	Manoel KAIWANA	Hyskariana
	4	Renato Paulo de Souza LOBATO	Wai-Wai
	5	Marcos Santana PAIXÃO	Sateré-Mauwé
	6	Rodrigues Woxina WAI WAI	Wai-Wai
	7	Francisco Alencar	
<b>Total</b>	8	Francisco WANAWA	Wanawa
<b>ALTO RIO NEGRO</b>	1	Leonídio ANDRADE	Baré
	2	Launirkliions ANTÔNIO	
	3	José Maria BARRETO	Tukano
	4	Leonardo Cordeiro BARRETO	Baré
	5	Alberto da Silva BERNARDO	Tukano
	6	Domingos Sávio Neves BRANDÃO	Tukano
	7	Dilza Tomás DE MELO	Baré
	8	Délia Veloso FONSECA	Arapasso
	9	Oscar Maia DOS SANTOS	Baré
	10	Valdenir Andrade FRANÇA	Baré
	11	José Maria LANA	Dessana
	12	Silvio Rogério Fernandes MACHADO	Tukano
	13	Ambrósio Arantes VIANA	Dessano
	14	Maximiliano MENEZES	Tukano
	15	Manuel Paiva RODRIGUES	Kubeo
	16	Argemiro TELES	Arapasso
	17	Braz FRANÇA	Baré
	18	Francisco de Assis FALCAO	
	19	Andre FERNANDO	Baniwa
	20	Estevão BARRETO	Tukano
	21	Rosilene FONSECA	
	22	Ailton GALVAO	Baré
<b>Total</b>	23	Bonifacio JOSÉ	Baniwa
<b>YANOMAMI/YE'KUANA</b>	1	Eduardo Carlos DA SILVA	Ye'kuana
	2	Alexandre HAWARIXAPOPITHERI	Yanomami
	3	Carlos KROKONAUTHERI	Yanomami
	4	João LACERDA	
	5	Geraldo PARAWAUTHERI	Yanomami
	6	Roberto PIRISITHERI	Yanomami
	7	Peri PORAPITHERI	Yanomami
	8	Resende SAMUMÃ	
	9	Ivanildo WAWANANAWETERY	Yanomami
	10	Marcos Antônio XAVIER	Ye'kuana
<b>Total</b>	11	Luis XIRIANA	Yanomami
<b>LESTE DE RORAIMA</b>	1	Clóvis AMBRÓSIO	Wapichana
	2	Jaime Lima ARAÚJO	Wai Wai
	3	Evaristo da Chaga BARBOSA	Macuxi
	4	Acildo Macuxi CARNEIRO	Macuxi
	5	Teotônio Sipriano COSTA	Ingariko
	6	Jerônimo Pereira DA SILVA	Macuxi
	7	Dilmo DE LIMA	Ingariko
	8	Dionito José DE SOUZA	Macuxi
	9	Maria Sônia Manduca FALCÃO	Macuxi

	10	Dilson INGARIKO	Ingariko
	11	Júlio MAGALHÃES	Macuxi
	12	Clodomir MALHEIRO	Macuxi
	13	Terêncio Salomão MANDUCA	Wapichana
	14	Ricardo MOTA	Macuxi
	15	José Ernesto Lima PAULINO	Macuxi
	16	Manoel PERES	Wapichana
	17	Luiz da Silva SEBASTIÃO	Wapichana
	18	Waldeci Noro WAI WAI	Wai Wai
	19	Gerôncio RODRIGUES	Ingariko
	20	Jaime WAI WAI	Wai Wai
<b>Total</b>	21	Ribamar	Macuxi
<b>ALTO JURUÁ</b>	1	Auricélio Batista BRANDÃO	Shanawa
	2	Carlos Francisco BRANDÃO	Shanawa
	3	Francisco Assis BRANDÃO	Shanawa
	4	Biraci BRASIL	Jaminawa
	5	Valdir FERREIRA	Kaxinawa
	6	Paulo Cezar de Oliveira SILVA	Nukini
<b>Total</b>	7	Francisco Dantas VARELA	Arara
<b>ALTO PURUS</b>	1	José Souza DA SILVA	Kaxarari
	2	Arialdo Correia DA SILVA	Jaminawa
	3	Abdias Franco DA SILVA	Apurinã
	4	José CORREIA	Jaminawa
	5	Edivaldo Domingos KAXINAWÁ	Kaxinawa
	6	Manduka KULINA	Kulina
	7	Letícia LUIZA	Yawanawa
<b>Total</b>	8	Humberto Sebastião MANXINERI	Manxineri
<b>PORTO VELHO</b>	1	Juarez Nimon AROWA	Arowa
	2	Matilde Sebirop DA SILVA	Gavião
	3	Nilson DIAHOI	Diahoi
	4	Antônio KAMPÉ	Kampé
	5	Gerson Barros KASSUPÁ	Kassupá
<b>Total</b>	6	João TUPARÍ	Tuparí
<b>VILHENA</b>	1	Carlito CINTA LARGA	Cinta Larga
	2	Nelson ERIKIBATSA	Erikibatsa
	3	Paulo CINTA LARGA	Cinta Larga
	4	Carlos KAITHAURU	Kaithauru
	5	Almir SURUI	Suruí
	6	Nicolau RIXIBATES	Erikibatsa
	7	Olimpio JAQUIRABIAR	
	8	Valeria ARARA	Arara
	9	Loike KALAPALO	Kalapalo
<b>Total</b>	10	Lino SABANES	
<b>AMAPÁ</b>	1	Vitória Santos DOS SANTOS	Karipuna

<b>GUAMÁ/TOCANTINS</b>	1	Valdeci TEMBER	Tember
<i>Total</i>	2	Kiné GAVIAO	Gavião
<b>ALTAMIRA</b>	1	Luiz Gonzaga Xipaya DE CARVALHO	Xipaya
<i>Total</i>	2	Joaquim Ferreira LIMA	Kuruia
<b>RIO TAPAJÓS</b>	1	Mundurukú Amâncio Sirma DE MORAIS	Munduruku
<i>Total</i>	2	Isaias Kirixi MUNDURUKÚ	Munduruku
<b>XINGÚ</b>	1	Karabí	Kayabi
<i>Total</i>	2	Yanari WAURA	Waura
<b>XAVANTE</b>	1	Agnelo Wadzatse	Xavante
<i>Total</i>	2	Pedrinho SERENHOZÁ	Xavante
<b>TOCANTINS (Palmas)</b>	1	Escrawen SOMPRÉ	Xerente
<i>Total</i>	2	José Ribeiro APINAJÉ	Apinajé
<b>MANAUS</b>	1	Francisco BORGES	Mura
	2	Manoel SOUZA	Mura
	3	Raimundo EUCLIDES	Munduruku
	4	Amarildo MACIEL	Munduruku
	5	Leandro BRAGA	Mura
	6	José FERREIRA	
	7	Jair GOMES	
	8	Ralily CARVALHO	
	9	Osmar ROCHA	
	11	Nevaldina ANDRÉ	Mura
<b>Total</b>	12	Osman ALFREDO	Tikuna

<b>TOTAL DELEGADOS: 155</b>
-----------------------------

<b>TOTAL ETNIAS: 55</b>
-------------------------

## ANEXO III

### COMISSÃO ORGANIZADORA

#### 1. Comitê Executivo

Sra. Celina Cadena da Silva Baré	<i>Coordenadora de Assuntos Indígenas, COLAB</i>
Dra. Luiza Garnelo	<i>Coordenadora Projeto RASI, Universidade do Amazonas</i>
Sr. David Kaisal	<i>Coordenador Geral, Médicos Sem Fronteiras- Holanda</i>
Sra. Kátia da Silva Lima	<i>Coordenadora de Cursos, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)</i>
Sr. Eron Rocha	<i>Coordenador Técnico, COLAB/DSEI-Manaus</i>
Sra. Bernadeth von Sohsten	<i>Chefe do Distrito, FUNASA/DSEI-Manaus</i>

#### 2. Facilitadores dos Grupos de Trabalho

Sr. Sully de Souza Sampaio	<i>Projeto RASI, UA</i>
Sr. Eduardo Dezidério	<i>Projeto RASI, UA</i>
Srta. Ana Cláudia Chaves	<i>Projeto RASI, UA</i>
Srta. Cira Senna	<i>Projeto RASI, UA</i>
Sr. Antônio Pereira de Oliveira	<i>Projeto RASI, UA</i>
Sra. Aldacy Xavier	<i>DSY</i>
Sra. Roselene Martins de Souza	<i>DSEI-Manaus</i>
Dr. Márcio Ferreira da Silva	<i>UFRJ</i>
Dra. Luiza Garnelo	<i>Projeto RASI, UA</i>
Sr. David Kaisal	<i>MSF</i>
Sr. Eron Rocha	<i>DSEI-Manaus</i>
Srta. Susana de Deus	<i>MSF</i>
Srta. Martha Zambrano Martinez	<i>MSF</i>