

## *As Conferências Nacionais de Saúde Indígena* *The National Indigenous Health Conferences*

*Maurício Machado de Araujo<sup>1</sup>, Raimundo Sidnei dos Santos Campos<sup>2</sup>, Wanderley Gurgel de Almeida<sup>3</sup>, Jonildo Viana dos Santos<sup>4</sup>, Silviany Guimarães<sup>5</sup>, José Ozildo dos Santos<sup>6</sup>, Aline Carla de Medeiros<sup>7</sup>, Rossino Ramos de Almeida<sup>8</sup>, Camila Vieira de Sousa Gurjão<sup>9</sup> e Patricio Borges Maracaja<sup>10</sup>*

<sup>1</sup>Doutor em Medicina Veterinária Preventiva (UNESP), como formação e extensão em Saúde Única/Uma só Saúde. E-mail: mauriciomachadovet@gmail.com

<sup>2</sup>Professor Adjunto da UEA. Pedagogo da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Vigilância em Saúde na Amazônia. Mestre em Educação UFAM) e doutor em Educação (UFPB).

<sup>3</sup>Mestre em Antropologia Social pela UFRN e Professor do Colegiado de Ciências Sociais da UERR. E-mail: wangurgel@gmail.com

<sup>4</sup>Antropólogo, mestre e doutor em Educação. Professor Adjunto da UFRR. E-mail: jonildo.viana@ufr.br

<sup>5</sup>Administrador, integrante do Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami e Yekuana-DSEI. E-mail: guimaraesadm.15@gmail.com

<sup>6</sup>Professor Universitário, doutorando em Gestão de Recursos Naturais (UFCG). E-mail: joseozildo2018@gmail.com

<sup>7</sup> Prof. D. Sc. Colaboradora do PPGSA/CCTA/UFCG – Pombal – PB aline.carla@professora.ufcg.edu.br

<sup>8</sup> Pesq. do CCT / UFCG - Universidade Federal de Campina Grande– Campina Grande - PB

<sup>9</sup> Bolcista PCI INSA – Instituto Nacional do Semiárido. E-mail: camilavgurjao@gmail.com

<sup>10</sup> D. Sc. Bolcista PCI INSA – Instituto Nacional do Semiárido e \Prof. Colaboradora do PPGSA/CCTA/UFCG – Pombal – PB E-mail: patricio@ufcg.esu.br

Submetido em: 01/09/2025, revisado em: 07/10/2025 e aceito para publicação em: 08/11/2025.



**Resumo:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que teve por objetivo promover uma abordagem sobre as Conferências Nacionais de Saúde Indígena já realizadas no Brasil nas últimas décadas. A Constituição Federal de 1988 reconheceu o direito à cidadania plena das pessoas indígenas e seu direito às suas culturas e medicinas próprias. Entretanto, ao implantar-se, conforme as Leis n.ºs. 8.080 e 8.142, de 1990, o Sistema Único de Saúde não incorporou a Saúde do Índio. Em relação a tais Conferências é fundamental ressaltar que se tratam de eventos absolutamente distintos, com pautas que vêm completando o direito à saúde por parte dos povos indígenas. Até o presente já foram realizadas seis conferências. No entanto, quando se analisa as conferências voltadas para a promoção da saúde indígenas, observa-se um deslocamento no sentido da participação para uma atuação mais burocrática dentro dos estritos limites estabelecidos pela gestão pública. Se o relatório da 1ª Conferência guardava consigo uma potência de transformação radical na forma de se pensar a saúde indígena, com o passar dos anos (e das conferências) essa possibilidade transgressora foi sendo limitada pela burocratização.

**Palavras-chaves:** Saúde Indígena. Conferências Nacionais. Contribuições.

**Abstract:** This bibliographical research aimed to provide an overview of the National Conferences on Indigenous Health held in Brazil in recent decades. The 1988 Federal Constitution recognized Indigenous peoples' right to full citizenship and their right to their own cultures and medicines. However, upon implementation, as enacted by Laws No. 8,080 and 8,142 of 1990, the Unified Health System did not incorporate Indigenous Health. Regarding these Conferences, it is essential to emphasize that they are completely distinct events, with agendas that fulfill Indigenous peoples' right to health. To date, six conferences have been held. However, when analyzing the conferences focused on promoting Indigenous health, a shift in participation toward more bureaucratic action is observed, within the strict limits established by public administration. While the report of the 1st Conference held the potential for radical transformation in the way Indigenous health was thought about, over the years (and the number of conferences), this transgressive possibility was limited by bureaucratization.

**Keywords:** Indigenous Health. National Conferences. Contributions.

## INTRODUÇÃO

As Conferências de Saúde Indígena fazem parte do processo de educação permanente e de participação da comunidade. Servem para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde, que indicam os caminhos para compreender qual é a necessidade da população e o que é possível ser feito para que todos tenham acesso aos serviços de saúde com qualidade e respeito (BRASIL, 2015).

As Conferências Nacionais de Saúde Indígena desempenham um papel vital como ferramentas de educação permanente e participação comunitária. Elas servem como espaços fundamentais para avaliar a situação de saúde dos povos indígenas e propor diretrizes que orientem a formulação de políticas de saúde. Tendo como objetivo central dessas conferências é identificar as necessidades da população e traçar caminhos para garantir o acesso universal a serviços de saúde que sejam de qualidade e prestados com respeito e dignidade.

Na década de 1980, a luta contra a ditadura no Brasil revelou-se também uma luta contra as desigualdades sociais, sendo expressa na constitucionalização dos direitos sociais, como a saúde. Como fruto de um consenso possível, a Constituição de 1988 expressa certos ideais, tais como universalidade e igualdade. Para os povos indígenas, essa Constituição também representou o reconhecimento de seus direitos socioculturais e territoriais, superando o paradigma integracionista e assimilacionista que prevaleceu na história do Estado brasileiro (Fleury, 1997). Para alcançar esses ideais, contudo, é necessário inserir os cidadãos no processo democrático de condução da coisa pública (Abrunhosa; Machado; Pontes, 2020).

Para isso, o desenho proposto no campo da saúde teve por base a diretriz da participação da comunidade, reforçado como princípio na Lei nº 8.080/1990 e regulamentada como instância permanente, denominada ‘controle social’, pela Lei nº 8.142/1990. Esses três termos (universalidade, igualdade e participação) são elementos-chave para a análise das políticas de saúde no Brasil (Pimentel, et al 2022) A formulação e implementação do SasiSUS caminhou de forma articulada à reforma sanitária brasileira, ressaltando as mesmas diretrizes. A pauta da consolidação e ampliação da participação indígena no subsistema vai estar presente em todas as Conferências Nacionais de Saúde Indígena. Trata-se de uma conquista da luta dos povos indígenas que procura superar a perspectiva tutelar do Estado brasileiro que nega, ignora e inviabiliza os indígenas como sujeitos na tomada de decisão nos assuntos que lhes referem (Pontes et al., 2019).

Vale ressaltar que a participação e consulta dos povos indígenas é uma diretriz internacional na relação dos Estados com esses povos a partir da convenção nº 169/1989 da Organização Internacional do Trabalho, promulgada no Brasil apenas em 2004 (Urrejola, 2016). Assim, a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNPSI) propõe a “participação das nações indígenas”. A 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas recomenda a estruturação do “controle social da rede distrital exercido através dos Conselhos

Distritais de Saúde Indígena” (Abrunhosa; Machado; Pontes, 2020, p. 3).

Um dos resultados deste processo foi a Lei nº 9.836/1999, que, incluindo o artigo 19-H na Lei nº 8.080/1990, prevê que “as populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso” (Abrunhosa; Machado; Pontes, 2020; Pimentel et al 2022 e Vasconcelos, 2025).

Dois anos após a implantação do SasiSUS, a 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI) reafirmou a pertinência da participação social na saúde, recomendando a implantação de conselhos locais e distritais de saúde indígena. Na 4ª, 5ª e 6ª CNSI, o termo “participação” aparece em várias propostas com diversos sentidos, reforçando as instâncias do controle social indígena (BRASIL, 2015).

Dessa forma, este trabalho busca contribuir com o debate sobre as conferências de saúde, na bibliografia afeita ao tema e os desafios da sua configuração como controle social no âmbito da saúde indígena. Em relação às Conferências é fundamental ressaltar que se trata de eventos absolutamente distintos. A pesquisa buscou lançar luz sobre tal distinção, evidenciando os diferentes contextos, atores e pautas.

### 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio

A 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNSPI) foi um desdobramento da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, responsável pela formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Primeiro evento de caráter nacional e com legitimidade para discutir a política de saúde dos povos indígenas brasileiros, produziu um relatório sintético, registrando poucas diretrizes, dada à falta de consenso no movimento indigenista de saúde, mas constituindo fruto da maturidade das discussões sobre os temas (Pontes, Machado e Santos, 2021). O SUS ainda era um sistema em discussão. A situação correspondia ao momento histórico brasileiro de retorno à ordem democrática (Magalhães, 2021). Mesmo assim, foi um evento histórico, desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde e realizada no contexto da redemocratização brasileira, enquanto o SUS ainda estava em discussão.

A Conferência trabalhou tendo como princípio geral a afirmação de que a participação indígena deve ser extensiva a todos os momentos de decisão, formulação e planejamento das ações e serviços de saúde e na sua implantação, execução e avaliação. Tomando como base o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde, que a define como completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não somente como a ausência de doenças. De acordo com Brasil (2007), a referida Conferência considerou que, no caso da saúde indígena, isto implica em alguns princípios fundamentais:

i. A saúde das nações indígenas é definida em um espaço e tempo histórico determinados, na particularidade de seu contato com a sociedade nacional e pela forma de ocupação de seu território e adjacências. É necessário garantir a autonomia, a posse territorial e o uso exclusivo pelas nações indígenas, dos recursos naturais do solo e do subsolo, de acordo com as necessidades e especificidades etnoculturais de cada nação, bem como a integridade de seus ecossistemas.

ii. Seja-lhes assegurada a cidadania plena, com todos os direitos constitucionais, como determinante do estado de saúde dos povos indígenas. O acesso das nações indígenas às ações e aos serviços de saúde, e sua participação na organização, gestão e controle dos mesmos (respeitadas às especificidades etnoculturais e de localização geográfica) são deveres do Estado.

Baseando-se nesses princípios, discutiu-se o gerenciamento, a execução, a organização, o acesso e a qualidade dos serviços, a política de recursos humanos e o sistema de informação do Sistema de Atenção à Saúde do Índio (Costa et al 1986). As principais diretrizes que emanaram da 1ª CNSPI, assim como as do SUS, fundamentaram-se na Política de Cuidados Primários de Saúde e seus princípios básicos: participação da comunidade; universalidade do atendimento; unificação dos serviços; descentralização e hierarquização das ações de saúde, para que sejam concentradas na esfera local, considerado pela Organização Mundial de Saúde, na Declaração de Alma-Ata, não como municípios, mas como o local onde as pessoas vivem, convivem, trabalham e encontram os meios necessários à sua sobrevivência (Pontes; Machado; Santos, 2021).

A 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNSPI) mostra a necessidade da criação de um sistema de informações, apto a coletar e processar regularmente os dados para análise epidemiológica, considerando as especificidades das nações indígenas e sua dinâmica populacional, sendo as informações sistematicamente repassadas às lideranças indígenas e às autoridades sanitárias (Magalhães, 2021).

A Constituição Federal de 1988 reconheceu o direito à cidadania plena das pessoas indígenas e seu direito às suas culturas e medicinas próprias. Entretanto, ao implantar-se, conforme as Leis n.ºs. 8.080 e 8.142, de 1990, o SUS não incorporou a Saúde do Índio. Em 1991, foi criada no Ministério da Saúde, em sua Fundação Nacional de Saúde, a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI). Iniciou-se ali um longo período de dificuldades, agravadas por oposição e conflito, onde eram necessário criatividade e negociação. Ao longo do tempo, foi sendo gestada pelo movimento indigenista e indígena, uma proposta de Modelo de Atenção Diferenciado organizando-se, então, de forma autônoma, diferentemente do comando antes exercido pela FUNAI. Este modelo teria como base os distritos sanitários especiais indígenas. Foi criado então o Distrito Sanitário Ianomâmi, pelo Decreto n.º 23/1991.

O I Fórum de Saúde do Índio realizado com o patrocínio da COSAI criou os Núcleos Intersetoriais de Saúde Indígena (Nisi), de caráter interinstitucional, para coordenar regionalmente a integração dos serviços locais

de saúde indígena. Embora, nesse período, um novo Estatuto do Índio tenha sido elaborado, ainda hoje não foi aprovado pelo Congresso Nacional (Morais, 2023). O novo Conselho Nacional de Saúde, ao iniciar suas atividades, criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), em 1992, que passou a representar o movimento indigenista sanitário em sua luta pela inclusão dos povos indígenas no Sistema Único de Saúde do Brasil (Pontes; Machado; Santos, 2021).

Embora o relatório final fosse sintético e contasse com poucas diretrizes devido à falta de consenso no movimento indigenista, a conferência representou o primeiro evento nacional legítimo para debater a política de saúde indígena, sendo fruto da maturidade das discussões sobre o tema até então (Pontes; Machado; Santos, 2021; Magalhães, 2021).

A CISI foi constituída pelas seguintes organizações: Conselho Indígena de Roraima, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira, Associação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas e Espírito Santo, União das Nações Indígenas do Acre, Conselho Indigenista Missionário, Associação Brasileira de Antropologia, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Paulista de Medicina, Universidade do Amazonas, Fundação Nacional do Índio, Coordenação Nacional de Saúde Indígena, da Funasa. Dos onze membros iniciais da Comissão, quatro representavam organizações indígenas.

Embora o relatório final fosse sintético e contasse com poucas diretrizes devido à falta de consenso no movimento indigenista, a conferência representou o primeiro evento nacional legítimo para debater a política de saúde indígena, sendo fruto da maturidade das discussões sobre o tema até então (Pontes; Machado; Santos, 2021; Magalhães, 2021).

## **2ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio**

A 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (2ªCNSPI) (Luziânia, GO, 1993) consolidou o processo político deflagrado na 1ª CNSPI, com a definição dos princípios e diretrizes do Modelo de Atenção Diferenciado para a Saúde do Índio, que determinou a forma de acesso dos cidadãos indígenas ao Sistema Único de Saúde: ela se daria nos distritos sanitários especiais indígenas (Varga, 1993).

O processo da organização da 2ª CNSPI embora conflituoso foi amplo, ascendente e democrático. Realizada dois anos após a assinatura do Decreto Presidencial n.º 23/1991, inseriu-se na disputa entre a FUNAI e a FUNASA pela coordenação da assistência à saúde (Neumann, 2016). A FUNAI, sem verbas, nem possibilidades de contratação de pessoal, devido ao Regime Jurídico Único, carecia de recursos para preparação do pessoal, conservação de equipamentos, suprimento mínimo e deslocamento das Equipes Volantes de Saúde, base do modelo de assistência aos indígenas. A FUNASA possuía quadros experientes no lidar com a diversidade cultural, oferecia condições para participação

de indígenas nos seus quadros se em suas políticas locais. Contava, também com recursos financeiros, equipamentos e insumos (BRASIL, 2007).

Entretanto, apresentava algumas características que dificultaram o impacto de suas ações de saúde sobre a população indígena: uma estrutura verticalizada, advinda da Fundação Serviços de Saúde Pública e da Superintendência de Campanhas integradas em 1991 na Funasa (Teixeira, 2008). A primeira seguia o modelo hospitalar urbanizado (até em Postos de Saúde do interior, mormente nos estados do Norte e Nordeste). A segunda, de tradição 'campanhista', com modelo paramilitar, agia prioritariamente no âmbito preventivo rural (VARGA, 1993).

A FUNASA iniciou suas atividades com defasagem de pessoal para atuação no âmbito local. A municipalização do SUS, o repasse de estruturas e de quadros da Funasa para os municípios, agravaram a situação. A experiência de verticalização da FUNASA, sem política de capacitação de pessoal para a saúde dos índios e a diminuição progressiva de seus quadros trouxeram impasses para o modelo de atuação (Borma, 2022). A rigidez da estrutura da FUNASA dificultou a solução dos problemas emergenciais, da atenção curativa, prioridade da FUNAI e da população indígena assistida, enquanto que seus programas de cunho preventivo não surtiam os efeitos necessários para desafogar a demanda (VARGA, 1993).

Essas dificuldades culminaram com a revogação do Decreto nº 23/1991 e sua substituição pelo Decreto Presidencial nº 1.141/1994, que se baseou nos princípios e diretrizes gerais do SUS e na proposta de operacionalização, de forma descentralizada, dos distritos sanitários especiais indígenas. Tal decreto avançou quanto à legalização de princípios e diretrizes da Política Nacional, incorporando alguns emanados da 2ª Conferência.

O princípio de descentralização, que no SUS se dá pela municipalização, no caso das populações indígenas seria conformado segundo os preceitos constitucionais, definidores da responsabilidade da União na sua assistência, devendo ser de âmbito federal, considerando-se o processo saúde-doença dos povos indígenas como resultado de determinantes socioeconômicos e culturais (preservação dos sistemas médicos tradicionais, integridade territorial, enfim, da cultura como um todo) (Santos, 2023).

O Modelo assistencial dos povos indígenas ficou definido como um subsistema do SUS, coordenado por órgão do Ministério da Saúde, com níveis de gerência nacional, regional e distrital (local) com autonomia de gestão (sanitária, administrativa e financeira). O subsistema consideraria a realidade local e as particularidades da cultura indígena, pautando-se por um Modelo com abordagem diferenciada de saneamento, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras e integração institucional. Foi considerada fundamental a descentralização, para garantir a participação indígena nas tomadas de decisão como direito desta população (Cardoso, 2015). Os Nisi, a despeito de todas as adversidades, foram integrando as ações de assistência, prevenção e promoção da saúde indígena (VARGA, 1993).

### 3ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio

A 3ª CNSI (Luziânia-GO, 14 a 18 de maio de 2001), convocada pela Resolução nº 305 teve como finalidade analisar os obstáculos e avanços do Sistema Único de Saúde na implantação dos distritos sanitários especiais indígenas e propor diretrizes para a sua efetivação (Scalco, Nunes e Louvison, 2020). Seu tema foi o desdobramento do que pautou a 9ª Conferência Nacional de Saúde, que a precedeu: "Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde indígena, com controle social" (WELPER, 2021)

Designado pelo Conselho Nacional de Saúde, o Comitê Executivo da 3ª Conferência foi composto por representantes da Comissão e Articulação dos Povos e Organização Indígena do Brasil (CAPOIB), da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (Cisi/CNS), do Conselho Indigenista Missionário (CIMI), do Instituto Sócio Ambiental (ISA), da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), do Ministério da Saúde (MS), da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), da Pastoral da Criança, representando a Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) e do Fórum Nacional de Trabalhadores em Saúde (Pontes; Machado; Santos, 2021; Abrunhosa et al 2024)).

As conferências distritais foram realizadas na mesma data, com delegados eleitos pelos conselhos locais. Da Conferência Nacional, participaram cerca de 1.000 pessoas entre delegados eleitos pelos conselhos distritais e locais, conselheiros do CNS, expositores e facilitadores de trabalho de grupo e convidados. Sobre os temas, houve palestras e trabalho de grupos, que elaboraram relatórios, submetidos a uma primeira aprovação, para posterior votação na Plenária Final. De acordo com Pontes; Machado e Santos (2021), os temas foram assim designados:

- i. Modelo de gestão e organização de serviços – parcerias e articulação com o Sistema Único de Saúde.
- ii. Vigilância em Saúde;
- iii. Estratégias de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis, da síndrome de imunodeficiência adquirida - DST/AIDS e do alcoolismo: direitos humanos e ética nas intervenções;
- iv. Fortalecimento do Controle Social;
- v. Agentes Indígenas de Saúde: formação, reconhecimento e inserção social;
- vi. Desenvolvimento de recursos humanos para atuação em culturas diferenciadas;
- vii. A hipermedicação e as práticas tradicionais; Ética em pesquisa, propriedade intelectual e patentes, envolvendo povos indígenas;
- viii. As comunidades indígenas e a produção e comercialização de alimentos: as novas necessidades.

O grande avanço da 3ª Conferência foi a participação ativa das pessoas indígenas, especialmente dos profissionais de saúde. Essa participação contribuiu para a expressão desta mudança qualitativa das conferências a existência de equipamentos de tradução simultânea (Caetano, 2024). O Relatório Final apresentou como princípios gerais: cada povo indígena tem suas próprias concepções, valores e formas de vivenciar a saúde

e a doença e as ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde devem considerar esses aspectos, ressaltando os contextos diversos e a relação de contato inter-étnico. As ações de saúde devem priorizar a Promoção da Saúde e Prevenção das Doenças.



Fonte: Relatório da 3ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (BRASIL, 2001)

Garantir a demarcação, a desinstrução e a vigilância das terras indígenas. Urge uma política de segurança alimentar, desenvolvimento sustentável e recuperação do meio ambiente. Acesso dos indígenas à educação para formar consciência crítica sobre sua situação atual. Proteção do patrimônio cultural e aproveitamento da diversidade biológica para fortalecimento da autoestima e afirmação da identidade étnica. Combate à discriminação e preconceito, promovendo a valorização da diversidade cultural, principalmente junto aos profissionais de saúde (Mardegan, 2025). As organizações indígenas têm importante papel na melhoria das condições de vida implante do modelo de atenção à saúde. O controle social deve ser fortalecido, com abrangência intersetorial, por ser básico na implantação de uma política integral de saúde (BRASIL, 2021).

#### **4ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio**

A 4ª CNSI, realizada em Rio Quente/GO, em 2006, teve como tema central orientar discussões em todas as etapas regionais “Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI): território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições”. Participaram da 4ª Conferência 1.228 pessoas entre usuários, trabalhadores indígenas e não indígenas, gestor e se prestadores de serviço. Avaliou o Subsistema de Saúde Indígena no âmbito do SUS e também a situação de saúde nos DSEIs, inclusive propondo como diretriz a autonomia dos Distritos; além de discutir e propor ações para promover a saúde dos povos indígenas, com respeito às ações de integração da medicina tradicional e a efetividade do controle social (BRASIL, 2007).



4ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio  
Fonte: SESAI/MS (BRASIL, 2007)

A 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena pretende avaliar com profundidade as ações de saúde indígena que, desde agosto de 1999, com a aprovação da Lei Arouca, passaram da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), organismo do Ministério da Justiça, para a responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), órgão do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Sendo o Conselho Nacional de Saúde um órgão colegiado e deliberativo, a formulação das propostas constantes no Documento Base da Conferência Nacional de Saúde Indígena esteve presente na pauta de discussões (BRASIL, 2021). Assim o tema central da Conferência foi ‘Distrito Sanitário Especial Indígena: território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições’, e seus cinco Eixos Temáticos foram os seguintes:

- i. Direito à Saúde;
- ii. Controle Social e Gestão Participativa;
- iii. Desafios Indígenas Atuais;
- iv. Trabalhadores Indígenas e Não Indígenas em Saúde Segurança Alimentar e Nutricional;
- v. Desenvolvimento Sustentável.

#### 5ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio

A 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena teve como objetivo aprovar diretrizes para as políticas de saúde executadas nas aldeias, por parte dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) que integram o

Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) (Dantas, 2023). Além disso, a referida conferência foi um espaço para debates sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. O tema central desta conferência foi o ‘Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada’ (BRASIL, 2015).

A 5ª CNSI foi uma realização do Ministério da Saúde, através da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) em conjunto com o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Esta Conferência entrou para a história por ter tido uma ampla participação das comunidades indígenas nos debates. Foram realizadas 306 Conferência Locais, 34 Conferências Distritais, com a participação de indígenas e não indígenas, abrangendo 305 etnias que estão distribuídas em todo território brasileiro, envolvendo mais de 23 mil participantes (BRASIL, 2015).

Para a etapa nacional, a 5ª Conferência superou a 4ª CNSI, saltando de 1.228 na 4ª CNSI para 2.368 participantes. A 5ª CNSI além de debater e propor novas diretrizes para a reformulação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, trouxe também o debate quanto à desburocratização da gestão da saúde indígena, com a aprovação de uma moção que norteou o governo a elaborar a proposta de criação do Instituto Nacional de Saúde Indígena (INSI), novo modelo de gestão, que se encontra tramitando no Congresso Nacional, através do Projeto de Lei nº 3501/2015 (BRASIL, 2015 e Barreto, 2022)).

A 5ª CNSI ocorreu em Brasília, no ano de 2013, sob a gestão da Secretaria Especial da Saúde Indígena do Ministério da Saúde. Essa conferência se destacou por reunir 1.226 delegados nacionais (entre usuários, trabalhadores indígenas e não indígenas, gestores e prestadores de serviço), representando 305 povos indígenas do Brasil. Homens e mulheres dos diferentes segmentos do controle social da saúde indígena dedicaram-se a dialogar no entorno dos avanços e desafios para: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade; Recursos Humanos; Financiamento; Gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; Controle Social e a Gestão Participativa no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; Etnodesenvolvimento e a Segurança Alimentar e Nutricional para os Povos Indígena e Saneamento e Edificações de Saúde (BRASIL, 2015 e Sobral, 2022).

Em 15 de junho de 2016 a Organização dos Estados Americanos (OEA) aprovou por aclamação a Declaração Americana sobre Direitos dos Povos Indígenas (adiante denominada DA). A referida Declaração é resultado de um longo processo de elaboração, que durou mais de vinte anos, com a participação dos Estados-Membros da OEA, Estados Observadores, organismos e entidades da OEA e povos indígenas das Américas (Silva, 2023). A Declaração Americana assinala como critério fundamental para a aplicação do instrumento a autoidentificação, individual ou coletiva, como povo indígena e reconhece o direito à autodeterminação, por parte de um povo indígena, da sua condição política e das suas prioridades para o desenvolvimento econômico, social e cultural (LAGO, 2017).



5ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (BRASIL, 2014)

Esta Declaração reconhece o caráter coletivo e a personalidade jurídica dos povos indígenas, assim como seu direito a identidade e integridade culturais, e aponta o respeito e reconhecimento a suas formas de organização, sistemas jurídicos, sociais e políticos. Da mesma forma, protege a cosmovisão dos povos indígenas, seus usos e costumes, culturas, crenças espirituais, línguas e idiomas e a propriedade sobre suas terras e territórios e sobre os recursos naturais que nela se encontram. Consagra, ainda, o direito à autonomia e ao autogoverno dos povos indígenas, reconhecendo seu direito a manter e desenvolver suas próprias instituições, incluindo a jurisdição indígena, o direito de participar na tomada de

decisões que afetem seus direitos, assim como a obrigação dos Estados de consultá-los (Santos, 2021 e CNJ, 2023).

Em conformidade com seu primeiro artigo, a Declaração Americana é aplicável aos povos indígenas das Américas. Embora seja um instrumento declarativo, e, portanto juridicamente não vinculante, a Declaração Americana expressa a vontade dos Estados Membros da OEA e, tal como estabelece em seu Preâmbulo, busca incentivar os Estados a proteger e cumprir de maneira eficaz as obrigações com os povos indígenas, particularmente as relativas aos direitos humanos (Alencar, 2016 e Silva, 2021).

#### 6ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio

A 6ª CNSI reuniu aproximadamente 2 mil participantes, em sua maioria indígena e que representaram os 34 Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena. Nesta etapa nacional, as pessoas que participaram do encontro puderam discutir propostas para a Política Nacional de Saúde Indígena (PNASPI) (Inácio, 2024). Para isso, um dos grandes desafios da CNSI foi avaliar a situação e aperfeiçoar a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI), considerando as particularidades étnicas e culturais no modelo de atenção à saúde dos próximos anos no Brasil. Tudo isso decidido com o voto direto dos delegados das aldeias e comunidades indígenas. Entre os objetivos estava a atualização da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), para redefinir as diretrizes e efetivar particularidades étnicas e culturais no modelo de atenção à saúde dos povos indígenas (BRASIL, 2012).

Um importante indicador do acesso à saúde reprodutiva é a razão de mortalidade materna relação entre o número de óbitos maternos e a quantidade de nascidos vivos em um período. Estudos apontam para a ocorrência de uma elevada razão de mortalidade materna entre mulheres indígenas, se comparadas às não indígenas. Estima-se que a razão de mortalidade materna indígena seja em torno de 135 óbitos por 100 mil nascidos vivos, segundo dados do Ministério da Saúde (Alves et al., 2021).

A saúde dos indígenas é determinada pelas suas condições de vida, sendo resultante direta ou indiretamente

da regularização de suas terras e situação social. Assim, é fundamental que a atenção à saúde considere as demandas e particularidades dos vários contextos em que vivem os povos indígenas no Brasil: aldeados, contexto urbano, isolados, de recente contato ou em situações de vulnerabilidade.

Segundo Brasil (2021), a Conferência Nacional conta com sete eixos para abordagem da saúde indígena, sendo:

- i. Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- ii. Modelo de atenção e organização dos serviços de saúde;
- iii. Recursos humanos e gestão de pessoal em contexto intercultural;
- iv. Infraestrutura e Saneamento;
- v. Financiamento;
- vi. Determinantes Sociais de Saúde;
- vii. Controle Social e Gestão Participativa.

A 6ª CNSI é o resultado de um trabalho de continuidade que vem se desenvolvendo desde a 1ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, parte integrante da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1993. Na ocasião, participaram 200 delegados, indígenas e não indígenas, que determinaram a base para a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).



**6ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio**

Fonte: SESAI /MS (BRASIL, 2018)

Durante a 6ª CNSI, aspectos como o fortalecimento do controle social e a garantia de orçamento para a Agenda da Saúde Indígena foram amplamente ressaltados. No que tange à saúde das mulheres, também foram lembrados os desafios para a garantia da saúde

integral e intercultural das mulheres e meninas indígenas e a necessidade de fortalecimento da saúde materna e neonatal, englobando o aumento do número de consultas de pré-natal para gestantes indígenas, o acesso a exames clínicos e laboratoriais, bem como aspectos nutricionais, entre outras questões relacionadas a contextos de

vulnerabilidade e inequidades sociais vivenciadas por diversos povos (Abrunhosa, Machado e Pontes, 2020 e Freitas, 2025).

Após cinco anos de extinção pela gestão passada, a retomada do colegiado consultivo paritário, conforme prevê o decreto presidencial nº 11.509/2023, é uma conquista da participação democrática indígena na elaboração, acompanhamento, monitoramento e deliberação sobre a implementação de políticas públicas destinadas aos 305 povos que habitam o Brasil (BRASIL, 2023). Os membros indígenas do CNPI foram eleitos por meio do programa 'Participa, Parente!', do MPI, cujo principal objetivo é promover etapas de escutas junto aos povos indígenas para obtenção de demandas, informações e realização de consultas prévias. Desse modo, o intuito é obedecer a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT). A normativa que tem o Brasil como signatário prega o envolvimento dos povos indígenas nos processos de construção de políticas que os afetam (Freitas, 2025).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando se analisa as conferências voltadas para a promoção da saúde indígenas, observa-se um deslocamento no sentido da participação para uma atuação mais burocrática dentro dos estritos limites estabelecidos pela gestão pública. Se o relatório da 1ª Conferência guardava consigo uma potência de transformação radical na forma de se pensar a saúde indígena, com o passar dos anos (e das conferências) essa possibilidade transgressora foi sendo limitada pela burocratização.

Esta, ao longo das últimas décadas, foi permeando as formas de participação na saúde (indígena e não indígena) e, em certa medida, a própria concepção sobre participação no campo da saúde. Pode-se dizer que o conjunto de regras estabelecidas para o "bom funcionamento" das conferências serve ao mesmo tempo como camisa de força e antolho, que homogeneiza e pasteuriza todos os anseios sociais em demandas insípidas.

Não se pode ignorar que esta tenha sido uma resposta vigorosa da gestão que, incapaz de responder às demandas sociais, optou por neutralizá-las. Ainda assim, é fundamental valorizar a potência contida nos mecanismos de controle social, que não à toa são objetos de combate dos grupos mais conservadores da sociedade. Neste sentido, há que se valorizar tais espaços, ocupá-los e transformá-los.

No entanto, a participação indígena permanece como uma questão importante, necessitando de mais estudos, especialmente no que diz respeito às formas de superação dos desafios inerentes à "entrada no campo" da participação institucionalizada. O Estado brasileiro tem uma dívida histórica com os povos indígenas e fomentar/garantir sua participação na formulação, condução e avaliação das políticas de saúde é apenas um passo no sentido de superar o histórico autoritário e a perspectiva tutelar típicos de nossas instituições.

## CONCLUSÕES

Esses eventos visavam mudanças radicais e uma participação efetiva, mas, gradualmente, a "burocratização" imposta pela gestão pública que limitou essa possibilidade transgressora, resultando em uma atuação mais voltada para processos administrativos do que para a promoção efetiva e autônoma da saúde dos povos indígenas.

A burocratização, ao permear as formas de participação na saúde (tanto indígena quanto não indígena), atuou como um "antolho" e uma "camisa de força". Esse processo limitou a concepção de participação social a um conjunto de regras que, no fim, homogeneizam e transformam os anseios sociais legítimos em "demandas insípidas", esvaziando seu potencial de transformação real e radical.

É de importância fundamental valorizar o potencial dos mecanismos de controle social. O fato de esses espaços serem alvo de combate por grupos conservadores demonstra sua relevância. A recomendação final é que esses espaços devem ser ativamente valorizados, ocupados e transformados para que a participação social recupere sua potência original.

A participação indígena na saúde continua sendo uma questão crucial e que necessita de mais pesquisas, principalmente sobre como superar os desafios de inserção na esfera da participação institucionalizada. Por isso, se faz necessário fomentar e garantir a participação indígena na formulação, condução e avaliação das políticas de saúde é um passo essencial para que o Estado brasileiro comece a saldar sua dívida histórica e supere a perspectiva autoritária e tutelar que ainda permeia suas instituições

## REFERÊNCIAS

ABRUNHOSA, Marcela Alves; MACHADO, Felipe Rangel de Souza; PONTES, Ana Lúcia de Moura. Da participação ao controle social: reflexões a partir das conferências de saúde indígena. *Saúde e Sociedade*, v. 29, n. 3, p. e200584, 2020.

ABRUNHOSA, MA, MACHADO, FRDS, PONTES, ALDM, & SANTOS, RV . Primeiro Fórum de Saúde Indígena: Construção e difusão da Agenda de Saúde Indígena na década de 1990. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29, 2024:e07012024. 2024

ALVES, Franciele Thalita Almeida et al. Mortalidade proporcional nos povos indígenas no Brasil nos anos 2000, 2010 e 2018. *Saúde em Debate*, v. 45, n. 130, p. 691-706, jul-set 2021.

- ALENCAR, Fontes. Um brasileiro nas abas do Mar de Atlas. **Revista do Instituto Histórico e Geográfico do Distrito Federal**. – Goiânia: / Kelps, 2016 256 p. il.
- BARRETO, Ivan Farias. Processos de alcoolização e atenção psicossocial em uma comunidade indígena potiguar. Tese da UFRN Natal – RN 2022. 274p.
- BORMA, Vera De Simone et al. Contexto histórico brasileiro do saneamento básico-PLANASA, PLANSAB, PNSB e Lei nº 14.026/2020. **Artigos. Novo Marco de Saneamento Básico. IBRAOP. Disponível em: <https://www.ibraop.org.br/Publicacoes/NovoMarcoSaneamento/mobile/index.html>. Acesso em, v. 27, 2022**
- BRASIL**. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Relatório final da **3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena: acesso, qualidade e humanização da atenção à saúde dos povos indígenas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. 48 p.
- BRASIL**. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (Funasa). **4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena: relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 48 p.
- BRASIL**. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai). **Relatório Final da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 58 p.
- BRASIL**. **Decreto nº 11.509**, de 28 de abril de 2023. Institui o Conselho Nacional de Política Indigenista. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, ano 161, n. 81, p. 6, 28 abr. 2023. E
- BRASIL**. Fundação Nacional de Saúde. **4º Conferência Nacional de Saúde Indígena: relatório final**. Brasília: Funasa, 2007.
- BRASIL**. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. Brasília: MS, 2012.
- BRASIL** Ministério da Saúde. **5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL**. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai). **Relatório Final da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL** Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Povos indígenas e o direito à saúde**. Brasília: MS/SESAI, 2021.
- CAETANO, Joice Claret Neves. **Propositura para o ensino da saúde indígena na formação inicial do enfermeiro no contexto brasileiro: interculturalidade crítica e ecologia dos saberes**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo 2024..
- CARDOSO, Marina D. Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. **Langdon EJ, Cardoso MD, organizadores, Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Ed. da UFSC, p. 83-106, 2015.**
- CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Direitos dos povos indígenas**. Brasília: CNJ, 2023.
- COSTA, A. M., DE REDAÇÃO, C., KRENAK, A., DE OLIVEIRA, A. G., DA SILVA PINTO, N. R., & SERRA, O. I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. (1986)
- DANTAS, Victor Ferreira et al. Execução das políticas públicas de saúde indígena no Brasil: uma análise da eficiência dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas entre os anos de 2019 e 2022. Dissertação apresentada a Universidade Federal de Santa Catarina 2023.
- FILGUEIRA, Mayara Gama et al. Saúde indígena e Serviço Social: uma análise das experiências publicadas nos anais do ENPESS e CBAS (2016 a 2022). . Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) - Universidade Federal do Amazonas, Parintins, 2025. 2025. 44 f
- FLEURY, Sonia. A questão democrática na saúde. **Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, p. 25-41, 1997**
- FREITAS, Fernanda Pereira de Paula. As Políticas de Saúde Indígena e a 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. **Interface**, v. 29, e250018, 2025.
- HABERLAND, Débora Fernanda; BERNARDES, Anita Guazzell. Construção mulher-mãe: dispositivos que envolvem a maternidade, a mídia e seus movimentos atuais. **Psicologia em estudo** , v. 28, p. e54143, 2023.
- INÁCIO, Márcio Vinícius do Nascimento. **Direito dos povos indígenas: um estudo a partir da implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) no Rio Grande do Norte e na Paraíba**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.- Natal – RN. 2024.
- MORAIS, Rute Correia da Silva. A luta dos povos indígenas pela saúde e o controle social: a atuação do Conselho Distrital de Saúde Indígena no DSEI AL/SE. Dissertação submetida ao Programa de PósGraduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) 2023.
- NEUMANN, Zilda Ams. Memória da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena: Cisi/CNS 2000-2006. In: **Memória da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena: Cisi/CNS 2000-2006**. 2016. p. 164-164.
- LAGO, Marina Pereira Carvalho do. **Direito à livre circulação em fronteiras dos povos indígenas: Mobilidade humana e proteção internacional**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Direitos

Humanos. Faculdade de Direito. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2017.

MARDEGAN, Alexssandra Muniz; DE BARROS LOPES, Josélia Leontina; MANAÇAS, Mirtes Emília Almeida. O papel das terras indígenas na Amazônia legal para o desenvolvimento sustentável. **Observatório de la Economía Latinoamericana**, v. 23, n. 1, p. 211, 2025.

MAGALHÃES, Aline Moreira. O Direito à terra, o direito de ir e vir: saúde e movimento indígena a partir da década de 1970. In: PONTES, Ana Lúcia de Moura; MACHADO, Felipe Rangel de Souza; SANTOS, Ricardo Ventura. **Políticas antes da política de saúde indígena**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.

PIMENTEL, S. K., GOMES, A. O., PAVELIC, N. L. B., ANDRADE, L. E. A. D., JULIÃO, C. G., LIMA, P. C. D., ... & GOMES, T. D. (2022). From autonomous monitoring to virtual collaborative research: partnership with the indigenous movement from the Northeast region during covid-19 pandemic as support for social control. *Saúde e Sociedade*, 31, e220437pt.

PONTES, Ana Lúcia de Moura et al. Diálogos entre indigenismo e Reforma Sanitária: bases discursivas da criação do subsistema de saúde indígena. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43 (n. esp.), p. 146-159, 2019.

PONTES, Ana Lúcia de Moura; MACHADO, Felipe Rangel de Souza; SANTOS, Ricardo Ventura. **Políticas antes da política de saúde indígena**. Editora Fiocruz, 2021.

\_\_\_\_\_; MACHADO, Felipe Rangel de Souza; SANTOS, Ricardo Ventura. **Políticas antes da política de saúde indígena**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.

SANTOS, Andresa Coloia. ASSISTÊNCIA A SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA: REVISÃO INTEGRATIVA. **Revista Destaques Acadêmicos**, v. 15, n. 3, 2023.

SANTOS, Elismara Francielle. A malvinização do discurso: o uso político das Malvinas na era Kirchner da Argentina. Monografia Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, SE. 2021.

SCALCO, Nayara; NUNES, João Arriscado; LOUVISON, Marília. Controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: uma estrutura silenciada. **Saúde e Sociedade**, v. 29, p. e200400, 2020

SILVA, Liana Amin Lima da. Direito à consulta e ao consentimento livre, prévio e informado: marco normativo e jurisprudencial. In: CUNHA, Manuela Carneiro da; MAGALHÃES, Sônia Barbosa; ADAMS, Cristina (orgs.). **Povos tradicionais e biodiversidade no Brasil: contribuições dos povos indígenas, quilombolas e**

**comunidades tradicionais para a biodiversidade, políticas e ameaças**. São Paulo: SBPC, 2021.

SILVA, Pedro Jainer Passos Clarindo da. O controle de convencionalidade do novo regime prescricional da improbidade administrativa estabelecido pela Lei 14.230/2021 no âmbito do Ministério Público do Estado do Tocantins à luz dos tratados internacionais de direitos humanos. Dissertação apresentada no Programa de PósGraduação da Universidade Federal do Tocantins (UFT) Palmas TO. 2023. 107p

SOBRAL, Fábio Batista. Monitorando o uso de álcool entre indígenas. **RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218**, v. 3, n. 4, p. e341307-e341307, 2022.

TEIXEIRA, Carla Costa. Fundação Nacional de Saúde: a política brasileira de saúde indígena vista através de um museu. **Etnográfica. Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia**, v. 12, n. 2), p. 323-351, 2008.

URREJOLA, Laura Cristina Feindt. Organizações Internacionais e as Comunidades Indígenas na América Latina: o caso da Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e o processo de consulta prévia na Argentina, Brasil e Chile. **Anais do II Simpósio Internacional Pensar e Repensar a América Latina, PROLAM-Universidade de São Paulo**, 2016.

VARGA, Istavan. **II Conferência Nacional de Saúde para os povos indígenas**: Relatório Final. São Paulo: SES-SP, 1993.

VASCONCELOS, Roberta Silva A política pública de saúde indígena na pandemia da COVID-19: efetividade da dimensão constitucional e suas contradições. Tese (Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas/CCSO) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís 2025. 126 f.

WELPER, Elena Monteiro. Cinco Encontros e a Oitava: as ações de saúde do Conselho Indigenista Missionário (CIMI) no contexto pré-Constituinte. In: PONTES, Ana Lúcia de Moura; MACHADO, Felipe Rangel de Souza; SANTOS, Ricardo Ventura. **Políticas antes da política de saúde indígena**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.