

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

Camila Tayná Turra

**SAÚDE DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS: DESAFIOS E
POSSIBILIDADES A PARTIR DA POLÍTICA NACIONAL DE
ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS**

Santa Maria, RS.

Camila Tayná Turra

**SAÚDE DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS: DESAFIOS E POSSIBILIDADES A
PARTIR DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS
INDÍGENAS**

Trabalho de conclusão apresentado ao
Curso de Serviço Social, da Universidade
Federal de Santa Maria (UFSM, RS),
como requisito parcial para obtenção de
título de **Bacharela em Serviço Social**.

Orientadora: Prof^a Me^a. Nadianna Rosa Marques

Santa Maria, RS
2019

Camila Tayná Turra

**SAÚDE DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS: DESAFIOS E POSSIBILIDADES A
PARTIR DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS
INDÍGENAS**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao Curso de Graduação em
Serviço Social, da Universidade Federal
de Santa Maria (UFSM, RS), como
requisito parcial para a obtenção de título
de **Bacharela em Serviço Social**.

Aprovado em 11 de dezembro de 2019:

Nadianna Rosa Marques, Me^a. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Fabio Jardel Gaviraghi, Dr. (UFSM)

Santa Maria, RS
2019

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho ocorreu, principalmente, pelo auxílio, compreensão e dedicação de várias pessoas. Agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para a conclusão deste estudo e, de uma maneira especial, agradeço:

- a minha orientadora Nadianna Rosa Marques que topou trabalhar com a temática da saúde indígena e que me acolheu e mostrou os caminhos para construir o meu Trabalho de Conclusão de Curso, mas também outras opções relacionadas à profissão do Serviço Social;

- ao meu namorado Luan Pinheiro, que me auxiliou durante o ano com muito carinho e paciência, sempre me encorajando à seguir;

- a minha mãe Maria Teresinha Lopes e ao meu pai Moacir Luiz Turra, que sempre apoiaram as minhas escolhas e acreditaram na minha capacidade;

- a minha tia Elenir Turra que apesar de distante, sempre me ligava para dizer que devia seguir e nunca desistir, te amo muito;

- à ex-colega Juleide Ribeiro que através do contato no início da graduação me proporcionou refletir sobre questões relacionadas à questão indígena, temática essa, que me acompanhou durante a minha graduação até o momento de construir o meu Trabalho de Conclusão de curso;

- à Glória Tombezi e Zélia Teresa Mocelin que me ajudaram muito no período da graduação;

- aos colegas de graduação Guilherme Miranda, Ana Luiza Trindade, Nathalia Escobar e Débora Flores que sempre me incentivaram à concluir o curso, nos momentos em que sentia dúvida em relação a escolha da profissão;

- à Universidade pública, gratuita e de qualidade, pela oportunidade de desenvolver e concretizar o meu Trabalho de Conclusão de Curso;

Espero não agredir, com minha manifestação, o protocolo desta Casa. Mas acredito que os senhores não poderão ficar omissos. Os senhores não terão como ficar alheios a mais esta agressão movida pelo poder econômico, pela ganância, pela ignorância do que significa ser um povo indígena.

(Ailton Krenak)

RESUMO

SAÚDE DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS: DESAFIOS E POSSIBILIDADES A PARTIR DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

AUTORA: Camila Tayná Turra

ORIENTADORA: Prof^a Me^a. Nadianna Rosa Marques

Em 1999, foi constituída pela Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde um grupo de trabalho para a elaboração da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), que foi oficializada em 2002, constituído por representação do governo, universidades, Conselho Indigenista Missionário (Cimi) e organizações indígenas. De acordo com essa Política, para a sua efetivação é necessário um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços de Atenção à Saúde, que busque garantir o direito integral à saúde. Essa pesquisa teve como objetivo construir uma análise da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, afim de compreender como estava prevista e planejada as ações para as populações indígenas, no estado do Rio Grande do Sul e no município de Santa Maria, a partir do seus Planos Estadual e Municipal de Saúde. Esta análise foi feita a partir de uma pesquisa qualitativa e de revisão bibliográfica em bases de dados, periódicos, artigos indexados e legislações. Em um primeiro momento o foco da pesquisa foi direcionado a história da política de saúde indígena no Brasil. A primeira parte da análise se debruçou sobre a trajetória da saúde antes da Constituição Federal de 1988, onde as políticas de saúde relacionadas as populações indígenas eram precárias e carregavam uma perspectiva integralista e após 88, a concepção de integração foi substituída pelo respeito as especificidades socioculturais dos povos originários. Na segunda parte, se focou na conceituação e contextualização histórica da proteção social no Brasil, as contradições existentes entorno desse modelo e a contribuição da intersectorialidade para a efetivação da PNASPI. E por fim, verificou-se a partir da análise dos planos estadual e municipal de saúde, que as diretrizes existentes na PNASPI não estão sendo contempladas nos planos.

Palavras-chave: Saúde indígena. Proteção Social. Povos Indígenas.

ABSTRACT

SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES A PARTIR DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

AUTHOR: Camila Tayná Turra

ADVISOR: Prof^a Me^a. Nadianna Rosa Marques

In 1999, a working group for the elaboration of the National Health Care Policy for Indigenous Peoples (PNASPI) was established by the Ministry of Health's Secretariat of Policies, which was made official in 2002, consisting of government representatives, schools, the Missionary Indianist (Cimi) and indigenous organizations. According to this Policy, its implementation requires a complementary and differentiated model of Health Care service organization, which guarantees a bus or full right to health. This research aimed to build an analysis of the National Policy of Health Care of Indigenous Peoples, in order to understand how it is planned and planned as actions for indigenous populations in the state of Rio Grande do Sul and the municipality of Santa Maria, from of their State and Municipal Health Plans. This analysis was based on a qualitative research and bibliographic review in databases, journals, indexed articles and legislation. At first, the focus of the research was directed to the history of indigenous health policy in Brazil. The first part of the analysis of the health trajectory prior to the 1988 Federal Constitution, where health policies related to indigenous populations were precarious and loaded from an integralist perspective and then 88, an installation analysis was replaced by respect as sociocultural specificities. of the original peoples. In the second part, you focus on the historical conception and contextualization of social protection in Brazil, as existing contradictions in this model and on the contribution of intersectorality in the realization of PNASPI. Finally, it was verified from the analysis of state and municipal health plans, and the existing guidelines in PNASPI are not being contemplated in the plans.

Keywords: Indigenous Health. Social protection. Indian people.

LISTA DE FÍGURAS

FIGURA 1 – Mapa do Brasil com os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs).....	20
FIGURA 2 – Organização do Distrito Sanitário Especial Indígena e modelo assistencial.....	21

LISTA DE QUADRO

QUADRO 1- Classificação específica junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.....	22
QUADRO 2- Análise das ações previstas no Plano Municipal de Saúde para as populações indígenas.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE
CASAI	CASA DE SAÚDE INDÍGENA
CF/88	CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988
CISI	COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DO ÍNDIO
CIMI	CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO
CNES	CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
CNS	CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
COSAI	COORDENAÇÃO DE SAÚDE DO ÍNDIO
DEOPE/FNS	DEPARTAMENTO DE OPERAÇÕES DA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
DSEI	DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA
DSEIY	DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA YANOMAMI
EMSI	EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE INDÍGENA
EVS	EQUIPES VOLANTES DE SAÚDE
FUNAI	FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO
FUNASA	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
MAIC	MINISTÉRIO DA AGRICULTURA, INDÚSTRIA E COMÉRCIO
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
ONG'S	ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS
PNASPI	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS
RS	RIO GRANDE DO SUL
SASI-SUS	SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA
SESAI	SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA
SIASI	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA
SM	SANTA MARIA
SPI	SERVIÇO DE PROTEÇÃO AOS ÍNDIOS
SPILTN	SERVIÇO DE PROTEÇÃO AOS ÍNDIOS E LOCALIZAÇÃO DE TRABALHADORES NACIONAIS
SUSA	SERVIÇO DE UNIDADES SANITÁRIAS AÉREAS
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

UBSI

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE INDÍGENA

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	CAPÍTULO I – TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL: ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDÍGENA ANTES E APÓS À CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988	14
2.1	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS: DIRETRIZES E SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA.....	18
3	CAPÍTULO II - PROTEÇÃO SOCIAL E SEGURIDADE SOCIAL: A CONTRIBUIÇÃO DA INTERSETORILIDADE NA EFETIVAÇÃO DA SAÚDE	28
3.1	INTERSETORIALIDADE E ATENÇÃO À SAÚDE DAS POPULAÇÕES INDÍGENA.....	31
3.2	ANÁLISE DOS PLANOS DE SAÚDE MUNICIPAL E ESTADUAL: OS DESAFIOS DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS NA GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE.....	35
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
	REFERÊNCIAS.....	40
	ANEXO	43

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho teve como objetivo analisar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), afim de compreender como estava prevista e planejada as suas ações para as populações indígenas, no estado do Rio Grande do Sul (RS) e no município de Santa Maria (SM), a partir dos seus Planos: Estadual e Municipal de Saúde.

Para isto, foi preciso compreender como ocorreu a trajetória da saúde no Brasil, principalmente ao que se refere a saúde dos povos originários. Pode-se adiantar que se demorou muito para que os povos indígenas conseguissem algum reconhecimento por parte do Estado, e foi através da organização do movimento indígena e indigenista que se garantiu o direito a saúde na Constituição Federal de 1988 (CF 88).

Entretanto, a garantia de leis na Constituição não foi suficiente para que os direitos realmente fossem garantidos, é preciso que se mude o modo de se enxergar a relação com os povos originários compreendendo nosso passado e a desigualdade histórica que foi construída ao longo da história brasileira, uma história repleta de massacres.

Estima-se que viviam no Brasil cerca de 4 a 5 milhões de indígenas antes da invasão, hoje se avalia a existência de cerca de 890 mil pessoas, 305 diferentes povos indígenas, falando cerca de 200 idiomas diferentes. (IBGE, Censo 2010, apud PATTE, 2019).

Essa brusca diferença nos números demonstra que o que ocorreu no país foi um genocídio, portanto, é preciso pensar políticas que respeitem a diversidade sócio-cultural e que tenha como propósito reverter este quadro de desigualdade, afim de superar os fatores que tornam essas populações mais vulneráveis sociais e economicamente.

A PNASPI surge com este intuito, a maneira que ela foi pensada diz muito a respeito da tentativa de criar uma política de saúde que respeite a diversidade cultural, as concepções, valores e as práticas medicinais de suas próprias culturas. Para que isso se efetive, é necessário uma articulação de diversas áreas do saber como, antropologia, saúde, geopolítica e educação. Uma característica importante de ressaltar é que a PNASPI tem importante função no processo de

aperfeiçoamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS). Pois, através dela se estabeleceu as nove diretrizes que servem de horizonte para as práticas de planejamento e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas. Neste trabalho analisou-se cada uma delas.

A metodologia deste trabalho foi fundamentada no método dialético crítico, a partir de pesquisa documental em documentos públicos (PNASPI e os planos de saúde) e revisão bibliográfica (periódicos, livros e materiais do Ministério da Saúde). O estudo de documentos é um instrumento utilizado para explicar a realidade e conduzir processos interventivos. Compreender a realidade é importante para contribuir no processo interventivo que constitui a profissão do serviço social. (PRATES; PRATES, 2009).

Além da análise da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, também foi pesquisado o Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e o Municipal de Saúde de Santa Maria, visando compreender como essas ações estavam sendo planejadas e organizadas, buscando ampliar a discussão a respeito da Atenção Integral à Saúde Indígena.

No município de SM existem duas aldeias indígenas a Guaviraty (Guarani) e a Teg Jug Tegtú (Kaingang). A primeira se localiza no Distrito Industrial de SM e a segunda, foi recentemente realocada para a Estrada dos Canudos, no Distrito de Arroio Grande, ficando à 10 km de distância do centro da cidade. (Tesch, 2019).

A população estimada na cidade de SM é de 280.505 habitantes (IBGE 2018). Já a distribuição total das populações indígenas em SM, conforme os dados dos Relatórios Internos da Coordenação Estadual de Saúde Indígena de 2018, da Secretaria Estadual de Saúde, é de 154 indígenas. Com isso, 0,05 % da população do município são pessoas indígenas. Visto que o número de indígenas que residem na cidade não demonstra um número expressivo comparado com a Região Norte do estado, que representa 54% da população indígena, porém o contexto político que se vive, em que as políticas sociais que visam resguardar os direitos dos povos originários vem sofrendo constantemente ameaças, se torna de extrema relevância abordar a temática da saúde indígena. Conforme o Conselho Indigenista Missionário (CIMI), atualmente diversas mudanças estão ocorrendo ao que concerne aos direitos indígenas, uma dessas transformações se refere a tentativa de municipalizar a saúde indígena, com isso as comunidades correm o risco de perderem um

atendimento especializado que compreende sua realidade, seus costumes e crenças. (Conselho Indigenista Missionário, 2019).

Vivem 32.989 indígenas no estado do RS (IBGE, 2010, apud Rio Grande do Sul, 2016). Destes, estima-se que aproximadamente 22.000 estejam aldeados, divididos entre as etnias Guarani, Kaingang e Charrua. (RIO GRANDE DO SUL, 2016). Se verifica no estado que os índices, por região de saúde, relacionados as populações indígenas, apontam uma desigualdade social e econômica. Ao taxas relacionadas ao analfabetismo, a proporção de pessoa com baixa renda menor de ½ salário mínimo e de trabalho infantil, apontaram para os maiores números aqueles que envolviam as populações indígenas.

Através do Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul pode se verificar que a situação de vulnerabilidade social desses povos é um fato. Se chegou a este cenário por diversos fatores, primeiro pela opressão histórica contra esses povos e suas culturas e segundo por uma questão de demarcação das terras, onde o estado possui apenas 20 registros, segundo a FUNAI. Tudo isso influencia diretamente no aspecto da saúde, pois para as comunidades indígenas ela “está intimamente relacionada com a terra e o equilíbrio da natureza”. (CIMI, 2013, p. 4).

Desta forma, este estudo tem como problema de pesquisa compreender como está sendo organizada/ previstas as ações referentes a Política Nacional de Atenção à Saúde do Povos Indígenas no estado do RS e no município de SM.

O primeiro capítulo inicialmente refere-se a trajetória histórica da política de saúde indígena antes e após a CF 88. Em uma segunda etapa, ainda neste capítulo, se analisou as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS). No segundo capítulo, foi analisado o conceito de Proteção Social e Seguridade Social e suas contribuições para efetivação da intersetorialidade na política de saúde. Em sequência foi realizada a análise do plano estadual e municipal de saúde, afim de verificar se as ações previstas na política nacional estão sendo contempladas nos documentos.

2 CAPÍTULO I – TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL: ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDÍGENA ANTES E APÓS À CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

Na década de 30 ocorreu o início da intervenção do estado no setor da saúde em decorrência do processo de industrialização e da mudança de concepção do papel do Estado frente as transformações econômicas que culminaram na criação das políticas sociais. Nesse período, com o aumento da industrialização ocorre também a aceleração da urbanização e as condições de saúde da população se tornam mais precárias nos centros das cidades. (BRAVO, 2001).

De 1945 à 1950 foi consolidada a Política Nacional de Saúde num cenário de elevadas taxas de mortalidade entre crianças e adultos. Nessa fase, a saúde era constituída por dois subsetores, o subsetor de saúde pública e o de medicina previdenciária. Até 1966, a saúde pública era o subsetor que prevalecia, ele fornecia todas as condições sanitárias mínimas a população urbana e restritamente a população do campo. A partir da instauração da ditadura civil-militar a saúde pública deixa de ter o papel predominante e o modelo de medicina previdenciário começa a crescer. (BRAVO, 2001).

Em 1986 ocorre a 8º Conferência Nacional de Saúde que teve função significativa na construção de uma reformulação da saúde, o evento juntou cerca de quatro mil pessoas e trouxe propostas importantes, como a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) e a Reforma Sanitária. As proposições que surgiram nesta conferência influenciaram as discussões pautadas na Assembleia Constituinte de 1988. (BRAVO, 2001).

A CF/88 estabeleceu a Seguridade Social, um sistema de proteção social constituído sob três pilares, Assistência Social, Previdência Social e Saúde. Esse novo sistema universalizou os direitos sociais concebendo-os assim, como responsabilidade do Estado. (BRAVO, 2001).

Ainda em 1986, foi realizada a primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, contando com a participação de lideranças indígenas e organizações de apoio, onde foi pautado pela primeira vez a criação de um sistema de saúde diferenciado para os povo indígenas, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS). (CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO, 2013).

As políticas criadas antes da CF/88 para as populações indígenas tinham a perspectiva da integração dos povos indígenas, uma concepção que carregava

como propósito a adequação dos povos indígenas à cultura dominante ocidental, desrespeitando sua organização, crenças e tradições. Em 1910, foi criado o Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILTN) que era vinculado ao Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio (MAIC) (LIMA, 1995, apud CHAVES, 2006). Em 1918 o serviço começou a se chamar Serviço de Proteção aos Índios (SPI), tendo o objetivo de realizar assistência médica aos povos indígenas, onde a assistência era realizada de forma precária e se concentrava em casos emergenciais. (CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO, 2013).

Nesse período, o cenário político foi marcado pelo desejo de expansão econômica da região Centro-Oeste e a criação de linhas telegráficas e ferroviárias, que interligassem o país. (BRASIL, 2002). Com isso, houve a invasão dos territórios indígenas e o SPI tinha que intervir no contato dos não indígenas com as pessoas indígenas, que eram considerados indivíduos sem capacidade de desenvolvimento humano e necessitavam da ajuda do Estado para poderem 'evoluir' e serem integrados à sociedade. (LIMA, 1995, apud CHAVES, 2006). O contato forçado, com a intenção de modificar a realidade econômica do Brasil, causou o aumento das mortes dos indígenas, gerado pelos conflitos e as doenças infecciosas, sendo que o direito à posse da terra aos povos originários não foi garantido pelo SPI e nem pelo Estado. (COSTA, 1987, apud CHAVES, 2006).

Entre as décadas de 30 e 50 as mudanças que envolveram o SPI estavam relacionadas aos interesses políticos dos governos vigentes e a forma como eles reconheciam a presença dos indígenas na sociedade. (CHAVES, 2006). Em 1956, houve a criação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) que era vinculado ao Ministério da Saúde (MS) e realizava o atendimento à saúde das populações indígenas e rural em áreas de difícil acesso. (CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO, 2013).

Em 1963, período que antecede a ditadura civil-militar, foi marcado por denúncias de corrupção que envolviam o Serviço de Proteção aos Índios em assassinatos de indígenas e a venda ilegal de terras. (PAZ, 1994, apud CHAVES, 2006). Diante disso, o órgão foi extinto e em 1967 foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e as Equipes Volantes de Saúde (EVS) que realizavam atendimento médico nas aldeias de forma esporádica, sendo executadas até a década de 70. (CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO, 2013).

Nos anos 70, os indígenas foram vistos como um problema para o crescimento da economia do país, por conta disso, houve a diminuição dos recursos na assistência à saúde. (COSTA, 1987, apud CHAVES, 2006). Em 1973, foi criado o Estatuto do Índio (Lei nº 6.001/1973), que tinha como propósito preservar a cultura dos povos indígenas, com a intenção de integrá-lo à sociedade não indígena e legalizava a tutela do Estado sobre as pessoas indígenas. Nesse período, a FUNAI teve a permissão para arrendar as terras indígenas e o pagamento pela sua utilização, era enviado a Brasília e convertido para a manutenção do órgão. Essa prática gerou desestruturação nas comunidades indígenas, desrespeitando aos costumes e as especificidades socioculturais¹. (COSTA, 1987, apud CHAVES, 2006).

Somente com a CF/88 é que a concepção de integração² é abandonada e substituída pelo respeito as especificidades culturais³ e sociais dos povos indígenas, garantidos pelo Capítulo VIII Dos Índios nos artigos 231 e 232. Essa mudança de concepção, fez com que em 1991, a FUNAI não fosse mais responsável pela assistência à saúde dos povos indígenas passando a responsabilidade para as mãos do MS. (CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO, 2013).

Desta forma, o Ministério da Saúde constitui em 1991 a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI) subordinada ao Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde (DEOPE/FNS) responsável por coordenar as ações de Atenção à Saúde Indígena em conjunto com a FUNAI. (CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO, 2013).

Em 1991, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) criou uma Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), composta por representantes de diversas áreas, como o Governo Federal, Universidades, Organizações não governamentais (ONG's) e também por representantes indígenas. Esta Comissão se tornou

¹ Permissão novamente, no atual cenário do governo, a qual se retoma via PEC 187, proposta que permite atividades agropecuárias e florestais em terras indígenas.

² Em 1988, a Constituição Federal estipulou o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, assegurando-lhes a capacidade civil plena- tornando obsoleta a instituição da tutela- e estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena. (BRASIL, 2002, p.8).

³ Hoje, sabe-se que a sociedade não indígena tem muito que aprender com estes povos que resistem há 519 anos a ataques sistemáticos. Há muita sabedoria na forma como os povos indígenas se relacionam com os territórios e com a natureza, há muito saber medicinal, há muita inteligência matemática, enfim, muitos saberes transmitidos pela oralidade e pelas experiências práticas que são de extremo valor para qualquer sociedade. Porém, fazer com que a sociedade não indígena reconheça esses saberes, valorizando-os e não tomando-os em benefício próprio, ainda é um grande desafio. (FONTE).

responsável por acompanhar e auxiliar o CNS nas realizações das pautas Indígenas. (CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO, 2013).

Ainda em 1991, é importante destacar a criação do primeiro Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami (DSEIY), ele foi o projeto piloto do modelo e distritalização diferenciada, prevista no decreto 23/91, este decreto estabeleceu as bases para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas. (CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO, 2013).

Em 1993, por iniciativa e pressão do movimento indígena, ocorreu a segunda Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, como pauta se defendeu o modelo de assistência à saúde por meio de distritos. Esta defesa foi de extrema importância, pois em 1999 a partir das diretrizes que foram formuladas na conferência, se cria a Lei Arouca (Lei nº. 9.836/1999)⁴, que complementa a Lei 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde, que formalizou a existência e organização de todo o SUS) e determina a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS) e sua organização em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Além disso, a política de saúde indígena passou a ser responsabilidade exclusiva do MS e as ações passaram a ser executadas pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). (CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO, 2013).

No mesmo ano, é constituída pela Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde um grupo de trabalho para a elaboração da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) que foi oficializada em 2002, constituído por representantes do governo, universidades, Conselho Indigenista Missionário (CIMI) e organizações indígenas.

O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura. (BRASIL, 2002, p. 13).

⁴ Como consequência do aumento das pressões, o governo federal editou em 1999 o Decreto nº 3.156 e promoveu junto ao Congresso Nacional a aprovação da “Lei Arouca”. Esta lei foi escrita pelo Deputado Sérgio Arouca, um dos líderes da Reforma Sanitária, regulamentando as diretrizes aprovadas na II Conferência Nacional de Saúde Indígena, e estava engavetada no Congresso Nacional desde 1994.

Até 2009, a FUNASA foi o órgão responsável pelas ações relacionadas a saúde indígena. Após diversos escândalos de corrupção ligados ao órgão, acontece uma grande pressão por parte do movimento indígena, reivindicando uma secretaria que cuidasse exclusivamente da saúde dos povos indígenas. Fato que se concretizou somente em 2010, com a transferência das ações da saúde indígena para a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), atuando dentro do Ministério da Saúde tendo como propósito organizar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e administrar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

2.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS: DIRETRIZES E SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

A PNASPI tem o objetivo de garantir o acesso integral à saúde, através do respeito as especificidades sociais, culturais, epidemiológicas e operacionais. Ela é composta por nove diretrizes que auxiliam na escolha “de instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas”. (BRASIL, 2002, p. 13).

A seguir serão apresentadas as nove diretrizes, afim de compreender, como devem ser realizados os atendimentos à saúde indígena, através do modelo assistencial à saúde, estabelecido pelos DSEIs.

1. Organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas e Pólos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;
2. Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;
3. Monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
4. Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
5. Promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
6. Promoção de ações específicas em situações especiais;
7. Promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
8. Promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
9. Controle social;

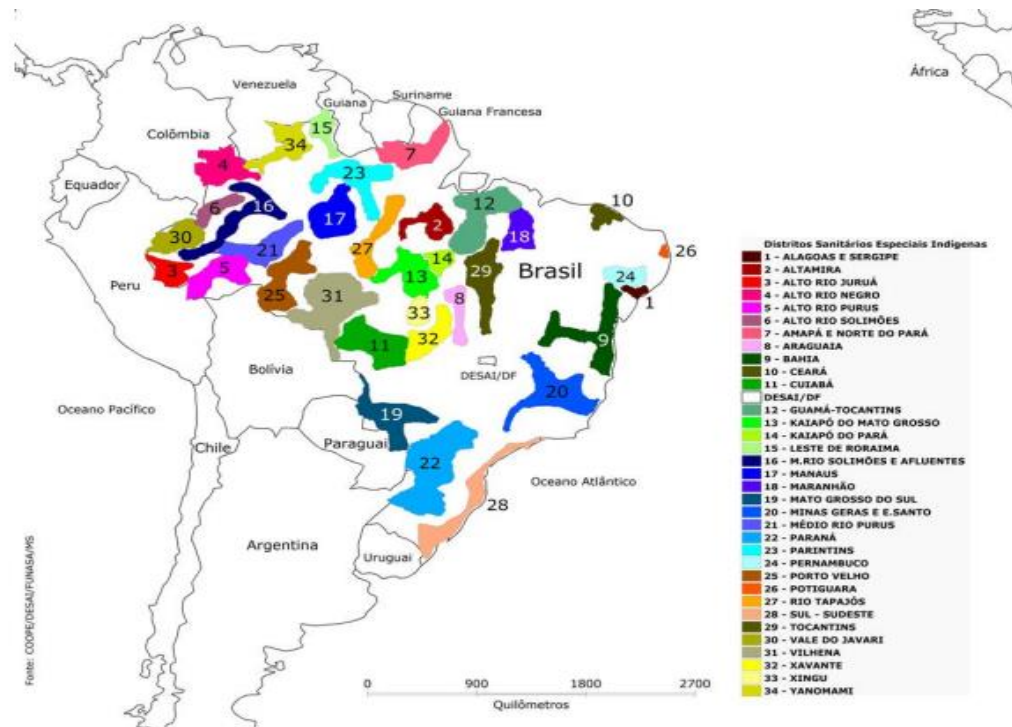
Com relação à diretriz 1 prevista pela PNASPI, está diz respeito aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Com o intuito de realizar atendimento médico especializado as comunidades indígenas, foi estabelecida a Lei Arouca (Lei nº. 9.836/1999), alterando a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde - SUS (Lei nº. 8080/1990), criando o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), articulado ao SUS. Ele se organiza em forma de distritos, estes são definidos segundo a Política:

(...) como um modelo de organização de serviços- orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado- que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social". (BRASIL, 2002, p. 13).

No Brasil existem 34 DSEIs, para a sua distribuição são considerados alguns critérios territoriais⁵ que levam em conta a divisão populacional tradicional dos povos indígenas, onde nem sempre, coincide com a separação dos estados e municípios. Neles, são desenvolvidos trabalhos técnicos e administrativos-gerenciais, necessários para a organização da rede de serviços no território que compreende cada distrito. Sua configuração é formada por Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI), Pólos-Base, Casas de Saúde Indígena e os Serviços de Referência do SUS. (BRASIL, 2002).

⁵ A definição territorial dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverá levar em consideração os seguintes critérios: população, área geográfica e perfil epidemiológico; disponibilidade de serviços, recursos humanos e infra-estrutura; vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS; relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional; distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas.

Figura 1 – Mapa do Brasil com os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas



Fonte: Ministério da Saúde/ SUS.

“Cada distrito organizará uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do SUS”. (BRASIL, 2002, p. 14). Nesse nível, a assistência à saúde será realizada nas aldeias, através do atendimento dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), nas UBSI e das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) regularmente. Essas equipes, são compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde⁶. (BRASIL, 2002).

O número, qualificação e perfil dos profissionais das equipes serão estabelecidos de acordo com o planejamento detalhado de atividades, considerando: o número de habitantes, a dispersão populacional, as condições de acesso, o perfil epidemiológico, as necessidades específicas para o controle das principais endemias e o Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde a ser definido conforme a diretriz específica desta política. (BRASIL, 2002, p. 14).

⁶ Contando com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas e técnicos considerados necessários.

Ainda no nível primário, a rede de atenção à saúde indígena será composta pelos Pólo-Base I e II. Esses podem se localizar numa aldeia ou num município de referência⁷ do distrito.

Na organização dos serviços de saúde, as comunidades terão uma outra instância de atendimento, que serão os Pólos-Base. Os pólos são a primeira referência para os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias. Podem estar localizadas numa comunidade indígena ou num município de referência. Neste último caso, correspondem a uma unidade básica de saúde, já existente na rede de serviços daquele município. A maioria dos agravos à saúde deverão ser resolvidas nesse nível. (BRASIL, 2002, p. 14).

Existem dois tipos de Pólos-Base o Tipo I e o Tipo II. O referente ao tipo I, será estabelecido em terras indígenas e realizada atividades referentes ao tipo II, prestarão assistência à saúde, capacitação e supervisão dos AIS, os quais, terão esses locais como a primeira referência na rede de atenção à saúde. Já o tipo II, se localizará em um município de referência e realizará assistência administrativa e técnica às equipes multidisciplinares, não sendo realizado atendimento de assistência à saúde nesses locais. (BRASIL, 2013/2019).

Figura 2 – Organização do Distrito Sanitário Especial Indígena e modelo assistencial



Fonte: Ministério da Saúde/ SUS.

⁷ Neste caso ele será constituído por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) já presente na rede de serviço daquele município.

Em relação aos atendimentos que não forem realizados na rede de atenção básica, UBSI ou Pólo-Base I, serão encaminhados as unidades de referência do SUS, de média e alta complexidade. Essas, já estarão estabelecidas, pois no momento em que foi realizada a formação dos DSEIs, se levou em consideração a organização dos serviços de saúde já existentes nas terras indígenas. (BRASIL, 2002).

Com o objetivo de garantir o acesso à atenção de média e alta complexidades, deverão ser definidos procedimentos de referência, contra-referência e incentivo a unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas (como os relativos a restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ ou intérprete, visita de terapeutas tradicionais, instalação de redes, entre outros) quando considerados necessários pelos próprios usuários e negociados com o prestador de serviço. (BRASIL, 2002, p. 15).

As Casas de Saúde Indígenas (CASAIS) fazem parte da organização assistencial dos DSEIs. Elas se situam em municípios de referências dos distritos, sendo que nem todos as possuem. São locais que recebem os indígenas e seus acompanhantes, quando os mesmos precisam se deslocar da aldeia, para realizarem atendimentos na rede de serviços do SUS. (BRASIL, 2002).

Essas Casas de Saúde deverão estar em condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso. (BRASIL, 2002, p. 15).

A fim de compreender a organização do DSEI e o modelo assistencial, o quadro abaixo, descreve conforme a Portaria SAS 1.317/2017, a função de cada estabelecimento de saúde que compõem os distritos.

Quadro 1 - Classificação específica junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Unidade de Atenção à Saúde Indígena	Caracterização
----------------------------------------	----------------

Unidade de Atenção à Saúde Indígena	O estabelecimento de saúde de natureza jurídica pública que realiza ações de saúde, saneamento e gestão da atenção básica à Saúde Indígena.
Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI)	Sede como estabelecimento que coordena as ações de atenção à saúde dos povos indígenas, desenvolvendo atividades de saneamento básico, gestão, apoio técnico e apoio ao controle social visando à integralidade da saúde dos povos indígenas.
Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI)	Entende-se por Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI) o estabelecimento de saúde localizado em território indígena, destinado à execução direta dos serviços de atenção à saúde e saneamento realizado pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI).
Pólo-Base Tipo I	Sede como estabelecimento de saúde localizado na aldeia, destinado à administração e organização dos serviços de atenção à saúde indígena e saneamento, bem como à execução direta desses serviços em área de abrangência do Pólo-Base, definida dentro do território do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI).
Pólo-Base Tipo II	Sede como estabelecimento localizado em área urbana destinado exclusivamente à administração e organização dos serviços de atenção à saúde indígena e saneamento desenvolvida em área de abrangência do Pólo-Base, definida dentro do

	território do DSEI.
Casas de Saúde Indígena (CASAI)	Como estabelecimento responsável pelo apoio, acolhimento e assistência aos indígenas referenciados aos demais serviços do SUS, para realização de ações complementares de atenção básica e de atenção especializada, sendo também destinada a seus acompanhantes, quando necessário.

Fonte: Quadro construído pela autora a partir da portaria SAS 1.317/2017.

Com relação à diretriz 2 refere-se a preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural, segundo ela os agentes indígenas de saúde terão acesso a uma formação e capacitação para atuarem no ofício a nível local. Esta proposta de qualificação, tem também como plano propiciar a troca de conhecimentos entre as culturas mesclando a medicina ocidental com a tradicional das diversas etnias. A formação será construída sob a forma de um serviço continuado sob a responsabilidade de instrutores capacitados em conjunto a outros profissionais de saúde, lideranças e organizações indígenas. Este processo de formação irá gerar recursos para à capacitação de todos os profissionais envolvidos, segundo a PNASPI. (BRASIL, 2002).

A capacitação dos recursos humanos para a saúde indígena deverá ser priorizada como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização dos serviços. Deverão ser promovidos cursos de atualização/aperfeiçoamento/especialização para gestores, profissionais de saúde e assessores técnicos (indígenas e não-indígenas) das várias instituições que atuam no sistema. (BRASIL, 2002, p. 16).

No que diz respeito à diretriz 3 está corresponde ao monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas. O acompanhamento operacional da saúde nos DSEIs será realizado através de um sistema de informações, o Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Através dele serão “acompanhados e avaliados a estrutura, o processo e os resultados da atenção à saúde dos povos indígenas”. (BRASIL, 2002, p. 17).

Já à diretriz 4 indica a importância da articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde, destacando a importância da compreensão e respeito do processo saúde-doença das populações indígenas. Esses sistemas são utilizados,

como forma de prevenção e tratamento das doenças, sendo que a biomedicina já faz parte de algumas culturas. (BRASIL 2002).

Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde. (BRASIL, 2002, p. 17).

É necessário ter a compreensão dessas práticas tradicionais, para que elas não sejam substituídas pelas estruturas de saúde ocidentais, mas articuladas, com vistas no desenvolvimento do estado de saúde dos povos indígenas. (BRASIL, 2002).

No que se refere à diretriz 5, se menciona a promoção ao uso adequado e racional de medicamentos. Nela é explicado quais as ações devem ser priorizadas na assistência farmacêutica, tendo como base a Política Nacional de Medicamentos. Também se destaca a importância de constituir a essas ações, as práticas de saúde tradicionais dos povos indígenas na atenção à saúde dentro dos DSEIs. (BRASIL, 2002).

a) descentralização da gestão da assistência farmacêutica no âmbito dos DSEIs; b) promoção do uso racional dos medicamentos essenciais básicos e incentivo e valorização das práticas farmacológicas tradicionais; c) avaliação e adaptação dos protocolos padronizados de intervenção terapêutica e dos respectivos esquemas de tratamento (...); d) controle de qualidade e vigilância em relação a possíveis efeitos iatrogênicos, por meio de estudos clínicos, epidemiológicos e antropológicos específicos; e) promoção de ações educativas no sentido de se garantir adesão do paciente ao tratamento (...); f) autonomia dos povos indígenas quanto à realização ou autorização de levantamentos e divulgação da farmacopeia tradicional indígena (...). (BRASIL, 2002, p. 18).

Com relação à diretriz 6 será destacado a importância da promoção de ações específicas em situações especiais. Essas situações estão relacionadas ao “risco eminente, especificidade do processo saúde-doença, impactos econômico e social de grandes projetos de desenvolvimento, vulnerabilidade derivada do tipo de contato (...)”. (BRASIL, 2002, p. 19). A PNASPI, prevê sete ações em situações especiais:

1- prevenção e controle de agravos à saúde em povos com pouco contato ou isolados, com estabelecimento de normas técnicas específicas e ações de saúde especiais que diminuam o impacto causado à saúde no momento do contato e pelos desdobramentos posteriores (...); 2- prevenção e controle de agravos à saúde indígena nas regiões de fronteira, em articulação com as instituições nacionais, e cooperação técnica com os países vizinhos; 3- exigência de estudos específicos de impactos na saúde e suas repercussões no campo social, relativos a populações indígenas em áreas sob influência de grandes projetos de desenvolvimento econômico e social (...); 4- acompanhamento, monitoramento e desenvolvimento de ações que venham coibir agravos de violência (suicídios, agressões e homicídios, alcoolismo) (...); 5- prevenção e assistência em doenças sexualmente transmissíveis e aids, priorizando a capacitação de multiplicadores, dos agentes indígenas de saúde e de pessoal técnico especializado para atuar junto aos portadores destas doenças; 6- combate à fome e à desnutrição e implantação do Programa de Segurança Alimentar para os povos indígenas, (...); 7- desenvolvimento de projetos habitacionais adequados e reflorestamento com espécies utilizadas tradicionalmente na construção de moradias. (BRASIL, 2002, p 19).

A diretriz 7, trata especificamente da promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas. A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)⁸ juntamente com a FUNAI, seguirão as orientações da Resolução nº 196/96⁹ e a Resolução nº 304/2000¹⁰, do Conselho Nacional de Saúde.

Já a diretriz 8, discorre sobre a promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena, trazendo a natureza como elemento que compõem a saúde dos povos indígenas. O meio ambiente, a demarcação de terras estão intimamente ligados a saúde dos povos originários. Com vistas à isto, é necessário medidas que visem o equilíbrio ambiental nas terras indígenas e no seu entorno, e também a garantia da posse das terras, pois os territórios indígenas são considerados sagrados e utilizados para a realização de atividades tradicionais, direcionadas a subsistência das comunidades indígenas.

As prioridades ambientais para uma política de atenção à saúde dos povos indígenas devem contemplar a preservação das fontes de água limpa, construção de poços ou captação à distância nas comunidades que não dispõem de água potável; a construção de sistema de esgotamento sanitário e destinação final do lixo nas comunidades mais populosas; a reposição de espécies utilizadas pela medicina tradicional; e o controle de poluição de nascentes e cursos d'água situados acima das terras indígenas. (BRASIL, 2002, p. 20).

⁸ Quando a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi criada o órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, era a FUNASA em conjunto com a FUNAI.

⁹ Regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

¹⁰ Diz respeito à temática especial: pesquisas envolvendo populações indígenas.

E por fim, a diretriz 9 diz respeito ao controle social. A participação indígena terá de ocorrer em todas as fases do planejamento, implantação e funcionamento dos DSEIs. Essa atuação deverá ser efetuada através da constituição de Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena, por reuniões macrorregionais, pelas Conferências Nacionais de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (CNASPI) e Fórum Nacional sobre a Política de Saúde Indígena e pela presença de representantes indígenas nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde. (BRASIL, 2002).

As nove diretrizes são importantes, pois elas possibilitam a reorganização na rede de atenção à saúde, para a realização dos atendimentos às populações indígenas, na atenção básica e especializada, tendo como princípio em comum “o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas”. (BRASIL, 2002, p. 18). O conhecimento e a ação delas, possibilita o propósito da PNASPI, o de garantir o acesso à Atenção Integral à Saúde dos povos indígenas.

Com o intuito de explicar o modelo novo, no próximo capítulo será realizada uma conexão entre a proteção social e seguridade social. O propósito é abordar a saúde como uma das áreas sociais que constituem a seguridade social e compreender as dificuldades de acesso a saúde indígena.

3 CAPÍTULO II - PROTEÇÃO SOCIAL E SEGURIDADE SOCIAL: A CONTRIBUIÇÃO DA INTERSETORILIDADE NA EFETIVAÇÃO DA SAÚDE

A proteção social no Brasil compõe-se em intervenções junto à sociedade, tendo em vista à garantia dos direitos sociais. Ela é compreendida pelo asseguramento de políticas sociais em especial a que compõem o tripé da seguridade social, buscando garantir o acesso e sua efetivação via legislações. Dessa forma, a seguridade social é a constituição do modelo novo de proteção social, mediante as políticas sociais da saúde, assistência social e previdência social. (PEREIRA, 2000, apud GARCIA; COUTO; MARQUES, 2012).

Os sistemas de proteção social podem ser traduzidos em conjuntos de políticas públicas que visam efetivar, através do asseguramento de normas e regras, os processos de segurança social às situações e riscos que afetam negativamente a vida dos cidadãos. (PEREIRA, 2000, apud GARCIA; COUTO; MARQUES, 2012, p. 43).

No Brasil, a proteção social surge a partir dos anos 30, através do modelo de Estado de Bem-Estar social. Ele era destinado especialmente ao trabalhador urbano. Nesse período, no país estava ocorrendo o processo de industrialização, momento marcado pelo aumento da migração da população que vivia no campo para as cidades. Essa mudança ocasionou no aumento da questão social, e diante dessa realidade, o Estado passou a regulamentar as relações entre capital e trabalho. (GARCIA; COUTO; MARQUES, 2012).

No período de 1930 a 1937, com a regulamentação de algumas leis, é criado o Ministério do Trabalho e Comércio. A proteção social atendia apenas áqueles que estavam vinculados ao mercado formal de trabalho. Portanto, os trabalhadores rurais, que constituíam a maioria da população na época, estavam desprotegidos. Criava-se então uma base que favorecia a vinda dos trabalhadores rurais aos centros urbanos, impulsionando o processo de industrialização no país. (GARCIA; COUTO; MARQUES, 2012, p. 50).

O Estado vai governar tendo como orientação a teoria keynesiana, sendo essa, a favor da intensificação da industrialização, com o objetivo de ampliar o emprego no país. A partir desse momento, os trabalhadores vinculados ao setor urbano conquistaram alguns direitos sociais relacionados às leis trabalhistas, pelo forte engajamento político, sendo que o trabalhador rural, mesmo prevalecendo no cenário, não teve seus direitos garantidos. (GARCIA; COUTO; MARQUES, 2012).

Já em 1937, o presidente Getúlio Vargas instaurou o Estado Novo, estabelecendo uma ditadura, em nome da modernidade econômica. “A legitimação desse processo deu-se a partir da criação de um projeto social de recorte autoritário, voltado aos direitos sociais, com ênfase na legislação trabalhista, necessários para a industrialização do país”. (COUTO, 2004, apud GARCIA; COUTO; MARQUES, 2012, p. 50).

Em meados da década de 50, o país era administrado com base num projeto nacionalista desenvolvimentista. Esse programa se sustentou até os anos 60, período que foi implantada a ditadura militar. Essa época dividiu o Brasil em dois grupos, o primeiro, definido pela repressão efetuada pelo Estado a todos e todas que fossem contra o sistema, e o segundo, manifestado pelo nacionalismo de pessoas que apoiavam a ditadura. Nessa fase, a proteção social se efetivava através do acordo de união entre capital e trabalho. (GARCIA; COUTO; MARQUES, 2012).

A partir de 1985, começou a ocorrer no país o processo de transição democrata, com o fim do regime militar. Em decorrência desse período, a esfera social foi prejudicada pelo agravamento da desigualdade social, realidade de grande parte da população brasileira. Frente a essas desigualdades, nos anos 80, se inicia um forte movimento popular, organizados nos grandes centros do país, para reivindicar eleições diretas para a presidência da República e também defendiam a criação de um modelo de proteção social. (GARCIA; COUTO; MARQUES, 2012).

É nesse cenário conflituoso, que foi promulgada a Constituição Federal de 1988, sendo que de um lado estava a população lutando para resgatar e defender os seus direitos e do outro, o Estado defendendo princípios neoliberais. (GARCIA; COUTO; MARQUES, 2012).

A Constituição é um instrumento de defesa aos direitos sociais, pois retomou pautas dos movimentos sociais relacionados à defesa da democracia. Nela a seguridade social, é estabelecida como um modelo novo de proteção social, pois as anteriores tinham “entre as suas características a centralização do poder decisório e dos recursos financeiros no executivo federal e a praticamente ausente existência de mecanismos de participação social, dentre outros aspectos”. (SENNA; MONNERAT, 2008, apud GARCIA; COUTO; MARQUES, 2012 p. 53).

Nesse sentido, a seguridade social pôde representar a aprovação jurídica dos direitos sociais, no processo de reestruturação das bases e expansão das políticas

sociais. Mas ao mesmo tempo em que ela representou avanços no campo da proteção social, há uma contradição na sua organização, associada à falta de articulação entre as políticas que as compõem, ocasionando na dificuldade de sua efetivação, devido ao contexto em que foram instituídas. (BOSCHETTI, 2003; FLEURY, 2006; VIANNA, 2001, apud GARCIA; COUTO; MARQUES, 2012).

É possível identificar três características centrais desta conjuntura que impactam negativamente nosso sistema de proteção social, a saber: forte redução do gasto social federal; desarticulação das redes de serviços sociais então existentes e fortalecimento do estilo clientelista e patrimonialista de administrar a política social, com visíveis resultados de (re)centralização das decisões do executivo federal e (re)filantropização da política social. (SENNA; MONNERAT, 2008, p. 198, apud GARCIA; COUTO; MARQUES, 2012, p. 55).

É necessário verificar, que as oposições ocasionadas ao modelo de proteção social, configurado pela seguridade social, “provém de questões estruturais persistentes na sociedade contemporânea, como o desemprego e a desigualdade, não devendo ser atribuído apenas a uma deficiência do modelo e de políticas de proteção social adotado”. (BOSCHETTI, 2006, apud GARCIA; COUTO; MARQUES, 2012, p. 57).

O conceito de seguridade social, portanto, evolui de práticas de solidariedade pessoal para a garantia de direitos sociais. No entanto, responde também às demandas do capital de se manter preservado, caracterizando-se como um fenômeno contraditório. (GARCIA; COUTO; MARQUES, 2012, p. 46).

A seguridade social prevista na CF 88 defende a política social como ações articuladas, onde o Estado é responsável por garanti-las aos cidadãos, de forma universal e democrática. Mas a integração das políticas, não se efetivou na prática, pois o sistema econômico, o capitalista, em que o modelo novo de proteção social foi instituído, trabalha com “a lógica de refilantropização do social, de mercantilização e terceirização dos serviços públicos na área da saúde, previdência e assistência (...)”. (GARCIA; COUTO; MARQUES, 2012, p. 56). Esse tipo de atuação junto às políticas sociais gera ações “focalizadas e seletivas, de programas com critérios de ingresso e cumprimento de condicionalidades” (GARCIA; COUTO; MARQUES, 2012, p. 47), gerenciando de forma assistencialista as políticas de saúde, previdência e assistência social. (GARCIA; COUTO; MARQUES, 2012).

Assim, o próximo item a ser discutido faz uma análise da importância da intersectorialidade para a efetivação das ações em saúde para as populações indígenas, pois se compreende como categoria essencial para o fortalecimento enquanto seguridade social.

3.1 INTERSETORIALIDADE E ATENÇÃO À SAÚDE DAS POPULAÇÕES INDÍGENA

As políticas sociais são divididas em áreas, cenário que fortaleceu o modelo positivista classificatório. (SANTOS, 1988, apud FAIER; BELLINI). As lutas dos movimentos sociais evidenciaram a necessidade da articulação das políticas para a efetivação da proteção social no país. (HOFLING, 2001, apud FAIER; BELLINI).

É neste campo de disputa e contradições que o direito a política de saúde se consolidou no Brasil, perfazendo uma trajetória árdua, de luta de classes, embasadas num forte posicionamento antagônico as das classes dirigentes. Estes embates culminaram com a edição de diretrizes, normas e princípios que direcionam a política de saúde, a partir da Constituição de 1988. (FAIER; BELLINI, p.2).

A Política de Saúde ganhou destaque no país, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde. No evento, foi defendido à saúde como consequência do acesso à “alimentação, habitação, educação, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde (...)” (BRASIL, 1987, apud FAIER; BELLINI, p. 6), através da intersectorialidade das políticas. (FAIER; BELLINI).

A década de 80 foi marcada por um movimento de muita resistência e propostas contrárias à ideia de saúde da época. O movimento sanitário é a materialização desse grupo de profissionais de saúde articulados aos movimentos sociais, que defendiam um Estado democrático e encarregado pelas políticas sociais. (BRAVO; MATOS, 2008, apud FAIER, BELLINI). A proposta da Reforma Sanitária foi aprovada na CF 88 e possibilitou a garantia de um artigo referente à saúde. (ESCOREL; NACIMENTO; EDLER, 2005, apud FAIER; BELLINI).

Seção II Da Saúde- Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às

ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

A criação do SUS em 1990, estabeleceu um grupo de serviços de saúde sob administração pública. O sistema não se opera de forma isolada na busca pelos direitos sociais, mas se junta à composição das políticas da seguridade. (BRASIL, 2011, apud FAIER; BELLINI). Dessa forma, se evidencia a intersetorialidade como uma das premissas do SUS, e um compromisso das diversas áreas do Estado com a promoção da saúde.

Apesar das especificidades e particularidades de cada política, a lógica perpassa alcançar suas ações intersetoriais, pois o conceito de intersetorialidade se volta “para a construção de interfaces entre setores e instituições governamentais (e não governamentais), visando o enfrentamento de problemas sociais complexos que ultrapassem a alçada de um setor de governo ou área de política pública”. (MONNERAT; SOUZA, 2011, apud FAIER; BELLINI).

Para a realização nas ações em saúde, foi estabelecido o princípio da integralidade, esse está vinculado à política de saúde e tem o objetivo de aproximar as áreas através de redes assistenciais, compreendendo a correlação dos indivíduos e instituições. (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004, apud FAIER; BELLINI). Dessa forma, a intersetorialidade torna-se um desafio na seguridade social em especial na política de saúde, pois entende-se que a intersetorialidade se efetiva através da integração das políticas públicas, na tentativa de suprir enfrentamentos das expressões da questão social, e diante de um cenário com políticas públicas ainda operando de forma focalizada, precarizadas e fragmentadas, a intersetorialidade torna-se um desafio aos profissionais e serviços, deste modo:

A política de saúde presume contemplar “um olhar ampliado” daquilo que o sujeito apresenta como demanda. Essa condição é o que pressupõe a integralidade como princípio fundamental do SUS. Garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades. (BRASIL, 2010, apud FAIER; BELLINI, p.9).

A saúde é um resultado de diversas políticas sociais, pois ela significa algo mais do que simplesmente não estar doente, ela é qualidade de vida. A intersetorialidade tem como foco fazer a interlocução das políticas nos setores em que são efetivadas. Esse processo é marcado pela articulação entre serviços

distintos para solucionar dificuldades, tendo em vista, o direito à saúde. Portanto, a articulação dos múltiplos campos em que as políticas atuam é importante para que a saúde realmente se efetive, dado que ela diz respeito a algo mais amplo. (BRASIL, 2006, apud FAIER; BELLINI).

A intersetorialidade fortalece a saúde, como a prevista pela CF 88, instituída direito, devendo o Estado assegurar o ingresso da população ao SUS. A falta de intersetorialidade entre as políticas sociais estimula um modelo de “mercadorização/privatização” (FAIER; BELLINI, p. 8) da área da saúde, opondo-se ao modelo constituído pelos três princípios do SUS “a universalização, integralidade e a equidade”. (BRASIL, 2011, apud FAIER; BELLINI, p. 7). Nessa perspectiva, as políticas sociais sofrem um processo de fragmentação, juntamente com os setores que as compõem, situação que dificulta a compreensão da realidade social e o aumento da desigualdade entre a população brasileira.

Destarte, os desafios permanecem a cada tempo histórico, em que os princípios que condicionam a política de saúde, não conseguem ultrapassar as barreiras da integralidade e da intersetorialidade, pois se encontram vinculadas a lógica liberal que comandam a esfera governamental, reforçando a ótica clientelista e o olhar individualizado no sujeito, negando, por conseguinte, as causas que determina suas vulnerabilidades. (FAIER; BELLINI, p. 11).

No caso da PNASPI, para a sua efetivação é necessário uma reorganização na rede de atenção à saúde para a realização dos serviços de proteção, promoção e recuperação da saúde, articulados ao SUS, buscando superar as dificuldades de cobertura e acesso do sistema. Ela integra a Política Nacional de Saúde e concorda com as determinações das Leis Orgânicas da Saúde e da CF88. Diante disso, a intersetorialidade se torna necessária, pois para a concretização da política é necessário que se superem questões que envolvem outras problemáticas e políticas sociais, além da saúde.

É indispensável, portanto, a adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e a adequação da capacidade do Sistema, tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade equidade, participação comunitária e controle social. (BRASIL, 2002, p. 6).

Os princípios de equidade e integralidade estão presentes na PNASPI, pois procura-se garantir o acesso integral à saúde, respeitando as especificidades

socioculturais de “(...) modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura” (BRASIL, 2002, p. 13), realizando a assistência à saúde através dos DSEIs e compreendendo que a saúde para os povos indígenas está interligada a natureza e à posse da terra.

Esses princípios que regem o SUS, universalidade, equidade e integralidade são a base da PNASPI, pois a sua intenção é fundamentada partindo desses três princípios. A universalidade diz respeito a igualdade de direitos, no âmbito da saúde ela é pensada como saúde para todos, o Estado deve assegurar este direito à todos. Mas esse direito, que é compreendido como universal, não é garantido as populações indígenas, dessa forma, é preciso agir para que ele se efetive, para isto, se recorre ao conceito de Equidade. O segundo princípio diz respeito a compreensão de que apesar de todos terem direitos iguais, as pessoas ainda não são iguais, assim, é necessário pensar estratégias de ação específicas para se ultrapassar essas desigualdades, trata-se de não tratar de forma igual os que sofrem por estarem em uma condição de desigualdade. E a integralidade se evidencia na PNASPI por sua articulação entre as diferentes políticas públicas para assegurar todas as necessidades como um todo.

A seguridade social é importante para os povos indígenas, pois ela garante que o Estado se responsabilize pela saúde, assistência social e previdência social. Com isso, é necessário que se defenda a seguridade social e a integralidade das políticas sociais, dessa forma, a PNASPI será efetivada levando em consideração as especificidades sociais e culturais e a implementação da saúde depende da integração de outras políticas sociais.

Com isso, o próximo tópico demonstrará o resultado da análise feita junto aos planos estadual e municipal de saúde, do RS e SM, verificando se ocorre a intersetorialidade entre os setores que trabalham com a saúde das populações indígenas, tendo como base a PNASPI.

3.2 ANÁLISE DOS PLANOS DE SAÚDE MUNICIPAL E ESTADUAL: OS DESAFIOS DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS NA GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE

A análise da PNASPI surgiu da intenção de compreender como está prevista e planejada as suas ações para as populações indígenas, no estado do RS e no município de SM, tendo como base os planos Estadual e Municipal de Saúde. Primeiramente, foi realizada a análise da PNASPI para depois adentrar nos planos. Com o intuito de facilitar a análise foi construído um quadro constituído com os objetivos dos três documentos, as diretrizes e as ações previstas. A política e os planos foram acessados via acesso público

A PNASPI é constituída por nove diretrizes que estão relacionadas a reorganização da rede de atenção à saúde indígena, preparação de recursos humanos, monitoramento das ações, articulação, promoção à saúde e controle social. Analisando as diretrizes propostas pela política, verifica-se que elas não se encontram presentes no Plano Estadual de Saúde do RS e Municipal de Saúde de SM.

Verificou-se que o plano estadual de saúde não possui diretrizes, mesmo o plano identificando que as populações indígenas encontram-se em processo de exclusão social.

Grande parte da população indígena encontra-se em condições de alta vulnerabilidade social e econômica. A situação de vulnerabilidade influencia diretamente as condições de acesso a serviços e ações de saúde e dificulta a garantia de direitos indígenas. Esses povos apresentam especificidades aos serviços de saúde, tais como a linguagem, os aspectos culturais e os modos de vida e de saúde, os quais não são contemplados na formação dos trabalhadores e no cotidiano dos serviços de saúde. (RIO GRANDE DO SUL, 2016, p. 69).

Ele apresenta uma série de dados demográficos e epidemiológicos relacionados à saúde das populações indígenas do estado do RS, mas não formas de enfrentá-las. Informa que de acordo com a FUNAI, o estado só possui 20 registros de terras indígenas regularizadas, ocasionando com que a população viva em acampamentos e em condições de extrema pobreza.

As principais questões de saúde que envolvem os povos indígenas são hipertensão, diabetes, problemas cardíacos, obesidade e uso problemático de álcool. Fatores como esses chamam a atenção para a maior prevalência, comparada à população não indígena, de agravos causados pelas

condições de alta vulnerabilidade. Além disso, as principais causas de mortes no RS em indígenas são doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e causas externas. No que se refere ao acompanhamento nutricional, 55,9% das crianças de 0 a 5 anos apresentaram risco de sobrepeso, sobrepeso ou obesidade e 82% dos adultos de 20 a 0 anos apresentam sobrepeso e obesidade de grau I a III (SISVAN/DAB/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, apud RIO GRANDE DO SUL, 2016, p. 70).

O plano não possui diretrizes, dessa forma, o município não tem um modelo para seguir. Sendo assim, o estado e o município nos seus planos apresentam de forma simplificada e reduzida as ações em saúde para essa população.

O plano municipal de saúde de SM é composto por cinco eixos norteadores, o Eixo Norteador I- Redes de Atenção à Saúde, Eixo Norteador II- Gestão em Saúde, Eixo Norteador III- Educação em Saúde, Eixo Norteador IV- Transversalidade da Vigilância em Saúde e Eixo V- Controle Social. Nele são contempladas três ações em saúde para as populações indígenas que reside no município, divididas entre os eixos I e V do plano.

Em seguida, será apresentado o quadro com as ações previstas no plano municipal, dos cinco eixos que à constituem, apenas dois apresentam ações previstas à saúde indígena.

Quadro 2 – Análise das ações previstas no Plano Municipal de Saúde para as populações indígenas

EIXOS NORTEADORES	AÇÕES PREVISTAS
Redes de Atenção à Saúde	-Prevê ações em saúde coletiva, porém não é específica as populações indígenas, está contemplada junto com a população negra e LGBT e prisionais. -Ainda refere-se quanto ao monitoramento das ações nas UBS/ ESF e Unidade Móvel, porém o plano não especifica quais são ações a serem realizadas.
Gestão em Saúde	Não tem ações previstas.
Educação em Saúde	Não tem ações previstas.
Transversalidade da Vigilância em Saúde	Não tem ações previstas.
Controle Social	-Refere-se apenas a realização das conferências de saúde.

Fonte: Construído pela autora com base nas informações do Plano Municipal de Saúde.

Se evidência na ação relacionada a “desenvolver ações em saúde coletiva voltada às populações vulneráveis (negras, indígenas, LGBTQIA+ e prisionais)” que as ações em saúde para as populações indígenas são incluídas junto a outras populações específicas e vulneráveis. Esse tipo de intervenção reforça ações fragmentadas e focalizadas.

Já em relação ao eixo do controle social, é destacado no plano que se deve “realizar conferências temáticas a partir das deliberadas pelo Conselho Nacional de Saúde (saúde da população indígena e da pessoa com deficiência)”, mas não explica quais serão realizadas para a efetivação da ação. A PNASPI prevê como uma das suas diretrizes o controle social. Para a sua realização ela tem como base os DSEIs e seus respectivos conselhos. Ele é organizado em Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena, Conferências Nacionais de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e Fórum Nacional sobre a Política de Saúde Indígena. Mas identificando a importância da articulação entre as populações indígenas com a população regional com vistas a superação de problemas de saúde, deverá ser estabelecida a participação de representantes nos conselhos municipais de saúde. No caso de SM, não dá para identificar se o município possui ou não representação indígena no Conselho Municipal de Saúde. Dessa forma, é necessário a ampliação da participação no que se refere aos espaços de controle social (Conselho e Conferência Municipal).

Desta forma, “proteção social”, via política de saúde para as populações indígenas, em grande parte não se efetiva, e assim se identifica uma falta de intersetorialidade da política de saúde com as políticas setoriais da saúde (saúde da criança e adolescente, saúde da mulher, saúde do idoso etc.), no caso das populações indígenas, ela se materializa através das análises realizadas no plano municipal de saúde, onde as ações em saúde para as populações indígenas não estão (co)relacionadas com as demais ações em saúde e nem com a diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, ficando expresso que grande parte das ações propostas nos planos (municipal e estadual) se dão de forma fragmentada e focalizada. [

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é uma conquista histórica dos Indígenas e demarca o projeto do Estado Brasileiro de assumir uma responsabilidade com essas populações, compromisso este que é fruto de uma dívida histórica. A história brasileira é marcada por um genocídio e um longo processo de marginalização aos povos originários, o Estado Brasileiro levou séculos para reconhecer esses povos enquanto cidadãos e ainda hoje esse processo está em disputa.

Os Direitos das populações Indígenas são constantemente atacados, disputa de terras e mortes de lideranças indígenas ocorrem na atualidade. Neste ano, diversos assassinatos ocorreram, somente no começo do mês de dezembro, momento em que finalizo este trabalho, já ocorreram cerca de três assassinatos registrados. (CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO, 2019). O que demonstra que não superamos a intolerância e o racismo, e que, este genocídio que marca nossa história ainda segue seu percurso.

No campo da Saúde, os direitos indígenas sofreram uma tentativa de retrocesso. Trata-se da municipalização da saúde indígena, uma proposta que já havia sido descartada na década de 80 com a criação dos DSEIs, sua intenção é a de passar a responsabilidade da Saúde Indígena, atualmente responsabilidade da SESAI, para os municípios o que torna esse direito totalmente dependente de políticas locais e de profissionais não especializados. Dessa forma, o atendimento diferenciado corre o risco de não ser garantido, pois muitas vezes não se compreende as necessidades sócio-culturais destas populações.

Contudo, como verifiquei durante este trabalho, este atendimento diferenciado que é garantido segundo as diretrizes da PNASPI, ainda não se efetiva nas ações de atenção à saúde. Isto não ocorre, pois os planos estaduais e municipais não contemplam as diretrizes presentes na política, o que demonstra uma falta de formação e compreensão às especificidades das populações indígenas por parte do município e do estado.

No capítulo um foi analisado como a política de saúde indígena era constituída antes da Constituição de 88, e sua mudança de compreensão após esse período, marcada pelo respeito as especificidades sócio-culturais dos povos indígenas. Ainda, foi pesquisado a criação da PNASPI e do SASI-SUS e feita a

análise das suas diretrizes. As diretrizes são fundamentais para efetivação desse modelo assistencial a saúde, mas a constituição das diretrizes ainda são muito imprecisas o que dificulta sua aplicação.

No processo de analisar a PNASPI surgiu a necessidade de trabalhar o conceito de proteção social, devido as especificidades sociais e culturais dos povos originários. Portanto, foi dedicado um capítulo do trabalho para compreender o conceito de Proteção Social e como ela contribui para a política de saúde. A partir disso, se verificou que existe um modelo novo de proteção social que é constituído pela Seguridade Social, formada pela articulação das políticas sociais. Analisou-se que neste ponto há uma contradição para a efetivação da Seguridade Social, consequência do sistema econômico capitalista brasileiro que fragmenta as políticas sociais. Como forma de superação a esta fragmentação surge o conceito de intersetorialidade, que se caracteriza através da integralidade. Este princípio constitui o SUS e representa a base da PNASPI.

Os desafios são muitos, a contribuição do Serviço Social para que esse quadro apresentado se modifique, se dá principalmente, através da pesquisa e de assumir a luta ao lado dos povos originários. É preciso, intervir na garantia dos direitos sócias e elaborar estratégias de ação contra a desigualdade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 08 de nov. 2019.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. -2 edição – Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

BRASIL. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9836.htm>. Acesso em: 15 maio 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 15 maio 2019.

BRASIL. Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6001.htm>. Acesso em: 06 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Brasília, 2013/2019. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sesai>>. Acesso em: 15 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa saúde indígena: etnodesenvolvimento das sociedades indígenas/** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. - Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Brasília, 2013/2019. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-indigena/saneamento-e-edificacoes/dseis>>. Acesso em: 15 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Unidades da Saúde Indígena contam com nova classificação para subtipos de estabelecimentos no CNES. Brasília, 10 de agosto de 2017. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/sesai/29243-unidades-da-saude-indigena-contam-com-nova-classificacao-para-subtipos-de-estabelecimentos-no-cnes>>. Acesso em: 04 set. 2019.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde. OPAS/OMS apoia governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população. Brasília, 10 de outubro de 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839>. Acesso em: 15 maio 2019.

BRASIL. Título VIII Da Ordem Social, Capítulo VIII- dos Índios art. 231 e art.232. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_03.07.2019/ind.asp>. Acesso em: 15 maio 2019.

BRAVO, Maria Inês Souza Bravo. **A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica.** In: Capacitação para Conselheiros de Saúde – textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

CHAVES, M. de B. G. **A política de Saúde Indígena no Município de Angra dos Reis: um estudo de caso.** 2006. 155 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2006.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. **A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas.** Outubro, 2013.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. Nota do CIMI sobre assassinatos de indígenas Guajajara, no Maranhão, e Tuiuca, no Amazonas. Disponível em:<<https://cimi.org.br/2019/12/nota-do-cimi-sobre-assassinatos-de-indigenas-guajajara-no-maranhao-e-tuiuca-no-amazonas/>>. Acesso em: 07 dez. 2019.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. Com mobilizações pelo país, ministro da Saúde garante a Indígenas que SESAI será mantida. 28 de março de 2019. Disponível em: < <https://cimi.org.br/2019/03/com-mobilizacoes-ministro-saude-garante-a-indigenas-sesai-mantida/>>. Acesso em: 15 maio 2019.

GARCIA, Maria Lúcia T.; COUTO, Berenice Rojas; MARQUES, Rosa Maria. Proteção social no Brasil e em Cuba/ Maria Lúcia T. Garcia, Berenice Rojas Couto Rosa Maria Marques (Org.). – Porto Alegre: EDIPUCRS,2012.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. Povos Indígenas no Brasil. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Sa%C3%BAde_Ind%C3%ADgena>. Acesso em: 15 maio 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Lei de criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena é sancionada.** Brasília, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.317, de 3 de agosto de 2017. Adequa o registro das informações relativas a estabelecimentos que realizem ações de Atenção à Saúde para populações Indígenas no CNES. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt1317_08_08_2017.html>. Acesso em: 04 out. 2019.

OLIVEIRA, Cristiane de. **Povos Indígenas**: conheça os direitos previstos na Constituição. Agência Brasil, Rio de Janeiro, 19 abr. 2017. Direitos Humanos. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2017-04/povos-indigenas-conheca-os-direitos-previstos-na-constituicao>>. Acesso em: 15 maio 2019.

PATTÉ, Ana Roberta Uglõ. **Quebrando preconceitos, construindo respeito**: luta e resistência dos povos indígenas no Brasil/ [Ana Roberta Uglõ Patté... [et al.], organização]. – Porto Alegre: Conselho de Missão entre Povos Indígenas: Fundação Luterana de Diaconia, 2019.

PRATES, Jane Cruz; PRATES, Flávio Cruz. Problematizando o uso da técnica de Análise Documental no Serviço Social e no Direito. *Sociedade em Debate*, Pelotas, 15(2): 111-125, jul. – dez.2009. Disponível em:<<http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/356>>. Acesso em: 14 dez. 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde. 2018- 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde**: 2016/2019. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação de Gestão (Org.) Porto Alegre, 2016

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Saúde da População Indígena**. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/saude-da-populacao-indigena>>. Acesso em: 15 maio 2019.

ANEXO

Documento	Instância	Ano	Objetivo do Documento	Diretrizes	Ações Previstas
Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.	Federal.	2002	O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura. pág. 13.	<p>_ Organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Pólos Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam. pág. 13.</p> <p>_ preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural. pág. 13.</p> <p>_ monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas. pág. 13.</p> <p>_ articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde. pág. 13.</p> <p>_ promoção do uso adequado e racional de medicamentos. pág. 13.</p> <p>_ promoção de ações específicas em situações especiais. pág. 13.</p> <p>_ promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas. pág.</p>	<p>- Diretriz 1;</p> <p>- Distrito Sanitário Especial Indígena (DSE) - Conceito: O conceito utilizado nesta proposta define o Distrito Sanitário como um modelo de organização de serviços - orientado para um espaço étnico-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado -, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social. pág. 13.</p> <p>- A definição territorial dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverá levar em consideração os seguintes critérios: população, área geográfica e perfil epidemiológico; disponibilidade de serviços, recursos humanos e infra-estrutura; vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS; relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional; distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas. pág.14.</p> <p>- Cada distrito organizará uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do Sistema Único de Saúde. As Comissões Intergestores Bipartites são importantes espaços de articulação para o eficaz funcionamento dos distritos. pág. 14.</p> <p>- As equipes de saúde dos distritos deverão ser compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, contando com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitários e outros especialistas e técnicos considerados necessários. pág. 14.</p> <p>- O número, qualificação e perfil dos profissionais das equipes serão estabelecidos de acordo com o planejamento detalhado de atividades, considerando: o número de habitantes, a dispersão populacional, as condições de acesso, o perfil epidemiológico, as necessidades específicas para o controle das principais endemias e o Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde a ser definido conforme a diretriz específica desta política. pág. 14.</p> <p>- Nas aldeias, a atenção básica será realizada por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde, nos postos de saúde, e pelas equipes multidisciplinares periodicamente, conforme planejamento das suas ações. pág. 14.</p> <p>- Na organização dos serviços de saúde, as</p>

				<p>13. _ promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena. pág. 13. _ controle social. pág. 13.</p>	<p>comunidades terão uma outra instância de atendimento, que serão os Pólos-Base. Os pólos são a primeira referência para os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias. Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência. Neste último caso, correspondem a uma unidade básica de saúde, já existente na rede de serviços daquele município. A maioria dos agravos à saúde deverão ser resolvidas nesse nível. pág. 14.</p> <p>- As demandas que não forem atendidas no grau de resolatividade dos Pólos-Base deverão ser referenciadas para a rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada Distrito Sanitário Especial Indígena. Essa rede já tem sua localização geográfica definida e será articulada e incentivada a atender os índios, levando em consideração a realidade socioeconômica e a cultura de cada povo indígena, por intermédio de diferenciação de financiamento. pág. 15.</p> <p>- Com o objetivo de garantir o acesso à atenção de média e alta complexidades, deverão ser definidos procedimentos de referência, contra-referência e incentivo a unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas (como os relativos a restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérprete, visita de terapeutas tradicionais, instalação de redes, entre outros) quando considerados necessários pelos próprios usuários e negociados com o prestador de serviço. pág. 15.</p> <p>-Diretriz 2;</p> <p>-A formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde é uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não. pág. 15.</p> <p>-O Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde deverá ser concebido como parte do processo de construção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Será desenvolvido em serviço e de forma continuada, sob a responsabilidade de Instrutores/Supervisores, devidamente capacitados, com a colaboração de outros profissionais de serviço de saúde e das lideranças e organizações indígenas. pág. 15.</p> <p>-O processo de formação dos agentes indígenas de saúde será elaborado dentro dos marcos preconizados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB (Lei nº 9.394/96), no que diz respeito ao ensino básico, direcionado para a construção de competências/habilidades, visando facilitar o prosseguimento da profissionalização nos níveis médio (técnico) e superior (tecnológico). Deverá seguir metodologia participativa, propícia à comunicação intercultural, de modo a favorecer o processo recíproco de aquisição de conhecimentos. Os estudos e levantamentos sócio-antropológicos existentes e os realizados de forma participativa deverão ser aproveitados como subsídios à formação de recursos</p>
--	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<p>humanos e à própria prestação de serviços. pág. 15.</p> <p>-A capacitação dos recursos humanos para a saúde indígena deverá ser priorizada como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização dos serviços. Deverão ser promovidos cursos de atualização/aperfeiçoamento/especialização para gestores, profissionais de saúde e assessores técnicos (indígenas e não-indígenas) das várias instituições que atuam no sistema. pág. 16.</p> <p>-As instituições de ensino e pesquisa serão estimuladas a produzir conhecimentos e tecnologias adequadas para a solução dos problemas de interesse das comunidades e propor programas especiais que facilitem a inserção de alunos de origem indígena, garantindo-lhes as facilidades necessárias ao entendimento do currículo regular: aulas de português, apoio de assistentes sociais, antropólogos e pedagogos, currículos diferenciados e vagas especiais. pág. 16.</p> <p>-O órgão responsável pela execução desta política organizará um processo de educação continuada para todos os servidores que atuam na área de saúde indígena. pág. 16.</p> <p>-Diretriz 3;</p> <p>-Para acompanhar as ações de saúde desenvolvidas no âmbito do Distrito Sanitário, será organizado sistema de informações, na perspectiva do Sistema de Vigilância em Saúde, voltado para a população indígena. pág. 16</p> <p>-Esse sistema deverá identificar informações que atendam às necessidades de cada nível gerencial, fornecendo subsídios para a construção de indicadores que avaliem a saúde e, indiretamente, a atenção à saúde, como a organização dos serviços no Distrito Sanitário, particularmente no que diz respeito ao acesso, à sua cobertura e à sua efetividade. pág.16</p> <p>-Essas informações servirão também para identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, estabelecer prioridades na alocação de recursos e orientação programática, facilitando a participação das comunidades no planejamento e na avaliação das ações. pág.16.</p> <p>-Os instrumentos para coleta de dados no território distrital serão propostos por equipe técnica do órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas. Estes instrumentos poderão ser adaptados à realidade local, mas terão que permitir a identificação dos riscos e das condições especiais que interferem no processo de adoecer para buscar intervenções específicas de cada povo. pág. 16.</p> <p>-O fluxo de informações será pactuado com os municípios de referência e/ou estados. Os dados gerados nos serviços de referência da rede do SUS serão encaminhados para os distritos. Nas circunstâncias especiais, em que couber ao distrito viabilizar todo o serviço de assistência na sua área de abrangência, o mesmo repassará estas informações para os respectivos municípios e/ou estados, a fim de alimentar continuamente os bancos de dados nacionais.</p>
--	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<p>O acesso permanente ao banco de dados deverá estar assegurado a qualquer usuário. pág. 17.</p> <p>-O Acompanhamento e Avaliação desta política terá como base o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - SIASI- referente à saúde dos povos indígenas. Os aspectos a serem acompanhados e avaliados incluirão a estrutura, o processo e os resultados da atenção à saúde dos povos indígenas. O SIASI deverá subsidiar os órgãos gestores e de controle social quanto à indispensável compatibilidade entre o diagnóstico situacional dos problemas de saúde identificados e as prioridades estabelecidas nos níveis técnico, social e político, visando a coerência entre ações planejadas e efetivamente executadas. pág. 17.</p> <p>-Diretriz 4;</p> <p>-O reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto local. pág. 17.</p> <p>-O princípio que permeia todas as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas. pág.18.</p> <p>-A articulação com esses saberes e práticas deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas. pág. 18.</p> <p>-Diretriz 5;</p> <p>As ações que envolvem, direta ou indiretamente, a assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena, tais como seleção, programação, aquisição, acondicionamento, estoque, distribuição, controle e vigilância - nesta compreendida a dispensação e a prescrição -, devem partir, em primeiro lugar, das necessidades e da realidade epidemiológica de cada Distrito Sanitário e estar orientadas para garantir os medicamentos necessários. pág.18.</p> <p>-Devem também compor essas ações as práticas de saúde tradicionais dos povos indígenas, que envolvem o conhecimento e o uso de plantas medicinais e demais produtos da farmacopeia tradicional no tratamento de doenças e outros agravos a saúde. Essa prática deve ser valorizada e incentivada, articulando-a com as demais ações de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. pág. 18.</p> <p>-Assim, os pressupostos que devem orientar os gestores, no sentido de tornar efetivas as ações e diretrizes da assistência farmacêutica para os povos indígenas, em conformidade com as orientações da Política Nacional de Medicamentos, são: a) descentralização da gestão da assistência farmacêutica no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas; b) promoção do uso racional dos medicamentos essenciais básicos e incentivo e valorização das práticas farmacológicas tradicionais; c) avaliação e adaptação dos protocolos padronizados de intervenção terapêutica e dos respectivos esquemas de tratamento,</p>
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<p>baseadas em decisão de grupo técnico interdisciplinar de consenso, considerando as variáveis socioculturais e as situações especiais (como grupos indígenas isolados ou com pouco contato, com grande mobilidade e em zonas de fronteira); d) controle de qualidade e vigilância em relação a possíveis efeitos iatrogênicos, por meio de estudos clínicos, epidemiológicos e antropológicos específicos; e) promoção de ações educativas no sentido de se garantir adesão do paciente ao tratamento, inibir as práticas e os riscos relacionados com a automedicação e estabelecer mecanismos de controle para evitar a troca da medicação prescrita e a hipermedicação; f) autonomia dos povos indígenas quanto à realização ou autorização de levantamentos e divulgação da farmacopeia tradicional indígena, seus usos, conhecimentos e práticas terapêuticas, com promoção do respeito às diretrizes, políticas nacionais e legislação relativa aos recursos genéticos, bioética e bens imateriais das sociedades tradicionais. pág. 18.</p>
					<p>-Diretriz 6;</p> <p>-Para a efetiva implementação e consolidação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deverão ser consideradas e priorizadas ações para situações especiais, isto é, caracterizadas, fundamentalmente, por risco iminente, especificidade do processo saúde-doença, impactos econômico e social de grandes projetos de desenvolvimento, vulnerabilidade derivada do tipo de contato, exposição a determinados agravos, como as doenças sexualmente transmissíveis e a aids, o suicídio, e os desastres ambientais, entre outros. pág. 19.</p> <p>1- prevenção e controle de agravos à saúde em povos com pouco contato ou isolados, com estabelecimento de normas técnicas específicas e ações de saúde especiais que diminuam o impacto causado à saúde no momento do contato e pelos desdobramentos posteriores. Deverão ser contemplados: a preparação e capacitação de equipes de saúde para situações especiais, quarentena pré e pós-contato, imunização da população, estruturação de sistema de vigilância e monitoramento demográfico; pág. 19.</p> <p>2- prevenção e controle de agravos à saúde indígena nas regiões de fronteira, em articulação com as instituições nacionais, e cooperação técnica com os países vizinhos; pág. 19.</p> <p>3 - exigência de estudos específicos de impactos na saúde e suas repercussões no campo social, relativos a populações indígenas em áreas sob influência de grandes projetos de desenvolvimento econômico e social (tais como a construção de barragens, estradas, empreendimentos de exploração mineral, etc.), com implementação de ações de prevenção e controle de agravos; pág. 19.</p> <p>4 - acompanhamento, monitoramento e desenvolvimento de ações que venham coibir agravos de violência (suicídios, agressões e homicídios, alcoolismo) em decorrência da precariedade das condições de vida e da expropriação e intrusão das terras indígenas; pág. 19.</p> <p>5 - prevenção e assistência em doenças sexualmente</p>

				<p>transmissíveis e aids, priorizando a capacitação de multiplicadores, dos agentes indígenas de saúde e de pessoal técnico especializado para atuar junto aos portadores destas doenças; pág. 19.</p> <p>6 - combate à fome e à desnutrição e implantação do Programa de Segurança Alimentar para os povos indígenas, incentivando a agricultura de subsistência e a utilização de tecnologias apropriadas para beneficiamento de produtos de origem extrativa, mobilizando esforços institucionais no sentido de garantir assessoria técnica e insumos para o aproveitamento sustentável dos recursos; pág. 19.</p> <p>7- desenvolvimento de projetos habitacionais adequados e reflorestamento com espécies utilizadas tradicionalmente na construção de moradias. pág. 19.</p> <p>- Diretriz 7;</p> <p>- O órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, em conjunto com o órgão indigenista oficial, adotará e promoverá o respeito à Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, e à Resolução nº 304/2000, que diz respeito à temática especial: pesquisas envolvendo populações indígenas. Igualmente, será promovido o cumprimento das normas do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução nº 1.246/88, do Conselho Federal de Medicina, bem como a realização de eventos que visem aprofundar a reflexão ética relativa à prática médica em contextos de alta diversidade sociocultural e linguística. pág. 19- 20.</p> <p>-Diretriz 8;</p> <p>-As prioridades ambientais para uma política de atenção à saúde dos povos indígenas devem contemplar a preservação das fontes de água limpa, construção de poços ou captação à distância nas comunidades que não dispõem de água potável; a construção de sistema de esgotamento sanitário e destinação final do lixo nas comunidades mais populosas; a reposição de espécies utilizadas pela medicina tradicional; e o controle de poluição de nascentes e cursos d'água situados acima das terras indígenas. pág. 20.</p> <p>-As ações de saneamento básico, que serão desenvolvidas no Distrito Sanitário, deverão ter como base critérios epidemiológicos e estratégicos que assegurem à população água de boa qualidade, destino adequado dos dejetos e lixo e controle de insetos e roedores. pág. 20.</p> <p>-Diretriz 9;</p> <p>- A participação indígena deverá ocorrer em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, contemplando expressões formais e informais. pág. 20.</p> <p>- Essa participação dar-se-á especialmente por intermédio da constituição de Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena; por Reuniões Macrorregionais; pelas Conferências Nacionais de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e Fórum Nacional sobre a Política de Saúde Indígena e pela presença de representantes indígenas nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde. pág. 21.</p>
--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<ul style="list-style-type: none"> - Os Conselhos Locais de Saúde serão constituídos pelos representantes das comunidades indígenas da área de abrangência dos Pólos-Base, incluindo lideranças tradicionais, professores indígenas, agentes indígenas de saúde, especialistas tradicionais, parteiras e outros. pág. 21. - Os representantes que farão parte do Conselho Local de Saúde serão escolhidos pelas comunidades daquela região, tendo sua indicação formalizada pelo chefe do Distrito. pág. 21. - Essa é uma instância privilegiada para articulação com gestores locais para encaminhamento das discussões pertinentes às ações e serviços de saúde. pág. 21. - Os Conselhos Distritais de Saúde serão instâncias de Controle Social, de caráter deliberativo e constituídos, de acordo com a Lei nº 8.142/90, observando em sua composição a paridade de 50% de usuários e 50% de organizações governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores do setor de saúde dos respectivos distritos. pág. 21. - Os presidentes dos conselhos serão eleitos diretamente pelos conselheiros, que devem elaborar o regimento interno e o plano de trabalho de cada Conselho Distrital. pág. 21. - Como forma de promover a articulação da população indígena com a população regional na solução de problemas de saúde pública, deve ser favorecida a participação de seus representantes nos Conselhos Municipais de Saúde. pág. 21. - Deve ser ainda estimulada a criação de Comissões Temáticas ou Câmaras Técnicas, de caráter consultivo, junto aos Conselhos Estaduais de Saúde, com a finalidade de discutir formas de atuação na condução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. pág. 21. - O Controle Social, no âmbito nacional, será exercido pelo Conselho Nacional de Saúde, assessorado pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena - CISI, já existente e em funcionamento. pág. 21. - As Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas deverão fazer parte das Conferências Nacionais de Saúde e obedecerão à mesma periodicidade. pág. 21.
Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.	Estadua l.	2016 - 2019 .	O Plano Estadual de Saúde (PES) 2016-2019 é o principal instrumento de planejamento da gestão estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como objetivo orientar as políticas públicas no período, com	O Plano não apresenta nas suas diretrizes ações relacionadas a esse grupo populacional específico, conforme a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.	

			<p>base nas necessidades de saúde da população gaúcha e nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. A partir da análise situacional do território, de forma regionalizada, foram definidas diretrizes, objetivos e metas a serem alcançados no referido período e identificada a estratégia para o monitoramento e a avaliação das metas previstas no âmbito estadual. pág. 21.</p>		
<p>Plano Municipal de Saúde de Santa Maria.</p>	<p>Municipal.</p>	<p>2018 - 2021 .</p>	<p>A Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria – RS apresenta o Plano Municipal de Saúde 2018-2021, que além de ser requisito legal, traduz as propostas da atual gestão e expressa as diretrizes, objetivos, metas e indicadores para o período de quatro anos, pois o planejamento efetivo permite qualificar o desempenho</p>	<p>_ Diretriz 1: Fortalecer e ampliar a Atenção Primária em Saúde. pág. 80. _ Diretriz 4: Realização de conferências municipais de saúde, incluindo as temáticas. pág. 96.</p>	<p>Diretriz 1 Meta -Desenvolver ações em saúde coletiva voltada às populações vulneráveis (negras, indígenas, LGBTTs e prisionais). Indicador- Inclusão da temática em todas as Programações Anuais de Saúde. pág. 82. Diretriz 4 Meta- Realizar conferências temáticas a partir das deliberadas pelo Conselho Nacional de Saúde. (Saúde da População Indígena e da Pessoa com Deficiência). Indicador- Conferências realizadas. pág. 96.</p>

			<p>das ações em saúde. Garantir o atendimento integral das necessidades de saúde é cumprir um direito assegurado pela Constituição Federal de 1988, buscando o cuidado integral em saúde. pág. 11</p>		
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--