

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE  
ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS**

Gabriela Manfio Pohia

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL E A QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE:  
uma proposta de termo de pactuação entre comunidade indígena e serviços de saúde.**

Santa Maria, RS  
2022

Gabriela Manfio Pohia

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL E A QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE:  
uma proposta de termo de pactuação entre comunidade indígena e serviços de saúde.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Gestão de Organizações Públicas da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão de Organizações Públicas.

Prof. Dr. José Luiz de Moura Filho  
Orientador

Santa Maria, RS  
2022

Pohia, Gabriela Manfio

PARTICIPAÇÃO SOCIAL E A QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA  
EM SAÚDE: uma proposta de termo de pactuação entre  
comunidade indígena e serviços de saúde. / Gabriela  
Manfio Pohia.- 2022.

52 p.; 30 cm

Orientador: José Luiz de Moura Filho

Coorientador: Alice do Carmo Jahn

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de  
Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas, RS, 2022

1. Saúde Indígena 2. Enfermagem 3. Participação Social  
4. Kaingang 5. Cultura I. de Moura Filho, José Luiz  
II. Jahn, Alice do Carmo III. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, GABRIELA MANFIO POHIA, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

Gabriela Manfio Pohia

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL E A QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE: uma proposta de termo de pactuação entre comunidade indígena e serviços de saúde.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Gestão de Organizações Públicas da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Gestão de Organizações Públicas**.

**Aprovado em 31 de Agosto de 2022**

---

**José Luiz de Moura Filho, Dr. (UFSM)**  
**(Presidente/Orientador)**

---

**Alice do Carmo Jahn, Dra. (UFSM)**  
**(Coorientadora)**

---

**Marta Cocco da Costa, Dra. (UFSM)**

---

**Marília Floôr Kosby, Dra. (UFRGS)**

---

**Teresinha Reck Weiller, Dra. (UFSM)**

Santa Maria, RS  
2022

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, pois é Dele que provém todo o conhecimento.

Agradeço ao meu orientador Dr. José Luiz de Moura Filho por aceitar conduzir este estudo.

Agradeço a minha coorientadora Dra. Alice do Carmo Jahn, por todo auxílio prestado durante mais esta trajetória.

A todos os meus professores do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas, da Universidade Federal de Santa Maria, pela excelência e qualidade técnica de cada um.

À indígena Brasília Ribeiro de Freitas, por me acolher e me transmitir a importância de lutar por nossos ideais, sendo uma referência de sabedoria e resistência durante período. Obrigada por sua resiliência e por mostrar a nós mulheres, que somos capazes, que temos força e que nossa voz deve e merece ser ouvida.

Aos indígenas que me oportunizam acompanhar suas trajetórias de vida e me transmitem conhecimento e momentos únicos, está construção dedico a todos vocês.

## RESUMO

### **PARTICIPAÇÃO SOCIAL E A QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE: uma proposta de termo de pactuação entre comunidade indígena e serviços de saúde.**

AUTORA: Gabriela Manfio Pohia  
ORIENTADOR: Prof. Dr. José Luiz de Moura Filho  
COORIENTADORA: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Alice do Carmo Jahn

Esta pesquisa buscou estabelecer um termo de pactuação entre os indígenas da Terra Indígena (TI) do Guarita e os serviços de saúde referência do município de Tenente Portela/RS, através das demandas elencadas pela participação social dos indígenas desta comunidade. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com o aporte teórico-metodológico das Ciências Sociais e da Saúde. Foi realizada na TI do Guarita, com indígenas Kaingang no período de janeiro a julho de 2022. A coleta de dados utilizou-se de consulta a relatórios, documentos, e dinâmicas as quais foram mediadas pela população indígena, classificando-se como qualitativa pois ocorreu a descrição dos fatos observados. A análise e interpretação dos dados foi realizada utilizando-se do método de análise de conteúdo, que se constitui em um conjunto de técnicas que permitem a apreciação das comunicações e fornecem informações suplementares (BARDIN, 2011). Além de qualificar a assistência, busca-se a mediação das demandas elencadas pelo público alvo para as instituições públicas, que são compostas pela Fundação Nacional do Índio, Secretária Especial de Saúde Indígena; Secretária Municipal de Saúde de Tenente Portela/RS, Secretária de Assistência Social, Estratégia de Saúde Indígena, Hospital Santo Antônio (HSA), trazendo informações sobre o atendimento de indígenas relacionado às instituições que prestam assistência a esta população, através da opinião dos Kaingang.

**Palavras chaves:** Saúde Indígena. Kaingang. Cultura. Enfermagem. Participação Social.

## **ABSTRACT**

### **Social participation and the qualification of health care, a search for the indigenous population**

**AUTHOR:** Gabriela Manfio Pohia  
**ADVISOR:** Prof. Dr. Jose Luiz de Moura Filho  
**CO-ORIENTED:** Prof. Dr. Alice do Carmo Jahn

This research will seek to establish a term of agreement between the indigenous people of the Indigenous Land (TI) of Guarita and the reference health services in the municipality of Tenente Portela/RS, through the demands listed for the social participation of the indigenous people of this community. This is a descriptive, exploratory research with the theoretical-methodological contribution of the social and health sciences. It will be held at the Guarita Indigenous Land, with Kaingang Indians from April to August 2022. Data collection will use consultation of reports, documents, and meeting dynamics, meetings which will be mediated by the indigenous population, it is classified as qualitative because the description of the observed facts will occur. The analysis and interpretation of data will be carried out using the content analysis method, which consists of a set of techniques used to allow the appreciation of communications and provide supplementary information (BARDIN, 2011). in addition to qualifying the assistance, it seeks to address the demands listed by the target audience with public institutions, which are composed of the National Indian Foundation, Special Secretary for Indigenous Health; Municipal Secretary of Health of Tenente Portela/RS, Secretary of Social Assistance, Indigenous Health Strategy; Santo Antônio Hospital (HSA), and greater control and information about the care of indigenous people related to the institutions that provide assistance to this population

**Keywords:** Indigenous Health. Kaingang. Culture. Nursing. Social Participation.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA.....	12
<b>Objetivo Geral</b> .....	<b>15</b>
<b>Objetivos Específicos</b> .....	<b>15</b>
<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>15</b>
ESTRUTURA DO TRABALHO .....	17
<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>17</b>
OS KAINGANG E SUA ORGANIZAÇÃO SOCIAL E DE SAÚDE .....	17
TERRA E CONHECIMENTO COMO FONTE DE PODER.....	20
SAÚDE CULTURAL: VELHOS QUADROS, NOVOS MALES .....	22
<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>26</b>
CARACTERIZAÇÃO, DIAGNÓSTICO E ANÁLISE DA REALIDADE ESTUDADA. ....	26
<b>PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA REALIDADE</b> .....	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	44
APÊNDICE – Instrumento de Coleta de Dados.....	50

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Organização do DSEI .....	24
Figura 3 – Municípios e Áreas da TI Guarita/RS .....	27

**LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Respostas dos participantes .....	32
--	----

**LISTA DE SIGLAS**

EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
CASAI	Casa de Saúde Indígena
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
LASIPA	Liga Acadêmica de Saúde Indígena do Pará
PNASI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PPGOP	Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SUS	Sistema Único de Saúde
SASI	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
TI	Terra Indígena

## INTRODUÇÃO

Na América Latina estão localizadas 826 comunidades indígenas compostas por cerca de 45 milhões de pessoas, as quais representam 8,3% da população (ISA,2014). No Brasil os mais de 305 povos indígenas somam 896.917 pessoas. Destes, 324.834 vivem em cidades e 572.083 em áreas rurais, o que corresponde aproximadamente a 0,47% da população total do país (IBGE, 2010).

No Rio Grande do Sul (RS) destaca-se a presença de indígenas da etnia Kaingang no sentido quantitativo. Estes constituem um dos cinco povos indígenas mais numerosos do Brasil Meridional, com uma população em torno de 45.620 pessoas. O que torna o território rico em diversidade cultural e proporciona um vasto campo de inserção para além das modalidades acadêmicas e profissionais (ISA, 2014).

Na região norte do RS, está situada a Terra Indígena do Guarita, território composto por 23,4 mil hectares, onde residem indígenas das etnias Kaingang e Guarani, em que vivem aproximadamente sete mil indivíduos, estruturada em 12 setores (aldeias), sendo 11 Kaingang, vinculados ao município de Redentora, Erval Seco e Tenente Portela (IBGE,2010).

A principal língua falada é o Kaingang, além do Português e do Guarani. A TI abriga o maior contingente de indígenas Kaingang no RS, é um território permeado por singulares, relacionadas às questões sociais, políticas e de gênero. O que é evidenciado através da articulação de um Coletivo de Mulheres Indígenas, as quais superam desafios e organizam-se em defesa de seus direitos e de sua comunidade.

Singularidades como a língua materna de cada etnia, sua organização social, e interrelação com o território em que vivem devem ser consideradas durante seu percurso de assistência em saúde. O Ministério da Saúde (2002) preconiza que devem ser definidos procedimentos de referência, contra referência e incentivo às unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados, com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas (SILVA, *et al*, 2016).

De acordo com Popyguá (2007), o poder público no Brasil tem dificuldades de dialogar com os povos indígenas e reconhecer na prática suas diferenças. Os programas do governo fazem para os indígenas as mesmas exigências que fazem para as organizações não indígenas, não reconhecendo sua organização social, as formas de representação, o jeito de expressar seus sentimentos e costumes.

Ao falar em formas de representação, vem à tona a discussão referente à igualdade de gênero, que no âmbito sanitário existe quando as mulheres e homens estão em situação de condições igualitárias para exercer plenamente seus direitos para gozar do mais alto grau alcançável de saúde, participar das decisões e ações que afetam o desenvolvimento sanitário de sua coletividade, e beneficiar-se dos resultados deste desenvolvimento (OPAS, 2005).

O coletivo de Mulheres Indígenas, vem exercendo a participação social, através de ações que visam melhorias no campo da saúde em suas comunidades. Tendo como liderança a indígena Brasília de Freitas, a qual ocupa uma cadeira durante as discussões do cacicado deste território.

As mulheres indígenas veem a relação de gênero, isto é, a unidade doméstica, como unidade produtiva. As mulheres pensam primeiro o interesse do seu povo, e dentro dele o interesse ou papel do seu grupo (mulher) e o seu papel individual. Nunca separadamente. Para este grupo parece claro que as relações de gênero não são hierarquizadas, concorrentes ou excludentes, são sim um conjunto de relações sociais pautadas na horizontalidade, complementariedade, solidariedade e inclusão (VITTOY, 2015).

Buscam a efetivação de seus direitos e reparações do processo de colonização, onde abordam questões ligadas ao meio ambiente, educação, soberania alimentar, artesanato e de saúde. Eixos mediados pelas participantes, articuladas a entidades e instituições públicas, como a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

O desenvolvimento de ações que auxiliem na mediação e busca referente aos processos e vivências indígenas, ocorrem em diversos espaços na UFSM. Iniciativas que visam a articulação do ensino, pesquisa e extensão, através da aproximação e troca cultural, e oportunizam a sensibilização quanto a temática no ambiente universitário e nas comunidades.

As propostas vinculadas a UFSM, como a do Programa de Extensão em Desenvolvimento Regional Sustentável: o fazer universitário e as interfaces com o território rural e indígena Kaingang por meio de ações multidisciplinares e da Liga Yandê: Liga Acadêmica de Assuntos Indígenas, trazem visibilidade à temática indígena no ambiente acadêmico, valorizando os povos indígenas com suas especificidades e concepções. (REVISTA ARCO, 2021).

Foi em um desses espaços de construção do conhecimento, que surgiu a aproximação entre participantes do Programa de Extensão em Desenvolvimento Regional Sustentável, e o Coletivo de Mulheres Indígenas do Guarita, no ano de 2016, com a organização do I Encontro de Mulheres Indígenas, o qual contou com a presença de representantes de todo o estado do RS,

onde objetivou-se a articulação de demandas através da voz das participantes, representantes de suas comunidades, sendo o ponto inicial da movimentação e fomento a participação social da população localizada nestas comunidades.

Desde então ocorrem atividades na TI do Guarita, através de demandas levantadas pela comunidade, mediada pelo Coletivo de Mulheres Indígenas, como a temática desta pesquisa. A qual é vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas (PPGOP) da Universidade Federal de Santa Maria - RS, e aborda a temática da Saúde Indígena, mediada pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASI), considerando a participação social de indígenas Kaingang no processo de gestão e acesso aos serviços em saúde referências em seu território.

Com foco nos objetivos traçados, o presente trabalho, após essa (1) introdução, apresenta (2) delimitação do problema de pesquisa, (3) objetivos, (4) justificativa, (5) estrutura do trabalho, além das (6) referências.

## DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Ao falar em saúde indígena é importante abordar a realização da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio em 1986, e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas em 1993, mediante às VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde, as quais foram fundamentais na proposta de estruturação de um modelo de atenção diferenciada, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades (PNASI, 2022).

A assistência em saúde prestada a estas comunidades, deve ser diferenciada, regulada e implementada pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), sob a gestão direta do Ministério da Saúde, onde os indígenas devem ter garantidos o acesso universal e integral à saúde e a participação em todas as etapas de planejamento, execução e avaliação das ações desenvolvidas, considerando o território que os envolve e suas singularidades culturais (LIEBGOTT, 2011).

A Constituição da República Federativa do Brasil reconhece aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais bem como estabelece seus direitos sociais, dentre os quais à

saúde, integrando ações e políticas públicas que concretizem o que é preconizado. E que por vezes não é efetivado durante o cuidado prestado.

As diferenças etnoculturais características dos conselhos de saúde indígena explicitam conflitos decorrentes das sociedades multiculturais e lançam novos desafios para a compreensão da relação que se estabelece entre indígenas e governo no que se refere à política de saúde. Particularmente quanto à dimensão do compartilhamento de decisões e à transferência de poder sobre as políticas públicas aos usuários. Esses e outros aspectos têm importantes reflexos no desenvolvimento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e na definição da forma de intervenção do Estado (FERREIRA, 2012).

Neste contexto da atenção à saúde indígena, de acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASI) é fundamental considerar o conhecimento tradicional desses povos no processo de sua promoção em saúde, prevenção de doenças e tratamento das enfermidades (PNASI, 2002).

No entanto, estudos epidemiológicos realizados com diferentes povos indígenas do país concluíram que, dentre outros fatores, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, tanto na atenção básica nas aldeias, quanto as ações e serviços especializados, de médias e altas densidades, ofertados pelos municípios e/ou estado, possibilita que essas minorias étnicas se encontrem submetidas a maior risco de doenças (GOMES; ESPERIDIÃO, 2017).

As Conferências Nacionais de Atenção à Saúde Indígena atestam uma discussão sobre atenção diferenciada, centrada no trabalho conjunto entre as comunidades indígenas e os profissionais de saúde, através da troca de experiências, compreensão do universo indígena e da aproximação entre a medicina hegemônica científica e tradicional indígena (CECCIM, 2005).

Mas, o que se visualiza no percurso realizado em seus processos de saúde, é o modelo biomédico, cada vez mais dependente da tecnologia e dividido em especialidades, onde a doença é vista como um fato apenas biológico, que acontece em um corpo também fragmentado. Ao contrário da visão dos povos indígenas, os quais entendem a origem da doença a partir de forças invisíveis, humanas ou da natureza, que podem estar ligadas a aspectos fora do corpo. Assim, as práticas de cura devem dar conta dos problemas físicos e, também, espirituais (ISA, 2011).

Outro agravante foi à pandemia do COVID-19, que possibilitou o avanço de uma agenda política anti-indígena face ao caos político e social vivenciado em nosso País. Por outro lado,

trouxe ênfase, à luta dos povos indígenas e outros grupos sociais, na mobilização junto com a sociedade para proteção de seus direitos territoriais e modos de vida (ROCHA; PORTO 2020).

Paralelamente a população, os indígenas também sofreram com a diminuição, ou total exclusão, das suas fontes de renda, fontes estas que são adquiridas principalmente através dos artesanatos (brincos, colares, filtro dos sonhos, entre outros) produzidos pelos mesmos em suas terras, porém vendidos nos centros urbanos. Entretanto, com a pandemia, foram impedidos de realizarem a venda destes na cidade, por conta do distanciamento social que foi implantado para controle da disseminação do vírus, causando uma grande preocupação a todos os indígenas (TORALLES, 2006).

As crises ecológicas, políticas, econômicas, sociais e sanitária, se convergem atualmente, agudizando processos de assimetrias vivenciadas por estas populações, com a diminuição de seus territórios, disputas políticas, assimilação cultural pelos indígenas mais jovens, saída das aldeias, permeiam um caminho de luta pela busca e afirmação por seus direitos.

Frente ao exposto demonstra-se a importância de haver uma assistência equânime, baseada em preceitos éticos que inter-relacionem o aspecto cultural de cuidado indígena, na qual os profissionais da saúde estejam preparados para o atendimento, respeitando as diferenças etnoculturais, com ênfase na participação social, tendo como protagonista a população indígena, como parte do processo de implementação e efetivação das políticas públicas, abrangendo às diversas portas de entradas e caminhos dos indígenas em busca por assistência em saúde.

O que demonstra a importância do gerenciamento de pessoas nas instituições públicas, que garantam serviços à população indígena, que articulem as políticas existentes, ao cenário atual, incentivando a participação social e processos que permitam discussões e aprimoramento do que é preconizado. É necessário meios que considerem o que os indígenas pensam sobre o atendimento realizado e se o mesmo vai ao encontro do que esperam pra si.

Através das discussões realizadas entre comunidade e profissionais de saúde, mediadas por extensionistas do Programa de Extensão em Desenvolvimento Regional Sustentável, o Coletivo de Mulheres Indígenas do Guarita levantou fragilidades durante o percurso de busca pelo atendimento em saúde, o que demonstra a importância da participação social, para que gestores e profissionais, busquem formas para potencializar a assistência ofertada.

Tendo em vista a busca por uma assistência equânime, baseada em preceitos éticos que inter-relacionem o aspecto cultural de cuidado indígena, na qual os profissionais da saúde estejam

preparados para o atendimento, respeitando as diferenças culturais. Questiona-se: Qual o panorama em saúde vivenciado na TI do Guarita/RS, na visão dos indígenas? De que forma pode-se articular o fazer dos profissionais de saúde, com as demandas levantadas pela comunidade?

### **Objetivo Geral**

Propor um termo de pactuação entre os indígenas da TI do Guarita/RS e os serviços de saúde que acessam, através do mapeamento da visão da comunidade, mediado pelo Coletivo de Mulheres Indígenas.

### **Objetivos Específicos**

- a) Caracterizar a Terra Indígena do Guarita em relação a sua população e os serviços de saúde existentes;
- b) Descrever e analisar o processo de como são e como pretendem ser atendidos durante o acesso nos serviços de saúde

### **JUSTIFICATIVA**

Os serviços oficiais de saúde, pautados pelo modelo da cultura envolvente, propendem a ignorar e até negar os saberes e práticas utilizados pela população em geral. De certa forma, o reconhecimento das diversidades entre as práticas biomédicas e as práticas indígenas de atenção à saúde e às enfermidades tende a polarizar-se de forma antagônica na efetivação das políticas públicas (MENENDEZ, 2003).

Isso é evidenciado por Borges (2019) ao demonstrar que a população indígena enfrenta diversas barreiras no acesso à saúde: isolamento físico, inadequação na organização de serviços de saúde, problemas no encaminhamento à atendimentos especializados, inexistência de materiais educativos culturalmente apropriados e também o desprezo da perspectiva étnica em seu processo terapêutico. Diferenças essas agravadas pela pandemia do coronavírus, e pelo congelamento de investimentos em saúde, pelo governo atual.

Considerando os saberes e práticas de saúde dos povos indígenas, faz-se necessária a construção coletiva, através de um processo de planejamento participativo, que contemple os

sistemas tradicionais de saúde dos povos indígenas, os quais são articulados à diversos aspectos de sua organização social e cultural (FUNASA, 2001).

Se faz necessário que tal realidade tenha profissionais com desenvolvimento de competências culturais, no compartilhamento e na troca de conhecimentos intersetoriais e interdisciplinares com os usuários, familiares e comunidades indígenas, vislumbrando-se o tecer de subsídios que contribuam para à ampliação de uma produção do cuidado em saúde, correspondendo às necessidades de saúde, e aos anseios e interesses dos indígenas (SILVA, 2016).

A oportunização em vivenciar à realidade e sensibilizar-se quanto à cultura indígena é um elo importante na construção de uma rede de cuidados adequada ao que é preconizado pela PNASI. O Programa de Extensão em Desenvolvimento Regional Sustentável, através de suas ações, realiza à articulação de momentos de trocas de saberes, entre docentes, discentes e comunidade.

Este estudo é um dos resultados da atividade da autora no Programa de Extensão, primeiramente como bolsista no ano de dois mil e dezesseis, tendo realizado o Trabalho de Conclusão de Curso através de uma pesquisa com mulheres indígenas da etnia Kaingang, por meio do qual observou-se suas concepções de saúde e seus processos de autoatenção, tendo-se concluindo que o modelo biomédico tradicional em saúde sobrepõe aos saberes populares, no território em questão.

Dentro desta articulação do Programa, atuando como enfermeira e pesquisadora, ocorre o acompanhamento e mediação da articulação do Coletivo de Mulheres Indígenas do Guarita. Onde as mulheres indígenas desempenham ações frente a questões de sustentabilidade, segurança, soberania alimentar e saúde, através da participação democrática da comunidade.

O que vai de encontro o que é trazido por Amorim (2016) que aborda que os usuários indígenas devem ser os principais atores para identificação do itinerário social envolvido na busca de acesso aos serviços de média e alta densidade, e seus obstáculos, reconhecendo o conhecimento do ponto de vista do indígena como essencial para superação das barreiras e adequação ao uso dos serviços de saúde.

A busca pela efetivação do que é preconizado é constante, onde observa-se a forma de cuidado, repassada de geração em geração, onde o conceito de saúde não é somente o estado físico, mas também de território, laços sociais, através de suas singularidades.

Justifica-se, portanto, discutir à temática abordada, proporcionando um espaço de construção entre à comunidade da TI do Guarita, profissionais de saúde e gestores dos serviços acessados pelos indígenas. Trazendo subsídios para que os gestores implementem e busquem proporcionar a potencialização do atendimento aos indígenas, considerando à interculturalidade desta população, através da participação social, mediado pelo Coletivo de Mulheres Indígenas.

## **ESTRUTURA DO TRABALHO**

O presente trabalho se encontra dividido em (1) introdução, composta por (1.1) delimitação do problema de pesquisa, (1.2) objetivo geral e (1.3) objetivos específicos, (1.4) justificativa, (1.5) estrutura do trabalho, além de (2) referencial teórico, (3) metodologia, (4) discussões (5) referências bibliográficas.

## **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **OS KAINGANG E SUA ORGANIZAÇÃO SOCIAL E DE SAÚDE**

Os Kaingang pertencem ao grupo linguístico Macro Jê, dentre os idiomas, constam com o maior número de falantes entre às línguas indígenas no Brasil (D'ANGELIS, 2012; PORTAL KAINGANG, 2017). Apresentam uma organização social marcada pela existência de duas metades exogâmicas e patrilineares, que em sua relação assimétrica, se complementam enquanto unidade social (SILVA, 2001; JAHN, 2015).

As metades duais são conhecidas como Kamé e Kairú que são representações cosmológicas relacionadas ao mito de origem do grupo. Para Borba (1908), Kame e Kanhrú são heróis que teriam sobrevivido ao dilúvio no início dos tempos e que deram origem aos Kaingang na atualidade, as partes complementam-se entre si, e são representadas em suas pinturas corporais, artesanatos e modos de vida (NACKE, 2007; JAHN, 2015).

Possuindo como princípio à tomada da vida em complementaridade, nas comunidades, para os indígenas os seres se completam, de forma que a incompletude do ser se transforma em convivência harmônica e questão fundamental de sobrevivência, à visão dual é ligada desde o nascimento, até o casamento, entre à divisão da educação dos filhos, até às atividades e tarefas diárias (GRUPIONI, 1994).

Na organização social do povo indígena Kaingang, à maior parte da educação dada aos filhos parte das mulheres que são às protagonistas no processo da educação das crianças, desde

o nascimento acompanhando-as em parte dos rituais que acontecem na cultura tradicional (CLAUDINO, 2015).

Este aprendizado pode ser constatado em momentos no convívio social Kaingang e no cotidiano familiar junto da mãe, em que se pode acompanhar a preparação das comidas tradicionais, na busca e preparo da obra prima para a confecção do artesanato. Com a mãe a criança lava roupa, aprende histórias contadas e ensinadas pelos Kofá (velhos) de como são os afazeres da casa. Aprendem não como serviço forçado, mas sim como um aprendizado espontâneo, e tudo é permeado pela integralidade entre o território e suas metades duais (JAHN,2015).

A observação da cosmovisão e dualidade indígena demonstra sua interrelação entre sociedade e natureza para os que pertencem à cultura da vida, o mais importante não é nem a prata, nem o ouro e nem mesmo o homem (CHOQUEHAUNCA, 2013). Para o referido autor, o aspecto mais importante dá-se pelos rios, o ar, as montanhas, as estrelas, as formigas, as mariposas, pois sem essas coisas o homem não pode viver.

Refletir sobre as sociedades a partir das cosmologias indígenas, traz a visualização de maneiras distintas de viver e pensar, onde um território comum propõe um vasto campo político de ação, pois a visão dual indígena não é reduzida a forma ocidental de visualização e organização mundial, mas sim uma maneira complexa de entendimento e relação entre espaço e sociedade.

Os saberes dos povos indígenas, assim como os de toda comunidade originária constituem fenômenos complexos, construídos socialmente a partir de práticas e experiências culturais, relacionadas ao espaço comunitário, aos usos, costumes e tradições. Por ser coletivamente construído, possuem características marcantes de relações compartilhadas, de intercâmbios, de solidariedades, o que os difere, substancialmente, do caráter individualista da propriedade privada (DANTAS, 2006).

Às vivências indígenas consideram o universo em sua totalidade e inserem o ser humano em uma complexa rede e articulações onde estão envoltas as crenças e formas de vida, onde se inter-relacionam seres sobrenaturais e naturais, homem e natureza, integrando essas concepções como um todo, o que não é compreendido na lógica materialista e capitalista na qual ao qual a sociedade não originária está imersa (RIBEIRO, 1982).

Para os indígenas, a saúde está intimamente relacionada com a Mãe Terra, dependente de uma relação equilibrada entre os seres vivos e a natureza: desde os tempos anteriores à colonização europeia esses povos possuem seus sistemas tradicionais de saúde, que articulam os diversos aspectos da sua organização social e da sua cultura, a partir do uso das plantas medicinais, dos rituais de cura e das diversas práticas de promoção da saúde, sob a responsabilidade de pajés, curadores e parteiras tradicionais (BONIN; MIOTTO, 2015).

Através do resgate histórico e apontamentos dos desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil, Souza *et al.* (2019), reportam-se, em primeiro lugar à luta pelo direito à saúde, a qual exige enfrentar o desafio de se construir um projeto de desenvolvimento nacional, para, só então, coerente com a ideia da saúde como direito humano, o desenvolvimento caracterizar-se como soberano, socialmente inclusivo e sustentável.

Assim, a perda das formas tradicionais de vida, provocada pela destruição ambiental, ocupação das terras indígenas, exclusão social e discriminação étnica, também resultantes do processo colonizador, é responsável pelo fato de as populações indígenas em todo o mundo estarem em condições de maior vulnerabilidade aos agravos na saúde, sendo amplamente reconhecido que esses povos apresentam taxas de morbimortalidade superiores às demais populações (LORENZO, 2012).

As taxas elevadas de morbimortalidade, estão ligadas às construções das experiências que cada grupo desenvolve, e os eventos que permeiam o mundo social e cultural, propiciam a emergência de arranjos próprios de cuidados à saúde. Nessa direção, Kleinman, Eisenberg e Good (1978) e Kleinman (1980) propõe o Sistema de Cuidado à Saúde (*Health Care System*) como tendo sua natureza cultural, o qual é apreendido como um conjunto de todos os elementos e arranjos de uma sociedade, relacionados aos saberes e práticas no processo saúde-doença e cura (JAHN, 2017).

Considerando às singularidades étnicas e às diferentes formas de adaptação cultural impostas aos povos indígenas, verifica-se que em sua forma de medicina tradicional consideram à saúde como um todo, onde o ser está em equilíbrio com seu semelhante, articulado ao espaço em que habita e sua vivência em comunidade, ou seja, a sanidade está relacionada às formas ambientais e crenças, como observado acima.

Segundo, Santos *et al* (2017) a visão de grande parte dos povos indígenas, em seu processo saúde-doença ultrapassa as rígidas noções de doença e tratamento postuladas pelas

ciências médicas, mais especificamente pela medicina, que, por sua vez, se baseia estritamente em processos fisiopatológicos do organismo humano.

A concepção indígena de adoecimento e cura faz parte de uma ordem cosmológica e envolve forças invisíveis da natureza: o significado da doença está muito além da limitada perspectiva de corpo material, pois esse processo não envolve somente sofrimento físico, mas principalmente espiritual e moral (SANTOS *et al.*, 2017).

Como exposto neste campo do estudo, a vivência Kaingang está diretamente ligada aos processos ao qual vivenciam, a dualidade cosmológica, onde indígena e a terra entendem-se por um só. Torna-se oportuno abordar questões do território e o vínculo dos indígenas, ao se pensar em saúde.

#### TERRA E CONHECIMENTO COMO FONTE DE PODER

Os Kaingang produzem seus territórios de acordo com uma concepção própria de tempo e espaço. O modo de vida Kaingang implica uma relação específica com a natureza e entre si, de acordo com representações simbólicas historicamente elaboradas, que conferem sentido às suas práticas materiais e sociais em que, conseqüentemente, saúde e educação estão inseridas. Ser e tornar-se humano está relacionado com o viver, de acordo com o modelo prático e simbólico Kaingang (MORAES, 2009).

O meio ambiente é o resultado das relações recíprocas entre sociedade e natureza num espaço e tempo concretos, ou seja, é gerado e construído ao longo do processo histórico de ocupação e transformação da terra por parte de uma sociedade, o relacionamento que se dá, muitas vezes, de maneira não harmoniosa, situando-se numa perspectiva estritamente utilitária - voltada para a exploração econômica, o que traz efeitos danosos para os ecossistemas e à saúde das pessoas (SILVA; MERCES; ARAÚJO, 2014).

Através das alterações e conformações verificadas na convivência do homem com a natureza, as populações também sofrem impactos em seus processos de saúde-doença, apresentando desequilíbrios e diferenças que se refletem em seus perfis epidemiológicos. O que decorre um novo modo de compreensão destas relações, buscando construir estratégias para a manutenção de um meio que permita o desenvolvimento, mas em consonância com a sustentabilidade.

A sustentabilidade, por sua vez, é um conceito novo e que serve para traduzir um tipo de desenvolvimento sob um real Estado de Direito, sem iniquidades, baseado na concepção de mundo como um conjunto de sistemas complexos, do qual fazemos parte como seres culturais por natureza e naturais por cultura (GARCIA, 1994).

Destaca-se o tripé da sustentabilidade, concebido por Placet, Anderson e Fowler (2005), cujo aspecto ambiental trata da capacidade de resiliência e proteção aos ecossistemas dando aos mesmos a capacidade de autorreparação; enquanto que o econômico traz a possibilidade de oportunidades desta natureza para a coletividade comunitária, o social visa gerar equidade, com justiça para todos, e de consequência, oportunidades.

O tripé ambiental, econômico e social, da sustentabilidade, deve estar em constante equilíbrio para que seja proporcionado à uma sociedade ou território o seu efetivo desenvolvimento; fazendo-se necessário, contudo, à existência de políticas públicas que o amparem e incentivem, especialmente em ambientes diversificados etnicamente, como terras indígenas (VIEGAS; BIANCHI; MEDEIROS, 2015; JAHN, 2018).

Historicamente, os povos indígenas lutam por sua permanência cultural, apesar dos diferentes estilos de vida que lhes foram impostos no contato interétnico, o que lhes causa constante sofrimento, pela violação de seus direitos, agravos à saúde, violências físicas e psicológicas, ou ainda, pela expropriação de seus territórios. Situações que impactam negativamente às comunidades (JAHN, 2015; PORTAL KAINGANG, 2017), já que afeta, diretamente, sua cosmovisão, baseada nos elementos da natureza.

O equilíbrio ambiental no entorno nas terras indígenas é fator de importância para a sobrevivência deste povo, pois a vida do “ser” indígena tem uma relação muito forte com a natureza, é nela que nasce o “ser humano”, cria-se, é nela que é retirada a alimentação para o desenvolvimento do ser humano, os utensílios para o uso doméstico, materiais para a engenharia de suas casas, para confecção dos artesanatos, ervas medicinais para cura ou para preparar as pessoas para uma determinada finalidade (POLICENA, 2020).

Entendem-se então a relação de ser e pertencer a terra na cultura indígena Kaingang, o que traz o território como ponto de partida para o entendimento do modo de vida e os aspectos sociais que circundam a vivência desta população, no território que sofre readaptações ao passar dos anos, buscando a permanência cultural meio à cultura envolvente, faz-se necessário então abordar suas trajetórias, abordando seus direitos e o que permeia a saúde indígena.

## SAÚDE CULTURAL: VELHOS QUADROS, NOVOS MALES

A Constituição Federal (1988) estipulou o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena. A Constituição também definiu os princípios gerais do SUS, posteriormente regulamentados pela Lei 8.080/90.

À PNASI foi regulamentada pelo Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Medida Provisória n.º 1.911-8, que inclui a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a FUNASA, e pela Lei n.º 9.836/99 (PNASI, 2002).

Outro destaque importante sobre a questão que tratou da sistematização da saúde indígena é Lei Federal n.º 9.836/99 – conhecida como “Lei Arouca”, que propôs a criação de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, tendo como objetivo pensar um modelo diferenciado na atenção à saúde indígena, fruto da II Conferência Nacional de Saúde, a qual ocorreu em 1992, onde foram definidos os princípios e diretrizes norteadores da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2002).

Às subseqüentes elaborações das políticas públicas para o atendimento médico, configuram o reconhecimento, por parte do Estado brasileiro, dos direitos e das especificidades dos povos indígenas no país, assim como a sua inserção no bojo das reformas no sistema nacional de saúde, sob a forma da criação de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, o que só aconteceu em 1999, com a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

O processo de implantação da nova política iniciou-se no segundo semestre de 1999 com a criação de uma rede de serviços de saúde nas terras indígenas. Essa foi a forma encontrada para superar as deficiências de cobertura, de acesso e de aceitabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) para essa população. Na oportunidade, medidas foram adotadas, no sentido de que estas pudessem tornar factíveis e eficazes à aplicação dos princípios e das diretrizes de descentralização, de universalidade, de equidade e de controle social (FERREIRA, 2012).

À atenção primária à saúde deve realizar intervenções nas comunidades indígenas com vista à promoção da saúde e prevenção de doenças que poderão colaborar para melhoria das condições de vida da população. Ao mesmo tempo, é fundamental que os serviços de saúde de média e alta densidade tecnológica conheçam os aspectos socioculturais que interferem nos

processos de saúde-doença dos diferentes povos indígenas para acolher e intervir segundo suas necessidades (PEREIRA, 2014).

Historicamente as iniciativas de atenção à saúde indígena vêm ignorando os sistemas de práticas relativas ao adoecer, bem como da existência de seus próprios especialistas. Para os indígenas, ao falar em saúde é imperativo abordar os elementos que assumem importância e norteiam a vida do seu povo, suas práticas tradicionais, para decidir ou negociar o que envolve a comunidade nos cuidados a saúde (JAHN *et al.*, 2017).

A incorporação e efetivação de fato do que é preconizado relacionado a saúde das populações nativas, deve-se articular-se a prática profissional, para isto se faz necessário sensibilizar-se frente ao entendimento do funcionamento e caminho percorrido pelos indígenas e profissionais atuantes no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (BRASIL, 2019).

A saúde indígena no Brasil ocorre através da gestão do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), o qual é regulado pela Secretaria Nacional de Saúde Indígena-SESAI, vinculada ao Ministério da Saúde e no Sistema único de Saúde. Um modelo diferenciado que contempla a organização de serviços orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo (SILVA, 2013).

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena está organizado na forma de 34 DSEIs, trabalha através de diretrizes que devem atender condições como: a consideração dos conceitos e medidas de saúde adotadas pela população indígena, construção coletiva através de um processo de planejamento participativo e possuir instâncias de controle social formalizados em todos os níveis de gestão.

O DSEI deve ser entendido como uma base territorial e populacional sob responsabilidade sanitária claramente identificada, o qual estabelece um conjunto de ações de saúde necessárias à atenção básica, articulado com a rede do Sistema Único de Saúde - SUS (FUNASA, 2001).

Na organização dos DSEIs, são preconizados os sistemas tradicionais de saúde dos povos indígenas, os quais são articulados a diversos aspectos da organização social e de sua cultura, a partir de rituais de cura, uso das plantas e ervas medicinais e práticas diversas de promoção da saúde, sob a responsabilidade de pajés, curadores e parteiras tradicionais, busca-se a cura através de medidas de autoatenção buscando o equilíbrio do ser ao meio ao qual se insere, tudo isso articulado com a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena – EMSI. Conforme figura abaixo

Figura 1 – Organização do DSEI



Fonte: Ministério da Saúde (2010).

O modelo assistencial de saúde indígena está organizado de forma hierarquizada, onde as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) têm como referência seu respectivo polo-base e o os distritos sanitários. O Rio Grande do Sul conta com 6 polos-bases que são: Barra do Ribeiro; Porto Alegre; Osório; Viamão; Guarita; Passo Fundo, e 2 dois distritos sanitários: o DSEI-Interior Sul, com sede no estado de Santa Catarina, e o DSEI-Litoral Sul localizado no estado do Paraná.

A divisão dos DSEIs prevê que em suas jurisdições cada distrito fique responsável por uma área, o Interior Sul pela faixa de terras que compreendem os estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. O Litoral Sul uma faixa litorânea de terras que compreende o estado do Rio de Janeiro ao Rio Grande do Sul (MS,2013).

Esta organização tem o objetivo de ampliar o acesso dos povos indígenas à atenção básica, prestando um cuidado que esteja em conformidade aos contextos interculturais, respeitando sua cultura e agindo de acordo com os preceitos do SUS, ocasionando a descentralização do cuidado (MS, 2013).

Também a partir da criação do Subsistema, o Agente Indígena de Saúde, ganha destaque como membro das comunidades que deve servir como mediador entre os saberes tradicionais e os

conhecimentos e recursos da medicina ocidental. Outro aspecto relevante trazido pelo novo modelo de atenção é a participação indígena, na qual os diversos povos tiveram que se organizar na forma de Conselhos de Saúde para o exercício do controle social (LANGDON; ESTHER; DIEHL, 2007).

Toda infraestrutura e ações realizadas, são controladas pelo Conselho Distrital (CONDISI-INSUL) e os Conselhos Locais de Saúde, instâncias de controle social que devem participar do planejamento e da avaliação das ações, bem com o apreciar as prestações de contas dos órgãos e instituições executoras das mesmas (COIMBRA; SANTOS; ESCOBAR, 2005).

É evidente a importância da medicação e controle social desempenhado pelos indígenas, para efetivar o que é preconizado, considerando às vivências de cada população, o meio ao qual vivem, seu contexto político, social e de gênero, que está em constante movimento, assim abordamos os aspectos aos quais envolvem os indígenas.

Segundo a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), o Brasil está entre os países com maior diversidade étnica e linguística. Apesar de os dados serem difíceis de precisar, a instituição calcula a existência de 220 povos diferenciados, sendo mais de 70 isolados e falando pelo menos 180 línguas distintas derivadas de 30 troncos comuns. (FORTES, 2011).

Todo processo de cuidado em saúde é preconizado na PNASI, visando a atenção integral, com reconhecimento da medicina indígena e o direito dos povos a saúde cultural, o que requer a adoção de uma forma de assistência voltada ao exercício da cidadania indígena neste campo, o que é necessário a formulação de políticas abrangentes que de fato efetivem o que já é preconizado como direito (PNASPI, 2002).

A formulação de políticas públicas para os povos indígenas requer que se determine qual tipo de reconhecimento é desejado, alterando a visão da simples diferenciação entre estas políticas e as de redistribuição, considerando suas crenças e significados, onde a prestação do direito à saúde dos povos indígenas assume importância, sobretudo porque conta, atualmente, com estrutura institucional específica de atendimento e porque precisa lidar com indicadores sociais preocupantes dentro de um contexto intercultural (SARTORI; DAILOR; LEIVAS, 2017).

Os saberes e sistemas da cultura marcam as especificidades dos diferentes grupos étnicos que permanecem vivas, e têm sido transmitidas de geração em geração. Diante do exposto, com esta construção busca-se a mediação das demandas elencadas pelo público alvo com as instituições públicas, que são compostas pela FUNAI, SESAI, Secretária Municipal de Saúde de

Tenente Portela/RS, Secretária de Assistência Social, Estratégia de Saúde Indígena, Hospital Santo Antônio (HSA).

Através da voz dos atores sociais, onde os mesmos realizaram a avaliação frente ao atendimento recebido durante sua busca em saúde nas instituições que prestam assistência a esta população, para isso abaixo indicaremos o caminho metodológico que foi adotado no desenvolver da pesquisa.

## **METODOLOGIA**

Esta construção trata-se de um estudo descritivo, com aporte teórico-metodológico das Ciências Sociais e da Saúde. Para o levantamento dos dados da pesquisa foi realizada a abordagem quali-quantitativa, através de levantamento de pesquisa bibliográfica, análise de relatórios em instituições como a Fundação Nacional do Índio, Ministério da Saúde, bem como aplicação de questionários (apêndice I) de uma pesquisa de opinião, referente ao atendimento em saúde da população indígena da Terra Indígena do Guarita-RS.

A análise e interpretação dos dados ocorreu através da abordagem do método de análise de conteúdo, que se constitui em um conjunto de técnicas por que permitem a apreciação das comunicações e fornecem informações suplementares (BARDIN, 2011).

A análise temática, do ponto de vista operacional, é desenvolvida em três etapas: onde a pesquisadora realizou a pré-análise do conteúdo produzido, onde organizou o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Aí se faz uma exploração do material em que os dados são classificados e categorizados, consistente numa etapa importante, o que possibilitou o início das interpretações e identificação de inferências. Por fim, a pesquisadora interpretou o material adquirido, articulando-se ao referencial teórico, buscando responder às questões do estudo (MINAYO, 2014).

## **CARACTERIZAÇÃO, DIAGNÓSTICO E ANÁLISE DA REALIDADE ESTUDADA.**

O cenário do estudo é a Terra Indígena do Guarita, está situada na região norte do Estado do RS, território composto por 23,4 mil hectares, onde residem indígenas das etnias Kaingang e Guarani, vivem em aproximadamente sete mil indivíduos, estruturada em 12 setores (aldeias), sendo 11 Kaingang (Pedra Lisa, Três Soitas e KM 10, no município de Tenente Portela, sendo estas três participantes deste estudo. O território é composto em sua totalidade pelas demais TI,

Missão, Estiva, São João do Irapuá, Bananeira, Pau Escrito, Mato Queimado e Katiú Griá, (no município de Redentora) havendo um único setor guarani, a aldeia de Gengiva, no município de Erval Seco, conforme elucidado na Figura 3.

Figura 3 – Municípios e Áreas da TI Guarita/RS

Municípios com incidência nesta Terra Indígena					
Municípios - Terra Indígena Guarita					
Estados (UF)	Município	Área do município (ha)	Área da TI no município (ha)	Área da TI no município (%)	
1 - RS	Erval Seco	36.389,30	7.296,40		20,06
2 - RS	Redentora	30.268,00	8.446,97		27,90
3 - RS	Tenente Portela	33.795,60	7.565,35		22,38

Fonte: Wisniewski (2011).

A área abordada neste estudo abrange cerca de 32,32% da TI do Guarita, e está vinculada ao município de Tenente Portela - conforme demonstrado acima -, a qual tem seu polo-base situado na cidade de Passo Fundo/RS, e é regulado pelo DSEI interior sul, o qual compreende os estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

A aproximação com a população indígena, iniciou-se através da mobilização que iniciou no ano de dois mil e dezesseis com o I Encontro de Mulheres Indígenas, com a presença de representantes de todo o estado do Rio Grande do Sul, representantes de coletivos já organizados, foi um momento de articulação e troca de saberes, entre mulheres às quais realizaram um momento de articulação e levantamento de demandas, identificando similaridades entre suas comunidades. Já neste momento, foi realizado o início das atividades para organização do II Encontro.

O II Encontro de Mulheres Indígenas, realizado na TI em Irai/RS, no ano de dois mil e dezessete, emergiu da necessidade em dar continuidade aos eixos e demandas a serem trabalhadas, pelo Programa de Extensão em Desenvolvimento Sustentável, articulado aos Coletivos de Mulheres, que nos trazem ao desempenho deste estudo, através da mediação entre profissionais e comunidade.

Ocorreram oficinas realizadas na UFSM e na Terra Indígena, no salão da TI no KM 10. Durante as rodas de conversas e atividades lúdicas, como desenhos e apresentações culturais, foram elencados quatro eixos de trabalho (saúde, educação, renda e lazer), ações demandadas no eixo da saúde. Através das discussões indígenas buscam o respeito à sua cultura e uma assistência

integrada, relatam que durante o acesso a instituições de saúde, muitas vezes, sofrem discriminação e dificuldade no que tange à adoção de medidas em saúde baseadas em aspectos culturais.

No ano de dois mil e vinte com o avançar da pandemia do coronavírus, às atividades foram suspensas, por medidas de segurança sanitária, ocorrendo modificações na forma de trabalho, e a aproximação com as lideranças continuavam de forma remota, sofreram adaptações no cotidiano, o que agravou as assimetrias e evidenciou as dificuldades vivenciadas.

A pandemia do novo coronavírus enfatizou desigualdades já existentes no Brasil e o seu impacto nos grupos em situação mais vulnerável. Com isso, as populações indígenas passaram a enfrentar novos desafios (UNICEF, 2020). Da mesma forma que o vírus está sendo fatal e com alta transmissibilidade aos povos brancos, está causando mortes e casos positivados nos indígenas também. Até o dia vinte e um de outubro de dois mil e vinte, ao menos em 157 povos indígenas houve contaminação, 37.349 indígenas foram contaminados pela COVID-19, sendo que desses, 857 foram a óbito (ISA, 2020).

O vírus, ao chegar no Brasil e, em consequência também nos territórios e comunidades indígenas, não havia nenhum tipo de planejamento para prevenção e proteção em vista para o controle de possíveis contágios aos indígenas, a não ser o de tentar realizar o isolamento voluntário entre os povos residentes. Os indígenas das comunidades, como solicitado, realizaram o isolamento voluntário, porém, a falta de saneamento básico em muitas TI, automaticamente denunciou o nível de vulnerabilidade desses povos para conseguirem enfrentar a pandemia, além da grave situação relacionada com a subsistência dessa população (CIMI, 2020).

No estado do Rio Grande do Sul, por exemplo, na maior parte as terras são insuficientes e degradadas, e grande parte dos povos vivem em acampamentos às margens de rodovias ou em pequenos pedaços de terras. Muitas vezes não têm acesso à saneamento básico, coleta de lixo e convivem com a precariedade ao atendimento aos doentes. Vivem uma vida de total insalubridade, o que preocupa ainda mais em tempos de pandemia, pois todo o cuidado tomado ainda é pouco (CIMI, 2020).

Segundo a Unicef (2020, pág. 2) “a maior preocupação dos jovens indígenas foi a perda de seus anciãos”. A Covid-19 acometeu principalmente os idosos, e muitos líderes acabaram não resistindo à doença. Os jovens indígenas afirmam que os anciãos são seus livros, pois eles estão ali para repassar todo o conhecimento, por isso é tão importante essa convivência com eles. A

perda de seus anciãos está ligada também a precariedade de informações sobre a Covid-19, muitas vezes a conexão de internet não é de boa qualidade nas comunidades onde habitam, ou até mesmo as informações repassadas não estão na língua dos indígenas, mas sim em português, o que dificulta na compreensão das mesmas (UNICEF, 2020).

Com a chegada da pandemia, implantou-se o distanciamento social como nos outros locais, o que consequentemente atingiu diretamente na vida econômica destes indígenas. Os mesmos não puderam mais deslocar-se até os centros urbanos para realizarem a comercialização de seus artesanatos e com isso, suas fontes de renda foram diminuídas, ou até mesmo tornaram-se inexistentes. Isso fez com que a vulnerabilidade aumentasse, pois acarretou na escassez de alimentos (afetando muito a segurança e a soberania alimentar), produtos de higiene e limpeza e também de agasalhos no inverno (ISA, 2020).

Conforme a Fundação Oswaldo Cruz, “registra-se nessa população, em comparação com a população não-indígena em geral, alta prevalência de carência nutricional, doenças infecto-parasitárias e doenças crônicas não transmissíveis” (pág. 3, 2020). Ainda, afirmam que esta vulnerabilidade é agravada por fatores ligados à precariedade infraestrutural de saneamento, existência de maior média de moradores em um domicílio, grande distância até centros urbanos que contenham hospitais com disponibilidades de leito em unidades de terapia intensiva (UTIs) e respiradores, ausência em distritos sanitários especiais indígenas (DSEIs), falta de transportes rápidos especializados na realocação de casos graves e ausência de regularização fundiária de Terras Indígenas (FIOCRUZ, 2020).

Como anteriormente exposto, um fator muito importante que afetou a vida dos indígenas foi a questão alimentar, o que pode ser dividido em duas dimensões bem definidas: a alimentar e a nutricional, ou seja, a dimensão alimentar representa a produção, comercialização e/ou acesso ao alimento e a dimensão alimentar diz respeito à escolha, ao preparo e ao consumo deste alimento e a relação direta com a saúde (RIBEIRO-SILVA et. al, 2020).

Com medidas de isolamento, a população mais vulnerável tende a ficar comprometida quanto à oferta de alimentos frescos e minimamente processados, especialmente os originários da agricultura familiar. Diversos pequenos produtores viram os canais de comercialização serem suspensos, tanto pela diminuição da procura quanto pelo fechamento dos estabelecimentos onde eram revendidos seus produtos (RIBEIRO-SILVA et. al, 2020).

As atividades foram retomadas no decorrer do segundo semestre de dois mil e vinte e um, quando ocorreu um encontro com representantes do Coletivo de Mulheres Indígenas do Guarita, as quais elencaram importantes atividades a serem trabalhadas, com questões como a renda e soberania alimentar das famílias, trazem como prioridade a abordagem frente a saúde, pois referiram como causa emergente, ações relacionadas à este eixo.

Em janeiro do corrente ano iniciou-se um caminho frente as demandas em saúde solicitadas pela comunidade, através da aplicação de uma pesquisa de satisfação nos três setores participantes deste estudo, foram preconizadas o sigilo dos participantes. Para consideração dos aspectos éticos que garantem a preservação do anonimato das participantes, utilizou-se de codificação alfanumérica, apresentando a letra I que indica indígenas e o elemento numérico que demonstra a ordem da interlocução durante o processo de análise dos dados coletados.

Participaram de forma voluntária uma amostra de 32 indígenas, torna-se oportuno justificar o quantitativo abordado, tendo em vista que pelo quadro sanitário era possível reunir-se coletivamente com poucas pessoas a cada encontro. Outro fator determinante é o quadro político vivenciado na TI onde ocorre a disputa indireta pelo cacicado, o que favorece um clima de conflito dificultando os deslocamentos da equipe de pesquisa.

Após a aplicação do questionário de opinião, os dados foram organizados em uma tabela, apresentando os pontos a serem elencados, oportunizando a organização de um mapa que auxilie na articulação entre comunidades e população indígena, na criação de um termo de pactuação, pontuando estratégias potencializar o atendimento em saúde.

Nortearam as questões seis perguntas objetivas que abordam questões em saúde, bem como a satisfação dos participantes, foram preconizadas o sigilo e a não influência durante o preenchimento individual do questionário, os quais estavam disponíveis, durante as atividades realizadas na aldeia, pelo programa de extensão.

A primeira questão foi referente à busca de atendimento em saúde no último ano. Contando com duas respostas objetivas, sim e não, vinte e nove indígenas responderam que procuraram atendimento no último ano, e três responderam não foi necessário o atendimento em saúde, estes últimos excluídos do processo de análise de seus formulários, contando assim com a participação efetiva de vinte e nove participantes.

Após foi questionado se ao buscar o atendimento em saúde foi necessário à locomoção para fora da TI, onde dezessete responderam que saíram, oito responderam que não precisaram se

deslocar e quatro participantes informaram que em algumas vezes buscaram atendimento fora da TI.

Ao abordar a adoção de medidas culturais em seu processo de autocuidado, quinze indígenas referenciam buscar cuidados tradicionais, quatorze responderam no momento não adotar cuidados relacionados a cultura.

Quando solicitado para apontar qual era sua referência em saúde, nenhum dos participantes apontou a figura do Kuiã, dois apontaram os Kofá, os quais são os anciões da TI, como referência em saúde quando precisam de auxílio, a Unidade de Saúde da TI foi citada por treze dos participantes, doze apontaram o Hospital situado em Tenente Portela como referência. Sendo que dois dos indígenas referiram que buscam por outros caminhos durante seu atendimento.

No decorrer dos questionamentos, foram abordados quanto ao nível de atendimento que atribuem relacionado à referência que escolheu na questão anterior. Ao falar referente ao atendimento recebido pelos Kofá I<sub>08</sub> classificou o atendimento como ótimo. Os participantes I<sub>13</sub>, I<sub>17</sub>; I<sub>28</sub> apontaram como bom atendimento, salienta-se que os dois últimos referiram buscar outros meios de atendimento durante o percurso saúde-doença. O atendimento ofertado na Unidade de Saúde, foi apontado por I<sub>2</sub> como bom, I<sub>1</sub>; I<sub>5</sub>; I<sub>6</sub>; I<sub>11</sub>; I<sub>14</sub>; I<sub>26</sub>, responderam que o atendimento recebido é regular, sendo que foram classificados como ruim por I<sub>4</sub>; I<sub>10</sub>; I<sub>16</sub>; I<sub>19</sub>; I<sub>23</sub>; I<sub>27</sub>.

Ao relacionar a qualidade de atendimento recebida no HSA, I<sub>3</sub>; I<sub>15</sub>; I<sub>18</sub>, classificaram como regular. O atendimento ruim foi vinculado por I<sub>7</sub>; I<sub>9</sub>; I<sub>12</sub>; I<sub>20</sub>; I<sub>21</sub>; I<sub>22</sub>; I<sub>24</sub>; I<sub>25</sub>; I<sub>29</sub>.

Por fim foram questionados, qual o fator que interfere em sua escolha quanto a classificação do atendimento recebido. Dos cinco participantes que escolheram a opção ótima e boa ao atendimento, relacionam aos profissionais está classificação. Dos nove participantes que apontaram o atendimento como regular, cinco atribuíram à falta de insumos, e quatro à dificuldade relacionadas a falta de transporte ao buscarem atendimento fora da TI.

Os quinze indígenas que atribuíram uma classificação ruim, articularam suas respostas aos profissionais que foram o caso de dois deles, oito relacionaram à precariedade do transporte e cinco à falta de insumos para o tratamento em saúde.

As repostas foram elencadas conforme o Quadro 1 abaixo:

Quadro 1 – Respostas dos participantes

<b>QUESTÃO</b>	<b>RESPOSTA</b>
01	A29; B3
02	A17; B8; C4
03	A15; B14; C0
04	A0; B2; C13; D12; E2
05	A1; B4; C9; D15; E0
06	A0; B10; C12; D7; E0

Fonte: Dados da pesquisa.

O conhecimento que a sociedade tem sobre os povos indígenas é fragmentário, avança historicamente, mas ainda é necessária à luta e resistência por sua identidade cultural o que reflete na busca de seus direitos. A forma de organização da assistência prestada a população indígena, busca ocorrer de forma descentralizada e horizontal, mas por vezes não reflete durante o processo atendimento à esta população, faz-se necessário aproximar-se da forma de sistematização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Atualmente, os Kaingang, povoam centros urbanos, periferias, margens de rodovias, acampamentos e Terras Indígenas, as quais são administradas pela Fundação Nacional do Índio (Funai) e tem reconhecimento do estado. Estão distribuídos em quatro estados: São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (JAHN et. al, 2017). O que torna necessário, pensar em diferentes linhas de cuidados a está população.

Em linhas gerais, às políticas nacionais de saúde indígena se diferenciam através do grau de incorporação dos direitos indígenas, através da assimilação do programa nacional de saúde, ou seja, no sistema de proteção social, onde serviços públicos e privados compõem variações na relação interfederativa, em termos de atribuições e responsabilidades na administração do sistema de saúde; e, das diferentes abordagens nas políticas de atenção primária à saúde direcionada aos indígenas (LANGDON; CARDOSO, 2015).

Conforme os dados acima demonstrados, neste estudo, entende-se que a Unidade de Saúde e o Hospital, são as principais portas acessadas durante a busca por saúde, uma tímida aparição referente ao cuidado cultural é vista ao vincularem seus processos de saúde aos Kofá da TI, nesta amostra não ficou evidente, mas como observado em atividades realizadas pelo Programa de Extensão, por vezes à saúde é atribuída, também, a questões religiosas.

Ou seja, é nestes espaços apontados como referências que os indígenas buscam atendimento, e demonstram insatisfação referente ao transporte e falta de insumos, bem como lacunas em partes dos profissionais vinculados a UBS e ao HSA. Salieta-se que nenhum participante classificou como péssimo o atendimento recebido, o que demonstra a consciência da comunidade referente ao serviço ofertado.

O acesso é um processo que envolve a entrada do indivíduo no sistema de saúde, proveniente de aspectos que envolvem a organização e adequação funcional dos serviços às necessidades dos usuários. Para garantir o acesso aos diferentes níveis de atenção aos usuários indígenas brasileiros, há um desafio a ser superado: a articulação e a superação das barreiras organizacional e cultural, com adequação das normas e técnicas dos serviços aos costumes da população indígena (AMORIM, 2016).

Processos estes que podem ser qualificados através da discussão e participação, na comunidade, de como percebem os serviços ofertados, o que é similar em estudo realizado com indígenas Xavantes, do Mato Grosso, quando, ao se caracterizar a organização da atenção à saúde indígena, identificou-se problemas no atendimento em alguns municípios como: demora no agendamento e no atendimento de consultas, e baixa resolutividade dos serviços ofertados no âmbito regional e estadual (FAGUNDES, 2015).

Ao abordar o atendimento hospitalar, observa-se um ambiente paradigmático de uma rotina de exclusão, que apresenta barreiras que vão desde a infraestrutura, em que devem ficar alocados em um espaço fechado, sem contato a natureza, diferença na alimentação que é ofertada, até mesmo a dificuldades quanto ao idioma, principalmente quando o serviço é acessado por idosos.

Além disso, aos indígenas é imposto como se cuidar e dito os limites do aceitável da terapêutica indígena, que só pode acontecer dentro do definível e tolerável pelos profissionais de saúde, o que reforça a importância do enfoque em ações e políticas públicas que impactem positivamente no cuidado em saúde indígena, buscando efetivar o que já é constitucionalmente preconizado (CRUZ, 2015).

Os profissionais de saúde, por vezes estão imersos no fazer profissional e na visão cultural ocidental, que não se descontrolam para ver a cultura do outro, e não conseguem adentrar efetivamente no fazer cultural, considerando os aspectos importantes ao atendimento integral ao

indígena assistido, onde a tentativa de um atendimento humanizado, por vezes, reflete a assimilação pela cultura envolvente.

Deve-se considerar o processo político vivido nacionalmente, o desmantelamento do SUS, e o enfoque ao apoio aos planos privados, o que dificulta a possibilidade de desempenho qualificado do trabalho por falta de insumos, á contrarreforma na saúde que é abordada por Souza e Lima (2019), ao analisarem o que vem sendo realizado através dos cortes de recursos, de forma à promover um processo de desfinanciamento, uma vez que se oportuniza a apropriação do fundo público pelo setor privado.

Este momento reflete diretamente na assistência prestada aos indígenas, em conversa com membros da equipe do Polo Base do Guarita, os mesmos relatam a dificuldade de trabalhar com orçamento reduzido de recursos, está redução reflete diretamente na falta de insumos e de combustível para realização do transporte quando necessário, buscam atitudes que tragam possibilidades para concretizar de fato um fazer em saúde qualificado.

O que é relatado também pelo Observatório do Agronegócio (2021), em outras localidades em nível nacional, como no caso dos funcionários do Polo Base em Dourados (MT), que denunciaram perseguição política, militarização da SESAI, falta de equipamentos básicos durante à pandemia, o que vem refletindo no acesso à saúde entre os Guarani Kaiowá e Ñandeva.

A reflexão acerca do momento vivenciado a nível nacional, coloca em discussão, uma peculiaridade do local do estudo, pois os indígenas desta localidade atravessam um momento político de impasse, desde dezembro de dois mil e vinte e um, onde ocorreram as eleições para o cacicado. O clima de tensão se estende pela comunidade, o não reconhecimento da atual gestão, por parte do cacique anterior, desenrola momentos de dificuldades vivenciados pelos indígenas, o que é mediado pelo Ministério Público, e noticiado por meios de comunicações regionais e estaduais.

Destaca-se aqui a importância do Coletivo das Mulheres Indígenas na busca de melhorias para população, as mulheres indígenas, que historicamente tiveram participação direta na luta pela terra, sempre dedicadas pelo bem-estar da família, educação dos filhos, pela saúde de forma tradicional e coletiva da comunidade, hoje, elas se deparam com novos desafios. O desafio de desenvolvimento e ocupação do território demarcado e homologado, atuando com responsabilidade e compromisso em defesa de suas terras e comunidades indígenas (CIR, 2014).

No decorrer desta construção, observamos a insatisfação referente a assistência recebida pelos indígenas, salientamos que a amostra participante não é satisfatória pois em virtude do cenário político atual ocorreu uma pausa nas imersões realizadas até a comunidade. O que aponta a dificuldade também das equipes em prestar assistência neste território.

Mas, considera-se que é de fundamental importância a visão ampla dos gestores e profissionais de saúde que para permear essas diversas formas e o cenário em movimento que circunda as especificidades culturais vivenciadas neste território. Os dados levantados, iniciam uma aproximação entre comunidade e gestores para tecer uma rede de assistência em saúde, cada vez mais articulada e coesa.

No estudo com indígenas, Pereira (2014) afirma que durante a busca de cuidados terapêuticos, o itinerário percorrido pelo paciente indígena inicia-se, frequentemente, pelas práticas da medicina tradicional indígena. Interessante destacar que, apesar de estarem recebendo tratamento em um serviço especializado, não há distanciamento dos recursos da sua medicina. O que chama atenção neste território é o não aparecimento do Kuiã durante o percurso que adotam em saúde.

As diferenças etnoculturais características da população indígena explicitam conflitos decorrentes das sociedades multiculturais e lançam novos desafios para a compreensão da relação que se estabelece entre indígenas e governo no que se refere à política de saúde, é de suma importância o compartilhamento de decisões, o que reflete no desenvolvimento de ações sobre políticas públicas aos usuários (FERREIRA, 2012).

Ao opinarem quanto ao tipo de atendimento recebido, dividem-se em eixos que referem uma classificação entre ruim, regular e bom. Não apresentando uma conformidade na avaliação referente ao atendimento, salienta-se o não aparecimento de respostas extremas, através da classificação como péssimo atendimento.

Conforme demonstrado no gráfico a seguir:



FONTE: Dados da pesquisa.

O que reforça a importância da consideração dos conceitos e medidas de saúde adotadas pela população indígena, para realização de uma construção coletiva, através de um processo de planejamento participativo com a preconização dos sistemas tradicionais de saúde dos povos indígenas, os quais são articulados a diversos aspectos da organização social e de sua cultura (FUNASA, 2001).

Neste contexto, articula-se a Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948, na qual foi conjugado o catálogo dos direitos civis e políticos com os direitos econômicos, sociais e culturais, incluído o direito à saúde, a partir de uma visão universal e indivisível dos direitos humanos (GOLÇALVES; FIGUEIREDO 2021).

O que demonstra a importância da participação social, para que sejam apontadas as fragilidades, que definem a escolha referente a classificação do atendimento recebido. Se faz necessário discutir e analisar o caminho percorrido pela população indígena, considerando seus aspectos culturais, sociais e políticos, aos quais estão imersos.

O que é demonstrado pela parcela da população participante deste estudo, vai ao encontro do que é abordado por RAMOS e PIMENTEL (2021) que traz que há vários anos o país vem enfrentando retrocessos no tocante à participação dos indígenas na esfera federal. O primeiro sinal de alerta veio com a desmobilização do Conselho Nacional de Política Indigenistas (CNPI), em 2017.

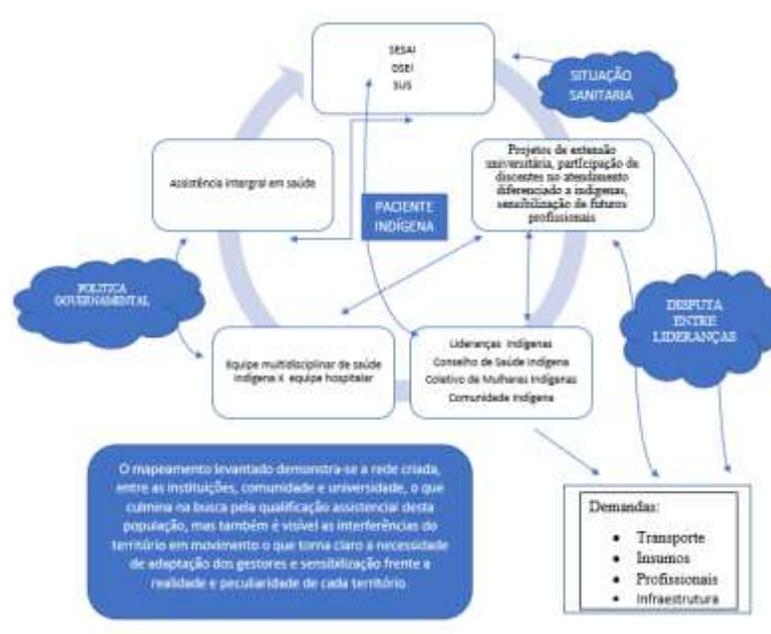
A partir de 2019 o processo se intensifica e o governo Bolsonaro instaura medidas que vêm sendo criticadas por promoverem a desestruturação da saúde indígena e do controle social, através do adiamento da 6ª CNSI, denúncias de perseguição à lideranças indígenas, tentativa de extinção dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena pelo Decreto 9.759, tentativa de imposição do modelo de municipalização, suspensão de repasses financeiros mensais, quebra da autonomia de gestão e acusações de falta de transparência em orçamentos e contratos.

O controle social em saúde indígena vinculado ao Ministério da Saúde perdeu sua legitimidade devido ao decreto presidencial no 9.759, de abril de 2019, que extinguiu colegiados da administração pública federal direta, autárquica e funcional. As medidas de contingenciamento de gastos da SESAI inviabilizaram também a realização de reuniões e assembleias dos conselhos, processo que culminou no cancelamento da 6ª CNSI.

Com o fim do Departamento de Gestão, mais de R\$ 1,4 bilhão deixou de ser gerido pela SESAI, verba está passando ser executada pelo Ministério da Saúde. Percebe-se, assim, a redução da autonomia da SESAI, em paralelo ao enfraquecimento do controle social (RAMOS, PIMENTEL, 2021).

O que é abordado com a análise dos dados desta pesquisa, onde apresenta-se como interferências o cenário político atual a nível nacional, as disputas das lideranças da comunidade indígena, o processo da pandemia, bem como apontado os caminhos de referência e contra referência que podem vir a minimizar as demandas apontadas e buscas no processo de busca em saúde, conforme o mapeamento demonstrado abaixo.

## Mapa situacional da Saúde da TI do Guarita



FONTE: Dados da pesquisa.

Assim a perda das formas tradicionais de vida provocada pela destruição ambiental e ocupação da terra indígena, a exclusão social e discriminação étnica, resultantes do processo colonizador, são responsáveis pelo fato de as populações originárias estarem em condições de maior vulnerabilidade aos agravos na saúde (LORENZO, 2012).

A temática da saúde dos povos indígenas passou a compor a agenda de preocupações de diferentes instituições e atores sociais no Brasil, de modo mais sistemático e contínuo, há quatro décadas, na pauta do Estado, quando passou a se responsabilizar pelas políticas públicas de atenção à saúde aos povos indígenas, processo que deve ser intensificado, para efetivação do que é preconizado, à luta pela permanência de direitos segue ao meio do que é imposto pelo momento atual.

Disso decorreu, na arena jurídica e de luta por direitos, protagonizada pelos movimentos indígenas e pelo terceiro setor, reivindicação de direitos à assistência integral e pública à saúde, entre outros aspectos. Nesse cenário pós-Constituição de 1988, a pauta da saúde indígena é

considerada fundamental para a consolidação da cidadania e dos direitos destes povos originários na sociedade brasileira (KABAD; BASTOS; SANTOS, 2012).

Observa-se a necessidade de iniciativas que sejam protagonizadas pela população assistida, objetivando uma busca pelo respeito à diversidade cultural, e fortalecimento de sua cultura, e um cuidado interétnico através da construção dos indígenas, ofertando caminhos para que gestores e profissionais ofertem uma assistência em saúde, realmente integralizada. Mas para isso é necessário a sensibilização das políticas e incentivos governamentais.

Neste caso é visível a importância da articulação das mulheres frente ao que é demandado, após atividades, rodas de conversas, onde a comunidade foi protagonista, ocorreu um momento de diálogo na TI do Guarita entre indígenas e representantes do Polo Base do Guarita, onde os indígenas conseguiram afinar os laços, ouvindo a realidade vivenciada pelos profissionais, com poucos incentivos financeiros, e baixo subsídio de matérias.

Assim torna-se articulada buscar medidas alternativas para melhora do quadro em saúde, onde os profissionais conseguem visualizar as lacunas citadas pelos indígenas, e a comunidade recebe informações do que os profissionais dispõem para realizar a assistência.

Outro momento, foi a conversa com gestores do HSA, onde foi relatada a busca de um tradutor indígena para fazer parte da equipe da instituição, e salienta-se que esta busca iniciou após conversa dos gestores com representantes indígenas do Coletivo das Mulheres, durante discussões sobre saúde em um dos momentos de articulação dos Conselhos Locais.

Também foi referido, a disponibilização de um médico contratado pelo Hospital para realizar atendimentos na TI, em alguns dias da semana, esta ação disponibilizada visando diminuir o transporte dos indígenas e a saída da TI. São passos alcançados, que demonstram a importância da participação social, e da articulação da comunidade com os gestores de suas referências em saúde.

De acordo com Pereira *et al.* (2014), é essencial que os profissionais que prestam os serviços nos diferentes cenários de atenção, no caso do atendimento indígena, conheçam-se aspectos socioculturais desses indivíduos, e proponham projetos de cuidado mais efetivos e condizentes com a realidade indígena, é determinante, nesse processo, se abrir para a diversidade e demandas dos indígenas (CRUZ, 2015).

## PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA REALIDADE

Neste estudo observou-se que ao longo dos anos várias construções debatem a importância da articulação dos saberes culturalmente reconhecidos, durante o processo de busca pela assistência em saúde. E que estes por vezes, trazem a visão dos profissionais em saúde, e não abordam a visão da população assistida.

A pesquisa apresentada indica claramente que as vivências ocorrem em territórios em movimento que se transformam em um espaço de tempo, e que suas concepções em saúde, relações sociais e culturais podem expandir-se para campos interétnicos ou interculturais, mas por vezes não ocorrem em consonância com o cuidado em saúde.

A atenção à saúde aos povos indígenas teve como marco as missões religiosas unidas às políticas de governo. A primeira iniciativa do Estado na proposição de uma política de atenção à saúde indígena data de 1910, quando foi criado o Serviço de Proteção ao Índio (SPI), inserido no Ministério da Agricultura. A iniciativa era justificada por se considerar os índios em um estágio “infantil da humanidade”, mas com possibilidades passíveis da evolução e integração social (PNASI, 2002; JAHN, 2015).

A Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena surgiu vislumbrando, 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.

Para isso foram estabelecidas algumas diretrizes para a orientação, definição e planejamento das ações em saúde à estas populações, dentre elas, estão presentes a articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde, promoção de ações específicas em situações especiais e controle social (FUNAI, 2001).

Deste modo sugere-se a criação de um Termo de Pactuação entre indígenas e gestores dos serviços de saúde que acessam. Visando estabelecer ações, etapas e prazos, para sanar o que é apontado pela comunidade como barreiras no atendimento efetivo em saúde. Contribuindo para a consolidação da abordagem em saúde, como estratégia de planejamento e articulação com políticas já existentes.

Buscando contribuir para o preenchimento de lacunas apresentadas pelas respostas apontadas durante a realização do panorama da TI do Guarita, trazendo a perspectiva da própria população em propostas de organização e estruturação da política do setor a nível regional, bem como no país, visando a qualificação e ampliação ações que promovam a saúde, como as realizadas desde o início desta construção.

## TERMO DE PACTUAÇÃO

TERMO DE PACTUAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS E PRAZOS ATINENTES À PACTUAÇÃO ENTRE OS INDÍGENAS DA TI DO GUARITA/RS E OS SERVIÇOS DE SAÚDE QUE ACESSAM, VISANDO A ADEQUAÇÃO DO SISTEMA OFERTADO AO QUE É PRECONIZADO À SAÚDE INDÍGENA.

### CONSIDERANDO QUE:

- I) O reconhecimento das diversidades entre as práticas biomédicas e as práticas indígenas de atenção à saúde e às enfermidades, é preconizado na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;
- II) À população indígena enfrenta diversas barreiras no acesso à saúde: isolamento físico, inadequação na organização de serviços de saúde, problemas no referenciamento a atendimentos especializados, inexistência de materiais educativos culturalmente apropriados e também o desprezo da perspectiva étnica em seu processo terapêutico;
- III) O processo político vivido nacionalmente, o desmantelamento do SUS, e o enfoque ao apoio aos planos privados, o que dificulta a possibilidade de desempenho qualificado do trabalho por falta de insumos, e a contrarreforma na saúde;
- IV) O cenário pandêmico, refletiu diretamente na assistência prestada aos indígenas, e destacou as assimetrias expostas a esta população;
- V) A necessidade de iniciativas que sejam protagonizadas pela população assistida, objetivando uma busca pelo respeito à diversidade cultural, e fortalecimento de sua cultura, e um cuidado interétnico através da construção dos indígenas;
- VI) A oferta de caminhos para que gestores e profissionais que efetivem uma assistência em saúde, realmente integralizada.

As PARTES resolvem celebrar o presente TERMO DE PACTUAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS E PRAZOS ATINENTES À PACTUAÇÃO ENTRE OS INDÍGENAS DA TI DO GUARITA/RS E OS SERVIÇOS DE SAÚDE QUE ACESSAM, VISANDO A ADEQUAÇÃO DO SISTEMA OFERTADO AO QUE É PRECONIZADO À SAÚDE INDÍGENA.

**COMPROMETEM-SE:**

1. Fortalecer o controle social através da articulação do Coletivo das Mulheres Indígenas na mediação das demandas levantadas pela comunidade;
2. A população acorda que indicará participantes para seleção de um interprete o qual exercerá a função de auxiliar as equipes de saúde na barreira de atendimento criada pela linguagem, medida está a ser tomada em curto prazo até março de 2023.
3. As entidades acordam que irão auxiliar na busca por recursos para manter o interprete ativo e vinculado às instituições, buscando organizar aportes financeiros e fluxos de jornada de trabalho;
4. Acordam coletivamente a estruturação de um Protocolo de Atendimento, baseado na assistência bioética, construído pela articulação da população e das entidades de saúde, mediado pelo Coletivo de Mulheres, através de encontros nas aldeias, que tragam maior abrangência das demandas solicitadas pelos indígenas, medida está a ser tomada em médio prazo de março 2023 a dezembro de 2024;
5. Propõem coletivamente a efetivação de um local terapêutico, vinculado a Unidade de Saúde Indígena para desempenho da medicina indígena, onde a estruturação e as formas de atendimentos serão apontadas no Protocolo de Atendimento, medida está a ser tomada em longo prazo no ano de 2025.

**DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:**

O presente TERMO encontra-se subordinado à legislação/regulamentação aplicável à prestação do serviço público e assistência em saúde. Quaisquer modificações supervenientes na referida legislação/regulamentação, que venham a repercutir no presente TERMO, considerar-se-ão automática e imediatamente aplicáveis. E, por estarem assim justas as PARTES celebram o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor.

## CAMINHOS ADOTADOS

O produto proposto por esta pesquisa, busca efetivar a garantia aos povos indígenas a atenção integral e diferenciada a sua saúde. Reconhece a eficácia das medicinas indígenas e o direito dos povos indígenas às suas culturas e recomenda aos serviços do SUS atuarem de forma articulada aos sistemas tradicionais indígenas de saúde (PNASI, 2002).

Trazendo enfoque às diretrizes, da PNASPI, qual aborda a implementação do “Controle Social” (Brasil, 2002) que é definida como instância formal de participação indígena nas ações de planejamento, implementação, avaliação e fiscalização das ações de saúde (MS, 2012). O que é visualizado desde a articulação desta construção, até a criação do resultado das ações de controle social organizadas na comunidade.

Momento este, protagonizado pelas mulheres indígenas, as quais têm se organizando coletivamente para lutar pela demarcação de seus territórios, pela geração de renda, contra todo tipo de violência, e, fundamentalmente, pela manutenção dos valores e direitos de seus povos, no âmbito da educação, economia e saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, M. S. **Acesso da população indígena da região norte do Tocantins à rede de atenção à saúde de média e alta complexidade**. 133 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

AUGUSTO, L. G. S. Saúde e Vigilância Ambiental: um tema em construção. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, p. 177-187, 2003.

BELTRÁN. A. G. **Programas de Salud en la Situación Intercultural**. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica; 1994.

BONIN, I. T.; MIOTTO, T. **Encarte Pedagógico VIII: Um olhar sobre a saúde dos povos indígenas**, Edição: Patrícia Bonilha Publicação do Conselho Indigenista Missionário (Cimi), 2015.

BRASIL. Ministério da Justiça. Fundação Nacional do Índio. **Povos indígenas: quem somos**. Funai [Internet]. Disponível: <<http://www.funai.gov.br/index.html>>. Acesso em: 10 de jun. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde, Funasa, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Reflexões sobre a cultura de paz e não violência no trabalho**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS / Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CALDART, V. *et al.* Fatores associados à pneumonia em crianças Yanomami internadas por condições sensíveis à atenção primária na região norte do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1597-1606, 2016.

CASTELLANI, M. R. **Subsistema de saúde indígena: alternativa bioética de respeito às diferenças**. 152 f. Dissertação (Mestrado em Bioética), Programa de Pós-Graduação em Bioética, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

CECCIM, R. B. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, v. 1, n. 1, p. 9-23, 2008.

CHOQUEHAUNCA, D. **Postulados do viver**, 2013. Disponível em: <<http://hernehunter.blogspot.com.br/2010/02/postulados-do-viver-bem.html>>. Acesso em: 18 fev. 2022.

CONSELHO INDÍGENA DE RORAIMA (CIR). **Mulheres indígenas de Roraima fortalecem o movimento através de projeto sustentável**. Boa Vista, Roraima, em 04 de fevereiro de 2014. (Site Institucional). Acesso em 21 de julho de 2022.

COIMBRA, J.R.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. 260 p.

DANTAS, F. A. C. Base jurídica para a proteção dos conhecimentos tradicionais. **Revista CPC**, v. 1, n. 2, p. 80-95, 2006.

ELLERBY, J. H. *et al.* Bioethics for clinicians: 18. Aboriginal Cultures. **Canadian Medical Association Journal**, v. 163, n. 7, p. 845-50, 2000.

FAGUNDES, V. F **Vulnerabilidade programática da atenção à saúde da criança Xavante no pólo base Marãiwatsédé**. 161 f. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2015.

FERREIRA, L. B. **O controle social no subsistema de atenção à saúde indígena: uma reflexão bioética**. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Bioética, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

FERREIRA, O. L. O Desenvolvimento Participativo da Área de Medicina Tradicional Indígena, Projeto Vigisus II/Funasa The Participant Development in Traditional Indigenous Medicine Area, Project Vigisus II/Funasa. **Saúde Soc.** v. 1, n. 1, p. 265-277, 2013.

FERREIRA, L. B. **Universidade de Brasília Faculdade de Ciências da Saúde Programa de pós-graduação em Bioética.** O controle social no subsistema de atenção à saúde indígena: uma reflexão bioética. Brasília, 2012.

FORTES, G. L. C. Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. **Revista Bioética**, v. 19, n. 2, p. 329-342, 2011.

GARCIA, R. Interdisciplinaridad y sistemas complejos. *In*: LEFF, E, organizador. **Ciencias Sociales y Formación Ambiental.** Barcelona: Gedisa, Unam; 1994. p. 32-48.

GARRAFA, V. **Introdução à bioética.** Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética. Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares. Brasília: UnB, 2001.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOLDIM, J. R. Bioética Complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. **Revista AMRIGS**, v. 53, n. 1, p. 58-63, 2009.

GONÇALVES, S. S. G.; FIGUEIREDO, O. B. A. A saúde indígena no brasil e a pandemia do novo coronavírus: uma análise a partir das perspectivas do Sistema Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos. **Revista do CEPEJ**, v. 1, n. 23, 2021.

GRADELLA, J. O. Hospital psiquiátrico: (re)afirmação da exclusão. **Psicologia & Sociedade**, v. 14, n. 1, p. 87-102, 2002.

GRUPIONI, L. D. **Índios no Brasil.** Brasília: MEC, 1994. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. IBGE [Internet]. Disponível: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em 18 mar. de 2022.

HELLER, A. Indivíduo e comunidade - uma contraposição real ou aparente? *In*: **O cotidiano e a história.** 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1970. p. 65-85.

HÖKERBERG, Y. H. M.; DUCHIADE, M. P.; BARCELLOS, C. Organização e qualidade da assistência à saúde dos índios Kaingáng do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 261-272, 2001.

JAHN, A. C. O. **Kófa: uma etnografia sobre velhice Kaingang.** 143 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

JAHN, A. C. O pensamento cultural kaingang sobre saúde. *In: XXXI Congresso ALAS Uruguai. Anais...* ALAS: Montevideu, Uruguai, 2017.

KABAD, J. F.; BASTOS, J. L.; SANTOS, R. V. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base, **Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 895-918, 2012.

KIPPER, D. J. Comitês de bioética institucionais: existe a necessidade de uma nova agenda? **Revista da AMRIGS**, v. 7, n. 1, p. 78-81, 2013.

KOERICH, M. S.; MACHADO, R. R.; COSTA, E. Ética e Bioética: para dar início à reflexão. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 106-110, 2005.

LA TAILLE, Y. **Moral e Ética**: Dimensões intelectuais e afetiva. Porto Alegre: Artmed, 2006.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Técnicas de pesquisa. *In: LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Fundamentos de Metodologia Científica*. 3. ed. São Paulo: Atlas; 1991. p. 195-200.

LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. D. **Saúde Indígena**: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 19-36, 2007.

LEONE, S.; PRIVITERA, S.; CUNHA, J. T. **Dicionário de bioética**. Aparecida: Editorial Perpétuo Socorro/Santuário, 2001.

LIEBGOTT, ROBERTO ANTONIO E BONIN, IARA TATIANA. **A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil**: retrospectiva e perspectivas futuras, 2011.

LORENZO, C. F. G. Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. **Revista Bioética (Impr.)**, v. 19, n. 2, p. 329-42, 2011.

MARTINS, G. A.; THEOPHILO, C. R. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 185-207, 2003.

MORAES, C. E. N. Territorialidades indígenas e hidrelétricas. *In: GOLIN, T.; BOEIRA, N. (Coords.). História – Rio Grande do Sul – Povos indígenas*. Passo Fundo: Méritos, 2009. v. 5, p. 497-523.

NEVES, M. C. P. A Bioética e sua Evolução. **O Mundo da Saúde**, v. 24, n. 3, 2000.

Organização Pan-Americana de Saúde. OPAS/OMS. [Online] Pan-American Health Organization, 2005. [Citado em: 13 de outubro de 2022.] <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OPS-politica-de-igualdad-de-genero.pdf>.

PLACET, M.; ANDERSON, R.; FOWLER, K. M. Strategies for sustainability. **Research Technology Management**, v. 48, n. 5, p. 32-41, 2005.

PORTAL KAINGANG. **Portal Kaingang**, 2017. Disponível em: <[www.portalkaingang.org](http://www.portalkaingang.org)>. Acesso em: 18 fev. 2022

POTTER, V. R. Palestra IV Congresso Mundial de Bioética. **O Mundo da Saúde**, v. 22, n. 6, 1998.

RAMOS, A. R. **Sociedades indígenas**. São Paulo: Ática, 2001.

RAMOS, Paiva Danilo; PIMENTEL, Spensy Kmitta. **Movimentos indígenas, pandemia e controle social: Estratégias de mobilização e enfrentamento da Covid-19 pelos povos indígenas no Brasil**. DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social – Rio de Janeiro – Reflexões na Pandemia 2021 – pp. 1-20

RAYMUNDO, M. M. Uma aproximação entre bioética e interculturalidade em saúde a partir da diversidade. **Revista HCPA**, v. 31, n. 4, p. 491-496, 2011.

ROCHA, D. F. da R.; PORTO, M. F. S. P. **A vulnerabilização dos povos indígenas frente ao COVID-19: autoritarismo político e a economia predatória do garimpo e da mineração como expressão de um colonialismo persistente**. BVS/Fiocruz, 2020.

RENAUD, I.; RENAUD, M. Fundamentos éticos: ética e moral. *In*: SANTOS, 2002.

RIBEIRO, D. **Os Índios e a Civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno**. Petrópolis: Vozes, 1982.

SANTOS, A. C. G. *et al.* Considerações bioéticas sobre a relação médico-paciente indígena **Revista Bioética (Impr.)**, v.25, n. 3, p. 603-10, 2017.

SAYAO, S. C. Entre o despertar e a vigília: um ensaio sobre o sentido sutil do humano em Emmanuel Levinas. *In*: **Conferências IV Seminário Internacional Emmanuel Levinas**. Coordenadores: RIBEIRO JUNIOR, N.; FABRI, M.; LARA, C. A. S. Belo Horizonte, 2016, pp. 111-131.

SCHNEIDER, D. G. **Discursos profissionais e deliberação moral: Análise a partir de processos éticos de enfermagem**. 163f. (Tese de Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil, 2010.

SILVA, A. J. F. **A práxis da enfermagem de reabilitação: vivências dos enfermeiros na dimensão ética**. 161f. (Dissertação de Mestrado), Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal, 2019.

SILVA, B. S. M. *et al.* Interface entre saúde, ambiente e trabalho na ótica da sustentabilidade. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, n. 4, n. 2, p. 165-170, 2014.

SILVA, L. R. C. *et al.* Pesquisa documental: alternativa investigativa na formação docente. *In: IX Congresso Nacional de Educação/III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia. Anais...* Paraná: EDUCERE: Paraná, 2009.

SILVA, N. S. J. **Resolubilidade da produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família na Atenção à Saúde indígena no Brasil: uma (in) visibilidade na prática?** 126 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2016.

SILVA, M. S. Gestão da Saúde Indígena no Brasil: Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas/DSEIS e o Distrito Leste de Roraima/DSL Universidade Estadual de Roraima-UERR, *In: XVI SEMEAD Seminários em Administração* ISSN 2177-3866, **Anais...** SEMEAD, 2013.

SILVA, D. Machado. NASCIMENTO, E. H. de Sousa. SANTOS, L. Almeida. MARTINS, N. V, do Nascimento. SOUSA, M. Teresa. FIGUEIRA, M. C. Silva. **Dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante a permanência em uma Casa de Saúde Indígena na região Amazônica/Brasil**. Difficulties faced by indigenous people during the stay in an Indigenous Health Center in the Amazon region/Brazil. *Saúde Soc. São Paulo*, v.25, n.4, p.920-929, 2016.

SETTON, M da G. J. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. *Revista Brasileira de Educação*, n. 20, p. 60-70, 2002.

SOUZA, L. E. P. F. *et al.* Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2783-2792, 2019.

SARTORI, D. e L.; COGO, P. G. O direito à saúde dos povos indígenas e o paradigma do reconhecimento. **Revista Direito e Práxis**, v. 8, n. 1, p. 86-117, 2017.

POLICENA, A.; NASCIMENTO, R da S. **O povo Kaingang da Terra Indígena Inhacorá (RS) e o contexto histórico das suas lideranças**. TCC (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Intercultural Indígena do Sul da Mata Atlântica. Florianópolis SC, 2020.

TROSTER, E. J. Comitês de Bioética. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 46, n. 4, p. 296-297. 2000.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis**, v. 14, n. 1, p.67-83, 2004.

VITTOY, B. **Gênero e Mulheres Indígenas: um olhar pela bioética de intervenção**. 67 p. Tese (Doutorado), Universidade de Brasília Faculdade de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em Bioética/UNB, Brasília, DF, 2015.

WISNIEWSKI, Fernanda. A TERRA ÍNDIGENA DO GUARITA -RS E O SEU PROCESSO DE FORMAÇÃO. *In*: XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH, **Anais...** São Paulo, 2011.

ZUGMAN, D. L. O dever de consulta aos povos indígenas e a construção da usina de belo monte. **Revista Discente**, v. 1, n. 3, p. 94-106, 2013.

## **APÊNDICE – Instrumento de Coleta de Dados**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE  
ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS



**A participação social e a qualificação da assistência em Saúde.**

QUESTÃO	RESPOSTA
01) Você precisou de atendimento em saúde no último ano?	a) sim b) não
02) Você sai da aldeia para atendimento em saúde?	a) Sim b) não c) às vezes
03) Você vivencia algum aspecto da medicina tradicional indígena durante a busca por atendimento em saúde?	a) sim b) não c) às vezes
04) Quando você precisa de atendimento, a quais serviços de saúde recorre?	a) Kuiã b) Kofá c) Posto de saúde d) hospital e) outro
05) Conforme a escolha realizada acima, como classifica o atendimento recebido?	a) ótimo b) bom c) regular d) ruim e) péssimo
06) Qual o principal fator que atribui ao nível de satisfação acima?	a) Infraestrutura b) falta de insumos c) transporte d) profissionais d) nenhuma resposta anterior