

Talyan Clavisso Pereira
Fred Maciel
Carlos Alexandre Molena Fernandes

ATENÇÃO PRIMÁRIA E SAÚDE INDÍGENA:

ASSISTÊNCIA, SERVIÇOS E POLÍTICAS
PÚBLICAS EM CAMPO MOURÃO/PR

Talyan Clavisso Pereira
Fred Maciel
Carlos Alexandre Molena Fernandes

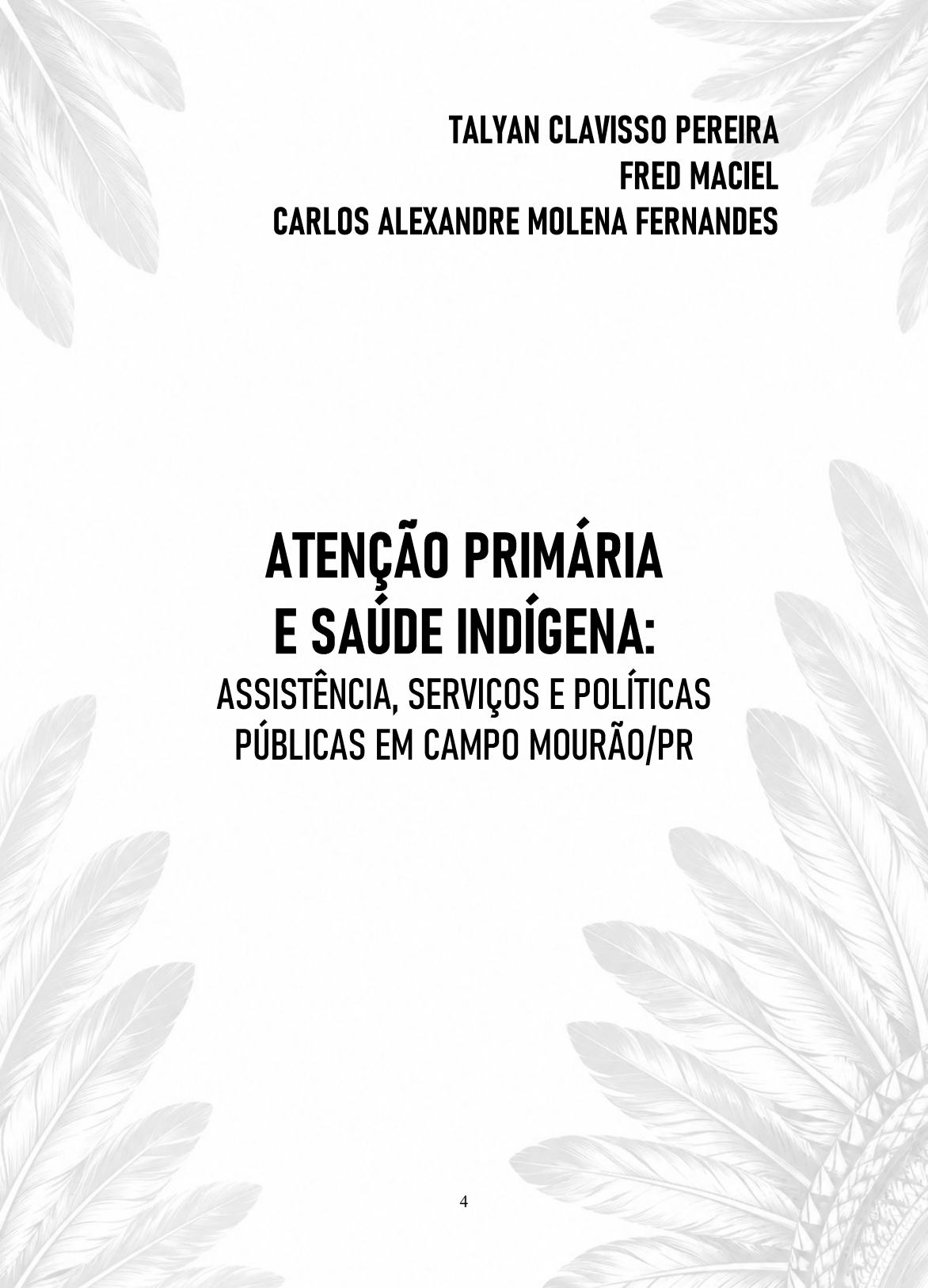
ATENÇÃO PRIMÁRIA E SAÚDE INDÍGENA:

ASSISTÊNCIA, SERVIÇOS E POLÍTICAS
PÚBLICAS EM CAMPO MOURÃO/PR



EDUNESPAR





**TALYAN CLAVISSO PEREIRA
FRED MACIEL
CARLOS ALEXANDRE MOLENA FERNANDES**

**ATENÇÃO PRIMÁRIA
E SAÚDE INDÍGENA:
ASSISTÊNCIA, SERVIÇOS E POLÍTICAS
PÚBLICAS EM CAMPO MOURÃO/PR**



Reitora Salete Machado Sirino
Vice-Reitor Carlos Alexandre Molena Fernandes
Chefe de Gabinete Ivone Ceccato



Editora da Universidade Estadual do Paraná

Diretor Luis Fernando Severo
Assistente Editorial Felipe Carneiro Silva
Assistente Editorial Terezinha Eckelberg

Conselho Editorial

Áurea Andrade Viana de Andrade
Camila Matos
Carla Andreia Lorscheider
Cristiane do Rocio Wosniak
Franciele Mara Lucca Zanardo Bohm
Marcio Telles da Silveira
Maria Ivete Basniak
Matheus Amarante do Nascimento
Mauro Alejandro Baptista Y Vedia
Sarubbo
Sérgio Carrazedo Dantas
Tatiana Colasante
Tony Willian Boita



C R E A T I V E

Projeto Gráfico

Cleverson de Lima

Revisão ortográfica:

Cleverson de Lima

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Pereira, Talyan Clavisso

Atenção primária e saúde indígena : assistência,
serviços e políticas públicas em Campo Mourão /
Talyan Clavisso Pereira, Fred Maciel, Carlos
Alexandre Molena Fernandes. -- Campo Mourão, PR :
Oxy Creative, 2026.

Bibliografia.

ISBN 978-65-976689-0-8

1. Atenção Primária à Saúde 2. Assistência à
saúde 3. Políticas públicas 4. Povos indígenas
(Guarani) - Saúde e higiene 5. Saúde pública
6. Serviços de saúde - Brasil I. Maciel, Fred.
II. Fernandes, Carlos Alexandre Molena. III. Título.

26-377191.0

CDD-362.1089098162

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde indígena : Atenção primária :
Campo Mourão : Paraná : Estado 362.1089098162

Eliete Marques da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9380

Unespar - Universidade Estadual do Paraná
Avenida Gabriel Esperidião, s/n
Paranavaí-PR - CEP: 87.703-000 - Brasil

Edunespar - Editora da Universidade Estadual do Paraná
Rua Saldanha Marinho, 131, 1º andar
Curitiba-PR - CEP 80.410-150 - Brasil



Agradecimentos

Este livro só se tornou possível com a presença e o apoio de pessoas que deixaram marcas nesta trajetória. Àqueles que acompanharam, oferecendo palavras de incentivo e escuta, profissionais, amigos e familiares, de diferentes maneiras inspiraram reflexões aqui presentes, meu mais profundo agradecimento.

Ao professor Fred Maciel, minha gratidão pela paciência, pela dedicação e pela forma generosa com que me auxiliou a encontrar o melhor caminho para dar voz às minhas ideias. Estendo também meu reconhecimento ao professor Carlos Alexandre Molena Fernandes, cuja atenção e sugestões foram fundamentais. Aos professores Débora Regina de Oliveira Moura e Éder da Silva Novak, que me inspiraram com seus conhecimentos e experiências, registro minha admiração e respeito.

À comunidade Guarani de Campo Mourão/PR, aos gestores e profissionais de saúde que abriram suas portas, agradeço pelo acolhimento, pelo respeito e pelas lições de humanidade que levo comigo. Contribuíram além, com meu crescimento pessoal e profissional. E, sobretudo, a Deus, pelas bênçãos que sustentou cada linha desta obra.







Apresentação



A realidade da assistência à saúde dos povos indígenas no Brasil apresenta desafios que persistem, mesmo após avanços legais e institucionais. No município de Campo Mourão, no estado do Paraná, a presença da comunidade indígena Guarani traz à tona questões importantes sobre o acesso, a qualidade e a efetividade da atenção primária à saúde voltada a esses povos.

Este livro parte de uma investigação sobre a qualidade da assistência prestada à população indígena Guarani que vive fora das Terras Indígenas, especificamente na zona rural do município. A escassez de informações sistematizadas sobre o perfil epidemiológico das populações indígenas, aliada à diversidade étnica e linguística presente no Brasil, ainda representa um obstáculo à formulação de políticas públicas adequadas. No estado do Paraná, as etnias Guarani e Kaingang são as mais numerosas na região sul, o que reforça a necessidade de estudos localizados que deem visibilidade às demandas dessas comunidades.

Os questionamentos para o desenvolvimento desta obra partiram da jornada profissional da autora que vos escreve. Como enfermeira nos serviços em que atuei, me questionava sobre a baixa procura dos povos indígenas pela assistência à saúde e questionava-me se os mesmos, o qual apresenta uma cultura com tamanha diversidade, teria de fato uma percepção

e um cuidado holístico de nós profissionais de saúde diante dos atendimentos existentes, e se essa assistência teria de fato continuidade e eficácia.

A escolha por me aprofundar na temática teve como ponto de partida uma mobilização pessoal, profissional, mas também acadêmica. O interesse pelo tema foi despertado a partir da leitura da dissertação *“Perfil e presença indígena em Campo Mourão (PR): reconhecimento no espaço urbano e rural da Bacia do Rio Ivaí”* (Pereira, 2022), elaborada por minha irmã, profissional da área do Direito. Sua pesquisa revelou, entre outras questões, importantes demandas da população indígena local, com destaque para as relacionadas à saúde e às políticas públicas. Estes fatores me despertou o interesse em compreender e contribuir com o desenvolvimento de estudos e melhorias no processo de qualidade dos serviços prestados à saúde indígena.

A proposta deste livro está imersa na área de concentração do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar Sociedade e Desenvolvimento (PPGSeD) da Universidade Estadual do Paraná (Unespar). A pesquisa procede por uma abordagem interdisciplinar entre as áreas da Saúde, História, Políticas Públicas, Direito, Ciências Sociais e Ciências Ambientais, sendo a interdisciplinaridade o meio para o conhecimento das reais necessidades das comunidades,

contribuindo na solução de problemas complexos da atualidade.

O embasamento desta obra foi realizado com amplo levantamento teórico com análise de livros, artigos científicos, teses e dissertações abordando diretamente a temática proposta. Também foram consultados documentos oficiais, legislações específicas e notícias publicadas em meios digitais sobre a realidade indígena no município de Campo Mourão, permitindo uma leitura integrada do contexto nacional e local.

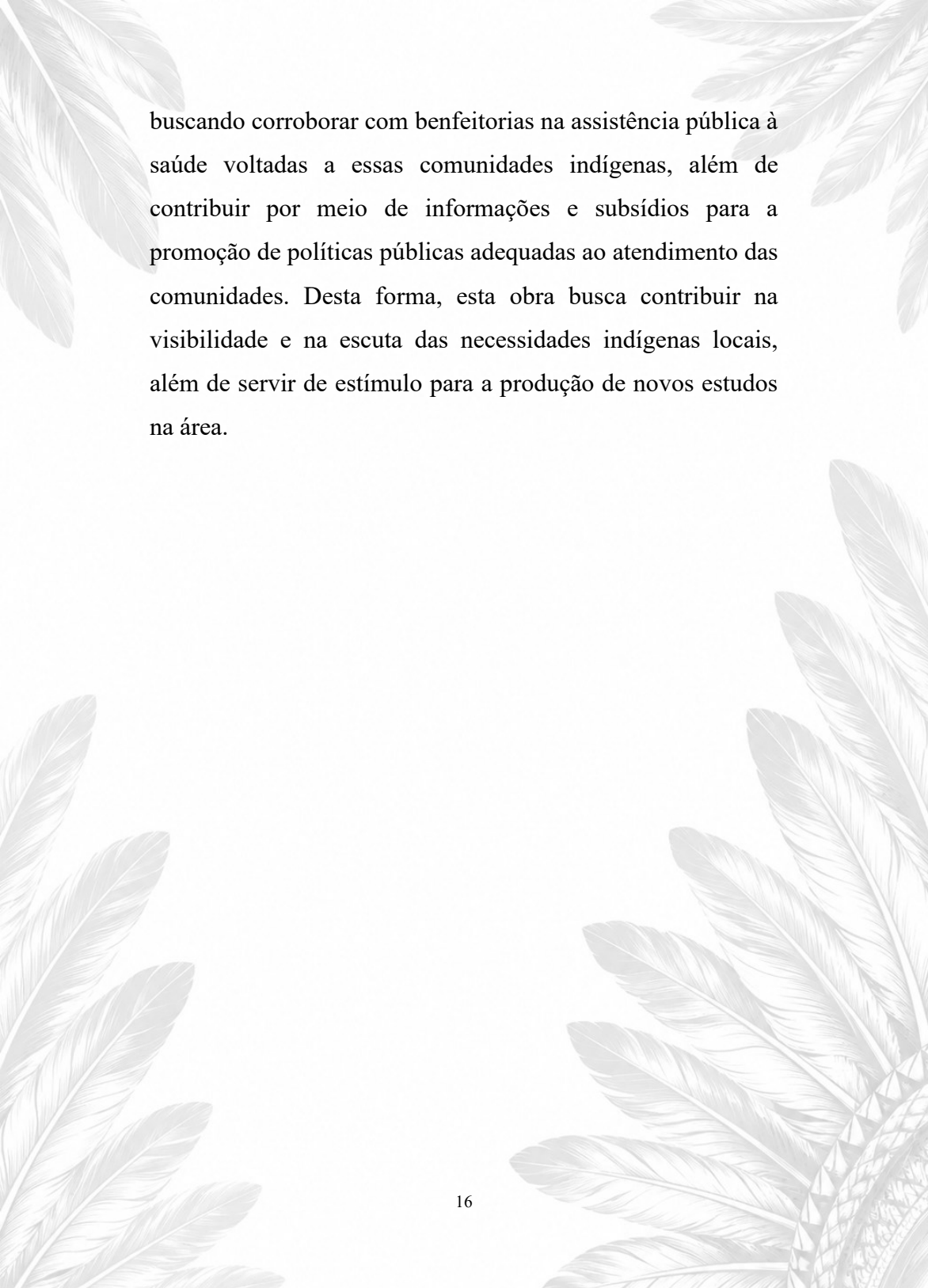
Em complemento à base documental, este trabalho contou com a escuta direta de pessoas envolvidas na rotina da atenção primária à saúde: profissionais da rede pública e membros da comunidade indígena Guarani, residentes na área rural do município. Foram entrevistadas a secretária municipal de saúde, a enfermeira responsável pela Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência e a agente comunitária que atua na mesma unidade. Do lado da comunidade indígena, cinco integrantes maiores de 18 anos participaram da pesquisa. O número de entrevistados foi definido considerando a realidade local e diante da disponibilidade apontada pela própria liderança Guarani.

O processo de escuta foi conduzido por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas com o consentimento dos participantes e posteriormente transcritas na íntegra. A fim

de garantir a fidelidade das informações foi assegurada a presença de um intérprete nas entrevistas com os membros da comunidade, respeitando as especificidades culturais e linguísticas envolvidas. A análise dos dados seguiu o método de análise temática de conteúdo, conforme proposto por Bardin (2011). Esse método se desenvolveu em três etapas: a leitura inicial do material (pré-análise), a organização das informações coletadas e, por fim, a categorização e interpretação dos conteúdos mais relevantes à luz do referencial teórico adotado.

Todos os procedimentos da pesquisa seguiram rigorosamente os princípios éticos exigidos para estudos com seres humanos. O projeto foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sob parecer nº 6.799.970, emitido em 2024. Os participantes foram previamente informados sobre os objetivos e etapas do estudo, e tiveram sua identidade preservada por meio de siglas. Os dados serão utilizados exclusivamente para fins científicos e permanecerão armazenados sob responsabilidade da autora pelo período mínimo de cinco anos, conforme determina a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Dividido em quatro capítulos, o livro conduz o leitor por um percurso temático que parte da contextualização geral da saúde indígena no Brasil e se aprofunda até o cenário local,



buscando corroborar com benfeitorias na assistência pública à saúde voltadas a essas comunidades indígenas, além de contribuir por meio de informações e subsídios para a promoção de políticas públicas adequadas ao atendimento das comunidades. Desta forma, esta obra busca contribuir na visibilidade e na escuta das necessidades indígenas locais, além de servir de estímulo para a produção de novos estudos na área.





Prefácio



Estima-se que em 1500 viviam entre 3 e 10 milhões de indígenas no território em que se construiu o Brasil. Esse total correspondia a aproximadamente 1.200 etnias, demonstrando uma rica diversidade cultural, com povos de historicidades próprias e diferentes formas de organização social, política e econômica.

As políticas indigenistas adotadas pela Coroa Portuguesa e Espanhola, assim como pelo Brasil Império e Republicano, até recentemente, foram responsáveis pela dizimação de centenas de povos. Basta ver os dados dos últimos Censos Demográficos do IBGE no Brasil. Embora nos últimos 40 anos tenha-se registrado um aumento da população indígena – são quase 1,7 milhões de indígenas autodeclarados no país conforme os dados do Censo de 2022 – pelo menos 800 etnias foram exterminadas durante quase cinco séculos de políticas genocidas contra os povos indígenas do Brasil.

Conforme dados da própria FUNAI, em meados do século XX, a população indígena no país não chegava a 100 mil. Essa drástica redução demográfica e dizimação étnica foi fruto do projeto hegemônico e homogeneizante instituído no Brasil por quase 500 anos, no qual o indígena era considerado transitório, que deixaria de existir, por meio da violência física ou simbólica, pelos processos de aculturação, civilização e assimilação.

Conquanto, o grande motivo para tantas mortes de indígenas e dizimação de etnias foram as doenças. Essas que foram trazidas pelos europeus durante o período colonial ou pelos colonizadores durante o avanço das frentes de expansão por todas as regiões brasileiras, até aos dias atuais. Basta lembrar a situação calamitosa entre os Yanomami da região amazônica em 2022, em que agentes foram expulsos dos postos de saúde, que passaram ao controle das mineradoras, ocupando-os com suas máquinas e combustíveis para a atividade ilegal de mineração, contaminando com mercúrio os rios usados pelos indígenas, promovendo doenças, mortes, desnutrição etc. A população Yanomami esteve à beira do extermínio se não fosse uma ação de emergência do poder público a partir do ano de 2023.

A política indigenista se modifica apenas com a Constituição Federal de 1988, graças à organização e articulação do Movimento Indígena em todo o Brasil. Os indígenas tiveram um papel importante no processo de redemocratização do país e no fim da Ditadura Militar. Isso permitiu a presença constante de lideranças indígenas na Assembleia Constituinte, pressionando senadores e deputados, com o objetivo de garantir suas reivindicações e a consolidação de seus direitos na nova carta constitucional. Portanto, as conquistas dos povos indígenas na Constituição

Federal de 1988 – nas áreas da saúde, educação, demarcação de terras, entre outras – não são decorrentes de benevolências do Estado brasileiro, mas fruto da agência indígena, revelador de seu protagonismo político, enquanto sujeitos históricos, como sempre foram.

Nesse contexto, essa obra de Talyan, Fred e Carlos nos brinda com uma contundente narrativa sobre a relevância da atenção primária à saúde indígena, bem como suas especificidades e relações com as políticas públicas. O estudo reduz sua escala de abordagem para uma pequena comunidade rural denominada Barreiro das Frutas, onde vivem aproximadamente 30 indígenas da etnia Guarani, na Terra Indígena Vera Tupã'í, situada no município de Campo Mourão, região central do estado do Paraná.

Contudo, ao investigar o panorama regional/local quanto às ações e políticas de saúde voltadas à comunidade indígena, os autores não perdem a conexão com os processos históricos mais amplos. É admirável a forma como fizeram a contextualização da saúde indígena no Brasil pós-Constituição Federal de 1988, relacionando com aspectos importantes da saúde indígena no estado do Paraná, até chegar ao contexto municipal de Campo Mourão e à UBS de Barreiro das Frutas. Nas palavras dos próprios autores, em sua Apresentação da obra: “o livro conduz o leitor por um percurso temático [...]

buscando corroborar com benfeitorias na assistência pública à saúde voltadas a essas comunidades indígenas, além de contribuir por meio de informações e subsídios para a promoção de políticas públicas adequadas ao atendimento das comunidades”.

Outro ponto fundamental é a interdisciplinaridade constante na pesquisa que gerou o livro. Os autores conseguiram abordar aspectos de diferentes áreas, como da Saúde, História, Políticas Públicas, Direito, Antropologia, Ciências Sociais e Ambientais, entre outras, de uma forma clara e concisa, com ampla base conceitual, e ao mesmo tempo promovendo uma escrita de fácil compreensão ao leitor.

Destaca-se ainda a legislação e demais documentação utilizada como fonte de pesquisa, muito bem analisada e contextualizada pelos autores do livro. E ao falar das fontes é imprescindível o cuidado de Talyan, Fred e Carlos em ouvir os indígenas, em perceber os detalhes e as pequenas nuances das entrevistas com seus interlocutores, em aprender com os indígenas, colocando em prática o reconhecimento da alteridade étnica e a valorização da diversidade cultural, que são princípios constitucionais, mas tão raramente colocados em prática, mesmo por pesquisadores da referida temática indígena.

Dessa forma, os autores, ao analisarem a perspectiva das comunidades indígenas acerca do acesso e assistência na atenção primária à saúde em Campo Mourão/PR, evidenciam os avanços e alcances da saúde indígena nas últimas quatro décadas, mas também expõem as limitações e os desafios que ainda precisam ser superados, para que as demandas e necessidades dos povos indígenas possam ser plenamente atendidas, apontando soluções para os complexos problemas na saúde indígena da atualidade.

Aquele leitor que verdadeiramente respeita o próximo na sua diversidade e reconhece a alteridade do outro, que preza pela justiça social e que condena toda forma de preconceito, terá muito prazer na leitura das páginas que se seguem desse livro.

Éder da Silva Novak
Da primavera ao verão de 2025



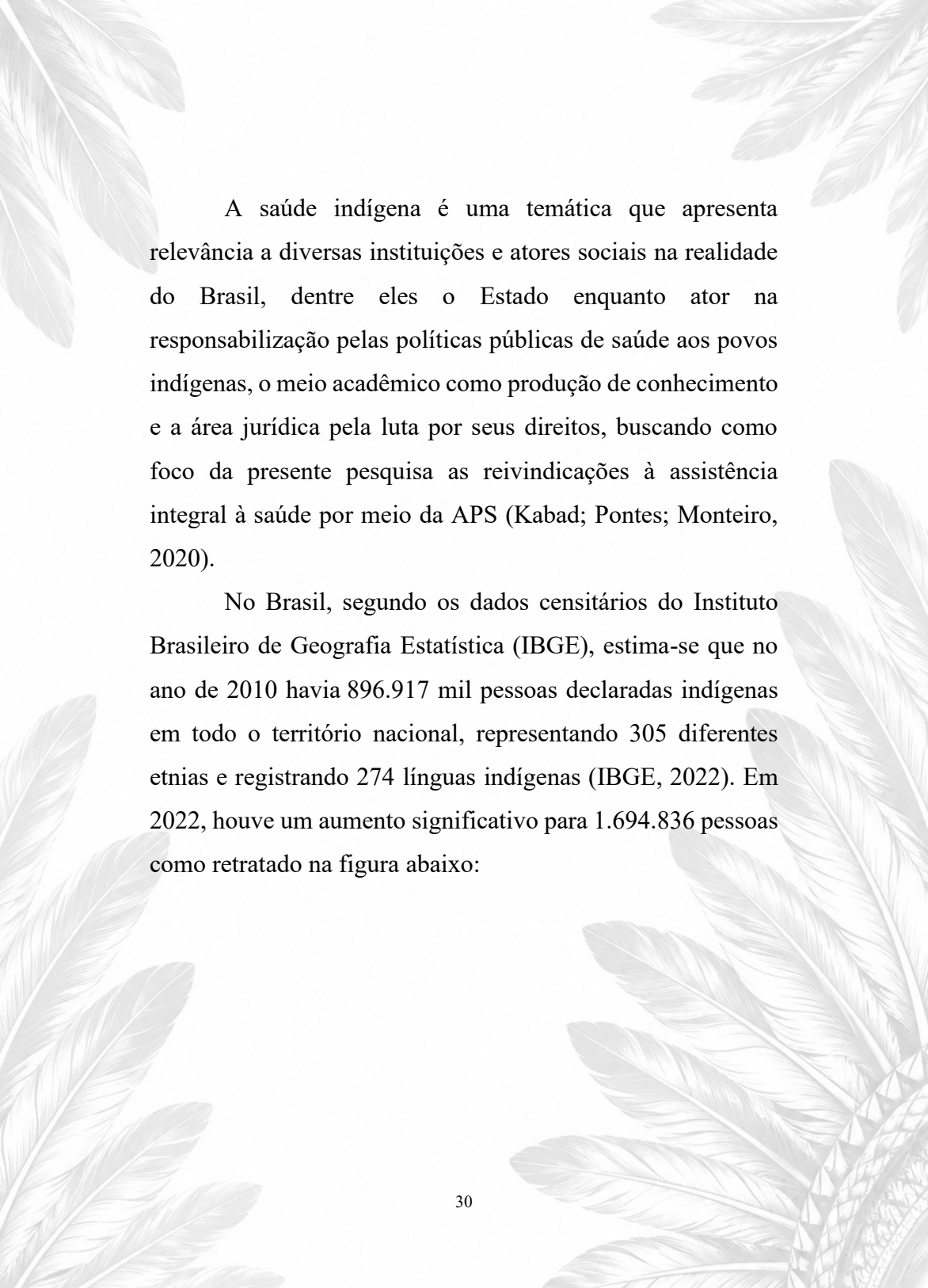
Sumário

1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: COMUNIDADES INDÍGENAS, CAMINHOS E PRESSUPOSTOS.....	28
1.1 A saúde indígena como política pública.....	33
1.2 Atenção Primária à Saúde Indígena.....	51
1.3 Ações e marcos contemporâneos.....	62
2 SAÚDE INDÍGENA NO PARANÁ e EM CAMPO MOURÃO: PANORAMA E POSSIBILIDADES.....	78
2.1 Atuação do poder público.....	88
2.2 Ações e serviços.....	101
2.3 Indígenas como usuários dos serviços de saúde.....	111
3 COMUNIDADE INDÍGENA GUARANI DE CAMPO MOURÃO/PR: AS VIVÊNCIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	120
3.1 Experiências e atendimentos.....	125
3.2 Necessidades e perspectivas.....	137
3.3 Rumos futuros.....	155
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	162
REFERÊNCIAS.....	168
LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	180
SOBRE OS AUTORES.....	184



**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
COMUNIDADES INDÍGENAS,
CAMINHOS E PRESSUPOSTOS**





A saúde indígena é uma temática que apresenta relevância a diversas instituições e atores sociais na realidade do Brasil, dentre eles o Estado enquanto ator na responsabilização pelas políticas públicas de saúde aos povos indígenas, o meio acadêmico como produção de conhecimento e a área jurídica pela luta por seus direitos, buscando como foco da presente pesquisa as reivindicações à assistência integral à saúde por meio da APS (Kabad; Pontes; Monteiro, 2020).

No Brasil, segundo os dados censitários do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), estima-se que no ano de 2010 havia 896.917 mil pessoas declaradas indígenas em todo o território nacional, representando 305 diferentes etnias e registrando 274 línguas indígenas (IBGE, 2022). Em 2022, houve um aumento significativo para 1.694.836 pessoas como retratado na figura abaixo:

Figura 1: Distribuição populacional indígena no Brasil – 2022

População indígena

1.694.836 total
1.227.642 de cor ou raça indígena
467.194 se consideram indígenas

Fonte: IBGE, 2022¹.

No censo apresentado, a razão pelo qual o total de pessoas indígenas é superior ao recorte de pessoas de cor ou raça declarada é devido a definição de indígena utilizada pela pesquisa, sendo indígena a pessoa residente em localidades indígenas que se declarou pelo quesito cor ou raça ou pelo quesito de se considerar indígena, ou mesmo, pessoa residente fora de TI que se declarou indígena no quesito cor ou raça (IBGE, 2022).

Esta análise possibilita a visibilidade das diversidades culturais que habitam o território nacional, contribuindo no

¹ Disponível em: < <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>> Acesso em: 06 jan. 2025.

processo de consolidação dos direitos e da cidadania aos povos indígenas no cenário pós-Constituição de 1988, sendo fontes para a formulação e implementação de políticas públicas em diversas áreas, como na da saúde (Marinho, 2015). O reconhecimento de que o modo de vida indígena apresenta suas singularidades que devem ser respeitadas, e que o SUS não oferecia um atendimento adequado a essas, ocasionou a organização de um sistema de saúde específico aos povos indígenas (Garnelo, 2012).

Para um sistema de saúde que atenda às suas necessidades, é necessária uma organização diferenciada dos serviços de saúde, buscando o respeito cultural, epidemiológico e operacional desses povos, com uma rede de serviços que ofereça estrutura no acesso, cobertura e aceitabilidade do SUS. A criação de políticas deve estabelecer diretrizes necessárias para definição de planejamento, implementação, avaliação e controle dos serviços e ações de saúde pública (Aith, 2008).

Compreender a realidade dos povos indígenas através de mecanismos do sistema de saúde pela epidemiologia é um desafio constante em virtude da magnitude territorial e diversidade cultural nacional (Brasil, 2019). Analisar as particularidades do acesso à saúde indígena é refletir uma realidade a qual não experimentam concretamente dentro do

SUS o mesmo direito de acesso dos demais usuários, apresentando em alguns momentos uma posição ora privilegiada ora de subusuário. Cabe refletir quais necessidades de acesso à saúde os povos indígenas compreendem como suas, alheias, por exemplo, aos princípios que regem seu modo de ser (Azevedo; Gurgel; Tavares, 2014).

1.1 A saúde indígena como política pública

A história dos povos indígenas no Brasil é marcada por resistência e resiliência frente às adversidades socioeconômicas e ambientais impostas pela colonização que exerceram grande influência sob os determinantes da saúde destes povos (Coimbra; Santos; Escobar, 2003). Considerados passíveis de “evolução” através de projetos educacionais e agrícolas, pois eram vistos “num estágio infantil da humanidade”, iniciou-se no século XX, juntamente com o movimento de expansão das fronteiras econômicas no país para a região Centro-Oeste, o processo de enquadramento dos mesmos e de suas terras no sistema produtivo rural, enquanto a assistência à saúde manteve-se desorganizada e esporádica. A construção de linhas telegráficas e ferrovias, por exemplo, provocou numerosos massacres e aumento de mortalidade por doenças transmissíveis, por introdução de patógenos nas

comunidades indígenas, ocasionando graves epidemias. O primeiro serviço com ações e atenção à saúde indígena foi o Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILNT) criado pelo Decreto nº 8.072, de 20 de junho de 1910², desenvolvido e mantido até o ano de 1967, reconhecido pela historiografia como Serviço de Proteção ao Índio (SPI) a partir de 1918. Porém, sua efetividade manteve-se limitada a atendimentos emergenciais e em processos de pacificação (Brasil, 2002), devido às dificuldades apresentadas nos registros e inquéritos do SPI decorrente do impacto do convívio entre indígenas e não indígenas, como a transmissão de doenças infecciosas e parasitárias, responsáveis pela morte de grandes números de indígenas, associado a uma dificuldade na introdução de uma “medicina científica”³ (Brito; Lima, 2013).

Com a extinção do SPI em 1967, criou-se a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) pela Lei 5.371, de 5 de dezembro

² O Serviço de Proteção aos Índios (SPI) foi um órgão vinculado ao Ministério da Agricultura que tinha como objetivo a proteção destes povos através de um processo de enquadramento progressivo de suas terras no sistema produtivo nacional. Para leitura na íntegra acesse: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/d8072.htm>. Acesso em: 26 ago. 2023.

³ Discurso expresso que aponta para uma visão recorrente entre os agentes da biomedicina da época, descrito pelos próprios autores Brito e Lima (2013).

de 1967⁴, que passou a desenvolver as ações voltadas para a saúde indígena até o ano de 1999, originando as Equipes Volantes de Saúde (EVS) para atendimentos esporádicos das comunidades indígenas com aplicação de vacinas e assistência médica. Porém, devido à dificuldade da fundação em organizar os serviços para alcançar as demandas da grande diversidade e dimensão geográfica das comunidades, as equipes volantes foram se fixando nos centros urbanos e a presença nas aldeias tornava-se cada vez mais esporádica (Brasil, 2002). As dificuldades encontradas, conforme indicado na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASP), eram:

Carência de suprimentos e capacidade administrativa de recursos financeiros, precariedade da estrutura básica de saúde, falta de planejamento das ações e organização de um sistema de informações em saúde adequado, além da falta de investimento na qualificação de seus funcionários para atuarem junto a comunidades culturalmente diferenciadas (Brasil, 2002, p. 08).

⁴ Para leitura na íntegra acesse: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/15371.htm. Acesso em: 26 ago. 2023.

Segundo Mendes et al (2018) e Garnelo (2012), a expectativa era de “assimilação⁵” destes povos com o restante da população brasileira, impedindo que tomassem decisões de acordo com suas reais necessidades. Portanto, em 1988, com a promulgação da Constituição Federativa do Brasil, criaram-se políticas públicas voltadas aos povos indígenas e definiu-se os princípios gerais do SUS pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 ⁶, sob gestão Federal do Ministério da Saúde. Posteriormente a essa, foi anexada a Lei 9.836, de 23 de setembro de 1999⁷, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) (Brasil, 2002). Podemos observar a relevância deste contexto na fala de Chico Apurinã, no livro “Vozes indígenas na saúde”, da aldeia de São Francisco, na Terra Indígena Água Preta/Inari, no sul do Amazonas:

Uma outra tarefa marcante que tive nesse período foi a participação na Constituinte de 1988. Éramos muito jovens e, por

⁵ Nota sobre a importância dos estudos decoloniais, que se refere à utilização desses termos como índio, tribo, assimilação, integração dos índios e outros, que são advindos da imposição da colonização e de preconceitos enraizados.

⁶ Disponível em:

<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.&text=Art>. Acesso em: 26 ago. 2023.

⁷ Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm>. Acesso em: 26 ago. 2023.

causa da ditadura, houve uma mobilização grande. Nós fomos para a luta e participamos diretamente do processo de elaboração dos artigos 231 e 232 da Constituição, que possibilitaram a construção de políticas públicas (educação, saúde, demarcação de terras) para os indígenas. [...] A partir daí, a gente começou a construir, de fato, as pontes entre o movimento indígena e a formulação de políticas para nossos povos, tendo como marco legal a Constituição de 1988 (Apurinã, 2022, p. 100).

Neste processo histórico, no mês anterior à criação do SASI, foi publicado o Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999⁸, que regulamenta as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas na esfera do SUS, deixando de ser prestada pela FUNAI e passando a ser ofertada pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), como descrito no artigo 3º do mesmo decreto, a qual realizou esse serviço até 2010 (Bernabé; Bonissoni; Silva, 2021).

A Constituição Federal de 1988 foi um marco a partir da criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Associado a parcerias de outras instituições públicas, buscou assegurar assistência médica e odontológica às comunidades,

⁸

Disponível

em

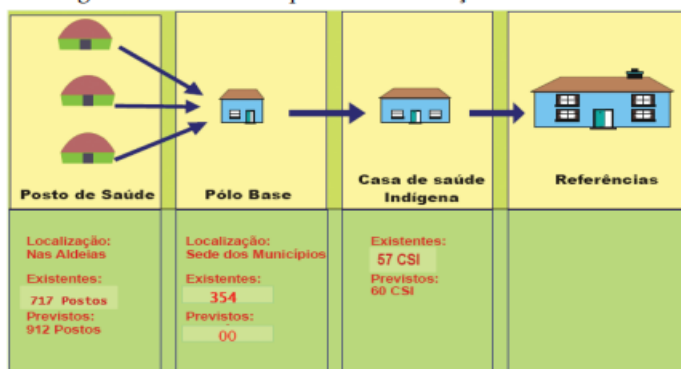
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3156.htm>. Acesso em: 26 ago. 2023.

cujas políticas e diretrizes seriam estabelecidas pelo Ministério da Saúde e suas ações pela FUNASA, procurando acatar as reivindicações dos movimentos indígenas. A partir disto, criaram-se 34 (trinta e quatro) DSEI, distribuídos de acordo com as áreas territoriais junto às unidades de saúde, polos bases em territórios e Casas de Saúde Indígenas (CASAI). Estas últimas, com o objetivo de receber os pacientes indígenas em trânsito e encaminhá-los para exames e tratamentos na assistência de média e alta complexidade (Cardoso, 2014).

Segundo Garnelo e Pontes (2012), o modelo da rede hierarquizada de serviços de saúde nos DSEI seria como demonstrado na Figura 2:

Figura 2: Distritos Sanitários Especiais Indígenas

Figura 3: Rede hierarquizada de Serviços de Saúde nos DSEI



Fontes: DESAI. Ministério da Saúde, 2008.

Consórcio IDS-SSL-CEBRAP¹, 2009.

Fonte: Garnelo; Pontes, 2012.

De acordo com este modelo, o Posto de Saúde seria a unidade mais simples do Distrito Sanitário, com a atuação do agente indígena de saúde (AIS) com pelo menos um posto de saúde em cada aldeia. O AIS deve ser um membro da comunidade eleito pela mesma, atuando na APS. O Polo Base seria a unidade de saúde que deve contar com profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, os quais se responsabilizariam pelo atendimento das aldeias geograficamente próximas. Esta vinculação com a unidade de saúde cria a área de abrangência. As CASAI têm como objetivo o apoio ao paciente indígena em trânsito para exames e tratamento, os quais não contam com o suporte social e familiar no descolamento urbano. A Unidade de Referência, por fim, seria para designar o ambulatório ou hospital de referência sediado nas grandes cidades onde o paciente indígena é encaminhado para receber o tratamento mais complexo, o qual não é possível ofertar pelo DSEI. As secretarias estaduais e municipais de saúde devem atuar de maneira complementar nas ações de saúde indígena, articulando com o MS e a FUNASA (Brasil, 2002).

Este processo de distritalização da saúde, na prática, ocorreu de forma desigual de uma região para outra no país, marcado por uma estrutura meramente organizacional e não

assistencial, ocasionando conflitos e falta de integração entre instituições e na operacionalização das ações, falta de cobertura em áreas territoriais indígenas, infraestrutura física e recursos para formação de equipes qualificadas, além da incipiente participação indígena nos planejamentos e formulações das ações em conselhos. Segundo Garnelo e Pontes (2012, p. 26):

A multiplicidade de entidades governamentais e não governamentais que atuam no subsistema gera uma dinâmica de gestão muito complexa, pois a disparidade de interesses, prioridades e formas de funcionamento dos atores institucionais envolvidos dificulta uma interação harmoniosa entre eles (Garnelo; Pontes, 2012, p. 26).

Estes conflitos e dificuldades marcadas no processo de distritalização podem ser realçadas nas pontuações do indígena Chico Apurinã:

Sobre a organização dos conselhos distritais e locais de saúde, que vieram logo depois da implantação dos DSEIs, foram feitas várias reuniões. Todos os conselhos foram criados com muita discussão. O conselho tinha que representar uma determinada comunidade, portanto ele tinha e tem a responsabilidade de conhecer o problema e de discutir com a comunidade, para levar as prioridades para discussão dos

conselhos. A gente sabe que não está prontinho, que há problemas. Como eu disse, o subsistema foi criado em 1999, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnapi), em 2002, a Sesai em 2010. Várias outras legislações (portarias, decretos, instrumentos de governo) foram criadas e os nossos conselheiros foram capacitados uma única vez. Portanto, esse é o desafio: capacitar, porque sem conhecer esse volume de legislação, o conselheiro não tem como cobrar qualidade do subsistema e do sistema de saúde. O Brasil todo tem essa pendência e temos que avançar nesse sentido (Apurinã, 2022, p. 114).

Em seguimento ao processo histórico da criação das políticas de saúde indígena, em 2010, com o surgimento da Lei nº 12.314, de 19 de agosto de 2010⁹, vinculou-se o Departamento de Saúde Indígena ao Ministério da Saúde, como disposto no artigo 11º e, após dois meses, criou-se a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), com o Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010¹⁰, sendo responsável pelo atendimento à saúde das comunidades nas TI, como já prestado pela FUNASA anteriormente. Este movimento, segundo Chico Apurinã (2022, p. 108), iniciou em

⁹ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112314.htm>. Acesso em: 26 ago. 2023.

¹⁰ Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7336.htm>. Acesso em: 26 ago. 2023.

meados de 2008 com a discussão de criar um grupo de trabalho para pensar um novo modelo de saúde indígena: “não foi fácil chegar a esse ponto. Tudo foi discutido e debatido em conferências, seminários e oficinas, enquanto a Funasa e a Funai brigavam”. E, como consequência a este processo, acrescenta:

Daí saiu a discussão sobre a criação de uma instância para cuidar da nossa saúde. Foi quando nasceu a Secretaria de Saúde Indígena (Sesai), em 2010. Todo esse debate continua até hoje. É difícil traçar toda a linha histórica [...] (Apurinã, 2022, p. 108).

A SESAI, em conjunto com a FUNAI, publicou a Portaria Conjunta nº 4.094, de 20 de dezembro de 2018¹¹, tratando dos princípios, diretrizes e estratégias para atenção à saúde dos povos indígenas isolados e de recente contato. As principais competências da SESAI estão vinculadas à administração da PNASPI, coordenação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e sua integração com o SUS, além de orientar as ações de atenção integral e educação em saúde.

11

Disponível

em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/poc4094_28_12_2018.html>. Acesso em: 26 ago. 2023.

Conforme o Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019¹², a SESAI apresenta dois departamentos: Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI), que tem como missão a coordenação e supervisão de ações de atenção integral à saúde indígena, apoiar e implementar programas de atenção à saúde segundo as diretrizes do SUS e prestar assessoria aos DSEI, apoiando os planos distritais e saneamento ambiental, enquanto compete ao Departamento de Determinantes Ambientais de Saúde Indígena (DEAMB) planejar, coordenar, supervisionar e avaliar o saneamento e as edificações de saúde nos territórios indígenas, além da implantação de programas de educação em saneamento. Ambos os departamentos ficam localizados na sede da SESAI em Brasília/DF e estão em articulação com os DSEI e as CASAI espalhadas pelo território brasileiro.

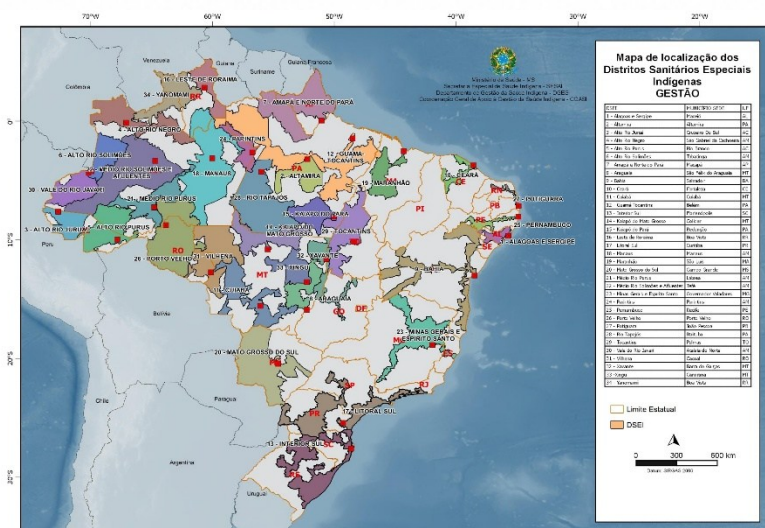
Dentro da estrutura dos DSEI, como já citado anteriormente, destacam-se os polos-base de atendimento, sendo a primeira referência para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) que atuam em conjunto com as aldeias. Estes Polo-Base são divididos em tipo I, com sua localização nas TI executando serviços assistenciais e de capacitações, e o tipo II, situado no município de referência

¹² Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm>. Acesso em: 04 mar. 2024.

como apoio administrativo às equipes multidisciplinares (Brasil, 2002).

É importante destacar que as áreas de atuação dos distritos foram distribuídas por critérios territoriais de ocupação geográfica das comunidades indígenas, não se limitando à divisão de limites dos estados (Bernabé; Bonissoni; Silva, 2021), tal como podemos observar na Figura 3:

Figura 3: Mapa de localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas



Fonte: Ministério da Saúde, 2021¹³.

¹³ Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/estrutura/dsei>>. Acesso em: 26 ago. 2023.

Toda a estrutura da SESAI objetiva garantir que os povos indígenas recebam atendimento adequado de saúde e estejam amparados em relação ao deslocamento de suas aldeias para o atendimento (Bernabé; Bonissoni; Silva, 2021). Portanto, na prática, podemos observar que há muitas problemáticas a serem atendidas, quanto ao modelo de ocupação geográfica, dificuldade de gestão e baixa participação direta dos indígenas nos conselhos distritais. Sobre a ocupação geográfica das DSEI para o alcance dos interesses à saúde indígena, Chico Apurinã, na discussão durante a 2ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNPSI), relata a dificuldade a ser sanada:

Até hoje esse continua sendo um gargalo a ser sanado, porque há distritos – como o nosso, aqui – que fazem parte ao mesmo tempo de Rondônia, do Amazonas e do Acre. Não é fácil fazer isso funcionar, porque precisamos de pareceres técnicos de pessoas dos outros estados. Mas não queríamos saber se ficava difícil ou não, apenas se iria funcionar de acordo com a nossa organização política (Apurinã, 2022, p. 113).

Ainda neste contexto das DSEI, houve a dificuldade de compreender a importância da representatividade dos conselhos distritais na discussão de como seria administrada a saúde indígena, como relatado por Lourenço Krikatí (2022, p.

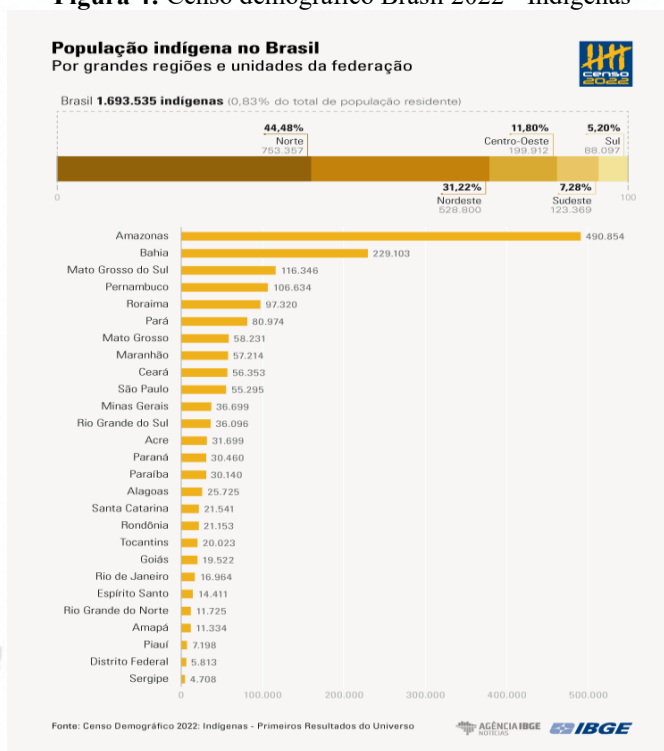
177), liderança indígena do povo Krikatí e professor, a partir da experiência na criação do DSEI do estado do Maranhão: “Finalmente instalamos o DSEI, mas com a participação dos indígenas ainda precária [...]”. E, posteriormente, acrescenta quanto à organização política instaurada:

De 2010 pra cá, com a criação da Sesai, começamos a observar questões de gestão. As lideranças observaram que quem estava à frente não estava administrando e estava consumindo e desviando recursos. Foi o primeiro passo para uma divisão que ocorreu dentro de algumas regiões. Vendo isso, algumas lideranças começaram a criar polos e fazer convênios para acompanhar a população (o povo era o lugar mais próximo que o convênio atendia), o que prejudicou algumas associações. Isso criou um problema maior no conselho, porque os próprios conselheiros, e o presidente do conselho, estavam facilitando essa divisão na região (Krikatí, 2022, p. 177).

Este processo de implantação dos Distritos Sanitários em cada área indígena está dentro de uma discussão que envolve vários atores sociais, dentre eles: organizações indígenas, profissionais de saúde, Organizações Não Governamentais (ONGs), universidades e órgãos federais em si como a FUNASA e a FUNAI. Em decorrência dos diferentes níveis de contato dos povos indígenas com a sociedade não

indígena, associado à divergência dos estágios de organização política frente à mesma sociedade, este processo de distritalização tende a desenvolver-se de maneira divergente de uma região à outra. Este fato também se deve à concentração demográfica da população indígena no país, conforme dados censitários do ano de 2022 divulgados pelo IBGE, como podemos observar na Figura 4:

Figura 4: Censo demográfico Brasil 2022 - Indígenas



Fonte: Agência IBGE Notícias, 2023¹⁴.

¹⁴ Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37565-brasil-tem-1-7-milhao->

A eficácia da participação indígena no controle social da saúde está diretamente relacionada ao grau de organização política e experiência histórica, como observado no Amazonas. Este contexto possibilitou a participação dos mesmos no controle social das ações de saúde, diferente das regiões como no Centro-Oeste e Sul do país, onde o exercício do controle social deverá ser estimulado pelas instituições responsáveis na execução dos serviços de saúde buscando um funcionamento regular dos conselhos distritais com a participação efetiva dos indígenas, mantendo a linha política de distritalização da saúde indígena (Athias; Machado, 2001).

Este processo político de distritalização da saúde indígena advém da busca de uma articulação entre os povos, lideranças e organizações em prol de saúde e outros direitos. Um grande desafio é lidar com a diversidade que necessita ser articulada entre as perspectivas tradicionais e modernas, diante dos diferentes níveis de contato (Baniwa, 2007). A SESAI oferta todos os serviços de atenção básica à saúde aos povos indígenas que estejam isolados e de recente contato no âmbito das TI homologadas (segundo o parágrafo único do 2º artigo do Decreto nº 3.156/99), oferecendo serviços de atenção médica com clínico geral, serviços de saúde bucal,

[de-indigenas-e-mais-da-metade-deles-vive-na-amazonia-legal](#)>. Acesso em: 19 set. 2023.

farmacêutica, atenção à criança, prevenção de doenças, saneamento básico e vacinação (Bernabé; Bonissoni; Silva, 2021).

Porém, diante da contextualização das políticas públicas voltadas aos povos indígenas, observa-se um posicionamento político do Estado que revela uma diferenciação entre os indígenas que vivem em TI e os que vivem em centros urbanos, na maioria das vezes fora das aldeias. As políticas públicas referidas não são estendidas aos que vivem em regiões urbanizadas (Guirau; Silva, 2013), questão evidenciada pelas autoras Sousa, de Moura e Mai (2012, p. 88):

Como a PNASPI foi estruturada para atender as TI, essa política não se aplica às cidades que não contemplam TI, falha essa reconhecida pela própria política ao mencionar a inexistência de uma legislação específica que regulamente a atenção à saúde dos indígenas que vivem em área urbana (Souza; De Moura; Mai, 2012, p. 88).

Conforme o noticiário publicado pelo Ministério dos Povos Indígenas “Dados do Censo 2022 revelam que o Brasil tem 1,7 milhão de indígenas”, publicado em 07 de agosto de 2023, a população indígena no país chegou a 1.693.535 neste ano, um aumento significativo de 88,82% referente ao Censo

do IBGE do ano de 2010. Este aumento está associado a mudanças metodológicas, o qual ampliaram o questionário com a pergunta “você se considera indígena?” para fora das TI. Esta questão nos direciona aos indígenas que estão vivendo nos centros urbanos e rurais.

Tal presença indígena em contextos urbanos e rurais fora das TI é marcada por vulnerabilidades socioeconômicas, em um processo de constante luta pela afirmação de seus direitos (De Paula, 2017). O reconhecimento destes cenários de interação nos permitirá a percepção dos desafios e problemas presentes nas demandas dos direitos indígenas (De Paula, 2017). Sendo assim, seria desejável uma multiplicação de etnografias sobre este contexto, pois segundo Luis Roberto de Paula (2017, p. 318): “se trouxerem elementos comuns para construção de um quadro comparativo e analítico, certamente contribuirão para que se avance nos debates e disputas acerca das políticas públicas”.

Em decorrência disso, é preciso avaliar as reivindicações por parte de agentes locais, regionais e federais levando em consideração suas vulnerabilidades, demandas e possibilidades de organização, pois os contextos dos pequenos municípios encontram-se em realidades divergentes e há também peculiaridades que se dão dentro ou ao redor de metrópoles (De Paula, 2017). Em meio a estas reivindicações

relatadas, esta pesquisa preza pela necessidade de conhecimento da atenção à saúde indígena no contexto APS, analisando as condições de ofertas de ações e serviços locais existentes.

1.2 Atenção Primária à Saúde Indígena

A Constituição Federal de 1988 assegurou a saúde pública e o reconhecimento dos aspectos culturais indígenas por meio do SUS, o qual possui como base a seguridade social e a cobertura universal da saúde com enfoque na atenção primária. Esta cobertura universal é pauta de discussão no contexto da saúde indígena, pois diante de um sistema de desigualdades extremas não se pode desconsiderar as necessidades e as diversidades dos sujeitos, sejam das condições de vida, moradia, gênero, renda ou etnia (Sousa, 2014). Contexto relevante diante de uma realidade com a existência de grupos sem acesso a nenhum tipo de serviço em todas as regiões do país, em todos os níveis de atenção a saúde, inclusive na APS (Marsiglia; Silveira; Carneiro Junior, 2005).

A APS é uma forma de organizar os serviços, buscando ofertar um atendimento eficiente e resolutivo das necessidades com o menor custo, visando a prevenção de complicações e a solução dos principais problemas de saúde que ocorrem na

população (Garnelo; Pontes, 2012). Promove-se, assim, a saúde coletiva contemplando aspectos biopsicossociais sobre os processos de saúde-enfermidade (Giovannella *et al.*, 2009). Como forma de contemplar estes aspectos e proporcionar o acesso universal à saúde, a APS conta com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), equipe que poderia ser compreendida, segundo Marsiglia, Silveira e Carneiro Junior (2005, p. 70) como “[...] peça fundamental na reestruturação da atenção básica e, em alguns casos, como extensão da cobertura para regiões sem nenhuma forma de assistência à saúde”, porém, podendo inferir que este movimento promove o desenvolvimento da assistência em segmentos populacionais sem acesso universal (Marsiglia; Silveira; Carneiro Junior, 2005).

Para o alcance à saúde aos indígenas através do acesso pela APS, inclusive aos que não estão nas TI, os estados e os municípios não podem recusar atendimento, alegando que esta é uma competência da SESAI, pois os serviços ofertados pelo SUS são universais e não excludentes (Bernabé; Bonissoni; Silva, 2021). Este contexto fica evidenciado na fala do autor Chico Apurinã (2022, p. 107):

A Constituição abriu espaço para um subsistema de saúde indígena através dos artigos 196, 197 e 198 que tratavam da saúde de forma universal, só não definiu

como ele poderia funcionar em relação ao SUS. Daí diziam: “o SUS não chega nas aldeias”. Rebatíamos: “Então tem que ver como vamos chegar com a saúde nas aldeias. É através da atenção primária? Então, é a atenção primária que nós vamos levar (Apurinã, 2022, p. 107).

Portanto há diversos desafios na implementação de ações de saúde na atenção primária aos povos indígenas, como as populações que residem em lugares de difícil acesso, características geográficas e sazonais, falta de estrutura, indicadores de saúde desfavoráveis, quantitativo de profissionais insuficientes associado ao contexto diversificado de costumes, línguas e conhecimentos, sendo um desafio cotidiano para profissionais de saúde trabalhar com atenção diferenciada, necessitando a “capacidade de entender não só o seu próprio sistema de saúde, mas também respeitar os saberes, estratégias, significados e tradições da população com a qual interage” (Vieira; Oliveira; Neves, 2013, p. 573). Diante desta discussão de acesso universal, devemos levar em consideração as maneiras distintas de intervenções terapêuticas que os povos indígenas possuem, evidenciando a necessidade de uma atenção à saúde diferenciada, tornando-se fundamental a estruturação dos DSEI através do SESAI a este público, tendo em conta a etnia e a epidemiologia territorial, prestando uma

assistência à saúde de qualidade aos indígenas (De Faria *et al.*, 2020).

Todavia, os indígenas que precisam de atendimento à saúde nos contextos urbano e rural são atendidos de forma idêntica aos demais usuários (Souza; De Moura; Mai, 2012). Segundo as autoras Cruz e Coelho (2012, p. 197):

O SUS foi construído para atender aos brasileiros de modo geral e a inserção dos povos indígenas nesse sistema ocorreu de forma tensa, tendo em vista a necessidade de adaptar a estrutura universal do SUS às suas especificidades (Cruz; Coelho, 2012, p.197).

Esse atendimento igualitário pode ser um dos vieses que refletem na baixa adesão dos indígenas ao acesso à saúde via UBS ofertado pelo SUS, realidade evidenciada em uma pesquisa realizada no município de Maringá/PR¹⁵, com foco nos atendimentos de saúde aos artesãos indígenas da cidade. Foram pesquisados possíveis atendimentos de 415 (quatrocentos e quinze) indígenas nos serviços de saúde eleitos, encontrando apenas 9 (nove) prontuários existentes, 4 (quatro) em nível hospitalar e 5 (cinco) de atenção primária.

¹⁵ O município de Maringá/PR torna-se relevante para o recorte espacial da pesquisa, uma vez que, segundo a Região de Influência das Cidades (REGIC) do site do IBGE do ano de 2018, classificou-se o município de Campo Mourão/PR como Centro Subregional A, subordinado a Maringá/PR, fator que pode contribuir na existência de realidades semelhantes.

Na análise dos prontuários, pôde-se observar a busca por medicamentos sem ação de promoção à saúde, baixa adesão ao tratamento, dificuldade de acompanhamento dos casos e não comparecimento dos mesmos a retornos agendados. Como interferência deste processo, as autoras citam que as características culturais próprias dificultam este processo e a equipe de saúde, independentemente do nível de atenção à saúde, não está preparada para o atendimento (Souza; De Moura; Mai, 2012). Essas particularidades são complexas, pois há dificuldade geográfica, barreiras linguísticas e de informação, “condições determinantes para a diferenciação existente na prestação de saúde às populações urbanas não tradicionais e aos povos indígenas” (Sandes *et al.*, 2018, p. 02). Evidencia-se que o princípio de universalidade aos serviços tendo acesso à atenção primária não tem criado condições para o estabelecimento da equidade (Marsiglia; Silveira; Carneiro Junior, 2005).

Há necessidade de reformulação e adaptação de programas e ações em saúde que levem em consideração a necessidade por políticas que atendam a população indígena neste processo de saúde e doença diante da atenção básica de saúde¹⁶. Por consequência, é persistente uma precariedade no

¹⁶ Ressalta-se que o termo Atenção Básica em Saúde é “[...] definida como ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível, voltadas à

modelo médico assistencial para os povos indígenas no Brasil, mesmo para a execução das ações básicas para estes, predominando um cenário carente e de difícil controle, como, por exemplo, na incidência de doenças infecto parasitárias (Cardoso, 2014). Ademais, emergem outros desafios à saúde, como o aumento significativo das doenças crônicas não transmissíveis e dificuldades frente à nutrição que já afetam grande parte do povo indígena no país (Brasil, 2002).

Para o acompanhamento das necessidades de saúde da população em geral, a ESF ofertada pela APS visa a assistência integral à família e à comunidade, em um vínculo entre profissionais e a população geral assistida. As dificuldades apresentadas pelos DSEI em áreas indígenas remotas são semelhantes às dificuldades da ESF diante de áreas de difícil acesso (Rocha *et al.*, 2020). Há um despreparo profissional diante de contextos étnicos e, consequentemente, comprometimento da qualidade do atendimento às comunidades indígenas (Pedrana *et al.*, 2018).

Em virtude aos contextos étnicos, os sistemas tradicionais indígenas são baseados em uma abordagem holística, empírica, com os indivíduos e o universo ao redor. O conhecimento destes sistemas é indispensável para execução

promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação” (Giovannella, 2009, p. 784).

de ações e projetos para uma adequada educação e promoção em saúde para tais comunidades, compondo do tratamento o uso de plantas medicinais, por exemplo (Coimbra Jr, 2003). Há necessidade de práticas de cuidado que dialoguem entre si e não a criação de uma política integracionista reguladora (Brasil, 2002). Entretanto, a preocupação evidente é de uma articulação e complementariedade entre os saberes em saúde, em um cuidado culturalmente apropriado, para garantir a APS aos povos indígenas (Pedrana *et al.*, 2018).

Para acontecer uma articulação do tratamento tradicional indígena com as ciências médicas, os sistemas sanitários nacionais criaram políticas como o documento “Estratégia da OMS sobre a medicina tradicional 2002-2005”, entendendo como medicina tradicional:

As práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas que incorporam medicinas baseadas em plantas, animais e/ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados de forma individual ou em combinação para manter o bem-estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir as enfermidades (OMS, 2002, p. 07).

É preciso destacar que as políticas públicas brasileiras que tratam de temas associados às medicinas tradicionais aderiram ao conceito desenvolvido pela OMS, podendo citar a

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) publicada em 03 de maio de 2006 (Pedrana *et al.*, 2018). Esta política tem como finalidade promover a integralidade da atenção à saúde no Brasil, tornando possíveis as ações preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS (Brasil, 2006). As práticas regulamentadas nesta política são: acupuntura, medicina tradicional chinesa, homeopatia, fitoterapia e a crenoterapia (uso terapêutico de fontes naturais de águas minerais). Neste contexto, o que mais se aproxima da medicina indígena é a homeopatia, associada ao uso das plantas medicinais. Ainda neste contexto de políticas integrativas, foi aprovada a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), por meio do Decreto Nº 5.813, de 22 de junho de 2006¹⁷, orientando as Práticas Integrativas (PI) no âmbito da APS, de modo a estimular os métodos naturais na prevenção, recuperação e promoção da saúde.

É recomendada pela PNASPI uma articulação da medicina indígena com a medicina ocidental, com objetivo de “melhoria no estado de saúde dos povos indígenas” (Ferreira, 2007). Portanto, há uma tendência nacional em incorporar as práticas das medicinas tradicionais aos sistemas oficiais, mas

¹⁷ Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5813.htm>. Acesso: 12 de março de 2025.

sob uma perspectiva que possa ser compreendida pela racionalidade biomédica (Ferreira, 2013). Nesse sentido, a intermedicalidade pode ser interpretada como um sistema de cuidado que beneficie a própria população que opera com o modelo biomédico em um viés econômico, visto como uma alternativa de medicina de baixo custo. Essa problemática existente na interculturalidade da medicina ocidental e a medicina tradicional indígena no contexto das políticas existentes é evidenciado pelos autores Vieira, Oliveira e Neves (2013, p. 573):

Ao procurar compreender a relação entre tratamento e diálogo, obteremos instrumentos para avaliação do subsistema de saúde indígena, principalmente em relação à atual política de saúde, que declara que as práticas tradicionais de cura devem ser respeitadas e não substituídas pelos serviços biomédicos na atenção básica, mas que pouco faz para implementar políticas de atenção voltadas para o problema da interculturalidade (Vieira; Oliveira; Neves, 2013, p. 573).

Torna-se, portanto, um desafio considerar a medicina indígena como uma medicina local a ser preservada originalmente. Outro desafio para esta articulação dos serviços de saúde com os cuidadores indígenas nas comunidades é a difícil compreensão dos gestores e profissionais de saúde

referente aos saberes e as práticas indígenas (Ferreira, 2007). Segundo Pedrana *et al.* (2018, p. 02), os estudos referentes à operacionalização da PNASPI não têm favorecido a produção de ações efetivas para as demandas das comunidades, afirmando que:

Em realidade, tem produzido efeitos contrários aos princípios e pressupostos fundantes da política, especialmente no que diz respeito à adaptação e ao aperfeiçoamento do funcionamento e à adequação da capacidade do SUS às “necessidades específicas” de saúde das “comunidades culturalmente diferenciadas” [...].

Conforme Comin (2008), há uma aceitação por parte dos povos indígenas ao tratamento médico convencional, mas reivindicam um atendimento que respeite os seus costumes como, por exemplo, o uso da rede para deitar-se, o chá indicado pelo pajé ou até mesmo a companhia dele. Segundo a autora indígena Letícia Yawanawá da Terra Indígena Rio Gregório, no Acre (2022, p. 123):

A criação da saúde indígena deixou os pajés e as parteiras de lado. As parteiras têm muito conhecimento. Elas são as doutoras, elas são formadas, mas na sua tradição, no seu conhecimento das plantas medicinais. Os pajés também [...]. A parteira e o pajé já são formados na sua

medicina, no seu conhecimento. Buscávamos apenas aperfeiçoar o conhecimento que eles já tinham com o conhecimento ocidental (Yawanawá, 2022, p.123).

É necessário, portanto, medidas que valorizem a “articulação” das práticas de cura tradicionais com a biomedicina (Vieira; Oliveira; Neves, 2013). As ambiguidades que envolvem a noção de atenção diferenciada se apresentam como empecilhos à construção de novas práticas interculturais. A autora Kolberg (2019, p. 21) traz em sua percepção que a tentativa de uma promoção à atenção diferenciada dentro do SUS traz conflitos:

Como profissional que atua no Subsistema, tenho percebido que, sob a ótica de muitos gestores, promover uma atenção diferenciada dentro do SUS pode gerar além de conflitos na prestação da assistência, a falsa ideia de concessão de privilégios e ou benefícios desproporcionais aos indígenas, em detrimento dos não indígenas, sob a errônea ideia de que não estaria sendo atendido o pressuposto da equidade. Essa percepção equivocada é um sério entrave à efetividade da abordagem diferenciada na prestação dos serviços de saúde, uma vez que iguala desiguais, descartando por completo o princípio da equidade no acesso universal. A essa visão falaciosa de muitos gestores, soma-se o fato de que a

imensa maioria dos recursos humanos atuantes nos serviços possui vínculos precários e com baixa qualificação, o que impacta diretamente no serviço ofertado e vem ao decorrer de décadas sendo ignorado pelo Estado (Kolberg, 2019, p. 21).

Desta forma, há necessidade de analisar as condições de oferta de ações da APS nas redes municipais de saúde, sendo relevante a capacidade de compreender as especificidades culturais da população para viabilizar melhorias no acesso aos serviços e qualidade da atenção com estratégias adequadas às realidades socioculturais existentes.

1.3 Ações e marcos contemporâneos

Ainda que a Constituição Federal de 1988 assegure as políticas sociais às comunidades indígenas, o campo da saúde permanece em um âmbito de inquietude desses povos com o Estado (Abunhosa; Machado; Pontes, 2020). Segundo os autores Cruz e Coelho (2012), há um descompasso entre o discurso oficial e as ações indigenistas, oscilando entre diferenciação e universalidade que se expressa na organização e execução dos serviços. Mesmo que haja um discurso oficial que enfatiza a participação indígena na organização dos serviços, ainda é o Estado que define como esta participação

deve ocorrer (Cruz; Coelho, 2012). Este discurso de participação social é relevante no âmbito do SUS, constituindo um dos elementos centrais na implementação de políticas e ações de saúde desde a década de 1990. A implementação dos DSEI consistiu na afirmação de que os indígenas participariam dos serviços através das instâncias de controle social, com a representação nos conselhos e Conferências de Saúde (Cruz; Coelho, 2012).

Os conselhos são formados por pessoas com poder de representação de seus agrupamentos sociais e são considerados, em tese, autônomos, plurais e empoderados por diretrizes e a deliberar sobre políticas públicas. O Conselho Nacional de Políticas Indigenistas (CNPI), órgão criado pelo Decreto nº 8.593 de 17 de dezembro de 2015¹⁸, é considerado um espaço de diálogo das autoridades indígenas com as autoridades que governam (Cazelatto; De Paula Filho; Cohn, 2019). Entretanto, o CNPI foi extinto no ano de 2019 pelo Decreto nº 9.759/19¹⁹, assinado pelo então presidente Jair Messias Bolsonaro, acentuando as dificuldades de diálogo e reivindicações indígenas. Este decreto de extinção dos conselhos apenas foi revogado em 2023, com a presidência de

¹⁸ Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/decreto/d8593.htm>. Acesso em: 19 de fev. 2024.

¹⁹ Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9759.htm>. Acesso em: 19 fev. 2024.

Luiz Inácio Lula da Silva, por meio do Decreto nº 11.371, de 1º de janeiro de 2023²⁰.

Este Decreto realça as limitações burocráticas impostas pelo Estado, expondo ações contraditórias pois mesmo que garanta a formação de colegiados legalmente, estes demonstram não estarem preparados para atender as reivindicações e compreender a diversidade e realidade dos povos indígenas (Moura et al., 2023). A Figura 5, a seguir, retrata uma notícia acerca do fato mencionado acima.

Figura 5: Noticiário sobre a extinção do CNPI

Extinção de conselhos sociais ressalta viés autoritário e antidemocrático do governo Bolsonaro

Com a extinção do Conselho Nacional de Política Indigenista, o governo Bolsonaro demonstra não estar disposto ao diálogo com os povos, organizações e lideranças indígenas do Brasil



Reunião do CNPI em Brasília. Foto: Ana Mendes

Fonte: cimi.org.br, 2019.

²⁰ Disponível em:

<https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=11371&ano=2023&ato=dbfMzYU9kMZpWT33d>. Acesso em: 19 fev. 2024

Segundo os autores Abunhosa, Machado e Pontes (2020, p. 08), “o setor da saúde tem se constituído em um importante lócus de participação social”, sendo tal participação social base para a construção do SUS, expressão da democracia. Porém, a participação indígena nos conselhos municipais, estaduais e nacionais de saúde ainda é um desafio para o controle social no sistema de saúde público no país. Esta discussão sobre a necessidade de ampliação da atuação indígena no SASI é frequente nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena (CNSI) (Abunhosa; Machado; Pontes, 2020). Nesse sentido: “As Conferências indicam os caminhos para compreender as necessidades da população e o que é preciso fazer para que todos tenham acesso aos serviços de saúde com qualidade, humanização e respeito” (Kolberg, 2019, p. 55).

Desde 1986 até 2019 foram realizadas apenas cinco CNSI, sendo as três primeiras voltadas à discussão das diretrizes que contribuíram para a elaboração da PNASPI. Após a criação da SESAI, foi realizada apenas uma conferência, ocorrida no ano de 2013. A SESAI apresenta uma agenda deficitária em relação à realização das conferências, não sendo organizadas com a regularidade que legalmente é instituída, além da falta de diálogo entre o Estado e os povos indígenas, que anseiam por melhorias no sistema de saúde e buscam diminuir indicadores de morbimortalidades (Kolberg,

2019). A 5ª CNSI, que ocorreu em 2013, dispõe de propostas para articular o SUS com o SASI, na ordenação de fluxos e garantia de oferta e acesso. Esta discussão se mostra relevante, pois muitos indígenas quando necessitam de atendimento à saúde fora das aldeias ficam em filas de atendimento e, em muitos casos, não encontram resposta para o que precisam, necessitando que a atenção básica disponha de estrutura, recursos, pessoal e logística para garantir o acesso integral e resolutivo (Brasil, 2015).

A 5ª CNSI teve como tema central “Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e o SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada”, discutindo propostas para atualização da PNASPI com intuito de promover iniciativas locais, distritais e nacionais e definição de estratégias imediatas em articulação com as Secretarias do Ministério da Saúde. Dentre as propostas aprovadas na perspectiva da APS aos povos indígenas, está a de promover estratégias em todas as etapas da vida humana, desde a infância à velhice, tendo como temáticas centrais a dependência ao álcool e drogas, transtornos mentais, diagnóstico, prevenção e controle de agravos crônicos, levando em consideração a realidade local e as especificidades da cultura.

Dentre as especificidades citadas, está a valorização da medicina tradicional indígena, com propostas de promoção e

interação com a medicina ocidental por meio da criação de programas e a implantação de farmácias vivas e laboratórios de manipulação de medicamentos e de produtos à base de plantas medicinais, incentivando as equipes e as comunidades a incorporarem o conhecimento de parteiras e pajés (Brasil, 2015). Um olhar sob suas reivindicações é necessário para implantação de políticas que incorporem estes conhecimentos, como cita Krikatí (2022):

Tem indígena que, por uma questão cultural, não quer ser atendido do jeito branco, não quer deitar na cama, prefere a rede, e ainda tem indígena que não entende português. Por todas essas coisas, nós demandamos um atendimento diferenciado, respeitando os valores de cada povo (Krikatí, 2022, p. 175).

Ainda, a 5ª Conferência teve como foco o fortalecimento do Subsistema e do DSEI e foram tratados meios para a construção de uma abordagem diferenciada na APS, através da implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família Indígena (NASFI) para ações resolutivas e de qualidade, com um financiamento diferenciado. Associado a isto, uma supervisão técnica em área para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) bimestralmente, para melhor planejamento e acompanhamento das ações de saúde associado à melhoria na capacitação de trabalhadores da

saúde indígena (Brasil, 2015). Referente às propostas, foram observadas poucas discussões acerca dos indígenas não aldeados, mesmo que citada a necessidade de acesso a todos os indígenas (aldeados, não aldeados e urbanos) a serviços de saúde de qualidade, além da proposta de garantir no orçamento da SESAI e secretarias municipais de saúde recursos financeiros para atendimento diferenciado. As reivindicações indígenas necessitam serem colocadas na agenda central dos gestores do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), para qualificação e organização das ações e serviços visando a atenção integral²¹ à saúde a esses povos (Brasil, 2015).

Diante da condução das ações voltadas às atividades de atenção integral à saúde dos povos indígenas está o Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena (DAPSI), tendo como Diretora Carmem Pankararu, primeira mulher indígena a assumir chefia de gabinete da SESAI, no ano de 2016. O DAPSI é responsável pela articulação com os demais gestores do SUS por meio da atenção básica, para prover ações complementares e especializadas (Brasil, 2021a). Apresenta programas e ações, dentre eles o Projeto Sesai Mais

²¹ A atenção integral à saúde indígena: conjunto de ações para a implementação da Atenção Primária à Saúde nos territórios indígenas. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/dapsi>>. Acesso em: 19 fev. 2024.

Saúde Indígena, que tem como objetivo ofertar e apoiar as ações de saúde complementares à APS, visando a garantia de acesso por meio de ações voltadas, principalmente, para indígenas que residem em áreas de difícil acesso geográfico. Este projeto é executado de forma integrada entre a SESAI e os DSEI e parceiros (Estados e Municípios, Ministério da Defesa, Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, ONGs, Associações e Empresas Sociais) aos indígenas atendidos pelo SASISUS (Brasil, 2023a).

Figura 6: Projeto Sesai Mais Saúde em atendimento no Xingu



Fonte: Saúde Indígena SESAI, 2022.

Além da oferta de ações, a Vigilância em Saúde (VS) é relevante dentro da APS aos povos indígenas, ocorrendo no

ano de 2021 a implantação de 34 Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), que atuam nos DSEI para identificação, monitoramento de possíveis agravos à saúde e controle de doenças transmissíveis, contando com a presença de um epidemiologista de campo e tendo como principal fonte de dados o Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI) que agrupa os dados epidemiológicos dos 34 distritos sanitários (Brasil, 2023b).

As ações de saúde realizadas pela EMSI baseiam-se nos programas preconizados pelo MS, como a imunização, proporcionando proteção individual e coletiva contra as doenças imunopreveníveis, tendo ação prioritária dentro dos DSEI e apresentando como estratégia a intensificação da vacinação nas áreas indígenas, com a ação do Mês de Vacinação dos Povos Indígenas (MVPI), realizado pela SESAI em parceria com a OPAS, que integra a Semana de Vacinação nas Américas, organizada todo mês de abril (Brasil, 2021b). Em 2023, durante o MVPI, realizaram-se visitas por ao menos 90% das aldeias indígenas para completar o esquema vacinal de adultos e crianças, tendo como foco a vacinação antigripal nos 34 DSEI, com uma população estimada de 611.780 pessoas (OPS, 2023).

Figura 7: Ação de imunização na Semana de Vacinação nas Américas no Brasil



34 INFORME SEMANA DE VACUNACIÓN EN LAS AMÉRICAS 2023

Fonte: Informe Semana de la Vacunación en las Américas, 2023.

Dentro da PNASPI, a educação em saúde aos profissionais que estão perante o atendimento à saúde indígena é uma diretriz relevante, visando o aperfeiçoamento das ações realizadas para atuação diante do contexto intercultural. Para isto, foi elaborado o Programa de Qualificação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN), ofertando uma educação permanente acerca de temáticas como: “histórico e estrutura da SESAI, atenção básica em saúde, o consumo do álcool em populações

indígenas, boas práticas de imunização, saúde mental, saúde da criança, doenças crônicas não transmissíveis, saúde bucal” (Brasil, s/p, 2021c), além de questões gerenciais de planejamento, monitoramento e avaliação da situação de saúde nos 34 DSEI (Brasil, 2021c). A institucionalização do AIS faz parte das reivindicações da participação dos indígenas nos serviços e atenção diferenciada, integrante das equipes que prestam serviços da APS nas comunidades e aldeias, sendo um elo entre os saberes tradicionais e biomédicos (Diehl; Langdon; Dias-Scopel, 2012).

Visando a articulação dos saberes e com o objetivo de fortalecer as medicinas tradicionais, há o Programa Articulando Saberes em Saúde Indígena (PASSI), que fornece subsídios a iniciativas já desenvolvidas pelos DSEI, planejando, implementando e monitorando as ações, favorecendo um diálogo entre as lideranças locais e comunidades indígenas, pensadas de acordo com as especificidades de cada etnia (Brasil, 2021d).

Como ação vinculada ao PASSI, no mês de abril do ano de 2023, a SESAI realizou a “Oficina de Medicinas Indígenas no SasiSUS”, formando Grupo de Trabalho com participação de indígenas, pesquisadores e parceiros para elaboração de um “Plano de Trabalho para as Medicinas Indígenas” (Brasil, 2023c). Esta medida de estruturação de um grupo de trabalho

foi publicada no Diário Oficial da União pela portaria²² SESAI/MS nº 8, de 23 de janeiro de 2024, com intuito de elaboração de propostas para a promoção da medicina indígena no âmbito do SASISUS. A imagem a seguir apresenta notícia referente a dito Grupo de Trabalho:

Figura 8: Noticiário sobre a instituição do Grupo de Trabalho de Medicinas Indígenas



Ministério da Saúde quer incluir medicina indígena no SUS

Grupo de trabalho vai reunir dados para a criação de programa que promova a saúde dos indígenas



Grupo terá duração de 12 meses, prorrogáveis por igual período; na foto, mulher indígena

Fonte: poder350.com.br, 2024.

²² Disponível em: <<https://static.poder360.com.br/2024/01/dou-gt-saude-indigena-24jan2024.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2024.

Há outros programas de assistência à saúde no âmbito da APS, como o “Atenção à Saúde das Mulheres e Crianças Indígenas”, desenvolvido pelas EMSI diretamente nas TI para promoção à saúde do público feminino baseado em políticas já existentes como: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), mas com atendimento diferenciado ao público indígena feminino, reconhecendo o protagonismo da mulher indígena e o cuidado à saúde das crianças (Brasil, 2022a).

Referente à política nutricional, temos o programa Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), que realiza avaliação contínua das condições alimentares e medidas antropométricas da população indígena, descrevendo o perfil nutricional, também vinculado a programas do MS já inseridos no contexto da APS, como: Programa Nacional de Suplementação de Ferro; Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A; Estratégia de fortificação da alimentação infantil com vitaminas e minerais em pó (NUTRISUS): Adaptação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) (Brasil, 2022b).

Diante dos programas do MS abordados, compreende-se que a saúde pública apresenta um atendimento ordenado a

um modelo assistencial, no qual as ações são efetivadas no contexto de um plano local. Referente ao SASI, o modelo de assistência é voltado aos DSEI, resultando em uma diferenciação a povos indígenas que não estão em áreas homologadas. Segundo Garnelo *et al.* (2012), os órgãos de saúde enfrentam desafios em adaptar serviços às populações rurais e grupos culturais específicos apresentando dificuldades em adaptar estratégias adequadas.

A relação entre o SUS e o seu subsistema tem passado por contradições. Nessa perspectiva de plano local, a municipalização dos serviços é impactante quanto à saúde indígena, pois revelaram-se consideráveis conquistas no desenvolver histórico das políticas de saúde. A responsabilidade de execução pelo governo federal foi uma delas, sendo evidenciada na fala do escritor indígena Chico Apurinã: “Se houve algo positivo nessa experiência, foi o aprendizado. Eu pude entender que, na questão específica da saúde, não é nenhum movimento ou ONG que deve assumir. Essa é uma responsabilidade do Governo” (Apurinã, 2022, p. 117).

O impacto da municipalização também advém da hostilidade e do preconceito contra os povos indígenas, destacando-se a descentralização, diretriz do SUS que preconiza o repasse à execução das ações aos municípios e que

desobrigou o nível federal de uma rede própria de assistência, sendo uma das contradições evidentes. No caso do SASI, o modelo de assistência está baseado nos DSEI (Garnelo *et al.*, 2012), evidenciando a necessidade de aprimoramento das políticas públicas de saúde em plano local que execute a atenção diferenciada reivindicada pelos indígenas, como fica claro na fala da indígena Carmem Pankararu, no livro “Vozes indígenas na saúde: trajetórias, memórias e protagonismos”:

Nós não estamos aqui para pedir prioridade. Queremos respeito às nossas diferenças. Nós queremos que o Estado reconheça que estamos em um país miscigenado, multicultural, multiétnico e que precisamos desse entendimento e respeito nas estruturas de saúde (Pankararu, 2022, p. 161).

Nesta perspectiva da relevância das políticas públicas de saúde dentro de um plano local e o quanto o SUS preconiza a execução das ações aos municípios, adiante será analisado as ações e serviços de saúde e a atuação do poder público direcionado ao nível estadual e regional, trazendo as questões retratadas até o momento para contextualizar à realidade local, pois, segundo Pereira (2022) há reivindicações de etnias indígenas diversas no município que se comunicam e se complementam, como exemplo, a oportunidade de fala e um espaço para serem ouvidas nas assistências municipais, sendo

assim necessário uma análise das políticas existentes aos indígenas como usuários dos serviços de saúde.

**SAÚDE INDÍGENA NO PARANÁ E EM
CAMPO MOURÃO: PANORAMA E
POSSIBILIDADES**



Uma alternativa para a superação de problemas relacionados à atenção à saúde indígena no país é a implantação do SASI, estabelecendo a responsabilidade ao Governo Federal em ofertar serviços de atenção básica e aos municípios, estados e entidades não governamentais uma atuação complementar. É relevante compreender que a competência federal não exclui a ação dos estados e dos municípios, pois são por eles que ocorrem a articulação da APS com as demais instâncias do SUS (Abreu, 2012). A disposição sobre estas responsabilidades apresenta-se na Portaria nº 1163/GM de 14 de setembro de 1999²³, a qual dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas no Ministério da Saúde e dá outras providências.

Para a implantação do SASI no estado do Paraná foi necessário que a FUNASA realizasse parcerias com os municípios e Organizações Não Governamentais (ONG), sendo repassadas atribuições e recursos da União a partir de 2001, pois não dispunha de pessoal técnico para dar o atendimento da atenção básica a todas as aldeias indígenas. Segundo Abreu (2012, p. 19), o repasse foi previsto a 21

²³ Disponível em: <

<https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html?localidade=BR>

> Acesso em: 02 abr. 2024.

municípios onde havia aldeias reconhecidas pela FUNAI, sendo:

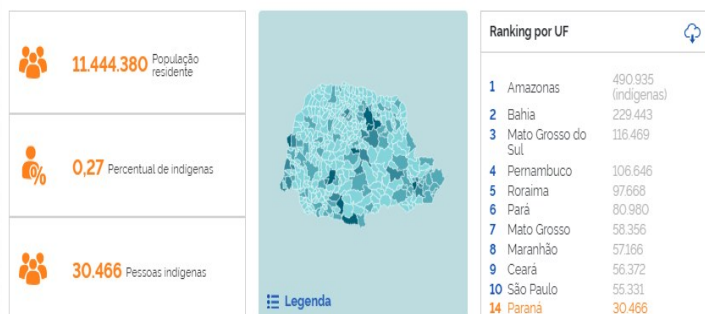
Cândido de Abreu, Chopinzinho, Coronel Vivida, Diamante do Oeste, Espigão Alto do Iguaçu, Guaraqueçaba, Inácio Martins, Londrina, Mangueirinha, Manoel Ribas, Nova Laranjeiras, Ortigueira, Palmas, Paranaguá, Piraquara, Pontal do Paraná, Santa Amélia, São Jerônimo da Serra, São Miguel do Iguaçu, Tomazina e Turvo (Abreu, 2012, p. 19).

Sequentemente, mais três municípios (Abatiá, Guaíra e Laranjeiras do Sul) foram incorporados após o processo de reconhecimento de suas terras e formalização pela FUNAI (Abreu, 2012). Os municípios citados já comportavam práticas de gestão próprias de saúde, sendo atendimentos voltados para a população geral, tanto urbana quanto rural, no modelo biomédico predominante, não se mostrando aptos em uma atenção diferenciada voltada à população indígena como previsto em lei (Abreu, 2012).

Segundo os dados do Censo do IBGE (2022), o Paraná apresenta 30.460 indígenas autodeclarados, sendo 345 municípios com ao menos um indígena autodeclarado. De acordo com o mesmo levantamento, é válido ressaltar que 13.887 dos indígenas moram em terras de demarcação, sendo outros 16.573 em terras não demarcadas. As duas principais

etnias presentes no estado do Paraná são os Guarani e os Kaingang, as quais estão entre as três mais populosas no sul do País (Boaretto, 2015).

Figura 9: População indígena do estado do Paraná e ranking por Unidade Federativa



Fonte: censo2022.ibge.gov.br, 2022.

Figura 10: Indígenas por localização do domicílio no estado do Paraná

Indígenas por localização do domicílio

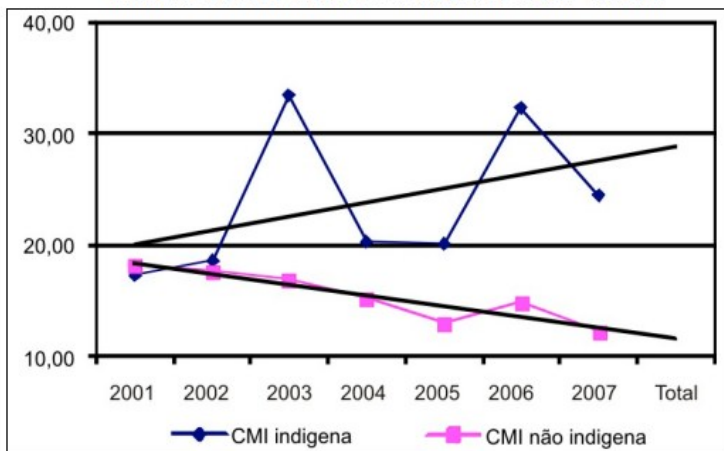


Fonte: censo2022.ibge.gov.br, 2022.

De acordo com Abreu (2012), a problemática que envolve a saúde indígena no estado do Paraná envolve diversos atores, sendo gestores, indígenas e profissionais de saúde e que os municípios não apresentam como pauta o efetivo atendimento à saúde dos povos indígenas. Em análise dos relatórios de gestão apresentados pela FUNASA entre os anos de 2001 e 2007, Abreu (2012) revela que, apesar de ser reconhecida a necessidade de uma prestação de serviços e assistência que leve em consideração suas especificidades (culturais, políticas, territoriais, histórica), não há relatos de experiências práticas que abarquem esta proposta. Nota-se a existência de repasses financeiros para a atenção à saúde indígena no Paraná para contratação de recursos humanos para atuar nas áreas demarcadas, mas através de ações de extensão na oferta de serviços pelas prefeituras, não efetivando uma mudança no quadro epidemiológico desta população, como exemplo, a redução de mortalidade infantil indígena, indicador significativo na análise da saúde, como observado abaixo:

Figura 11: Coeficientes de Mortalidade Infantil de 21 municípios paranaenses (2001-2007)

GRÁFICO 3 - COEFICIENTES DE MORTALIDADE INFANTIL EM MENORES DE 1 ANO INDÍGENAS E NÃO INDÍGENAS NOS 21 MUNICÍPIOS ESTUDADOS NO PARANÁ - 2001-2007



FONTE: SESA/SVS/SIM/SINASC

Fonte: Abreu (2012, p. 72).

O conhecimento dos óbitos infantis entre os indígenas indica uma revisão dos processos de trabalho, pois expressam baixa qualidade das ações de puericultura e pré-natal, sendo necessária uma análise sob a óptica da oferta de serviços, evidenciando uma baixa efetividade devido ao distanciamento cultural, não assegurando estratégias que realmente são efetivas. A ocorrência de óbitos nas aldeias pode-se atribuir, segundo a autora Corrêa *et al.* (2020, p. 09) à:

[...] dificuldade de acesso aos serviços de saúde, à descontinuidade nas ações,

sobretudo quando há necessidade de assistência em outros pontos da rede de serviços fora da aldeia, e à gestão de pessoas com elevada rotatividade dos profissionais de saúde, além de seu pouco preparo para lidar com a diversidade cultural (Corrêa *et al.*, 2020, p. 09).

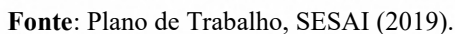
Nesta análise de oferta de serviços, a realização da atenção básica em TI deve ser empreendida por parte dos DSEI, segundo o Decreto 3156/99²⁴, numa articulação com os gestores municipais e estaduais. No Paraná, há gerência de dois Distritos, sendo: Distrito Sanitário Litoral Sul e o Distrito Interior Sul, vinculados administrativamente às Coordenações Regionais da FUNASA do Paraná e Santa Catarina, pela Portaria nº 1776 de 8 de setembro de 2003²⁵, ocorrendo até o ano de 2006, quando houve a desvinculação dos DSEI pela Portaria nº 1810 de 3 de agosto de 2006²⁶, devido às manifestações indígenas no Estado que argumentavam não terem sido consultadas e solicitando providências ao Ministério Público Federal, além de suspeita da ação beneficiar uma determinada ONG contratada para prestação

²⁴ Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3156.htm. Acesso em: 22 abr. 2024.

²⁵ Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=184950>. Acesso em: 22 abr. 2024.

²⁶ Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_1810_2006.pdf. Acesso em: 22 abr. 2024.

Figura 12: DSEI Litoral Sul - Modelo de Gestão e Polos Base



86

envolvidos. Diante deste processo, são generalizadas as dificuldades operacionais e articulações políticas dos governos municipais e estaduais envolvidos no transcurso de implantação dos DSEI (Varga; Guarani, 2003).

Dessa forma, no ano de 2006 houve uma nova configuração dos DSEI com a portaria nº 1.810, de 3 de agosto de 2006, dando lugar ao DSEI Sul Sudeste que compreende as TI delimitadas nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e Rio de Janeiro e o DSEI Paraná que inclui todas as TI do estado do Paraná. Sendo assim, conforme a mesma portaria estabelece: “Art. 1º Definir que o Distrito Sanitário Especial Indígena do Paraná abranja a totalidade das terras indígenas situadas no Estado do Paraná, com sede na cidade de Curitiba, Paraná”.

O DSEI Paraná foi responsável pela formulação do Plano Distrital de Saúde Indígena para o Paraná (PDSI-PR), no período de 2008 a 2010, como forma de planejamento de gestão voltado às principais questões e problemas associados às comunidades indígenas. Portanto, nesta etapa o DSEI Paraná passava por um processo de questionamento de sua legalidade, prejudicando a formulação do PDSI-PR. Nesse sentido, segundo o autor Abreu (2012, p. 81):

[...] visto que a precariedade da situação interrompeu as reuniões com os

Conselhos locais e com as Prefeituras Municipais, sendo esta uma das razões pela qual a ausência de referência a este instrumento na totalidade dos PMS dos municípios estudados. Esta situação persistiu até o ato que revogou a criação deste Distrito, a Portaria 2962 de 9 de dezembro de 2008, porém não houve revisão na formulação do PDSI (Abreu, 2012, p. 81).

Diante do panorama da saúde indígena no Paraná, é relevante discutir a atuação do poder público e as ações e serviços existentes, pois mesmo presente, o processo de municipalização das ações de saúde no Estado, a questão da saúde indígena sempre esteve à margem de suas atribuições (Abreu, 2012), sendo este ponto discutido com maior ênfase no decorrer desta seção.

2.1 Atuação do poder público

A prática de terceirização de ações e serviços de saúde não é evidenciada nos municípios do Paraná em experiências anteriores, sendo considerável sempre a execução de serviços de forma direta. Desse modo, a orientação advinda da FUNASA é que a utilização dos recursos na prestação de assistência à saúde indígena deveria ser feita pela contratação de ONGs com a justificativa da experiência em algum

momento voltado à saúde indígena (Abreu, 2012). Todavia, no Paraná entre o período de 2000 a 2007, em análise do autor Abreu (2012) feita nos relatórios anuais de gestão da FUNASA, não foram identificados os resultados do atendimento realizado por essas ONGs no estado. O que são citadas nos relatórios são algumas atividades realizadas pela Coordenação Regional da FUNASA do Paraná (CORE-PR).

As atividades que são descritas nos relatórios do DSEI Litoral Sul, segundo o autor Abreu (2012), são voltadas a capacitações de AIS e conselheiros, saneamento básico, orientações aos conselheiros em todas as aldeias do Paraná e supervisão de aldeias e polos-base, não fazendo referência às entidades que prestavam o atendimento na APS dentro das aldeias e atividades dos conselhos locais e distritais à saúde indígena.

Referente às Conferências Estaduais de Saúde realizadas entre os anos de 2001 e 2007, poucas são as referências a ações e planejamento de serviços direcionados à saúde indígena. A 5ª CMS realizada em Curitiba/PR, em 2001, discutiu em processo coletivo o produto de 348 CMS, mas no que se refere à saúde indígena, há apenas uma citação voltada a cursos de formação de AIS sem definição direta de responsabilidades. A 7ª CMS realizada em Foz do Iguaçu/PR em 2005, realizou formulação e fixou diretrizes do Conselho

Estadual de Saúde (CES) para 2006 e 2007, o qual definiu a inclusão das comunidades indígenas ao Programa Integral de Saúde, inclusive a Saúde Mental, em 22 Regionais de Saúde; portanto, os municípios desempenhariam esta ação pela APS, não referenciando a ação da FUNASA. Já a 8º CES, realizada em Londrina/PR no ano de 2007, assegurou a participação indígena na política de educação permanente, e que os mesmos devem ser inseridos no Programa de Saúde Mental nas 22 Regionais de Saúde do Paraná, visando o respeito e a diversidade cultural. Referente à 6º CES realizada em Curitiba/PR no ano de 2003, não há nenhuma referência à saúde indígena (Abreu, 2012).

Dentre os anos de 2008 e 2010 foi elaborado o PDSI-PR, elaborado com o intuito de planejamento para gestão do DSEI sobre questões relevantes à saúde e problemas dos serviços de atendimento à população indígena. Como cita Abreu (2012, p. 81):

Este plano tem como objetivo dar início a um processo de institucionalização de práticas de planejamento participativo, em que o DSEI define suas prioridades e resultados a partir da análise de situação e valida estas metas a partir da sua aprovação nas instâncias de controle social previstas no subsistema de saúde indígena, o CONDISI (Abreu, 2012, p. 81).

O PDSI-PR (2008-2010) abrange a totalidade dos municípios do Paraná onde há população indígena, abordando sobre treinamentos para as equipes que realizam os atendimentos à saúde indígena e a necessidade de agentes voltados a saneamento como composição das equipes. Este plano fez uma caracterização da população indígena por aldeia, identificando as características demográficas, étnicas, culturais e linguísticas; ou seja, não aborda sobre uma implantação de modelo de atenção diferenciada que respeite as especificidades das etnias. Na prática, este plano não foi efetivamente concretizado, pois foi realizado pelo DSEI Paraná, momento o qual passava por questionamento de sua legalidade pelo Ministério Público Federal, resultando na precariedade de reuniões com os Conselhos locais e Prefeituras Municipais, sendo uma razão para a pouca referência do mesmo nos Planos Municipais de Saúde (PMS) nos municípios (Abreu, 2012).

Diante deste marco temporal, entre 2008 e 2010, em um contexto de tentativas de aplicabilidade do PDSI-PR, associado à assistência à saúde realizada pelas ONGs, houve em 2009 conflitos evidenciados em noticiários, como divulgado pelo site Gazeta do Povo (2009) referente à confiabilidade de repasses financeiros destinados à saúde indígena entre FUNASA e ONG. Vejamos:

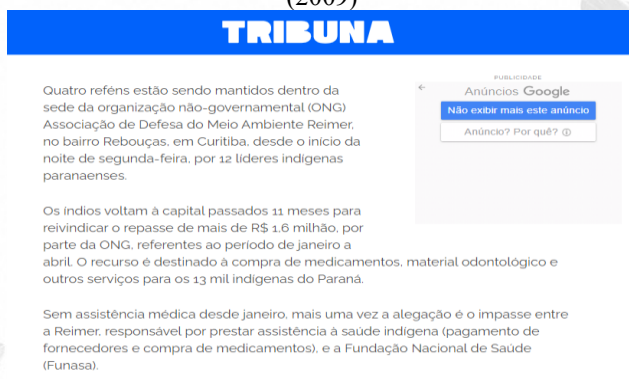
Figura 13: Noticiário sobre substituição de ONGs responsável pela saúde indígena no Paraná (2009)



Fonte: gazetadopovo.com.br, 2009.

No mesmo período, podemos observar situação de reivindicação indígena pelo repasse financeiro para assistência à saúde indígena, como observado em notícia veiculada no site Tribuna Paraná abaixo:

Figura 14: Noticiário “Indígenas ocupam sede de ONG no Paraná” (2009)



Fonte: tribunapr.com.br, 2009.

Um argumento relevante no noticiário é do Cacique Neoli Olíbio, da aldeia Boa Vista em Laranjeiras do Sul/PR: “A Funasa alega que houve desvio de recursos pela Reimer e, ao que parece, é um jogo de empurra-empurra entre as instituições. Só saímos daqui depois de resolver esse impasse” (Tribuna Do Paraná, s/p, 2009). É importante ressaltar, como descrito no decorrer da entrevista, que o fato é que a execução de atendimento à saúde indígena por meio de ONGs transfere indevidamente as responsabilidades da FUNASA a estas organizações (Tribuna Do Paraná, 2009).

O PDSI-PR, formulado entre os anos de 2008 e 2010, contabilizou 11.427 (onze mil quatrocentos e vinte e sete) indígenas vivendo em aldeias no Paraná; portanto, a diferença em relação aos dados apresentados pela FUNASA em seu plano plurianual é de 14.488 (quatorze mil quatrocentos e oitenta e oito) indígenas, refletindo que este diferencial populacional está relacionado aos indígenas que vivem fora de territórios aldeados e pouco se sabe sobre sua realidade (Abreu, 2012). Esta parcela populacional que não vive dentro de TI e as condições de vida adversas podem ser expressas por meio da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), através de notificações de óbitos e agravos para pessoas que se reconhecem como indígenas nos municípios do estado do

Paraná, quando não há reconhecimento formal pela FUNAI e FUNASA (Abreu, 2012).

Ainda na concepção do estado do Paraná, em análise do Plano Estadual de Saúde, vigente entre os anos de 2020 e 2023, referente à saúde indígena, aborda sobre o Programa Mais Médicos (PMM), o qual tem a finalidade de aperfeiçoar médicos da Atenção Básica em regiões prioritárias para o SUS, apresentando adesão ao DSEI, projeto que impacta positivamente nas ações dentro da APS. Por conseguinte, quando há desligamento do programa durante o contrato, as vagas são desocupadas, aguardando formulação de novo edital pelo MS, o que pode acarretar períodos sem profissional médico, implicando na desassistência à população e menor cobertura pelas equipes. Além disto, aborda sobre as necessidades de saúde às comunidades indígenas referentes ao uso abusivo de álcool, violências, suicídio, saúde materno-infantil, evidenciando a articulação necessária entre SESA, DSEI Litoral Sul e municípios para enfrentamento de tais desafios. Portanto, ao analisar as diretrizes, objetivos e metas levantadas no documento, apenas no objetivo 12 (doze), designado “Promover a equidade em saúde no SUS a todas as populações vulneráveis do Paraná”, percebemos certo direcionamento ao público indígena, envolvendo também a meta da realização de 2 (dois) encontros macrorregionais para

promover saúde indígena no Paraná, tendo como ação principal articular o DSEI Litoral Sul, Conselhos das Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e áreas da SESA para promoção dos encontros.

Os municípios devem atuar de forma complementar na atenção à saúde indígena e incluir as descrições de tais ações no PMS, garantindo a inserção das metas e ações de APS para comunidades indígenas, a fim de alimentar os sistemas nacionais de informação do SUS, atualizar o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde, assegurar participação de representantes indígenas e profissionais de saúde que atuam na saúde indígena nos CMS e definir em conjunto com a FUNASA o perfil dos profissionais que comporão as equipes multidisciplinares de saúde indígena (Abreu, 2012).

Em uma análise realizada pelo autor José Carlos Silva Abreu (2012) de 13 (treze) PMS do estado do Paraná, no período de 2008 a 2010, constatou-se que quando há o reconhecimento da presença indígena em seus territórios, ressalta-se a necessidade de respeito étnico e cultural, porém não apontam nenhuma estratégia de enfrentamento às situações existentes e um atendimento diferenciado como preconizado pela PNSPI, bem como não se trata sobre instâncias colegiadas como Conselho local ou distrital.

Observa-se, portanto, problemas em relação ao atendimento à saúde indígena, tais como:

[...] dificuldade de entrosamento com a FUNASA, a falta de equipe para atuar nas aldeias e dificuldades de encaminhamento. Em alguns planos aparece o papel articulador do município, pela oferta de serviços de diagnóstico, terapia e consulta especializada na rede do SUS. Porém, há planos que não fazem qualquer referência à atenção à saúde indígena no município (Abreu, 2012, p. 91).

Diante deste contexto, em uma referência de que não se contempla a saúde indígena nos PMS do Paraná, temos como exemplo o município de Maringá, um dos polos regionais do estado. Mesmo com a presença constante da população indígena na cidade, segundo as autoras Sousa, Moura e Mai (2012), com estimativa média de aproximadamente 350 atendimentos em uma UBS de referência, o PMS mantém-se omissos e não faz nenhuma referência à saúde indígena, além do dado levantado pelas autoras não ser garantia de que, de fato, ocorresse a assistência adequada.

Neste contexto, em análise local do PMS do município de Campo Mourão/PR, fundamento desta pesquisa, observa-se que há o reconhecimento da presença indígena no município

por meio quantitativo, tanto no PMS (2018-2021) quanto no PMS vigente (2022-2025), mantendo a estimativa de 189 pessoas indígenas em ambos os Planos, referente à comunidade indígena Guarani alocada na região do Barreiro das Frutas no município, não havendo nenhuma outra informação referente a estratégias e planos de ação e serviços de saúde para a comunidade referida.

A comunidade Guarani em Campo Mourão/PR está localizada em uma área de dois alqueires, próxima ao Rio da Várzea, desde 2011, local este adquirido com recursos do Governo Federal por meio de projeto cultural financiado pela Petrobrás, se estabelecendo a Associação Arandu Aty (ARA). O então prefeito, Nelson Tureck (PMDB), ofereceu apoio à iniciativa dos indígenas declarando que o município os receberia de braços abertos e sua presença reconheceria a relação da região ao contexto histórico do país (Pereira, 2022).

Em uma reportagem local do site i44NEWS (2019), “Índios guaranis vivem em situação de extrema pobreza em Campo Mourão”²⁷, é exposta a situação da comunidade indígena Guarani na zona rural, detalhando questões que impactam na saúde dessa comunidade, tais como alimentação precária de nutrientes, ausência de saneamento básico,

²⁷ Link para o vídeo da situação local no ano de 2019. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=vztiGju4z6c>>. Acesso em: 02 maio 2023.

escassez de água, ausência de visita e assistência da saúde pública, conforme notamos na Figura 15:

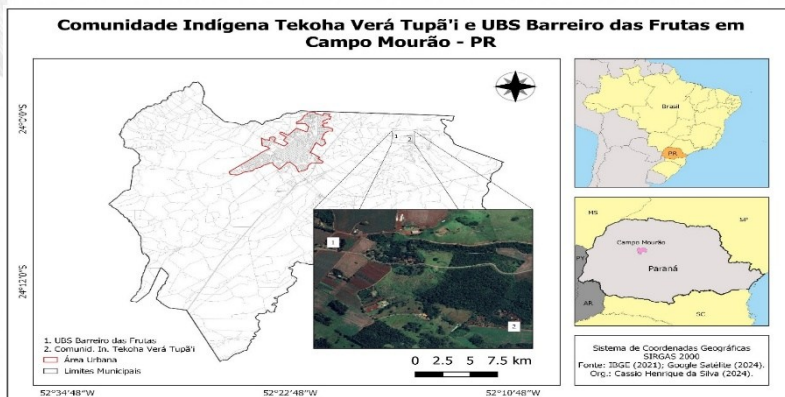
Figura 15: Reportagem sobre situação da comunidade Guarani de Campo Mourão em 2019



Fonte: i44NEWS, 2019.

Segundo Pereira (2022), a assessoria da prefeitura do município de Campo Mourão/PR informa que a comunidade Guarani recebe atendimento de saúde via APS pela UBS Barreiro das Frutas localizada próxima ao local, recebendo um médico da família que os atendem quando não se deslocam ao meio urbano. A imagem a seguir apresenta a localização da comunidade Guarani e da UBS Barreiro das Frutas, bem como suas posições geográficas em relação ao perímetro urbano do município.

Figura 16: Localização da Comunidade Indígena Tekoha Verá Tupã'i e UBS Barreiro das Frutas



Fonte: IBGE (2021); Google Satélite (2024). Org: Cássio Henrique da Silva (2024)

Ainda de acordo com a autora, estão expostos a uma situação de baixa visibilidade do Poder Público, semelhante a outras comunidades do estado, evidenciando: “[...] a descrença nas criações e implementações de políticas públicas direcionadas aos povos indígenas é um traço perceptível” (Pereira, 2022, p. 115). Ademais, referente aos indígenas AVÁ-Guarani presentes no Oeste do estado, a FUNAI declara:

A precária situação em que vivem os Avá-Guarani é resultado das dificuldades de implementação de políticas públicas voltadas a essa população e reflete a necessidade de ações de regularização fundiária. Essa numerosa população demanda do Estado ações para a reparação

de violações de direitos por eles sofridas, dentre elas o reconhecimento das suas terras de ocupação tradicional, direito fundamental para promoção das demais políticas sociais, necessárias ao bem-estar dessas populações (Brasil, 2013, s/p).

Desta forma, em cumprimento das atribuições institucionais, a FUNAI alegou propiciar articulação com os demais órgãos federais, Ministério Público Federal e com o poder público local para promover direitos constitucionais e, conseqüentemente, contribuir para diminuir eventuais conflitos na região oeste do Paraná (Brasil, 2013).

De acordo com a autora Pereira (2022), a presença indígena no município de Campo Mourão/PR tem promovido debates políticos e sociais devido às questões como ausência de condições básicas de moradia, saneamento, abastecimento de água, assistência da saúde pública, educação escolar e segurança, sendo uma situação semelhante a outras comunidades que vivenciam uma situação de invisibilidade junto ao poder público, reivindicando oportunidades de fala e participação na construção de políticas públicas. Isto posto, é necessária uma análise das possíveis ações e serviços de saúde existentes sobre a atual conjuntura no município, sendo a próxima subseção apoiada em noticiários locais e sites eletrônicos para conhecimento de tais possíveis ações e serviços.

2.2 Ações e serviços

O reconhecimento da necessidade de formulação de uma política nacional que estabeleça critérios diferenciados à atenção à saúde indígena nos traz o questionamento se as cidades, independentemente de abrigar ou não comunidades ou TI, ou mesmo que têm indígenas residentes, também não necessitam de uma política ou protocolo que regule a atenção à saúde desta população (Sousa; Moura; Mai, 2012). Partindo desta premissa, a pesquisa da existência de ações e serviços nos permite analisar se, na prática, a “atenção diferenciada” tanto comentada nas legislações existentes são pautadas como citam as autoras Sousa, Moura e Mai (2012, p. 89): “Partindo-se do pressuposto de que, mesmo deixando sua comunidade, os indígenas mantêm o pertencimento a sua cultura indígena específica, reitera-se que eles também deveriam ser alvos de uma ‘atenção diferenciada’ que, na prática, não acontece”.

Na perspectiva do estado do Paraná, em noticiário publicado em 19 de abril de 2022, data em que se comemora o dia dos povos indígenas no Brasil, o Governo do Estado do Paraná publicou em seu site a notícia “Ações do Governo do Estado fortalecem atenção à saúde da população indígena no

Paraná”, apresentando como conteúdo do noticiário a ampliação das ações pela Secretaria Estadual de Saúde para a visibilidade aos povos e comunidades indígenas paranaenses, sob viés do acesso e cuidado integral. As ações apresentadas no noticiário no site do governo do estado reafirmam que os povos que vivem nos centros urbanos são resguardados pela APS organizada via estado e prefeitura, já os aldeados são assegurados pelo MS por intermédio do distrito sanitário DSEI Litoral Sul. O noticiário publicado no ano de 2022 afirma que, nos últimos anos, a Secretaria de Saúde realizou parceria com o Distrito Sanitário promovendo oficinas com as EMSI para atualizações dos conteúdos relacionados à APS com ênfase na saúde da mulher e da criança, além de renovação de frota de veículos das prefeituras para o exercício do cargo dos ACS, além de reuniões técnicas com as Regionais de Saúde com objetivo de melhoria da qualidade de referida assistência. Dentre as ações no âmbito da APS, a vacinação é uma ação de saúde relevante e que é enaltecida nos noticiários referentes à promoção da saúde indígena no estado do Paraná (Paraná, 2022a). A figura 17 a seguir retrata ação desenvolvida pelo estado:

Figura 17: Vacinação – Ações fortalecem saúde indígena no Paraná



Fonte: saude.pr.gov.br, 2022.

Referente à vacinação, o ano de 2020 foi marcado por iniciativas vinculadas ao Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus em Povos Indígenas, planejamento que atendeu os 34 DSEI, além de apoio aos atendimentos às APS pela SESAI (Brasil, 2022c). No Paraná, segundo dados informados pela Secretaria de Saúde em noticiário publicado no dia 19 de abril de 2022, foi relatada grande adesão da vacinação contra o coronavírus nas comunidades indígenas, por meio da notícia “Povos indígenas dão exemplo e são grupo prioritário com melhor cobertura vacinal do Paraná”, com aproximadamente 98% da população

indígena aldeada imunizada com a primeira dose e 96% com a segunda dose do imunizante (Paraná, 2022b). Ainda neste contexto, segue com a declaração do então secretário de Estado da Saúde, Beto Preto:

A Sesa atua de forma complementar na execução das ações de saúde e busca discutir, tomar decisões e propor políticas públicas e linhas de cuidado específicas para a população indígena. Tudo isso para articular e desenvolver ações estratégicas voltadas à saúde desta população no Paraná em todos os níveis de atenção (Paraná, 2022b, s/p).

Ainda contextualiza como ação do governo do estado a necessidade de reconhecer a saúde mental em grupos vulneráveis, como os citados indígenas, utilizando o instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental (ERSM). Vale explicar que este instrumento é utilizado pelos profissionais de saúde da APS para todos os usuários, apresentando dados agrupados de acordo com a complexidade e gravidade dos casos, direcionando os usuários com condições de menor risco manter atendimento na APS e casos que necessitem de atenção especializada, como orientador e direcionamento do fluxo de atendimento em saúde mental no município (Paraná, 2014). Nesta perspectiva, pode-se observar ações de saúde voltadas a uma esfera municipal em noticiários

referente ao estado do Paraná de acordo com as demandas locais, como apresentado na reportagem abaixo sobre a ação “Setembro Amarelo”, devido à alta incidência de suicídio nas aldeias da região de São Miguel do Iguaçu, na Comunidade Indígena Avá-Guarani Tekoha Ocoy. Vejamos a figura 18 a seguir:

Figura 18: “Setembro Amarelo” – Comunidade Indígena de São Miguel do Iguaçu

Ação do ‘Setembro Amarelo’ é realizada na Comunidade Indígena de São Miguel do Iguaçu

POR IMPRENSASMI EM 18 DE SETEMBRO DE 2023

NOTÍCIAS



O Governo Municipal de São Miguel do Iguaçu, por intermédio da Secretaria de Saúde, deu apoio a uma ação alusiva ao ‘Setembro Amarelo’ que foi realizada na última sexta-feira, 15 de setembro, na Comunidade Indígena Avá-Guarani Tekoha Ocoy, no interior do município.

Fonte: saomiguel.pr.gov.br, 2023.

Como meio de propagação da educação em saúde referente à saúde indígena e articulação para as equipes de saúde, a SESA em parceria com a Escola de Saúde Pública do

Paraná (ESPP) e DSEI LSUL, disponibilizou aos profissionais de saúde voltados à APS no ano de 2023 o curso online “Dialogando sobre a saúde e equidade: um olhar para os povos indígenas”²⁸, com temas relacionados à promoção da saúde, imunização, medicina tradicional, saúde materno infantil, saúde mental e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), entre outros. Segundo a notícia “Secretaria da Saúde promove curso online sobre atenção aos povos indígenas” do site da SESA do Governo do Paraná (2023), é afirmada a realização de reuniões técnicas junto a Regionais de Saúde, municípios com aldeias indígenas e DSEI LSUL para discussão de estratégias em aprimoramento da qualidade da assistência à saúde à população indígena (Paraná, 2023).

Em uma análise por ações e serviços locais no município de Campo Mourão/PR, encontra-se noticiário a respeito de contemplação de recurso financeiro voltado ao serviço social através do Benefício Social, o qual de acordo com o artigo 3 da Resolução nº 212, de 19 de outubro de 2006, do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS):

Art. 3º O benefício eventual destina-se aos cidadãos e às famílias com impossibilidade de arcar por conta própria

28

Disponível

em:

<<http://pr.avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=211>>.

Acesso em: 13 maio 2024.

com o enfrentamento de contingências sociais cuja ocorrência provoca riscos e fragiliza a manutenção do indivíduo, a unidade da família e a sobrevivência de seus membros (Resolução Nº 212, 2006).

Em consonância, veiculou-se notícia pelo site da prefeitura de Campo Mourão/PR a respeito da contemplação de mencionado benefício social, conforme representado na figura 19 abaixo:

Figura 19: Contemplação de Benefício Social – Família indígena Guaraní



Fonte: campomourao.atende.net, 2023.

Segundo a autora Paranhos (2021), em sua pesquisa referente ao panorama brasileiro da saúde indígena a partir de 13 (treze) entrevistas realizadas a responsáveis pelas SESA, a

questão sobre a destinação positiva dos recursos financeiros à saúde indígena foi evidenciada em apenas 02 (dois) estados analisados não citados, em formato de resolução e outro de portaria, sendo um deles um recurso temporário de vigência restrita.

Em análise dos dados apresentados, observa-se que as ações e serviços de saúde à população indígena não apresenta uniformidade. A atuação efetiva dos estados e municípios é essencial no fortalecimento da SASI, uma vez que, caso contrário, a promoção à saúde tende a apresentar dificuldades, demora e perda da qualidade (Paranhos, 2021). Há necessidade de estruturação em caráter colaborativo e técnico, estruturação e pactuação da atuação dos estados e dos municípios de maneira coordenada na política de saúde indígena. A “municipalização” da saúde indígena tem tornado os municípios responsáveis pela saúde indígena, dissolvendo os direitos conquistados por essa população (Paranhos, 2021).

Segundo a autora Paranhos (2021), existe uma associação do termo complementariedade dos municípios como possibilidade da atuação dos estados e municípios por conta própria, como forma de “suprir lacunas” em uma atuação onde o subsistema falha, em uma desvinculação com o mesmo, além da perspectiva de que a atuação dos municípios e estados na APS parte de uma garantia de acesso aos povos indígenas

que não estão em TI, ou seja, aldeados ou com algum tipo de irregularidade territorial, não apresentando respaldo pelo SASI (Paranhos, 2021). Esta perspectiva pode ser analisada a nível municipal, pois a Terra Indígena Vera Tupã'i, comunidade Guarani localizada no Barreiro das Frutas no município de Campo Mourão/PR, por ser uma terra adquirida pela Associação Arandu Atu não é homologada, não recebendo auxílio financeiro dos órgãos do governo responsáveis pelas questões indígenas, sobrevivendo do seu próprio trabalho e doações (Ferreira, 2013). Segundo Paranhos (2021), situações estas de desvinculação ao SASI retrocedem os direitos indígenas:

Quando na apresentação dos casos ingressaram situações em que essa atuação direta e descolada do SASI acontece, mas ressaltamos o quanto isso retrocede em direitos indígenas. Situações como essas devem encontrar-se apoiadas no SASI, se o subsistema não tem chegado a determinadas comunidades ou realidades, enquanto aos gestores estaduais e municipais não cabem aceitar que o SASI ignore essas realidades (Paranhos, 2021, p. 198).

É nítido que as políticas de saúde apresentam uma perspectiva sob indígenas aldeados, criando um dilema operacional à medida que se criam duas categorias de

indígenas (aldeados e outra não), lhes colocando em direitos distintos. Nesse sentido: “Há que se falar que a presença de indígenas na cidade é também forte reflexo da colonização e ainda da situação caótica da regularização de terras indígenas no país” (Paranhos, 2021, p. 198). Situação esta que reflete significativamente nas ações e serviços de saúde a esta população nos diferentes níveis de atuação do poder público.

A operacionalização dos serviços e de acesso, estratégias de atuação pelos municípios e estado na APS deveriam encontrar-se minimamente sob supervisão e acompanhamento do SASI, para garantia de um atendimento à saúde diferenciada e integral, e superar a ideia de apropriação por parte da SESAI enquanto “donos da saúde indígena”, retomando o protagonismo aos indígenas. Pois, segundo Pereira (2023), é fundamental escutar o que os representantes indígenas têm a dizer sob suas necessidades e reivindicações no município, em uma tentativa de acolher junto aos representantes de órgãos públicos, visando medidas efetivas de ações e serviços em andamento, sendo igualmente de extrema importância analisar o indígena como participante dos serviços de saúde existentes, como será analisado na próxima subseção.

2.3 Indígenas como usuários dos serviços de saúde

Se, por um lado, a participação indígena no acesso aos serviços do SUS é de suma importância, a ciência deste acesso no processo da municipalização dos serviços distância dos direitos conquistados pelos mesmos. A inserção do usuário indígena no SUS deve ocorrer de forma igualitária aos demais usuários não indígenas quanto a princípios constitucionais, mas também serem atendidos de acordo com suas especificidades em uma atenção diferenciada, estas contempladas pelo PMS, além de depender dos profissionais atuantes para qualificação e aplicação das diretrizes e enfrentamentos das principais dificuldades (Sousa; Moura; Mai, 2012).

Quanto ao atendimento diferenciado, é importante compreendermos a concepção de saúde para os indígenas, sendo difícil um indígena expressar um conceito ou definição sobre o que é saúde, pois ela se manifesta na própria expressão de equilíbrio entre homem e natureza, tendo a concepção de que as enfermidades são classificadas em doenças de fora (Juruá) ou “doença de branco” e doenças próprias ou “doença de Guarani”, cada qual com uma forma de reconhecimento e cura. O papel das pessoas mais velhas neste contexto é fundamental, pois são elas detentoras dos saberes práticos que

são acionados tanto nos processos de cura quanto de prevenção de doenças (Sousa; Moura; Mai, 2012). Os idosos atuam como curandeiros, conhecedores dos remédios à base de ervas e conselheiros, mas, devido ao contato com conhecimentos não nativos introduzidos pelo sistema público de saúde, esta realidade tem se modificado (Borghi *et al.*, 2015). A autora indígena Letícia Yawanawá cita esta realidade:

Com esse diagnóstico queremos que os velhos passem o conhecimento adiante e que a sociedade e a saúde indígena reconheçam que esse conhecimento precisa ser multiplicado para os mais jovens da aldeia (Yawanawá, 2022, p. 126).

E acrescenta em sua fala o quanto o conhecimento já vem se modificando:

Se nós, indígenas, e os nossos parceiros não estivermos preocupados, todo esse conhecimento vai morrer. Porque o meu avô e o meu pai, eles tinham um conhecimento muito grande, mas eles o levaram embora. Eles falavam, mas nós não tivemos como registrar, filmar, tirar fotos naquela época. Ficou só na nossa memória [...] (Yawanawá, 2022, p. 126).

Diante desta perspectiva, a cultura pode ser definida em setores da Antropologia como conjunto de traços que

podem ser perdidos ou transformados a partir de contatos com populações vizinhas. Esta visão de traços “perdidos” pode levar a noção de aculturação, processo o qual povos nativos estariam sujeitos, tornando-se preocupante a noção de desaparecimento da diversidade cultural (Cohn, 2001).

Nessa realidade, o indígena com acesso ao SUS ainda apresenta limitações, pois o atendimento diferenciado é perdido a partir do momento em que são vistos como munícipes e não como indígenas, mas por via de casos exitosos e demandas de saúde obrigam-se a agenciar localmente, porém “[...] munícipes assim como qualquer outra pessoa tem acesso ao SUS, garantido constitucionalmente, mas os indígenas têm por direito o subsistema de saúde indígena” (Paranhos, 2021, p. 124). Esta lógica homogeneizadora estabelece e a população indígena passa a acessar serviços municipais de APS, transitando pela rede de serviços do SUS como qualquer outro usuário, tornando o município integralmente responsável pela atenção à saúde a estes, perdendo a ideia de complementariedade (Paranhos, 2021, p. 124). Nesse entendimento:

O cenário em questão pode ser considerado favorável aos indígenas: a referência técnica apresenta conhecimento sobre saúde indígena, é atuante e empoderada; e o município tem

garantido o acesso desta comunidade aos serviços de saúde, incluindo em nível primário. Porém, considerando o percurso histórico dos indígenas em busca de assegurar seu direito à saúde, as amplas mobilizações sociais para formatação do subsistema e pela criação de instituições como a SESAI, dedicadas exclusivamente a política de saúde indígena, situações como essa são extremamente desfavoráveis visto que expõe as fragilidades e falhas do SASI (Paranhos, 2021, p. 124).

Por este lado, avaliando algumas políticas importantes à manutenção da saúde individual e coletiva, como o caso das imunizações, tem sido garantia aos povos indígenas, demonstrando uma cobertura vacinal eficiente, além de que os indígenas que se encontram sem vínculo com os serviços do SASI, sem EMSI de referência e atendimento diferenciado, encontra como caminho de usuário do SUS a porta de entrada do sistema de saúde, sendo a APS o principal e mais importante encaminhamento, pois a urgência de resolução de demandas que atendam as suas especificidades faz acreditarem ser melhor garantir pela saúde onde tem assegurado participação (Paranhos, 2021).

A percepção sobre saúde e doença indígena envolve complexa relação entre natureza, indivíduo e comunidade, caracterizando tanto a produção de doenças quanto a cura associada a processos não materiais, diferente do que é

preconizado na noção não nativa deste processo. A saúde indígena inserida no contexto da APS deve ser constituída em harmonia com os princípios deste sistema, o que acarreta tensões entre atenção diferenciada e saúde pública. Todavia, cria-se uma necessidade de atenção diferenciada que propicie um verdadeiro diálogo intercultural na assistência além das políticas existentes.

Desta forma, a oferta de tratamentos e diagnósticos com um olhar à percepção indígena são garantias de maior eficácia no direito à saúde, sendo o paradigma integracionista um empecilho para o reconhecimento dos povos indígenas como sujeitos de direitos coletivos e autodeterminação (Sartori; Leivas, 2017). Esta crítica integracionista pode ser observada na fala do indígena Clóvis Ambrósio Wapichana, em defesa da saúde indígena (2022, p. 267): “O que reivindicávamos na Constituição era exatamente a defesa da cultura indígena, junto com o fim daquela história de integração. Essa integração significava que ninguém devia mais falar a língua materna [...]”.

Outro desafio, segundo as autoras Landgraf, Imazu e Rosado (2019), na implementação de uma atenção diferenciada é o pouco interesse dos trabalhadores no âmbito do SUS em pensar e propor maneiras de realizar um atendimento à saúde indígena. Questiona-se se estes estão

presos a um discurso burocrático de inflexibilidade dos serviços limitantes do próprio SUS e voltados a seus próprios preconceitos (Landgraf; Imazu; Rosado, 2019), tal como argumentam as autoras: “O enfoque colocado nos sistemas e burocracias não permitia um avanço sobre outras temáticas práticas de atendimento e acolhimento, além do frequente comentário de que ‘se eles vêm até o serviço eles que se adaptem’” (Landgraf; Imazu; Rosado, 2019, p. 6-7).

A grande questão abordada é preocupante, pois é necessário ouvir suas reivindicações e manter os conhecimentos acerca da saúde indígena preservados e respeitados, como clama a indígena Letícia Yawanawá:

A gente tem lutado para que esse conhecimento se fortaleça, porque a gente não quer que a saúde indígena acabe, a gente quer que o nosso conhecimento continue. Estamos pedindo que a saúde indígena tome isso como uma preocupação, para que ela deixe a sua recomendação em cada comunidade, em cada povo. É importante fortalecermos a nossa farmácia natural, que são as nossas plantas, que não precisamos pagar para tirar. Nesse sentido, a nossa luta é incansável (Yawanawá, 2022, p. 127).

Portanto, um grande passo para a inserção do usuário indígena no SUS parte do reconhecimento que a maior parte dos profissionais de saúde está pautada no modelo biomédico

de assistência, em que há uma cisão entre o biológico e o psicossocial, tornando-se uma abordagem instrumentalizada para a interação entre usuário e profissional de saúde. Dessa maneira, reflete a necessidade de construção de um novo pensar, desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitudes por parte das equipes, o que se constitui um desafio (Ciampone; Peduzzi, 2000).

Um estudo realizado pelas autoras Borghi *et al.* (2015) na Terra Indígena Faxinal (TIF), no município de Cândido de Abreu/Paraná, analisou o acesso do idoso indígena à UBS a partir da perspectiva que o envelhecimento implica na maior necessidade de acesso a serviços de saúde e a susceptibilidade de contrair doenças, além das particularidades relacionadas em deter as práticas tradicionais do cuidado cultural indígena que influencia no acesso aos serviços de saúde, levantando limitações e dificuldades semelhantes já evidenciadas no decorrer desta pesquisa, sendo relevante para contextualização do indígena como usuário do sistema (Borghi *et al.*, 2015).

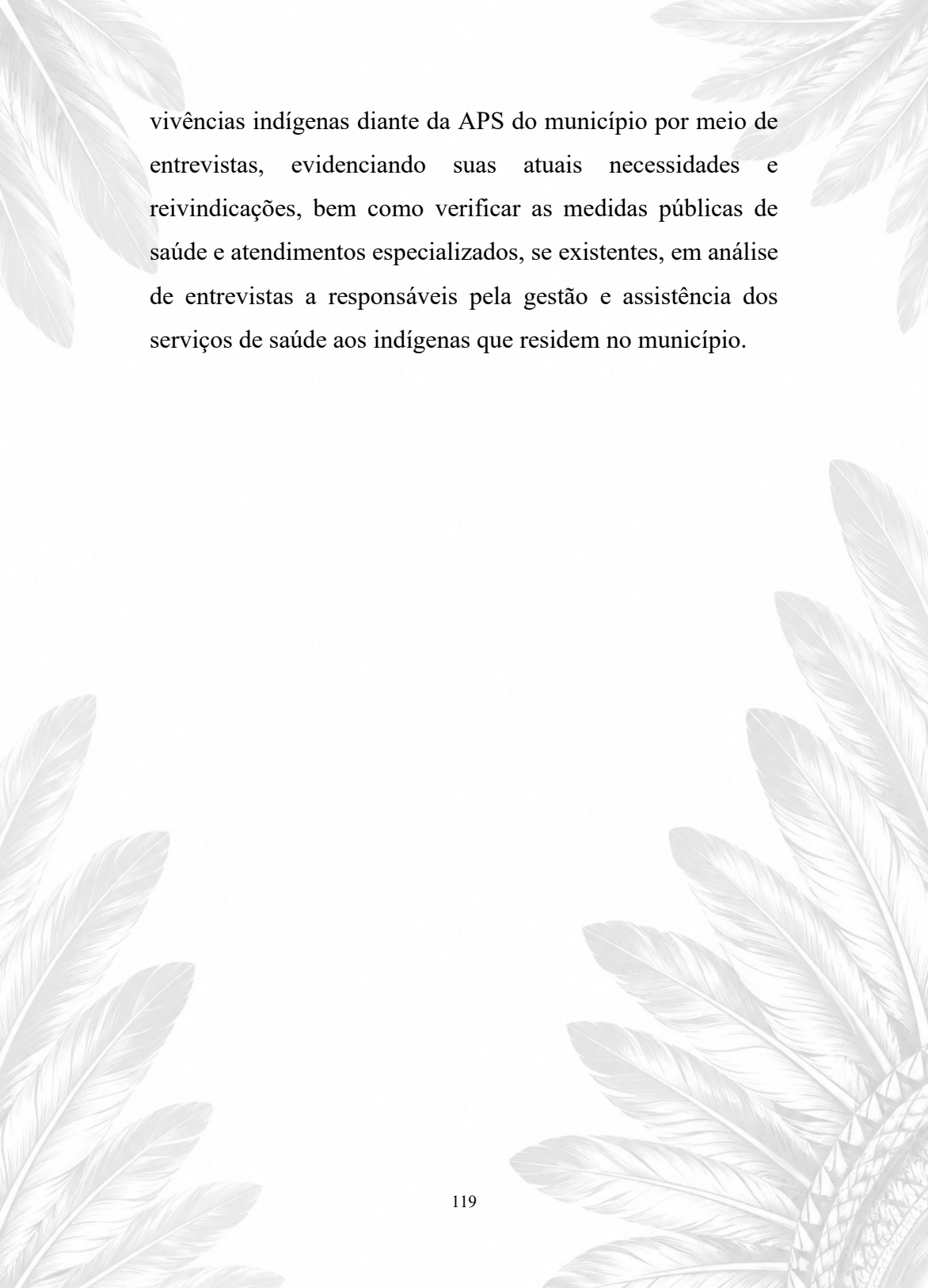
Portanto, segundo Borghi *et al.* (2015), o acesso do idoso indígena à UBS ocorre por livre e espontânea demanda ou por solicitação da equipe de saúde, articulada pela enfermagem. Ainda que o acesso seja marcado pela facilidade de consultas médicas, odontológicas e de enfermagem, e acesso a medicamentos, a barreira linguística, o aspecto

geográfico que dificulta o contato e a demora no encaminhamento a serviços especializados foi uma problemática relevante. A busca por medicamentos é um fator que evidencia a busca destes idosos aos serviços de saúde, sendo ofertado pela equipe o acolhimento e orientação para a saúde, ou simplesmente um diálogo para fortalecimento de vínculo.

Portanto, os conceitos e visão de mundo indígena ficam paralelos à cultura do profissional de saúde, resultando em uma ausência de cuidados especializados que atendam as suas necessidades de saúde associado a limitações de entendimento e interpretação de orientações devido às barreiras linguísticas, podendo interferir na continuidade da assistência (Borghi *et al.*, 2015). Estas dificuldades evidenciadas demonstram falhas na organização dos serviços de saúde indígena, necessitando implementações de ações.

Desta forma, é necessária uma análise nos municípios referente ao atendimento ao indígena como usuário do serviço da APS, uma vez que a ausência de uma política institucionalizada acarreta uma desassistência e negativo acesso aos serviços de saúde que se encontram sob gestão municipal (Paranhos, 2021).

Por conseguinte, em análise a reflexões contidas até o momento, a quarta seção desta pesquisa contemplará as



vivências indígenas diante da APS do município por meio de entrevistas, evidenciando suas atuais necessidades e reivindicações, bem como verificar as medidas públicas de saúde e atendimentos especializados, se existentes, em análise de entrevistas a responsáveis pela gestão e assistência dos serviços de saúde aos indígenas que residem no município.

**COMUNIDADE INDÍGENA GUARANI DE
CAMPO MOURÃO/PR: AS VIVÊNCIAS
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**



Comumente, nas realidades municipais, a pauta indígena está atrelada à responsabilidade de apenas um profissional e, da mesma forma, cada nova mudança de quadro de pessoal prejudica a continuidade das políticas públicas quando existentes, principalmente em virtude de eleições municipais. Todavia, em alguns casos, a mudança de profissionais pode-se revelar favorável quando a postura da gestão anterior se apresentou negligente com as questões indígenas e o novo quadro demonstra-se interessado e/ou engajado em compreender as possibilidades de políticas públicas voltadas a esse setor social (Paranhos, 2021).

Nos casos em que a política de saúde indígena não está institucionalizada nas gestões de saúde dos municípios, se faz necessário assessoramento por parte do Estado de forma sistemática, visto que, esta ausência acarreta desassistência e baixa acessibilidade dos indígenas aos serviços da gestão municipal (Paranhos, 2021).

Entretanto, mesmo que o município garanta acesso aos serviços de saúde, principalmente em nível de atenção primária, visto o percurso histórico dos indígenas por assegurar seus direitos à saúde, são evidenciadas fragilidades e falhas do SASI, apontando que os indígenas locais não são enxergados pela instituição responsável por garantir o acesso

dos indígenas à APS, primordialmente a mais importante porta de entrada do SUS (Paranhos, 2021).

Um dos motivos históricos das fragilidades no processo de assegurar o direito às políticas públicas de saúde indígena vincula-se ao peso do processo colonial, segundo o autor Schettino (2021), o que os impedem de se vincular e usufruir do subsistema:

A ideia de aldeamento foi atualizada no contemporâneo conceito de terra indígena enquanto local reservado aos indígenas para sua permanência sob o controle tutelar do Estado por meio da prestação de assistência, serviços e do esvaziamento da autonomia indígena [...]. Os desaldeados de hoje são vistos pelo Estado como uma espécie de desertores étnicos, que assim o seriam por desistência da sua identidade ancestral e adesão a uma nova identidade, levando à ideia de que, uma vez que façam essa opção, perdem seus direitos étnicos e o acesso diferenciado às políticas públicas (Schettino, 2021, p. 138).

Desta forma, o conceito de desaldeado refere-se não apenas aos indígenas que não têm reconhecimento de suas terras por estarem fora delas definitivamente ou temporariamente, mas também ao contingente de indígenas que aguardam o reconhecimento do direito às suas terras perdidas ao processo histórico de colonização. À vista disso,

assim como o conceito de aldeamento impactou o de terra indígena, o desaldeamento repercute na omissão do Estado em prestar uma atenção diferenciada que considere e respeite as especificidades culturais desses povos (Schettino, 2021). Esta análise nos retrata a realidade em muitos municípios brasileiros no que se refere às políticas públicas na atenção primária à saúde aos indígenas.

No município de Campo Mourão/PR, há a Terra Indígena Vera Tupã'í, comunidade Guarani que se localiza no Barreiro das Frutas, s/n, há aproximadamente 36 km (trinta e seis quilômetros) da rodovia BR 158. Esta é uma terra dominial, por aquisição própria pelos indígenas da Associação Arandu Aty, representada por uma liderança indígena feminina (Pereira, 2023, p. 184).

Conforme a autora Ferreira (2013), os indígenas residentes, na busca de uma terra em que não se sentissem oprimidos e subjugados, encontraram em Campo Mourão/PR um local para que pudessem vivenciar integralmente sua cultura, criando o nome Vera Tupã'í (Relâmpagos de Deus) pela resistência deste povo e por estarem mais próximos ao caminho que seus antepassados percorriam.

Dentre as reivindicações das lideranças indígenas Guarani no município, segundo a autora Pereira (2023), há necessidades tal como o saneamento básico, de saúde,

educação e questões estruturais, além da Funai que não tem se mostrado muito atuante junto aos indígenas no município, necessitando de uma articulação intensa entre instituições e órgãos, com harmonia, para alcançar o previsto na Constituição Federal de 1988. As subseções em sequência desta pesquisa estão focadas na análise local voltada a questões acerca da atenção primária à saúde ao público indígena Guarani que reside no município, sendo de fundamental importância para oportunizar espaços de fala e escuta para demandas e reivindicações.

3.1 Experiências e atendimentos

A ineficácia das/nas políticas públicas de saúde indígena gera desigualdades no acesso à saúde. A inobservância das normativas relativas aos povos indígenas pelos gestores municipais pode decorrer, por exemplo, de desconhecimento ou falta de comprometimento institucional, ou por acreditar que não é seu dever executar recursos com as necessidades dos indígenas (Paranhos, 2021).

Para tanto, esta inobservância dos gestores municipais frente às políticas públicas de saúde voltadas aos povos indígenas é evidenciada numa perspectiva local na entrevista realizada com a responsável pela secretaria de saúde do

município de Campo Mourão/PR. Para os usos das declarações, a representante será denominada de S.S., a qual expôs:

Na verdade, nós não temos uma política pública, como eu falei pra você, voltada exclusivamente para esse público. Até porque, não era do meu conhecimento, você que tá me ensinando isso hoje, sobre não ter homologação. Porque geralmente a gente sabe que quando tem, essa comunidade indígena é uma forma diferente, são políticas diferentes, né? Então, de fato, a gente não pensou e não implementou nada exclusivamente pra eles, a gente trata essa comunidade como um público comum [...] (S.S, 2024).

O local em que se insere a comunidade Guarani no município foi adquirido com recursos do Governo Federal por meio de projeto cultural financiado pela Petrobrás, estabelecendo a Associação Arandu Aty (ARA). Desta forma, a não homologação da terra retoma a questão de encontrarem-se sem vínculo aos serviços do SASI e sem EMSI de referência. Assim sendo, obrigam-se a organizar localmente para acessar serviços de saúde deparando a acessos limitados, pois são vistos como munícipes e não como indígenas (Paranhos, 2021).

A prevalência da lógica universalizante compromete a atenção diferenciada em saúde para as comunidades indígenas, acessando os serviços de APS municipais sempre que

necessário como qualquer outro usuário, tornando a abordagem municipal não complementar (Paranhos, 2021). Questão esta não diferente no município da pesquisa em questão, evidenciando um atendimento que não apresenta estratégias adequadas às realidades socioculturais existentes:

Olha, é meio vago assim, né? Porque, como a gente não tem um planejamento exclusivo, como a equipe acompanha, faz vacina, vai atrás... eles passam por atendimento, consulta, enfim, mas a gente não criou nada de forma específico. Então, eu entendo que fica uma deficiência, uma deficiência de políticas públicas voltadas exclusivamente pra esse público, porque a gente sabe que a comunidade indígena tem costumes, ela tem crenças [...]. Eu vejo como uma deficiência mesmo, específica, não que eles são desassistidos; se eles necessitarem, a gente atende, consulta, vacina, medica, mas eu acho que tem uma deficiência aí entre o que é a política especificamente pra eles do que aquilo que a gente executa no dia a dia no nosso município (S.S, 2024).

A comunidade Guarani que reside no município da pesquisa vigente recebe atendimento de saúde via APS pela UBS Barreiro das Frutas, a qual disponibiliza da equipe da saúde da família os atendimentos em questão. O atendimento à saúde é o mesmo ofertado às comunidades rurais locais:

Hoje nós temos cinco unidades de apoio que são rurais. Além das nossas Unidades Básicas de Saúde, nós temos o que chamamos os postinhos de apoio. Então, nós temos um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e temos as ACS nesses pontos. A equipe médica, de enfermagem e auxiliares vão cada um nessas unidades uma vez na semana; eles realizam os apoios, realizam as consultas, fazem vacinas, dispensação de medicamentos. O médico consulta se for necessário, faz os encaminhamentos. É nesse momento em que a gente tem esse acompanhamento das comunidades rurais de forma geral e, como essa comunidade indígena está dentro de uma área em que esses profissionais realizam, então eles fazem esse acompanhamento também quando necessário (S.S., 2024).

Apesar de não apresentar um atendimento diferenciado à comunidade existente, observa-se uma atenção dos profissionais de saúde envolvidos nas suas intervenções em saúde à comunidade indígena. A postura observável é que estão abertos para ouvir e aprender, relevante para o desenvolver de uma atenção diferenciada que respeite os conhecimentos e práticas de saúde a grupos indígenas (Langdon *et al.*, 2005). Esta postura é perceptível nas falas das entrevistadas, a enfermeira responsável pela UBS (referida como E.R.) e a ACS atuante na unidade em questão (A.C.),

quando questionadas sobre atendimento estratégico na assistência:

[...] na verdade, assim, o que a gente faz [é] um atendimento prioritário sempre que eles procuram atendimento ou alguém passa uma necessidade deles. Eles realmente são prioridade, né? Então, sempre no mesmo dia ou no outro dia no mais tardar, a gente já resolve a situação ou intervém. Mas, o que tem de cronograma ou prioritário mais específicos são as campanhas de vacina (E.R., 2024).

Ainda, sobre o atendimento:

Para nós aqui, a gente consegue lidar muito bem com eles. E como eles têm contato mais próximo comigo, as meninas a enfermeira e a auxiliar que trabalha aqui, elas são muito de boa, simpáticas, conversa com eles. Nós tentamos ter um diálogo, conversar, dar risada pra eles se soltarem mais, né? Eles são mais reservados, mas aqui a gente consegue ter um diálogo (A.C., 2024).

Prestar atendimento à saúde voltado aos indígenas exige conhecimento cultural, postura política e comunicação eficaz, ou seja, conceitos antropológicos fundamentais. Deve-se trabalhar com cautela a perspectiva do etnocentrismo, o qual desconsidera ou minimiza as diferenças culturais priorizando

a própria, realizando julgamentos prévios sobre determinado povo, superestimando o ponto de vista individual e sua cultura (Da Silva *et al.*, 2021).

Para tanto, visando um atendimento diferenciado, é necessário que os profissionais de saúde se qualifiquem e participem de atividades de educação permanente para romper com as possíveis dificuldades encontradas na assistência. A busca de uma assistência que compreenda seu processo de saúde e doença respeitando a diversidade cultural e os costumes dos povos indígenas, na valorização de seus conhecimentos e costumes, preservando sua identidade sociocultural (Da Silva *et al.*, 2021). Infere-se, pois, ao analisar a fala dos Guarani residentes na comunidade Vera Tupã'i, que há percepções distintas dos profissionais de saúde quanto ao atendimento e diálogo existente, como relata G3 (2025): “são atendimentos rápidos como fazer a vacina e não tem muita conversa”. E ainda, sobre diálogo com os profissionais da APS, G5 (2025) diz: “[...] eles não falam nossa língua, não entendem nosso jeito de ser”.

Em vista desta análise, observa-se que há uma parcial relação de proximidade, por convivência local a pessoas específicas, o que auxilia no processo de confiança entre os profissionais e a comunidade. Portanto, caberia investimento em capacitações que fortalecessem as equipes

multidisciplinares que atuam para busca de melhoria na qualidade de vida e autonomia dos povos indígenas. Fator relevante na entrevista quando questionado à E.R. sobre já ter participado de alguma capacitação voltada à saúde aos povos indígenas:

Não, e o que a gente sabe deles é o que a gente realmente pergunta [...]. A agente comunitária mora lá no Barreiro das Frutas, então eles têm acesso bem tranquilo, já tem convívio e ela acaba sendo uma referência pra eles [...]. Eles já têm esse contato direto, então esse acesso é tranquilo, bem fácil. Só que a gente fica em dúvida em relação a algumas coisas, né? Será que eles recebem algum financiamento da Funai? A gente não tem certeza, como que eles se mantêm, será que é só o Bolsa Família? (E.R., 2024).

Ainda quanto aos atendimentos, a UBS está disponível de segunda-feira a sexta-feira no intervalo das 08h00 (oito horas) às 11h30 (onze e meia) e no período da tarde das 13h00 (treze horas) às 17h00 (dezessete horas). Fica em período integral um Agente Comunitário de Saúde (ACS), a enfermeira no período da tarde, pois na parte da manhã atende as demandas epidemiológicas na Secretaria de Saúde, e quanto à parte médica, conforme agendamento semanal. Portanto, segundo as entrevistas, pode-se observar que o acompanhamento de saúde à comunidade é mais efetivo nas

visitas domiciliares do que na busca espontânea dos Guaranis à UBS:

Os atendimentos, no geral, são agendados toda semana, mas com eles é conforme a necessidade, se eles precisam ou a gente vai lá e acha que eles estão precisando. Porque, às vezes, eles não acham que precisam [...], então a gente fala “doutor, tá acontecendo isso, é bom o senhor ir lá dá uma olhadinha, conversar com eles, falar que tem que cuidar sim”. Aí eles entendem (A.C., 2024).

Quando questionado sobre as visitas dos demais profissionais, a enfermeira explica:

Sempre que tem alguma situação ali que precisa ser resolvida, nós estamos indo lá e resolvendo. Então, depende da necessidade. Se for só uma coisa que o ACS consegue resolver, a gente orienta e pede pra ele orientar na visita. Se é uma coisa que, igual essa questão do teste de gravidez, precisou que nós fôssemos lá fazer, então compete ao enfermeiro. Às vezes, se é uma questão que o técnico de enfermagem consegue resolver, então eu peço pro técnico ir. E, se for alguma coisa específica pro médico, vai ter que prescrever alguma coisa ou resolver, então lá nós fazemos esse atendimento (E.R., 2024).

A base de atuação das equipes na APS é a visita domiciliar, que tem por finalidade o monitoramento da

situação da saúde das famílias, com visitas programadas voltadas às demandas da comunidade segundo critérios epidemiológicos e identificação de situações de risco. O ACS tem um papel crucial na identificação das necessidades da população nas microáreas, além de ser um profissional que permite um contato direto com a equipe de saúde (Ministério da Saúde, 2005). Esta atuação local é evidenciada pela fala da enfermeira:

Na verdade, a visita fica pro Agente Comunitário [...]. Igual esses dias, teve essa questão do piolho que a escola entrou em contato com a gente, que as crianças estão com piolho, daí nós conversamos com o médico, prescreveu medicação, a gente passou, explicou, levou e orientou como usar. Teve campanha de vacina. Deixa-me ver agora, teve de gripe e COVID. Nós fomos, fizemos *in loco*, fizemos lá na casa deles (E.R., 2024).

Quando questionado à ACS qual a periodicidade das visitas domiciliares, ela disse: “Eu tento ir todo mês. Às vezes vou até mais de uma vez no mês, conforme a necessidade, mas pelo menos uma vez no mês é garantido” (A.C., 2024). A procura pela UBS pelos povos indígenas também não acontece com frequência, evidenciando uma busca quando há necessidade de medicamentos e exames, tal como dito pela entrevistada A.C. (2024): “Quando eles procuram a gente pra

medicamentos, fornecemos medicamento, consultas, exames. E o doutor vai ali na aldeia também, que dificilmente eles vêm aqui na Unidade, aí a gente faz a visita lá (A.C., 2024).

Todavia, para melhorar a saúde de grupos étnicos, é essencial oferecer ações preventivas e coletivas e não voltadas a um atendimento médico focado em problemas momentâneos, ampliando a oferta de ações de caráter preventivo (Oliveira; Aquino; Monteiro, 2012). Segundo Sandes *et al* (2018), a expansão do cuidado biomédico precisa estar aliado ao conhecimento sobre tais povos, de modo a acolher a saúde indígena e suas particularidades. Este apelo pela necessidade de dar ouvidos aos povos indígenas retrata-se na fala de G4 (2025): “Deveria vir visitar, fazer reunião, conversar com a gente, pra ouvir nós”. Esta dissonância ainda se trata de um dos obstáculos na eficácia do atendimento à saúde dos povos indígenas na APS (Sandes *et al.*, 2018). Nas falas, podemos notar a predominância do cuidado biomédico no atendimento. Quando perguntado se havia ações de promoção à saúde na comunidade, evidencia-se:

Sim, preventivo. Mas isso é em geral, não é só específico pra eles. Preventivo, vacinação, pesagem do Bolsa [Família] e assistência quando eles precisam de alguma coisa, porque quando eles precisam ou a gente tá indo lá ou às vezes eles vêm aqui. Porque, às vezes, a gente

foi lá e não tava precisando de nada; de repente, na outra semana tá precisando, daí eles dão um pulinho aqui. Aí, eles falam, a gente dá um jeito de atendê-los (A.C., 2024).

O modelo assistencial de saúde aos povos indígenas apresenta uma “normatização inclusiva”, ou seja, a inclusão dos indígenas sem a consideração de suas diferenças culturais, ignorando as necessidades específicas que lhes deviam ser agregadas. Trata-se aqui do desafio das políticas públicas, isto é, ofertar serviços de saúde adaptados às necessidades culturais específicas, para além da própria estruturação dos serviços (Cardoso, 2024).

No relatório da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena é abordado no subeixo “Avanços e Desafios da Gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena” que o MS e a SESAI criem mecanismos de atenção básica ao indígena. Sendo assim:

[...] definindo responsáveis sanitários ou dentro da aldeia de origem, conforme reconhecimento do seu próprio povo. Solicitar à SESAI a inserção de novas famílias no cadastro do Siasi, de acordo com o reconhecimento étnico de cada povo e lideranças tradicionais, proporcionando seminários locais e regionais específicos para discutir a assistência aos índios desaldeados e

controle social por meio de financiamento com recurso extrateto complementar ao Plano Distrital (Brasil, 2015, p. 71).

Verifica-se que os enfermeiros não desfrutam do direito à capacitação necessária para trabalhar com populações indígenas, contrariando o disposto no relatório da citada 5º CNSI, conforme a fala de E.R. (2024):

Eu acho que é essa questão cultural, que existe uma barreira [...]. A gente precisa entender. Eu percebo que a gente precisa poder entender um pouco mais até pra eu poder tá ajudando e facilitando esse acesso deles, melhorando essa questão da saúde deles. Eu acho que é interessante discutir sobre esse assunto (E.R., 2024).

Os profissionais de saúde devem compreender que o ambiente dos serviços de saúde são espaços de construção de saberes e a forma como se dá a organização social local vai influenciar diretamente em como o indivíduo pode ou não agir (Da Silva *et al.*, 2021). Desta forma, na ausência de uma capacitação, alguns profissionais com mais tempo de experiência aprendem a dialogar com as lideranças indígenas para avaliação das atividades exercidas, postura esta bem-vista pelos indígenas e que auxilia no processo de resolução de conflitos. Esta atitude revela a importância de o profissional de

saúde estabelecer diálogo e buscar conhecimentos sobre a realidade dos povos indígenas (Pontes; Garnelo; Rego, 2014).

Pode-se notar que a área da saúde indígena enfrenta desafios significativos em termos de organização e assistência. A questão organizacional é um obstáculo importante para a prestação de cuidados de saúde de qualidade. O subsistema de atenção à saúde indígena deve ser legítimo e eficaz para atender as necessidades das populações indígenas, sendo necessário que a atenção diferenciada seja concretizada na organização dos serviços e na assistência (Langdon; Cardoso, 2015). Desta forma, é necessário ouvir as reivindicações indígenas na busca de estratégias e políticas para manutenção da saúde, proporcionando espaços de fala, tal como na seção subsequente, após termos compreendido a perspectiva da gestão e assistência à saúde atuante no município até o momento.

3.2 Necessidades e perspectivas

A avaliação constante do modelo de assistência ofertada e sua articulação com os sistemas municipais de saúde com instrumentos que avaliem de que forma isso se desenvolve no cotidiano é imprescindível, uma vez que se

aplica a diversas realidades, como a intenção desta pesquisa demonstrada pela autora Pereira (2022):

[...] a partir da exposição das reivindicações das lideranças indígenas Guarani e Kaingang em Campo Mourão, que permearam questões educacionais, sanitárias e de saúde, de preconceito e discriminação, assim como de sugestões e apelos de políticas públicas no município, tanto na área urbana como rural, [...] passamos a analisar se a assistência municipal tem correspondido às demandas dos grupos indígenas que se encontram no município (Pereira, 2022, p. 152).

Na perspectiva do atendimento na APS à comunidade Guarani em Campo Mourão/PR, para a indígena G2 (2024), quando questionado se havia visitas dos profissionais à comunidade, ela revela ser de pouca frequência e voltadas a questões específicas: “Sim, mas com pouca frequência. São atendimentos em tempos de vacinação, controle de paciente com diabetes impossibilitados de ir até a UBS” (G2, 2024).

Para compreender as questões que impossibilitam o acesso ao atendimento à saúde há necessidade de reconhecer os determinantes sociais dos povos indígenas e estabelecer estratégias a distintas políticas sociais. Em muitos casos, não se trata de descaso ou desinteresse em comparecer aos atendimentos, mas a inviabilidade de acesso ao serviço devido

a barreiras (Paranhos, 2021). Esta questão é retratada na fala do entrevistado indígena da etnia Guarani da comunidade local Terra Indígena Vera Tupã'í, definido como G1:

Na verdade, a enfermeira que trabalha lá no posto de saúde sempre descia ali, quando a gente precisa ela vai fazer vacina, faz vacina nas crianças. Ela vai levar remédio e se falar que não tem remédio a gente tem que comprar, né? Aí tem que comprar remédio; remédio também é caro, né? Se for emergência eu tenho a motinha, pego minha motinha e sem falar nada subo ali aviso o enfermeiro pra descer olhar. É bem complicado porque não tem carrinho, não tem carrinho pra socorrer. Então é bem complicadinho, mas tudo bem, graças a Deus toda família tá com saúde (G1, 2024).

Diante do relato acima, observa-se que a medicina ocidental geralmente é bem aceita pelas comunidades indígenas, sendo uma demanda a garantia de acesso e o direito universal à saúde garantido na Constituição brasileira. O desafio é oferecer uma atenção respeitosa e eficaz para as culturas indígenas (Langdon *et al.*, 2005). Portanto, no que concerne esta realidade, é um desafio para o subsistema de saúde efetivar uma assistência farmacêutica de incentivo ao uso racional de medicamentos que implique em um processo,

que incorpore em suas ações os diferentes modelos etiológicos das sociedades indígenas (Azevedo; Gurgel; Tavares, 2014).

Há uma necessidade de criticidade, pois segundo Azevedo, Gurgel e Tavares (2014, p. 279), há “supremacia do poder médico nesse microcampo da atenção à saúde indígena cujas ações tendem a perpetuar um modelo médico-assistencial hegemônico como estratégia de manutenção e reprodução do capital cultural expresso nesse poder”. Portanto, o modelo biomédico predispõe de uma relação médico-paciente que pode ser vista como violência simbólica, pois pode tirar a autonomia e a capacidade dos pacientes de tomar decisões sobre sua própria saúde (Linartevichi, 2022). Todavia, ouvir suas necessidades é relevante para promover a saúde a estas comunidades. Dentre as reivindicações à saúde, a indígena G2 (2024), quando perguntada sobre as principais necessidades de saúde de sua comunidade, nos apresentou:

[...] hoje tá melhor, [mas] nós tivemos muita dificuldade com a saúde aqui em Campo Mourão. Falta de vacinas pra todos, pra picada de aranha, pra mordida de cobra. A gente já tinha solicitado isso, mas nunca tivemos uma resposta se a saúde tem ou não pra fornecer. Então, é saneamento básico, orientações e prevenções contra doenças transmissíveis, posto de primeiros socorros (G2, 2024).

O modelo biomédico tem como foco o indivíduo doente. Ações de recuperação e reabilitação da doença são priorizadas em detrimento das ações de promoção e proteção à saúde. É a doença e sua cura, sendo o processo fisiopatológico que ganha espaço (Cutolo, 2006). Nesse sentido, e ainda de acordo com perspectivas indígenas locais:

A gente vai também colher sangue, as vezes nós vamos lá no centro tirar um sanguinho pra ver se tem alguma doença ou não tem. Se tiver, tem que já tratar pelo posto [...]. Eles chamam todo mundo ali se vai fazer alguma coisa, já faz, chama toda molecada ali e já faz tudo (G1,2024).

Todavia, o processo de saúde-doença é dinâmico, complexo e de dimensões biológicas, psicológicas, socioculturais, econômicas, ambientais e políticas, complexa relação a se determinar de um grupo social e comunidades. Ao conceito da OMS, a promoção da saúde visa identificar os anseios, necessidades e modificar de forma favorável o meio e compreender os indivíduos, alterando assim a concepção de saúde (Cruz *et al.*, 2012). Sobre tal, a saúde na concepção de G2 (2024) é: “Saúde para mim é o bem-estar do corpo e da alma em comunhão com a natureza”. E para G3 (2025): “Saúde para mim é tudo que é bom para o corpo e mente. Ter

disposição, autoestima, vontade de trabalhar, estudar, cantar, dançar e rezar”.

A atenção voltada à família exige da equipe de saúde uma visão ampliada, para além das práticas curativas, promovendo ações educativas, planejadas e sistematizadas para atendimento a grupos específicos. Porém, a oferta de serviços da APS que devem ser frisadas na promoção da saúde do indivíduo, muitas vezes fica a desejar. Segundo G2 (2024):

A gente conta muito com a boa vontade do médico. A minha sogra ela tem diabetes e pressão alta, então, muitas vezes, ela não consegue subir lá no posto. Ele vai lá, pega o carro dele e vai lá ver a pressão, ver como é que ela tá, né? Então, a gente conta com a boa vontade da enfermeira, quando ela vai lá para o posto, ela vai daqui da cidade lá pro posto colher sangue. Algumas vezes, essa enfermeira consegue levar o laboratório pra colher sangue, fazer vacina, então isso já melhorou bastante, né? Mas, tem que contar com a boa vontade (G2, 2024).

E ainda sobre os atendimentos na UBS:

[...] o Posto do Barreiro é ali que a gente é atendido quando tem médico; quando não tem, fica sem atendimento, tem que vir na cidade. Esse mês o médico tá de férias e, se precisar, não tem atendimento, né? Então, não existe um atendimento pra aldeia, pra indígena [...] (G2, 2024).

No entanto, um ponto positivo é que as estratégias de saúde, como as imunizações, tenham sido garantidas aos indígenas, com uma cobertura vacinal quase total. A referência regional orienta minimamente sobre a importância que os indígenas tenham um acesso ao SUS e acolha suas demandas (fora do SASI). Quanto à vacinação para a comunidade Guarani, podemos observar que há uma prioridade:

[...] eles realmente são prioridade. A gente sempre no mesmo dia ou no outro dia, no mais tardar, a gente já resolve a situação ou intervém, mas o que tem de cronograma ou prioritário mais específico são as campanhas de vacina (E.R.,2024).

Mas também há o respeito quanto a não aceitação da vacinação:

[...] a vacinação mesmo, nem todos aceitam ser vacinados. A gente também não pode obrigar, né? Então, a gente vai lá, leva quem aceita, toma a vacina, quem não aceita não vai tomar, né? Não tem como forçar eles a fazer (A.C., 2024).

Embora a vacinação seja um ato de prevenção de doenças, observa-se nos discursos que as ações de saúde para os grupos indígenas ainda estão desestruturadas, com um modelo de atenção que prioriza o tratamento hospitalar, frisado

na doença, em vez de prevenir e promover a saúde, o que vai de encontro aos princípios do SUS e resulta em desperdício de recursos públicos e atendimento ineficaz às necessidades da população (Pereira, 2012).

O conhecimento biomédico deve associar-se com as práticas indígenas, respeitando as suas singularidades no processo de saúde-doença, tanto em relação aos indivíduos, meio ambiente e rituais espirituais visando a saúde (Pereira, 2012). É frequente que a utilização de fármacos industrializados se coloque em primeira escolha no tratamento de doenças. O contato interétnico gera necessidades de consumo diante das condições de vida atual, fatores estes citados pelos autores Garnelo e Wright (2001, p. 283):

[...] deslocamentos para a cidade, a necessidade de produzir para o mercado e as obrigações escolares dificultam a aderência aos tratamentos tradicionais. Embora não haja abandono da base mítica que rege as representações de doença e as práticas de cura, estas últimas já não se colocam como a primeira escolha (Garnelo; Wright, 2001, p. 283).

Estes fatores compõem uma realidade visível que pode ser reconhecida nas falas das entrevistas realizadas, quando perguntado sobre a preservação de hábitos culturais à saúde: “curas espirituais através das plantas e ervas, bezimentos com

o Xamoi (líder espiritual) ou rezadeiras” (G2, 2024); “variados remédios do mato para banhos, gordura de yxó” (G3, 2025); “gosto de fazer chás, banhos quentes. Yvyrapitã uso para tudo” (G4, 2025). Portanto, foi frisado por G1 (2024) que não há o hábito do preparo de remédios de sua cultura de forma rotineira:

A gente tem um monte, só que é difícil fazer [...]. Eu aprendi um monte, mas como a gente não tem tempo pra fazer, também não faz. Numa emergência dá pra fazer. Na verdade, não tem mais remédio do mato, é difícil achar e tá acabando. Quase não usa (G1, 2024).

A convivência de sistemas médicos distintos no contexto da intermedicalidade nos direciona a sistemas médicos híbridos, os quais interagem entre prática e teoria. Esta interação pode-se desenvolver em uma conjuntura de conflitos e subentender que os conhecimentos indígenas sejam considerados menos importantes diante da medicina ocidental (Pereira, 2012). A profissional de saúde A.C. (2024) relatou as necessidades e retirada de medicamentos na UBS e o seu contato com a medicina indígena:

Usam bastante, usam. Eles tomam bastante remédio nosso. A dona S. principalmente, que toma remédio

contínuo, ela é diabética. Toma remédio pra ansiedade, pra dormir, mas os outros não, contínuo é só ela. A S. também toma e o A. começou a tomar porque eles foram consultar lá no [Centro Universitário] Integrado. Mas eles usam bastante a medicina deles, bastante chás [...], eles amassam as folhas assim, põe em cima se tem um corte, alguma coisa. Alguma dor, fazem aquelas infusões, então eles usam bastante. Eles usam bastante a medicina deles natural, mas eles também usam bastante o remédio do posto. No caso da farmácia em geral, pra dor, pra gripe, pra tosse, resfriado, aí o seu A. sempre vem pegar (A.C., 2024).

O modelo médico assistencial para as populações indígenas no Brasil ainda é precário, mesmo para a execução das ações básicas em saúde para estas populações, predominando um cenário carente e de difícil controle infecto parasitário (Cardoso, 2014). Ainda neste contexto, emergem outros desafios da saúde indígena como o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (câncer cérvico-uterino e diabetes, por exemplo), contaminação do ambiente e dificuldades frente à nutrição que já afetam grande parte da população indígena no país (Brasil, 2002). Na realidade local, quando perguntado sobre as doenças mais prevalentes na comunidade, citam: “Gripe, tosse, dor de garganta, dores no corpo e cabeça, doenças provenientes do frio” (G3, 2025),

“Gripe, dor de barriga, diarreia” (G4, 2025) e “Diabetes, dor de garganta, cabeça, gripe” (G5, 2025).

Diante das mudanças socioculturais, comportamentais e ambientais existentes, a emergência das doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial e diabetes, tem sido uma realidade em vários grupos, como observado na transição epidemiológica dos povos indígenas no Brasil (Santos; Coimbra Jr, 2003).

A questão da ansiedade e o uso de medicamentos para dormir, relatado na entrevista, também nos desperta para a saúde mental dos povos indígenas. É de suma importância a discussão de temas como suicídio, alcoolização e outros associados, que têm sido contemplados em produções acadêmicas nos últimos anos, principalmente, no âmbito da psicologia (Batista; Zanello, 2016). Na realidade local, a entrevistada G2 (2024) discutiu sobre essa necessidade atual na comunidade, voltada especialmente aos mais jovens quanto ao frequentar a escola:

Então, isso prejudica muito a saúde dos meninos, a saúde psicológica, emagrece, tem depressão. Isso causa muitos problemas. Mas, a gente está tentando também trabalhar, conseguir alguma forma, trabalhando isso com as escolas. Mas, tá bem difícil da escola ver diferente, ver que é uma cultura diferente (G2, 2024).

A SESAI possui uma área técnica de saúde mental composta de profissionais de saúde de áreas como assistentes sociais, psicólogos, antropólogos, entre outros. Essa multidisciplinaridade ocorre tanto na sede quanto nos DSEIs, para planejamento de ações em saúde mental. Portanto, são práticas institucionais ainda em construção e de evolução gradativa devido à complexidade do sistema (Batista; Zanello, 2016).

A implementação do SUS para os povos indígenas ainda enfrenta desafios, incluindo limitações no sistema de cadastramento e uma abordagem paralela de acesso que não é integrada ao SASI (Sandes *et al.*, 2018). Realidade que não difere da comunidade investigada nesta pesquisa:

Nós estamos usando o posto de saúde do município. Deveria ser o SESAI entrando em contato com a prefeitura, a prefeitura entrando em contato com o SESAI. Não sei como fazer, né? Um trabalho junto e ter um funcionário para isso, mas é bem complicado (G2, 2024).

Dessa forma, mesmo que haja este trabalho, na realidade local em que há a falta de apoio da SESAI e ausência de atendimento diferenciado ao público indígena, fica nas mãos da própria comunidade a busca por soluções:

Quando nós chegamos aqui, a gente foi fazer as carteirinhas ali no posto. A gente tem o Posto do Barreiro, é ali que a gente é atendido quando tem médico; quando não tem, fica sem atendimento, tem que vir na cidade. Esse mês o médico tá de férias e, se precisar, não tem atendimento. Então, não existe um atendimento (G2, 2024).

Para a identificação do usuário do SUS, há a base de dados cadastrais de número de identificação para cada cidadão. Esta identificação é essencial para a população na busca de serviços, identificando o usuário a um município, mas de validade nacional. Este número é impresso no cartão do usuário, permitindo sua identificação sempre que buscar serviços do SUS (Cunha, 2002). Segundo A.C. (2024), é de sua responsabilidade o cadastramento e relata como procede na UBS em relação ao atendimento aos Guarani:

A gente registra. Pega a certidão de nascimento, RG e CPF, quando eles estão com tudo em dia já. A gente faz, quando vem uma família nova, a gente pega os documentos, tira uma foto, geralmente eu tiro foto porque é muita coisa pra preencher, o formulário é bem grande [...]. Daí, as vezes não tem tempo suficiente. Eu pergunto as questões de saúde, se eles têm algum problema de saúde e depois eu preencho os documentos certinho aqui com mais calma e já passo no sistema, cada um, é individualizado o cadastro.

Então, cartão SUS eu atualizo, porque todo mundo já tem o cartão SUS, as vezes está desatualizado. Só atualizo o cartão e fica certinho. [...] No imóvel, eu coloco quem mora na casa (A.C., 2024).

Isto posto, de acordo com Cunha (2002), problemas podem vir a ocorrer no cadastramento devido à existência de um grande número de pessoas sem documento de identificação e condição para cadastramento. Quando tratado aos povos indígenas sem terras homologadas, não é diferente:

No posto não tem consulta, né? Passou mal, se tiver médico, é aquele médico clínico geral, passa uma receitinha e acabou. Precisou de neuropediatra e tudo, não conseguimos. Os meninos não conseguiram, mas foi por conta que não tem documento. Isso já é um vício. Que nem a Funai, fez todo documento errado, aí nós conseguimos. Levou dois anos pra conseguir o RANI [Registro Administrativo de Nascimento de Indígena] dos meninos, aí quando chegou o RANI não presta mais. Tem que fazer uma certidão de nascimento. Pra fazer a certidão, eu tenho que pedir um novo RANI para dizer que ele existe pro cartório, pra fazer o documento pra ser atendido pelo SUS. A menina tentou marcar os exames, eles não entendem do sistema e nem o cartório entende. Por exemplo, não precisava tudo isso, bastava levar o RANI, esse aqui tá lá no livro da Funai, é só vocês ligarem, tá tudo aí, mas

eles querem um de hoje, aí tive que pedir tudo de novo. Quanto tempo a Funai vai levar pra devolver tudo isso? E eu precisava fazer o documento dos meninos. Ele perdeu vestibular, perdeu o Enem. Então, é um círculo burocrático vicioso que a gente não consegue sair do lugar. Aí afeta tudo nós [...]. A gente dá os pulos e a gente dá um jeito, né? Nem que tem que pagar uma consulta particular. Que nem a terra, a gente não tinha terra (risos), então vamos comprar terra. A gente dá os pulos pra manter vivo, estar sadio, a gente vai vendo as coisas que precisam mais. O sistema não tá preparado. Você chega num lugar, o computador não tem a educação, não tem a saúde, não tem o sistema da diversidade, aí já cansa, né? Tem que arrumar outro meio (G1, 2024).

O referido RANI (Registro Administrativo de Nascimento de Indígena) instituído pelo Estatuto do Índio, Lei nº 6.001 de 19 de dezembro de 1973²⁹, é um documento administrativo devidamente autenticado e assinado, feito em livros próprios por funcionários da Funai, hábil para proceder ao registro civil, não substituindo a certidão de nascimento (Brasil, 2013).

A escolha dos nomes de origem indígena é motivo de recusa em alguns cartórios de registro, exigindo a apresentação

²⁹ Disponível em: <

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6001.htm> Acesso em: 05 fev. 2025.

do RANI para comprovação da origem indígena. Este processo de sentença judicial para determinar ao cartório a realização do registro faz com que o recém-nascido fique meses sem oficializar o seu registro, o que faz com que ocorram registros sem a anotação da condição indígena (Gomes; Modesto; Nascimento, 2023). Assim:

Diante desse cenário e de tais mandamentos, impõe-se ao Estado não apenas a assistência e proteção adequadas para os direitos dos recém-nascidos indígenas que por meio de sua família, optem pelo registro civil, mas que não crie obstáculos para a preservação dos povos e da cultura indígena. É de fundamental importância que os que dificultam injustificadamente o registro sejam de alguma forma responsabilizados (Gomes; Modesto; Nascimento, 2023, s/p).

Esta condição afeta a promoção à saúde ao recém-nascido e à puérpera, pois, tal como recomendado, é que haja acompanhamento pela UBS na primeira semana de vida. É proposto que passem por uma consulta de enfermagem para observar o crescimento, desenvolvimento infantil, aleitamento materno e condições clínicas do bebê (Slomp, 2007). As consecutivas dificuldades enfrentadas afetam o direito de serem assistidos por profissionais de saúde, que evidenciam

em suas declarações o desejo de serem atendidos sob um olhar diferenciado:

[...] já tive que mandar uma pessoa embora pra outra aldeia porque ela perdeu o bebê aqui, não conseguiu ser atendida porque não tinha registro de nascimento. Quando consegui no Ministério Público um documento obrigando o hospital atender, ela perdeu o bebê, mas, mesmo assim, tinha uma série de tratamento que ficou sequela. Eu falei “melhor você correr pra outra aldeia que tem atendimento, que lá dentro eles vão tentar organizar, fazer alguma coisa”. Mas, tem mais de 500 Guaranis nessa situação (G2, 2024).

Devido ao conjunto de fatores associados à assistência e aos processos burocráticos associados a ela, as lideranças da comunidade sentem a necessidade de recorrerem ao apoio de instituições locais para sanar algumas de suas reivindicações de saúde:

[...] médico de criança que não tem. Acho que as crianças nunca foram num pediatra. A gente teve uma condição melhor quando a gente começou a frequentar aqui (faculdade). Daí conversam, a gente consegue entender pra ir acompanhando melhor (G2,2024).

Adicionalmente, sobre a prestação de serviços pela Instituição de Ensino Superior à comunidade:

Eu fiquei muito feliz que nós conseguimos, mas é demoradinho também pra conseguir. Minha mulher faz palestra aqui pra eles. Conversamos, aí eles foram na aldeia, fez reunião, precisa de atendimento de saúde dentista, aí assim conseguimos. Primeiro, foram lá na aldeia, montou um barraquinho, levaram tudo; tiraram sangue e ali que descobriram que minha mãe tinha diabetes. Mandam fazer uma receita de remédio pra comprar que não tinha, né? Aí nós procuramos um médico e agora tem que passar por médico para ver se vai continuar tomando remédio ou vai parar (G1, 2024).

A parceria entre universidades, poder público e setores sociais para disposição e planejamento em saúde é relevante na produção de estudos e pesquisas diante de lacunas permeadas a desencontros e paradoxos no contexto da situação de saúde dos povos indígenas no âmbito do SUS. Portanto, ainda este fato demonstra que, para êxito do atendimento de saúde ao indígena, há uma dependência da corroboração de várias instituições, sendo governamentais ou não, entre elas Funasa, Funai, rede do SUS, municípios, ONGs e as universidades. A multiplicidade de interesses nas instituições envolvidas caracteriza a falta de definição de competências, além das estruturas burocrático-administrativas confusas propostas pela legislação (Langdon *et al.*, 2004).

Diante disto, o uso de serviços de saúde por indígenas não aldeados é tema de resistência sociocultural, sendo pauta necessária para discussões em prol de desenvolvimento da interculturalidade para o aperfeiçoamento e construção de políticas públicas de acordo com a visão de mundo indígena de saúde (Tobias *et al.*, 2023). Esta cosmovisão proporcionada pela subseção atual destaca a importância de considerar as demandas e as necessidades específicas da comunidade indígena, por meio de implementação de políticas e práticas de promoção e vigilância em saúde, proporcionando melhorias futuras que serão discutidas na subseção posterior.

3.3 Rumos futuros

A noção de saúde-doença para os indígenas é complexa e envolve relações entre o indivíduo, a comunidade e a natureza. Requer um enfoque que respeite a autodeterminação e os direitos coletivos dos povos indígenas, garantindo uma abordagem mais eficaz para o direito à saúde (Sartori; Leivas, 2017). A compreensão da dinâmica cultural pode ajudar a evitar preconceitos e a promover uma abordagem mais respeitosa e eficaz para a saúde, considerando as concepções culturais sobre saúde e doença (Langdon; Wilk, 2010). Em suma:

[...] o diagnóstico e o tratamento sensíveis à cosmovisão indígena são garantias de maior eficácia do direito à saúde, o que não seria possível em um paradigma integracionista que não reconhecesse os povos indígenas como sujeitos de direitos coletivos e com autodeterminação (Garnelo; Wright, 2001, p. 104).

De fato, nesta dinâmica cultural há mudanças do estilo de vida e hábitos alimentares associados. O aumento do consumo de produtos industrializados e de menores valores nutricionais, por exemplo, têm se tornado uma realidade entre os povos indígenas, devido o distanciamento cultural e maior contato a não indígenas. Essas mudanças trazem alterações no perfil de saúde dos mesmos, desencadeando em maiores taxas de doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão arterial, diabetes tipo II), sobrepeso e complicações cardiovasculares (Linartevischi, 2022).

Devemos ter a percepção de que diante desta dinâmica cultural, o conhecimento indígena é fluido, criativo e sujeito a influências, em um movimento de negociações entre as formas de saber médico: “Posto de saúde e nosso também, né? Tem remédio que vem de fora pra dar uma reforçada” (G1, 2024). Fato este, que neste movimento, os próprios profissionais de saúde também são afetados, proporcionando partilha de ideias. Este contato interétnico possibilita diferentes formas de

apropriação de saberes, sendo eles entre Agentes de Saúde, Xamãs, lideranças etc (Garnelo; Wright, 2001).

De acordo com a visão antropológica de Atkinson (1993), uma abordagem que considere os pontos de vista de diferentes grupos, incluindo profissionais de saúde, gerentes e comunidades, pode ser benéfico para abordar as questões de saúde de forma mais eficaz, identificando áreas de consensos e conflitos, como pode-se observar em falas, como de G5 (2025), quando questionado se os profissionais de saúde, a seu ponto de vista, estão preparados para atuar na saúde indígena: “Acho que não, todas as vezes querem me obrigar a tomar a tal vacina”. O entrevistado G5 (2025) ainda relata que não vai à UBS pois “eu não sei falar a língua deles, então não vou”. E ainda: “eles não falam nossa língua, não entendem nosso jeito de ser”. Todavia, quando perguntado se gostaria que o município ofertasse mais serviços de saúde à sua comunidade, G5 (2025) afirma: “Sim, um local aqui na aldeia com pessoa falante da língua nossa”.

A UBS é um espaço de trocas de grupos culturais divergentes, tornando-se elemento fundamental para contato entre modos de se pensar a saúde: sanitarista nacional, por meio de formação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e intermédio de profissionais não indígenas em territórios indígenas (Novo, 2011). O AIS, dentro do sistema dos DSEI's,

é concebido como um elo entre serviços de saúde e comunidades indígenas, como estratégia do movimento indígena para inserção no mercado de trabalho e controle das questões sobre saúde e doença (De Mendonça, 2005).

Em algumas terras indígenas, como o Parque Indígena do Xingu (no estado do Mato Grosso), a inserção de AIS iniciou de maneira a solucionar demandas locais. Portanto, a ideia inicial não foi a inserção de AIS, mas de alguns membros da comunidade em serem responsáveis em traduzir a língua durante atendimento, receituários e demandas assistenciais. Outros, auxiliavam a enfermagem das unidades de saúde na manutenção e limpeza. Estes indígenas eram “pontes” entre comunidade e equipe de saúde. Posteriormente, houve readaptações locais até a implantação de AIS, com treinamentos adequados, selecionados pela própria equipe de saúde de acordo com seu interesse, passando a ser uma das reivindicações sistemáticas entre os povos locais (De Mendonça, 2005).

Perante a realidade local da pesquisa, observa-se que há uma intuição parecida com o início dos fatos da comunidade do Xingu. Diante de falas, como quando perguntado sobre o que poderia melhorar e auxiliar no atendimento à saúde:

[...] gostaria que, por exemplo, mantivesse dentro da aldeia uma sala com material de emergência, curativo, uma vacina [...]. Nesse caso, a gente quer preparar alguém. A gente tava pensando o J. fazer o [curso] técnico de Enfermagem e depois se preparar pra atender (G1, 2024).

No processo de treinamento de AIS, alguns indígenas do Xingu estiveram presentes em centros especializados, como na Escola Paulista de Medicina (EPM) que chegou a promover o treinamento de alguns agentes indígenas de saúde em laboratório de malária e tuberculose. Porém, o contato com outra realidade social fez com que houvesse dispersão destes, ocorrendo o envolvimento com bebidas alcóolicas e indicando que seria mais eficaz se o treinamento fosse realizado dentro de suas realidades e comunidades (De Mendonça, 2005). Este contato que evidencia inferências no estilo de vida do indígena também é evidenciado localmente pela fala de G2 (2024):

Também o que interfere muito na saúde é as crianças estudarem fora, né? A alimentação é diferente, horários diferentes, já fica fora da aldeia já foge um pouco do sistema, da cultura (G2, 2024).

Desta forma, é preciso considerar as necessidades e demandas específicas da população indígena para refletir o modelo de atendimento à saúde analisando os reflexos na

cultura e na organização sociopolítica (Novo, 2009). Esta demanda há no reconhecimento por parte da profissional responsável pela saúde municipal da cidade:

[...] quanto a choque cultural, a própria equipe acaba não estando preparada para essa diferença de cultura, porque tem que ser uma abordagem diferente. Então, eles não estão preparados para que tenha de fato isso e acaba que a gente também fica, vamos dizer assim, não sei se é bem a palavra, perdidos. Porque a gente não sabe como correr. O próprio Ministério e a própria Funai, os próprios órgãos que são competentes não reconhecem, não estimulam o município a ter algo específico para eles. A gente acaba cuidando e dando andamento conforme a gente atende nossa população geral aqui (S.S., 2024).

Por conseguinte, a ampla rede de influências que interferem na efetivação das políticas públicas em âmbito municipal deve ser considerada para visibilizar melhorias da qualidade assistencial da população indígena (Pellon; Vargas, 2010). Os contextos os quais estão inseridos são dinâmicos, inacabados, reflexo desta hibridização da cultura e no movimento de migrar entre rural, urbano, em diferentes espaços. Porém, isto não remete que vá “apagar” a sua cultura indígena e sua identidade, sendo visto muitas vezes se fortalecendo (Vieira; Naglis, 2023).

Assim sendo, é necessário, e reconhecido pelo poder público, ações por meio de implantação de políticas públicas para atender a saúde dos Guarani da comunidade indígena do município, como manifestado pela S.S. (2024) após a realização da entrevista:

Não tem, mas vai ter, né? Diante do que foi apresentado por você, a gente precisa sentar e, sim, discutir sobre essa questão da vulnerabilidade dessa população, para que a gente consiga implementar políticas voltadas exclusivamente pra eles (S.S., 2024).

Portanto, o protagonismo e a escuta das reivindicações indígenas são relevantes no reconhecimento de seus direitos e pela efetivação das políticas públicas de saúde que reconheçam suas diversidades culturais, possibilitando a abertura de espaços de diálogo entre representantes do poder público, profissionais de saúde e comunidades indígenas, para possibilidade de avanços e melhorias locais diante da complexidade de fatores que interferem nas realidades e demandas de saúde das populações indígenas no país.



CONSIDERAÇÕES FINAIS



A estruturação da APS para os povos indígenas formulou-se a partir da Constituição Federal de 1988 assegurando sua organização social, seus costumes e o usufruto de seus territórios. Portanto pensar em uma política nacional de saúde que atenda às necessidades das populações indígenas não é tarefa fácil. As políticas existentes no contexto da saúde pressupõem uma visão de organização social, política e cultural homogeneizadora, não levando em consideração suas particularidades e o contexto o qual se inserem. Os povos indígenas em contexto urbano e rural, especificamente no contexto a saúde, são afetados pela falta de acesso a serviços públicos que visem e respeitem suas necessidades e reivindicações.

Os povos indígenas residentes em áreas urbanas e rurais, no contexto de saúde, são afetados pela falta de acesso a serviços públicos que visem e respeitem suas necessidades e reivindicações. A atenção diferenciada quando existente na APS reconhece a construção de ações locais que respeitem suas singularidades, tanto étnicas quanto culturais, visando a diversidade na compreensão do processo saúde e doença, permitindo formulação de estratégias adequadas e vínculos entre profissionais e povos indígenas para melhor qualidade de assistência.

Esta obra indica que o município de Campo Mourão/PR já estabelecia relações com a comunidade Guarani residente através do atendimento da UBS Barreiro das Frutas e presta algum tipo de atendimento à saúde. Para tanto, o atendimento prestado é feito de forma convencional devido ao fato de a comunidade Indígena Tekoha Verá Tupã'i fazer parte da área de abrangência da UBS, mantendo atendimentos de rotina que são assim prestados, da mesma forma, à população não indígena. A única particularidade perceptível, por parte dos profissionais, é de não insistirem ou convencerem a adotarem as ações prestadas.

A não implantação local do SASI é fruto da falha do Estado em considerar indígenas os desaldeados, uma vez que a terra local é adquirida. A realidade é submetida às virtudes da política local, o qual podemos analisar que suas demandas não chegam à Secretaria Municipal de Saúde e tampouco são de conhecimento dos representantes. Ademais, da mesma forma, as ações são guiadas às vontades particulares de cada dirigente setorial no nível da APS.

Como consequência, é notável que os representantes indígenas lutem pelas necessidades de suas comunidades e são solicitados enquanto intermediadores pelos demais quando há uma necessidade de saúde. Há na comunidade aqueles que apresentam mais resistência às medidas oferecidas pela UBS;

portanto, as barreiras existentes são fatores que interferem, tais como: dificuldade de comunicação; características culturais próprias e da equipe de saúde; processo burocrático de cadastramento e emissão de documento civil, o qual afeta o atendimento e a solicitação de exames; dificuldade organizacional de fluxo que contribua para a adesão às consultas; e visitas pré-estabelecidas com serviços programados.

Todavia, é perceptível que os indígenas estão dispostos a ações de saúde que contribuam com a resolutividade de seus problemas de saúde. A falta de um atendimento diferenciado os faz buscarem por outras soluções, seja por parcerias institucionais ou meios particulares.

Desta forma, a estruturação de normativa que garanta o direito de saúde indígena associado à capacitação profissional aos Guarani que vivem no município são processos necessários, visando um atendimento efetivo, junto à responsabilidade de órgãos competentes e políticas públicas. Portanto, há necessidade de decisão política, visto que ser indígena é uma questão de identidade, independente da situação de seus territórios, e a saúde é um direito de todos e dever do Estado, em âmbito físico, mental e social.





REFERÊNCIAS



ABREU, José Carlos Silva de. **Na busca da afirmação do direito à saúde indígena**: os efeitos da implementação da portaria ministerial nº 2656 de 2007 em municípios do Paraná. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) - Programa de Pós-Graduação em Política Públicas, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2012.

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

AITH, Fernando. Saúde indígena no Brasil: atual quadro jurídico-administrativo do estado brasileiro e desafios para a garantia do direito à saúde da população indígena. **Revista de Direito Sanitário**, v. 9, n. 3, p. 115-132, 2008.

APURINÃ, Chico. Saúde é terra demarcada. In: PONTES, Ana Lúcia de Moura (org.). **Vozes indígenas na saúde**: trajetórias, memórias e protagonismos. 1ed. Belo Horizonte, MG: Piseagrama, 2022. p. 10-374.

ATHIAS, Renato; MACHADO, Marina. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 2, p. 425-431, 2001.

ATKINSON, Sarah J. Anthropology in research on the quality of health services. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, p. 283-299, 1993.

AZEVEDO, Ana Lucia Martins de; GURGEL, Idê Gomes Dantas; TAVARES, Maurício Antunes. O poder de acessar a saúde: uma análise do acesso à saúde na etnia indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira (PE). **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, p. 275-280, 2014.

BANIWA, Gersem Luciano. Movimentos e políticas indígenas no Brasil contemporâneo. **Tellus**, p. 127-146, 2007.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3. reimp. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARNABÉ, Eduardo Gomes; BONISSONI, Natammy Luana de Aguiar; SILVA, Dayanna. **Acesso aos direitos fundamentais**: uma abordagem da pauta indígena. 2021.

BATISTA, Marianna Queiróz; ZANELLO, Valeska. Saúde mental em contextos indígenas: Escassez de pesquisas brasileiras, invisibilidade das diferenças. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 21, n. 4, p. 403-414, 2016.

BOARETTO, Juliana Dias; MOLENA-FERNANDES, Carlos Alexandre; PIMENTEL, Giuliano Gomes de Assis. Estado nutricional de indígenas Kaingang e Guarani no estado do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 2323-2328, 2015.

BORGHI, Ana Carla et al. Singularidades culturais: o acesso do idoso indígena aos serviços públicos de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, p. 0589-0595, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena**: relatório final. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2015. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/5_conferencia_nacional_saude_indigena_relatorio_final.pdf> Acesso em: 18 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena**. 2021a. s/p. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/estrutura/departamento-de-atencao-primaria-a-saude-indigena-dapsi>>. Acesso em: 18 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena. **Imunização**. 2021b. s/p. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/dapsi/imunizacao>>. Acesso em: 18 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena. **Educação permanente e educação em saúde**. 2021c. s/p. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/dapsi/educacao-permanente-e-educacao-em-saude>>. Acesso em: 18 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Articulando Saberes em Saúde Indígena - PASSI**. 2021d. s/p. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/dapsi/passi>>. Acesso em: 18 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena. **Projeto Sesai Mais Saúde Indígena**. 2023a. s/p. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/dapsi/mais-saude-indigena>>. Acesso em: 18 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena. **Vigilância em saúde**. 2023b. s/p. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/dapsi/vigilancia-em-saude> >. Acesso em: 18 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. **Ministério da Saúde realiza oficina de saúde indígena**. 2023c s/p. Disponível em: < <https://aps.saude.gov.br/noticia/20516> > Acesso em: 18 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde das Mulheres e Crianças Indígenas**. 2022a. s/p. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/dapsi/atencao-a-saude-das-mulheres-e-criancas-indigenas> >. Acesso em: 18 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)**. 2022b. s/p. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/dapsi/van> >. Acesso em: 18 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Balanço 2022**. 2022c. s/p. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/dezembro/assistencia-a-populacao-indigena-foi-uma-das-prioridades-durante-a-pandemia-de-covid-19-conheca-as-acoes#:~:text=Os%20cuidados%20com%20a%20sa%C3%BAde,Ind%C3%ADgena%20do%20SUS%2C%20o%20SasiSUS>>. Acesso em: 07 maio 2024

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS**. Brasília: MS; 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). **Saúde indígena**: análise da situação de saúde no SasiSUS. Brasília: MS; 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. **Relatório final**. Brasília: MS; 2015.

BRASIL. Fundação Nacional dos Povos Indígenas. **Registro Administrativo de Nascimento de Indígena - RANI**. Brasília: Ministério dos Povos Indígenas, 2013.

BRITO, Carolina Arouca Gomes de; LIMA, Nísia Trindade. Antropologia e medicina: assistência à saúde no Serviço de Proteção aos Índios (1942-1956). **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas**, v. 8, p. 95-112, 2013.

CARDOSO, Marina Denise. **Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equivocados na política atual**. 2014.

CAZELATTO, Eduardo; DE PAULA FILHO, Luiz Pinto; COHN, Amélia. Extinção de Conselhos e Órgãos Colegiados pelo Governo Federal e seus Reflexos na Saúde Indígena. **Anais do Encontro Nacional de Pós-graduação**, v. 3, n. 1, p. 11-15, 2019.

COHN, Clarice. Culturas em transformação: os índios e a civilização. **São Paulo em perspectiva**, v. 15, p. 36-42, 2001.

COIMBRA JR, Carlos EA; SANTOS, Ricardo Ventura; ESCOBAR, Ana Lúcia. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Editora Fiocruz, 2003

COMIN - Conselho de Missão entre Índios. **Povos indígenas em espaços urbanos**: Sateré-Mawé, Terena, Kaingang, Bakairi. Semana dos Povos indígenas 2008, 14 a 20 de abril. São Leopoldo-RS: Editora Oikos, 2008. Disponível em: <https://comin.org.br/> >. Acesso em: 10 dez 2022.

CORRÊA, Perla Katheleen Valente et al. Mortalidade infantil indígena: evidências sobre o tema. **Cogit. Enferm.**(Online), p. e70215-e70215, 2020.

CRUZ, Katiane Ribeiro da; COELHO, Elizabeth Maria Beserra. A saúde indigenista e os desafios da particip (ação) indígena. **Saúde e sociedade**, v. 21, p. 185-198, 2012.

CRUZ, Marly Marques et al. **Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde**. Programa de Educação a Distância da ENSP Fiocruz. Recurso Educacional Aberto em Português. CVSP, Brasil. 2012

CUNHA, Rosani Evangelista da. Cartão Nacional de Saúde: os desafios da concepção e implantação de um sistema nacional de captura de

informações de atendimento em saúde. **Ciencia & saude coletiva**, v. 7, p. 869-878, 2002.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006.

DA SILVA, Edivania Cristina et al. Dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde no atendimento à população indígena. **Revista eletrônica acervo saúde**, v. 13, n. 1, p. e5413-e5413, 2021.

DE FARIA, Luísa França et al. A saúde indígena na Atenção Primária: a equidade e a humanização do atendimento pelo Sistema Único de Saúde. **Revista de APS**, v. 23, 2020.

DE MENDONÇA, Sofia Beatriz Machado. O Agente Indígena de Saúde no Parque Indígena do Xingu: **Reflexões**. 2005.

DE PAULA, Luis Roberto. Afirmção de direitos indígenas em contextos ampliados de interação social: referências bibliográficas e alguns problemas de investigação. **ARACÊ–Direitos Humanos em Revista**, v. 4, n. 5, p. 295-322, 2017.

DIEHL, Eliana Elisabeth; LANGDON, Esther Jean; DIAS-SCOPEL, Raquel Paiva. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 819-831, 2012.

DYENIWICZ, Ana Maria. **Metologia da Pesquisa em Saúde para Iniciantes**. 3 ed - SP: Difusão Editora, 2014.

FERNÁNDEZ-RÍOS, Luis. Interdisciplinarietà en la construcción del conocimiento: ¿Más allá de Bolonia? **Revista Innovación Educativa**, n. 20, p. 157-166, 2010.

FERREIRA, Gislane. **A dinâmica lúdica na comunidade Guarani Verá Tupã'i de Campo Mourão-PR**. 2013. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2013.

FERREIRA, Luciane Ouriques. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. **História, ciências, saúde-Manguinhos**, v. 20, p. 203-219, 2013.

FERREIRA, Luciane Ouriques. **Limites e possibilidades da articulação entre as medicinas tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde.** Medicina tradicional indígena em contextos: Anais da primeira reunião de monitoramento. Brasília: Ministério da Saúde, FUNASA, p. 166-174, 2007.

GARNELO, Luiza. **Política de Saúde Indígena no Brasil:** notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. MEC-SECADI, 2012.

GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lucia. **Saúde indígena:** uma introdução ao tema. In: Saúde indígena: uma introdução ao tema. 2012. p. 296-296.

GARNELO, Luiza; WRIGHT, Robin. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baníwa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 2, p. 273-284, 2001.

GIOVANELLA, Ligia et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GODOY, Arlida Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de administração de empresas**, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GOV.BR. Ministério da Saúde. **Distrito Sanitário Especial Indígena.** 2021. s/p. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/estrutura/dsei>>. Acesso em: 30 jul. 2023.

GUIRAU, Kárine Michelle; SILVA, Carolina Rocha. Povos indígenas no espaço urbano e políticas públicas. **Encontro Internacional Participação, Democracia e Políticas Públicas:** Aproximando Agendas e Agentes. Araraquara: Universidade Estadual Paulista, 2013.

IBGE. Hierarquia urbana. **Regiões de Influência das Cidades 2018.** Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/redes-e-fluxos-geograficos/15798-regioes-de-influencia-das-cidades.html?=&t=acesso-ao-produto>> Acesso em: 31 jul. 2023

i44NEWS. **Índios guaranis vivem em situação de extrema pobreza em Campo Mourão.** Disponível em:

<<https://www.youtube.com/watch?v=vztiGju4z6c>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

KABAD, Juliana Fernandes; PONTES, Ana Lúcia de Moura; MONTEIRO, Simone. Relações entre produção científica e políticas públicas: o caso da área da saúde dos povos indígenas no campo da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1653-1666, 2020.

KOLBERG, Angélica. **A atenção diferenciada aos povos indígenas nos serviços de saúde**: análise das propostas formuladas nas etapas locais da 6 Conferência Nacional de Saúde Indígena, do polo base Passo Fundo/RS. 2019.

LANDGRAF, Julia; IMAZU, Nayara Emy; ROSADO, Rosa Maris. Desafios para a Educação Permanente em Saúde Indígena: adequando o atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190166, 2019.

LANGDON, Esther Jean et al. **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa. ABA, 2004.

LANGDON, Esther Jean; CARDOSO, Marina D. Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina. In: **Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina**. 2015. p. 310-310.

LANGDON, Esther Jean et al. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. **Parque indígena do Xingu: saúde, cultura e história**. São Paulo: Terra Virgem, p. 115-133, 2005.

MARINHO, Gerson Luiz et al. **Domicílios indígenas nos censos demográficos**: classificação, composição e interfaces com a saúde. 2015. Tese de Doutorado.

MARSIGLIA, Regina MG; SILVEIRA, Cássio; CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 14, p. 69-76, 2005.

MEBÊNGÔKRE, Megaron Txucarramãe. Tem que chamar para participar. In: PONTES, Ana Lúcia de Moura et al (orgs.). **Vozes indígenas na saúde**: trajetórias, memórias e protagonismos. Belo Horizonte, MG: Piseagrama, 2022. p. 294-303.

MENDES, Anapaula Martins et al. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e184, 2018.

MOURA, Bianca Coelho et al. Reflexões sobre a participação popular e social na Saúde indígena. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 16, n. 5, p. 2659-2674, 2023.

NOVO, Marina Pereira. Política e intermedicalidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 1362-1370, 2011

OLIVEIRA, João Pacheco de. **O nascimento do Brasil e outros ensaios: pacificação, regime tutelar e formação de alteridades**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2016.

OLIVEIRA, Jonas Welton Barros; AQUINO, Jael Maria; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles. Promoção da saúde na comunidade indígena Pankararu. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, p. 437-444, 2012.

OPS. Ministerio de Salud. **Informe Semana de la Vacunación en las Américas 2023**. s/p. Disponível em: <<https://www.paho.org/es/documentos/informe-semana-vacunacion-americas-2023>>. Acesso em: 26 jan. 2024.

PARANHOS, Jéssica Camila de Sousa Rosa. O papel dos gestores estaduais na política pública de saúde indígena: entre os impasses históricos e a pandemia de covid-19. 2021.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de saúde mental**. Curitiba, PR: SESA; 2014. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/linha_guia_final_de_saude_mental.pdf>. Acesso em: 07 maio 2024.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. 2022a. s/p. Disponível em: <<https://www.saude.pr.gov.br/Noticia/Acoes-fortalecem-saude-indigena-no-Parana>>. Acesso em: 07 maio 2024.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. 2022b. s/p. Disponível em: <<https://www.saude.pr.gov.br/Noticia/Povos-indigenas-dao-exemplo-e-sao-o-grupo-prioritario-com-melhor-cobertura-vacinal-do>>. Acesso em: 07 maio 2024.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. 2023. s/p. Disponível em: <<https://www.cepi.pr.gov.br/Noticia/Programacao-1a-Conferencia-Estadual-dos-Povos-Indigenas-do-Parana>>. Acesso em: 13 maio 2024.

PEDRANA, Leo et al. Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e178, 2018.

PELLON, Luiz Henrique C.; VARGAS, Liliana A. Cultura, interculturalidade e processo saúde-doença:(des) caminhos na atenção à saúde dos Guarani Mbyá de Aracruz, Espírito Santo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1377-1397, 2010.

PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Limites, traduções e afetos: profissionais de saúde em contextos indígenas. **Mana**, v. 18, p. 511-538, 2012.

PEREIRA, Raine Clavisso. **Perfil e presença indígena em Campo Mourão (PR): reconhecimento no espaço urbano e rural na Bacia do Rio Ivaí**. 214f. Dissertação (Mestrado em Sociedade e Desenvolvimento) - Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar Sociedade e Desenvolvimento, Universidade Estadual do Paraná, Campus de Campo Mourão, Campo Mourão, 2022.

PONTES, Ana Lucia de Moura; GARNELO, Luiza; REGO, Sergio. Reflexões sobre questões morais na relação de indígenas com os serviços de saúde. **Revista Bioética**, v. 22, p. 337-346, 2014.

ROCHA, Diogo Ferreira da; PORTO, Marcelo Firpo de Souza; PACHECO, Tania. A luta dos povos indígenas por saúde em contextos de conflitos ambientais no Brasil (1999-2014). **Ciência & saúde coletiva**, v. 24, p. 383-392, 2019.

ROCHA, Esron Soares Carvalho et al. Atributos da Atenção Primária à Saúde no contexto da saúde indígena. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

QUINTERO, Pablo; FIGUEIRA, Patricia; ELIZALDE, Paz Concha. Uma breve história dos estudos decoloniais. **MASP Afterall**, São Paulo, 2019, p.1-12. Disponível em: < <https://assets.masp.org.br/uploads/temp/temp-QE1LhobgtE4MbKZhc8Jv.pdf> >. Acesso em: 12 dez 2022.

SANDES, Luiza Fernandes Fonseca et al. Atenção primária à saúde de indígenas sul-americanos: revisão integrativa da literatura. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e163, 2018.

SANTOS, Ricardo Ventura; COIMBRA JR, Carlos EA. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**, p. 13-47, 2003.

SARTORI, Dailor; LEIVAS, Paulo Gilberto Cogo. O direito à saúde dos povos indígenas e o paradigma do reconhecimento. **Revista Direito e Práxis**, v. 8, p. 86-117, 2017.

SOUSA, Aione Maria da Costa. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **Revista Katálisis**, v. 17, p. 227-234, 2014.

SOUSA, Viviane; DE MOURA, Marina Bennemann; MAI, Lilian Denise. Saúde indígena urbana: interface entre ações estatais e não estatais. **Iniciação Científica CESUMAR**, v. 14, n. 1, 2012.

SLOMP, Fátima Martinez et al. Assistência ao recém-nascido em um Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, p. 441-446, 2007.

TOBIAS, Rodrigo et al. Direito à cidade para povos indígenas na perspectiva do direito à saúde: uma revisão integrativa. **arq. urb**, n. 38, p. 31-41, 2023.

TRIBUNA DO INTERIOR. **Inaugurado espaço de passagem para comunidade indígena em Campo Mourão**. Disponível em: <<https://www.tribunadointerior.com.br/campo-mourao/inaugurado-espaco-de-passagem-para-comunidade-indigena-em-campo-mourao/>>. Acesso em: 5 jan. 2023.

VARGA, István van Deursen et al. **Distritos Sanitários Especiais Indígenas, no governo Lula**: o caso do DSEI Litoral Sul e DSEI Interior Sul. 2003.

VIEIRA, Carlos Magno Naglis; NAGLIS, Suzana Gonçalves Batista. Povos indígenas em contexto urbano: as tensões e os desafios na busca pela afirmação étnica na cidade. **Revista NUPEM**, v. 15, n. 36, p. 257-271, 2023.

VIEIRA, Hítalo Thiago Gomes; OLIVEIRA, Jacqueline Eyleen de Lima; NEVES, Rita de Cássia Maria. A relação de intermedicalidade nos Índios Truká, em Cabrobó-Pernambuco. **Saúde e Sociedade**, v. 22, p. 566-574, 2013.



LISTA DE ILUSTRAÇÕES



Figura 1: Distribuição populacional indígena no Brasil – 2022.....	31
Figura 2: Distritos Sanitários Especiais Indígenas.....	38
Figura 3: Mapa de localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.....	44
Figura 4: Censo demográfico Brasil 2022 - Indígenas.....	47
Figura 5: Noticiário sobre a extinção do CNPI.....	64
Figura 6: Projeto Sesai Mais Saúde em atendimento no Xingu.....	69
Figura 7: Ação de imunização na Semana de Vacinação nas Américas no Brasil.....	71
Figura 8: Noticiário sobre a instituição do Grupo de Trabalho de Medicinas Indígenas.....	73
Figura 9: População indígena do estado do Paraná e ranking por Unidade Federativa.....	82
Figura 10: Indígenas por localização do domicílio no estado do Paraná....	82
Figura 11: Coeficientes de Mortalidade Infantil de 21 municípios paranaenses (2001-2007)	84
Figura 12: DSEI Litoral Sul - Modelo de Gestão e Polos Base.....	86
Figura 13: Noticiário sobre substituição de ONGs responsável pela saúde indígena no Paraná (2009).....	92
Figura 14: Noticiário “Indígenas ocupam sede de ONG no Paraná” (2009)	92
Figura 15: Reportagem sobre situação da comunidade Guarani de Campo Mourão em 2019.....	98
Figura 16: Localização da Comunidade Indígena Tekoha Verá Tupã'i e UBS Barreiro das Frutas.....	99
Figura 17: Vacinação – Ações fortalecem saúde indígena no Paraná.....	103
Figura 18: “Setembro Amarelo” – Comunidade Indígena de São Miguel do Iguaçu.....	105
Figura 19: Contemplação de Benefício Social – Família indígena Guarani.....	107





Sobre os Autores



Talyan Clavisso Pereira

Mestre pelo Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar Sociedade e Desenvolvimento da Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR) de Campo Mourão-PR (2025). Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva pela Universidade Positivo (UP) de Curitiba-PR (2021). Graduada em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) de Curitiba-PR (2018). Experiência profissional como enfermeira assistencial no Hospital do Câncer de Londrina (HSC) somado a experiência administrativa em auditoria de contas médicas. Atualmente, professora e coordenadora do Colegiado de Enfermagem da Faculdade União de Campo Mourão (Unicampo). E-mail: talyanclavisso@hotmail.com

Fred Maciel

Professor do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar Sociedade e Desenvolvimento da Universidade Estadual do Paraná, campus de Campo Mourão. Historiador junto à Prefeitura de Arapongas/PR. Doutor em História pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (campus Franca), na linha de pesquisa História e Cultura Política. Mestre (2013) e graduado (Bacharelado e Licenciatura - 2010) em História pela mesma instituição. Realizou estágio de pós-doutorado (2018-2020) junto ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar Sociedade e Desenvolvimento da Universidade Estadual do Paraná (campus Campo Mourão). Tem experiência na área de História, com ênfase em História da América Latina e História dos Intelectuais, especialmente História da América Central e da Nicarágua. Membro do Grupo de Pesquisa Intelectuais e Política nas Américas (IPA). E-mail: fred.maciel@ies.unespar.edu.br

Carlos Alexandre Molena Fernandes

Possui graduação em Educação Física pela Universidade Estadual de Maringá (2003), Especialização em Promoção à Saúde do Homem (2004), Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Maringá (2006) e Doutorado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Estadual de Maringá (2010). Docente Associado da Unepar (Universidade Estadual do Paraná - Campus de Paranavaí). Atualmente é Vice-Reitor da Universidade Estadual do Paraná - Unespar (Decreto n 7.733). Professor permanente no programa de Pós-Graduação Stricto Sensu (Mestrado e Doutorado em Enfermagem) da Universidade Estadual de Maringá - UEM. Docente no Mestrado Interdisciplinar Sociedade e Desenvolvimento da Unespar. Líder do Grupo de Pesquisa NEPEMAAS (Núcleo de Estudos e Pesquisas Multidisciplinares em Políticas, Avaliação e Atenção em Saúde). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Promoção à Saúde do Homem, atuando principalmente nos seguintes temas: Epidemiologia, Produtos Naturais, Doenças Crônicas (Diabetes, Hipertensão, Obesidade e Síndrome Metabólica), Atividade física e Saúde e Fisiologia do Exercício. E-mail: carlos.molena@unespar.edu.br

A saúde indígena no Brasil apresenta um contexto de desigualdades históricas, sociais e culturais. Em Atenção Primária e Saúde Indígena: assistência, serviços e políticas públicas em Campo Mourão/PR, os autores trazem à tona um olhar crítico sobre os desafios à saúde no âmbito da atenção primária enfrentados pelas comunidades indígenas, em especial a comunidade Guarani numa perspectiva local.

Com uma análise fundamentada e interdisciplinar, os autores evidenciam barreiras no acesso ao SUS – da comunicação às burocracias de cadastramento, além das fragilidades das políticas públicas, somadas às diferenças culturais que muitas vezes distanciam profissionais de saúde das realidades indígenas.

Mais do que diagnóstico, esta obra convida ao diálogo entre indígenas, profissionais de saúde, gestores, acadêmicos e todos aqueles que acreditam no direito universal à saúde.

