



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SOCIEDADE
CURSO DE GESTÃO PÚBLICA E DESENVOLVIMENTO
REGIONAL**

MARIA SAÚDE DE ALMEIDA SILVA

**POLÍTICA PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDÍGENA:
ATUAÇÃO DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE INDÍGENA NO
BAIXO TAPAJÓS EM CONJUNTO AO POLÓ BASE SANTARÉM**

**SANTARÉM
2023**

MARIA SAÚDE DE ALMEIDA SILVA

**POLÍTICA PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDÍGENA:
ATUAÇÃO DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE INDÍGENA NO
BAIXO TAPAJÓS EM CONJUNTO AO POLÓ BASE SANTARÉM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de
Gestão Pública e Desenvolvimento Regional para
obtenção grau de Bacharel; Universidade Federal do
Oeste do Pará, Instituto Ciências da Sociedade.
Orientadora: Prof.^a Inailde Almeida

**SANTARÉM
2023**

MARIA SAÚDE DE ALMEIDA SILVA

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP) Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/UFOPA

S586p Silva, Maria Saúde de Almeida
Política pública de assistência à saúde indígena: atuação do conselho local de saúde indígena no Baixo Tapajós em conjunto ao Polo Base Santarém./ Maria Saúde de Almeida Silva.- Santarém, 2023.
54 p. : il.
Inclui bibliografias.

Orientadora: Inailde Almeida
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Oeste do Pará, Instituto de Ciências da Sociedade, Bacharel em Gestão Pública e Desenvolvimento Regional.

1. Controle Social. 2. Saúde indígena. 3. Baixo Tapajós. 4. Política Pública. I. Almeida, Inailde, *orient.* II. Título.

CDD: 23 ed. 362.8498115

MARIA SAÚDE DE ALMEIDA SILVA

**POLÍTICA PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDÍGENA:
ATUAÇÃO DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE INDÍGENA NO
BAIXO TAPAJÓS EM CONJUNTO AO POLÓ BASE SANTARÉM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de
Gestão Pública e Desenvolvimento Regional para
obtenção grau de Bacharel; Universidade Federal do
Oeste do Pará, Instituto Ciências da Sociedade.
Orientadora: Prof.^a Inailde Almeida

Conceito:

Data de Aprovação: ____/____/____

Dr.^a Inailde Corrêa de Almeida – Orientadora
(UFOPA)

Dr. Raimundo Valdomiro de Sousa
Universidade Federal do Oeste do Pará

Dr. Rogerio Henrique Almeida
Universidade Federal do Oeste do Pará



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SOCIEDADE
PROGRAMA DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS E DESENVOLVIMENTO REGIONAL
CURSO DE BACHARELADO EM GESTÃO PÚBLICA E DESENVOLVIMENTO REGIONAL

ATA DE DEFESA PÚBLICA DE MONOGRAFIA DO CURSO DE BACHARELADO EM GESTÃO PÚBLICA E DESENVOLVIMENTO REGIONAL

No decimo dia do mês de julho de dois mil e vinte e três, às 14 horas e 30 minutos, realizou-se a Defesa Pública *on-line*, por meio da plataforma Google meet (link: meet.google.com/qcz-sctk-qik), da Monografia do(a) acadêmico(a) **MARIA SAÚDE DE ALMEIDA SILVA** (matrícula:201700468), intitulada “**POLÍTICA PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDÍGENA: ATUAÇÃO DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE INDÍGENA NO BAIXO TAPAJÓS EM CONJUNTO AO POLÓBASE SANTARÉM**”, sob orientação do(a) Prof.(a) Dr^a Inailde Corrêa de Almeida que compôs a banca examinadora com os professores Dr. Raimundo Valdomiro de Sousa e Dr. Rogerio Henrique Almeida. A presidente fez a abertura do trabalho com a apresentação dos componentes da banca e do(a) discente e atribuiu o tempo de vinte e cinco a trinta minutos para a apresentação do trabalho. Após a apresentação, seguiu-se a arguição e as respostas. Posteriormente, os membros da banca fizeram suas considerações finais passando a palavra para o(a) discente que efetuou seus agradecimentos. A comissão reuniu-se e apresentou o parecer final com a nota 9,0. Nada mais havendo a tratar, eu, Prof.(a) Inailde Corrêa de Almeida, lavrei a presente ata que, após ser lida, será assinada pelos membros da banca.

Prof.(a) Inailde Corrêa de Almeida – Orientadora

Documento assinado digitalmente
gov.br INAILDE CORREIA DE ALMEIDA
Data: 11/07/2023 11:37:02-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof.Dr. Raimundo Valdomiro de Sousa– Membro da banca

Documento assinado digitalmente
gov.br RAIMUNDO VALDOMIRO DE SOUSA
Data: 11/07/2023 18:11:27-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof.Dr. Rogerio Henrique Almeida – Membro da banca

Documento assinado digitalmente
gov.br ROGERIO HENRIQUE ALMEIDA
Data: 15/07/2023 07:44:45-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Maria Saúde De Almeida Silva – Discente

Maria Saúde de Almeida Silva

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ter permitido que eu tivesse saúde e determinação para não desanimar durante a realização deste trabalho.

A professora Dr.^a Inailde Corrêa de Almeida, por ter sido minha orientadora e ter desempenhado tal função com dedicação e amizade, pela ajuda e pela paciência com a qual guiou o meu aprendizado.

A meu esposo Jaime Willian Arapiun e minha amada irmã Solange Almeida Borarí, por todo o apoio e pela ajuda, que muito contribuíram para a realização deste trabalho. que me incentivaram nos momentos difíceis e cuidaram muito bem do meu filho Ubiratã, preencheram a minha ausência enquanto eu me dedicava à realização deste trabalho.

Aos parentes indígenas que compõem o CLSI, em especial o presidente Dada Borarí e assessora Fabiana Borarí pelo fornecimento de dados e materiais que foram fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa que possibilitou a realização deste trabalho.

A todos que participaram, direta ou indiretamente do desenvolvimento deste trabalho de pesquisa, enriquecendo o meu processo de aprendizado.

EPIGRAFE

*“Podem podar meu caule, minhas folhas, frutos e flores;
Mas não podem arrancar minha raiz”*

(Carolina Salcides)

RESUMO

A compreensão da temática acerca da saúde indígena requer o entendimento de aspectos preliminares, da estrutura do sistema de saúde no Brasil, suas características, qual o tratamento dado à saúde na Constituição Federal de 1988 e como essa política pública de saúde, é executada no âmbito local, ou seja, junto às populações indígenas. Neste trabalho, utilizamos de levantamento bibliográfico, utilizou-se da técnica de coleta de dados, por meio da observação participante, entrevistas individuais e análise de documentos, numa abordagem qualitativa. O objetivo geral do estudo é compreender os avanços e desafios das políticas de assistência à saúde indígena em Santarém/PA, por meio da atuação do Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI), no período de 2022 a 2023. Desta forma, destacamos que a participação indígena deve estar presente em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos DSEIs, contemplando expressões formais e informais. Para que seja feita a fiscalização, controle e avaliação dos serviços de saúde nas aldeias, para tal ação existem os Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI) que se consiste de forma permanente, consultivo e composto somente por indígenas. Do exposto conclui-se que o CLSI, é considerado um espaço de exercício do poder de decisão indígena. No intato observa-se que a estrutura fornecida para o desenvolver o trabalho do CLSI é insuficiente, e não há diálogo das prefeituras dos municípios que negligencia os pedidos de remoção dos pacientes indígenas.

Palavras-Chave: Controle Social, Saúde indígena, Baixo Tapajós, Política Pública.

ABSTRACT

Understanding the theme about indigenous health requires understanding preliminary aspects of how the health system in Brazil is structured, its characteristics, what treatment is given to health in the Federal Constitution of 1988 and how this public health policy is implemented in the country. at the local level, that is, with indigenous populations. In this work, we used a bibliographic survey, in a methodological procedure of an exploratory, descriptive research, with a qualitative approach. The general objective of the study is to understand the advances and challenges of indigenous health care policies in Santarém/PA, through the work of the Local Council of Indigenous Health (CLSI), in the period from 2022 to 2023. Indigenous participation must be present in all stages of planning, implementation and operation of DSEIs, covering both formal and informal expressions. In order to carry out the supervision, control and evaluation of health services in the villages, for such action there are the Local Councils of Indigenous Health (CLSI) which are permanent, consultative and composed only of indigenous people. From the above, it is concluded that the CLSI is considered a space for exercising indigenous decision-making power. In its entirety, it is observed that the structure provided to carry out CLSI's work is insufficient, and there is no dialogue between the municipal governments that neglects requests for the removal of indigenous patients.

Key words: Social Control, Indigenous Health, Baixo Tapajós, Public Policy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Participação nas reuniões do Conselho Indígena.	28
Quadro 02: Breve histórico de luta pela execução da “Atenção primária à Saúde Indígena, no Baixo Tapajós”.	35
Quadro 03: População Geral do Polo Base Santarém.	36
Quadro 04: A Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena do Polo Base Santarém.	37
Quadro 05: Distribuição das EMSIs do Polo Base Santarém.	39
Quadro 06: Funcionários CASAI.	43

LISTA DE SIGLAS

AISAN – Agente Indígena de Saneamento
AIS – Agente Indígena de Saúde
CASAI - Casas de Saúde Indígena
CIMI - Conselho Indigenista Missionário
CISI - Comissão Intersetorial de Saúde do Índio
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CITA - Conselho Indígena Tapajós Arapiun
CLSI – Conselho Local de Saúde Indígena
CONDISI - Conselhos Distritais de Saúde Indígena
DSEI GUATOC – Distrito Sanitário Especial Indígena Guamá Tocantins
DASI - Departamento de Atenção à Saúde Indígena
DSESI - Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena
DGESI - Departamento de Gestão da Saúde Indígena
DSEI - Distrito Sanitário Especial Indígena
EMSI – Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
FLONA – Floresta Nacional
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
FUNAI-Fundação Nacional do Índio
FPCondisi - Fórum de Presidentes de Condisi
MPF - Ministério Público Federal
NASI - Núcleo de Apoio à Saúde Indígena
PDSI -Plano Distrital de Saúde Indígena
PNASPI - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PCCU - Preventivo do Câncer do Colo de Útero
RT – Responsável Técnico
RESEX – Reserva Extrativista
SAMU - Atendimento Móvel de Urgência
SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIASI - Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SPILTN-Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais

SPI- Serviço de Proteção ao Índio

SUSA - Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas

SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SasiSUS - Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

UAE - Unidade de Atendimento Especial

UBSI - Unidades Básica de Saúde Indígena

VAN – Vigilância Alimentar e Nutricional

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. UM BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE INDÍGENA, NO BRASIL	12
2.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS: OS DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS	24
2.2 A IMPLANTAÇÃO E O PAPEL DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE INDÍGENA	25
3. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	28
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	29
4.1 O CONSELHO LOCAL DE SAÚDE INDÍGENA: NO BAIXO TAPAJÓS	29
4.2 HISTÓRIA DE LUTA PELO ATENDIMENTO PRIMÁRIO A SAÚDE INDÍGENA: A ATUAÇÃO DO POLO BASE SANTARÉM, BAIXO TAPAJÓS	33
4.3 A ORGANIZAÇÃO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS	40
4.3.1. Os Postos de Saúde	41
4.3.2. Os Pólos Base	41
4.3.3. A Casa de Apoio à Saúde do Índio (CASAI)	42
4.3.4. Referência SUS	43
4.3.5. Os Agentes Indígenas de Saúde – AIS	43
4.3.6. Os Agentes Indígenas de Saneamento – AISAN	44
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	47

1. INTRODUÇÃO

Na região do Baixo Tapajós, vivem cerca de 12 (doze) mil indígenas, distribuídos em 76 aldeias, de 18 territórios em processos de demarcações, localizados nos municípios de Santarém, Belterra e Aveiro. Nessa área, estão reunidos 13 povos até os anos de 2022 e 2023, entre eles Arapiun, Arara Vermelha, Jaraqui, Apiaká, Borari, Kumaruara, Tapajó, Tupaiu, Tapuia, Munduruku, Munduruku-Cara Preta, Maytapu, Tupinambá.

As populações indígenas, da região central do Pará, vivem às margens direita e esquerda do Baixo Tapajós. A região inclui parte dos municípios de Santarém, Belterra, Aveiro, Itaituba e Rurópolis, onde se localiza a Reserva Extrativista Tapajós-Arapiuns (RESEX), na margem esquerda, e a Floresta Nacional do Tapajós (FLONA) na margem direita, além das áreas do planalto e eixo forte.

Nas leis orgânicas do SUS, sendo a Lei nº 9.836/99, é assegurado às populações indígenas o direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde. Tendo em vista o direito à saúde diferenciada fundamentada na Constituição Federal de 1988. Neste cenário, surge o Conselho Nacional de Saúde, que alterou a Lei nº 8.080/90 instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

A compreensão da temática acerca da saúde indígena requer o entendimento de aspectos preliminares, de como está estruturado o sistema de saúde no Brasil, suas características, o tratamento dado à saúde na Constituição Federal de 1988 e como essa política pública, de saúde diferenciada, pelas suas especificidades, é executada no âmbito local, ou seja, junto às populações indígenas.

Diante disso, o Conselho Local de Saúde Indígena desempenha um papel fundamental na gestão e na participação das comunidades indígenas no cuidado da saúde. O que nos leva ao questionamento: Como dar-se a atuação do Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI) na região do Baixo Tapajós? Quais são os avanços e desafios na construção histórica do Conselho?

Mediante o exposto, este trabalho possui como objetivo geral: Compreender os avanços e desafios das políticas de assistência à saúde indígena em Santarém/PA, por meio da atuação do Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI), com enfoque histórico nas décadas de 80 a 2023. E, como objetivos específicos: Estudar a organização do Conselho Local de Saúde dos indígenas, da região do Baixo Tapajós, no período de 2022 a 2023; Levantar a história de luta pelo atendimento primário a saúde indígena, no Polo Base Baixo Tapajós.

Além disto o estudo traz a discussão sobre a temática do campo da saúde indígena, com ênfase em dimensões políticas da organização de assistência, e as interfaces com a política

indígena e indigenista, no âmbito da construção do subsistema de saúde indígena. Instigando a pensar ações e políticas de fortalecimento e incentivo a estas entidades representativas das populações indígenas, não somente do Baixo Tapajós, mas também de outras localidades do Brasil, respeitando seus saberes e crenças.

O presente trabalho além da estrutura formal que consiste em introdução e considerações finais, está formado pelas seções: um breve histórico da política pública de saúde indígena, no Brasil; a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas: os distritos sanitários especiais indígenas e a implantação e o papel dos conselhos locais de saúde indígena. E passando pela apresentação dos resultados, onde tratamos sobre a história de luta pelo atendimento primário a saúde indígena: polo base Baixo Tapajós e a organização do distrito sanitário especial indígena: Baixo Tapajós; e finalmente, chegando as considerações finais acerca da pesquisa.

2. UM BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE INDÍGENA, NO BRASIL

Inicialmente, explanaremos sobre um conceito básico de política pública à medida que a saúde se insere no campo mais amplo das responsabilidades governamentais. Definir política pública não é uma tarefa fácil, e nesse sentido este trabalho não pretende esgotar nenhum debate sobre o tema. No entanto, é necessário adotar um conceito que servirá como parâmetro norteador neste estudo.

Em geral as políticas públicas são elaboradas dentro do aparato institucional-legal do Estado, embora as iniciativas e decisões tenham diversas origens, relacionado a essa visão estão as teorias de governança pública, da coprodução do bem público e das redes de políticas públicas, em que Estado e sociedade se articulam em esquemas espontâneos e horizontais para a solução de problemas públicos (SECCHI, 2013, p.3).

De modo geral, pode-se entender que a política pública trata do conteúdo concreto e simbólico das decisões políticas, sua construção e implementação, e existe para enfrentar um problema público, ou seja, as razões para fazê-la, constitui-se na abordagem ou resolução de questões que são entendidas como relevantes coletivamente, e que, outros atores não estatais também podem participar efetivamente do processo de tomada de decisão (SECCHI, 2013).

A política pública de saúde indígena no Brasil teve início na década de 1970, durante o período de abertura política do país. Nesse contexto, foi criado o Sistema Nacional de Saúde

(SNS), que incluía um departamento específico para a saúde indígena.

De acordo com Una-SUS (2020), desde o início, o encontro entre europeus e sociedades indígenas foi repleto de conflitos e antagonismos. Em diferentes períodos históricos e econômicos e ainda hoje, os povos indígenas têm sido considerados um entrave ao modelo de desenvolvimento econômico nacional. As relações estabelecidas entre indígenas e colonizadores foram caracterizadas por fortes desigualdades de poder, gerando uma gama de fatores que determinaram condições de subordinação e dependência. Entre esses fatores está o acesso à saúde. Desde a colonização, alguns povos indígenas estiveram em conflito armado ou trabalho escravo, morrendo principalmente de inúmeras doenças infecciosas como gripe, varíola, sarampo, doenças sexualmente transmissíveis, malária etc. muitos povos indígenas foram extintos.

Segundo Ministério da Saúde, durante os primeiros dias da colonização do Brasil, os missionários prestaram cuidados de saúde aos povos indígenas. Como pretendiam preservar a alma e o corpo, serviam também aos interesses da Coroa portuguesa e dos governantes locais que nomeavam. O governo apoiou os missionários, que por sua vez cooperaram para apaziguar e obedecer aos povos nativos. Os povos indígenas que se interpuseram no caminho dos colonos foram exterminados pela força, doenças ou escravizados (BRASIL, 2002).

Durante os primeiros anos da república, as linhas ferroviárias e telegráficas expandiram-se dramaticamente para o Centro-Oeste do país. Como resultado, vários grupos indígenas entraram em contato com a violência, muitos dos quais foram massacrados. A assistência à saúde, se existisse, limitava-se à administração de medicamentos por sertanistas e mateiros.

O primeiro marco da saúde indígena, foi a Lei nº 8.072 de 20 de junho de 1910. A qual resolve, de acordo com a lei n. 1.606, de 29 de dezembro de 1906, criar o Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais, sujeito ao regulamento, assinado pelo ministro de Estado dos Negócios da Agricultura, Indústria e Comércio.

Um dos principais personagens do sertanismo é Marechal Cândido Rondon. Sua prática indigenista se originou de sua atuação à frente da Comissão de Linhas Telegráficas Estratégicas do Mato Grosso ao Amazonas (1907-1915), na qual vivenciou experiências de contato e pacificação com os índios. A atuação de Rondon culminou com a criação do Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILTN) em 1910, nos primórdios do século XX, dando início a uma nova fase da política indigenista (LEDUC, 1907).

As ideias iluministas e evolucionistas consideravam que a sociedade moderna daquela época teria atingido o auge da civilização, enquanto a sociedade indígena era primitiva, povos "que viviam na idade da pedra". Nessa linha de pensamento, os indígenas, ao entrarem em

contato com a sociedade moderna, fatalmente abandonariam suas práticas culturais tradicionais, transformando-se em novos cidadãos brasileiros (UNA-SUS, 2020).

Para que os indígenas alcançassem esse suposto “estágio civilizatório”, o SPI (Serviço de Proteção ao Índio) construiu escolas onde se ensinava o português e alguns ofícios, especialmente aqueles ligados ao cultivo da terra, como parte do processo que os transformaria em trabalhadores nacionais. As mulheres aprendiam a cozinhar, costurar e outros afazeres típicos de donas de casa, enquanto os homens aprendiam agricultura e pecuária (UNA-SUS, 2020).

A política indigenista adquire um caráter nacional, os interesses econômicos prevalecem sobre as questões humanitárias, resultando em uma série de denúncias de corrupção dentro do órgão e de violências cometidas contra os indígenas, que culminaram com sua extinção e a criação, em 1967, da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que passou a ser o órgão indigenista oficial, ligado ao Ministério do Interior. A FUNAI, criada ainda durante o período da Ditadura Militar (1964-1985), por meio da Lei nº 5.371, em dezembro de 1967, com a função de substituir o antigo Serviço de Proteção ao Índio (SPI). Este, em vigor desde 1910 foi extinto naquele ano pelo presidente Costa e Silva, após uma série de escândalos de corrupção e crimes contra os próprios povos indígenas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). É tida como o segundo marco da saúde indígena.

De acordo com Costa (1987), a assistência à saúde dos indígenas caracterizava-se por sua desorganização e descontinuidade, com a criação do SPI o quadro não se alterou. Não foi instituída qualquer forma de oferta sistemática de serviços de saúde.

A primeira tentativa organizada que objetivava levar ações de saúde aos índios e às populações rurais de difícil acesso, surge na década de 50, ocasião em que é criado, no Ministério da Saúde, o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), liderado pelo médico sanitário Noel Nutels (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

As atividades do SUSA concentravam-se na vacinação, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis trazidas pelo contato. Desde aquela época Noel Nutels afirmava a importância de estabelecer ações de saúde sistemáticas dirigidas aos povos indígenas e à população regional para controlar os agravos aos quais estavam submetidos (COSTA, 1987).

De uma maneira geral, pode-se entender que as políticas públicas tratam do conteúdo concreto e simbólico de decisões políticas, do seu processo de construção e da atuação dessas decisões e existe para enfrentar um problema público, ou seja, para se criar uma política pública é necessário a busca por uma solução de um problema que seja importante para a sociedade como um todo. Nesse processo, é essencial permitir que atores não governamentais também

tenham participação efetiva nas decisões. Afinal, a resolução dessas questões não é tarefa exclusiva do Estado. Todos devem ter a oportunidade de contribuir e encontrar soluções conjuntas (SECCHI, 2013).

Esta ambiguidade da política nacional, matar ou proteger, integrar ou isolar, se refletia nas ações do novo órgão indigenista. Sob a gestão da FUNAI foi estabelecido um modelo de prestação de serviços de saúde de caráter campanhista e eventual, por meio de Equipes Volantes de Saúde (EVS), que se deslocavam para as áreas indígenas para executar ações de saúde (UNASUS, 2020).

No Ministério da Saúde, o SUSA, renomeado como Unidade de Atendimento Especial (UAE), passou a trabalhar apenas com o controle da tuberculose somente em algumas áreas indígenas. Também era de responsabilidade do Ministério da Saúde o controle das principais endemias, com grande destaque para a malária, realizado pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

“O modelo de atenção baseado nas EVS, de pouca eficácia, caracterizava-se pela grande fragmentação de ações, além de ser predominantemente curativo e medicalizante. Carecia de planejamento e de integralidade das ações, era extremamente deficiente em infraestrutura e recursos e não tinha qualquer articulação com outros níveis de atenção. Não havia um sistema de registro de informações em saúde e os trabalhadores eram despreparados para atuar em situações de interculturalidade”. (CONFALONIERI, 1989).

No intuito de complementar as ações das EVS, a FUNAI celebrou vários convênios com entidades governamentais e não governamentais para desenvolverem ações de saúde. A maior parte dos recursos da saúde era gasto na compra de medicamentos, diárias, transporte e remoções de pacientes e pagamento de serviços médicos e ambulatoriais em hospitais que, em sua maioria, eram privados (CONFALONIERI, 1989).

Com o passar do tempo, o modelo de atenção das EVS foi se esvaziando. Os poucos profissionais de saúde da FUNAI foram sendo fixados nos centros urbanos, voltados para a assistência médico-hospitalar. As ações nas aldeias tornaram-se cada vez mais esporádicas. No início dos anos 80, a FUNAI só conseguia manter profissionais de saúde, em sua maioria atendentes ou auxiliares de enfermagem, em algumas áreas indígenas. O quadro geral era de desassistência. Em 1979, a FUNAI constatava que 70% da população indígena no Brasil encontrava-se em precárias condições de saúde (SELAU, 1992).

Na década de 1970, embora ocorresse uma grande expansão da assistência médica financiada pela Previdência Social, a priorização da medicina curativa, os custos crescentes do

modelo centrado no hospital, aliados à incapacidade do sistema público de saúde em atender a demanda crescente de marginalizados da economia, desempregados em consequência da diminuição do crescimento econômico, e a gestão inadequada, por vezes fraudulenta, dos recursos da saúde pública, levaram a Previdência Social à maior crise já vista até então. O modelo político-econômico implantado pela ditadura militar não garantiu condições adequadas de assistência à saúde da população brasileira, e menos ainda à saúde dos povos indígenas, que se deteriorava rapidamente (UNA-SUS, 2020):

Art. 54 e 55. Lei 6001, de dezembro de 1973, também conhecida como Estatuto do Índio: Essa lei assegurava aos índios, ainda que de forma extremamente vaga, “o regime geral da Previdência Social”, “os meios de proteção à saúde facultados à comunhão nacional” e “especial assistência dos poderes públicos em estabelecimentos a esse fim destinados”.

Com o desgaste e enfraquecimento do governo militar, a partir da segunda metade da década de 1970, surge o Movimento pela Reforma Sanitária. Esse movimento ganhou força mobilizando setores importantes da sociedade organizada, profissionais de saúde e intelectuais. Vários foram os espaços de discussão para a construção da política de saúde indígena na década de 1980. Entre eles cabe destacar os Encontros de Saúde do Conselho Indigenista Missionário (CIMI), os encontros anuais de Antropologia Médica na Escola Paulista de Medicina/UNIFESP e encontros promovidos pela FUNAI (UNA-SUS, 2020).

Nos documentos da FUNAI, analisados por SELAU (1992), “Encontro de Saúde Indígena” realizado em Brasília, entre 25 e 29 de janeiro de 1985, destaca-se que:

“Os problemas atualmente constatados são verdadeiramente trágicos, resultantes das deficiências quantitativas e qualitativas de recursos humanos especializados e inadequação dos esquemas terapêuticos, carência de medicamentos, desnutrição, poluição ambiental, descontinuidade de programas de imunização, bem como da angústia gerada pela incerteza de um futuro constantemente ameaçado por mineradoras, hidroelétricas e projetos agropecuários.”

Pela necessidade de um esforço integrado entre a FUNAI, instituições de ensino e pesquisa; entidades de apoio e do movimento indígena, visando a construção de um sistema de atenção à saúde indígena realmente eficaz. Este esforço integrado baseava-se no pensamento sanitário vigente, representado pela estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS) (UNA-SUS, 2020).

O debate sobre a indispensabilidade de se instituir um novo modelo de atenção básica à saúde da população indígena, no Brasil, ocorreu no mesmo contexto necessidade de se

promover a Reforma Sanitária (CHAVES, 2017). Em 1986, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio afirmou que:

- 1) a necessidade urgente de implantação de um modelo de atenção que garanta aos índios o direito universal e integral à saúde;
- 2) a importância de respeitar as especificidades étnicas e sócio-culturais e práticas terapêuticas de cada grupo;
- 3) necessidade de garantir a participação indígena nas políticas públicas de saúde; e
- 4) a criação de uma agência específica para assuntos indígenas. (BUCHILLET, 2006, p. 7).

Tal estratégia propunha a confluência de esforços entre os níveis federal, estadual e municipal que, a partir de diretrizes e princípios básicos, criariam condições técnico-administrativas e políticas para a construção de um modelo assistencial que caminhava para a concepção do SUS, concebido no direito à saúde, na descentralização, universalização, regionalização da rede pública de serviços de saúde e na equidade de atendimento para todos os brasileiros, tornando-se assim mais um marco (UNA-SUS, 2020).

O texto final da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, aprovado pela Plenária do dia 29 de novembro de 1986, no auditório do Ministério da Saúde, em Brasília, traz em sua introdução o sentimento que os povos indígenas tinham em relação aos seus direitos, mas sobretudo, em relação ao seu direito a uma saúde diferenciada em uma relação simbiótica com seus territórios tradicionais (CHAVES, 2017).

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) referendou a proposta da Reforma Sanitária, com a aprovação da criação de um Sistema Único de Saúde, ligado a um único Ministério (da Saúde), que seria o gestor nacional do sistema, desvinculando a assistência à saúde da previdência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A "Constituição Cidadã", como ficou conhecida, respondeu também ao movimento indígena e indigenista, reconhecendo aos indígenas sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, determinando um prazo de cinco anos para a demarcação das terras indígenas em todo o país (não cumprido até os dias de hoje) e abrindo espaço para a mobilização em busca da atenção diferenciada à saúde no SUS.

As leis orgânicas da saúde publicadas em 1990, entretanto, não fizeram menção à saúde dos povos indígenas, que permaneceu como atribuição da FUNAI. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

As leis orgânicas da saúde publicadas em 1990 são:

1) Lei nº 8.080, de 19 de setembro, que dispõe, entre outros, sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

2) Lei nº 8.142, de 28 de dezembro, que dispõe, entre outros, sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Constituição Federal de 1988, também foi um marco, na relação do Estado, com os indígenas, pois rompeu uma lógica integracionista que tinha como objetivo inserir os indígenas à comunhão nacional. Importantes direitos foram garantidos aos indígenas, como o direito originário às terras que tradicionalmente ocupam, à educação, à saúde diferenciada e o reconhecimento de sua capacidade civil e processual, sem a necessidade de serem assistidos pela FUNAI (BARRETO, 2011).

A mudança da responsabilidade pela atenção à saúde indígena criou um clima de conflito interinstitucional dentro do governo. De um lado a FUNAI, com orçamento cada vez menor, resistia à perda da gestão da saúde indígena, porém vinha desativando praticamente sua estrutura assistencial que, embora precária, garantia condições mínimas de assistência em algumas áreas indígenas. [...] A recém-criada FUNASA, sem qualquer experiência indigenista, sob o peso de uma estrutura extremamente centralizada, encontrava dificuldade para levar a cabo sua recente missão de prover acesso a serviços de saúde nas áreas indígenas (UNA-SUS, 2020).

Em outubro de 1991, foi criada a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), com a missão de assessorar o Conselho Nacional de Saúde no acompanhamento da saúde dos povos indígenas. Sendo o quarto marco da saúde indígena (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Em 1993, é realizada a IX Conferência Nacional de Saúde, que reafirmou a necessidade de garantir a atenção integral à saúde do indígena, em função de suas especificidades socioculturais e de sua situação sanitária, considerando seus sistemas tradicionais de cura, através de uma rede de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), diretamente ligados ao Ministério da Saúde, com participação indígena por meio de Conselhos de Saúde Indígena (UNA-SUS, 2020).

Em 1994, o médico sanitarista e deputado Sérgio Arouca, atendendo às demandas do movimento indígena e indigenista, propôs um Projeto de Lei na Câmara dos Deputados, que dispunha sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e funcionamento de serviços para as populações indígenas. Este projeto, conhecido como Lei Arouca, foi aprovado e regulamentado pelo presidente Fernando Henrique Cardoso cinco anos depois, no ano de 1999 (MACHADO; GARNELO, 2021).

Após o aumento da pressão e de articulações políticas, a responsabilidade pela política indigenista de saúde saiu de fato da competência da Funai em 1999, com a publicação do Decreto nº 3156/99 e da Lei nº 9.836/99, denominada de “Lei Arouca”. A saúde indígena fica, a partir desse momento, sob a incumbência do Ministério da Saúde que estabeleceu políticas e diretrizes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio (CHAVES, 2017).

A Lei Arouca, Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, que foi a porta de entrada para uma política de saúde diferenciada às populações indígenas no Brasil, acrescentou vários dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispendo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, inserindo o Capítulo V, denominado Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (BRASIL, 1999).

Outro marco importante foi o decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, que definiu a universalidade da saúde indígena:

Art. 1º A atenção à saúde indígena é dever da União e será prestada de acordo com a Constituição e com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, objetivando a universalidade, a integralidade e a equanimidade dos serviços de saúde.

A saúde indígena passou a ser um campo de atuação, no qual o Ministério da Saúde, tem a responsabilidade integral pelas ações de atenção primária no nível local. Coerente com as disposições da Constituição Federal e da Lei Arouca, que determinam que o financiamento, a gestão e a execução da Política são de responsabilidade do governo federal. Uma característica que segue uma orientação contrária à tendência de descentralização e municipalização do Sistema Único de Saúde (PEREIRA, 2013).

Em 2001, houve a terceira conferência Nacional da Saúde Indígena, tendo em vista a proposta Nº 54 a: “Garantir a representação indígena na nova reestruturação do Conselho Nacional de Saúde – CNS – e a sua homologação imediata pelo Sr. Ministro da Saúde” foi realizado, em fórum próprio dos delegados indígenas, a partir de três chapas, a eleição de seus representantes, titular e suplente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

E em 2002, tem-se a Portaria 254/02, a qual aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, e - Considerando a necessidade de o Setor Saúde dispor de uma política de atenção à saúde dos povos indígenas; - Considerando a conclusão do processo de elaboração da referida política, que envolveu consultas a diferentes segmentos direta e indiretamente envolvidos com o tema; e - Considerando a aprovação da proposta da política mencionada, pelo Conselho Nacional de

Saúde, em uma reunião ordinária de novembro de 2001, resolve:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante.

Art. 2º Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Em 2006, houve então a 4ª Conferência Nacional da saúde indígena, de acordo com o Ministério de Saúde (2006), foi pedido que os representantes indígenas apresentassem sua avaliação, independentemente dos demais membros da CISI, para que constasse no Relatório. Após a reunião da Comissão e, com presteza, enviaram-na à Relatoria, que constitui o conteúdo do próximo capítulo. Ouviu-se indicações de que nem tudo ocorreu conforme o esperado, mas era unanimidade que, a despeito da precária situação da saúde indígena no Brasil, em processo de melhoria. Foi lembrado que, na década de 1980 os indígenas, não se pronunciaram sobre sua saúde: falava-se sobre eles.

Desta forma, foi necessário a criação do GT em 2008, onde o ministro de estado da saúde, no uso da atribuição, que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e tendo em vista o encaminhamento ao Congresso Nacional do texto do Projeto de Lei nº 3.958/2008, que altera a Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, criando e transferindo competências atribuições exercidas pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA ao Ministério da Saúde, conforme descrito abaixo:

Art. 1º Criar Grupo de Trabalho - GT com o objetivo de discutir e apresentar propostas, ações e medidas a serem implementadas, no âmbito do Ministério da Saúde, no que se refere:

- I - à qualificação da atenção à saúde dos povos indígenas;
- II - à autonomia dos Distritos Especiais de Saúde Indígena - DSEI;
- III - ao fortalecimento do Subsistema de Saúde Indígena;
- IV - ao pré-projeto de criação da Secretaria da Saúde Indígena; e
- V - à incorporação de competências e atribuições exercidas pela Fundação Nacional de Saúde nesta área específica.

Art. 2º O GT será composto por representantes dos órgãos e entidades a seguir relacionados:

- I - Secretaria-Executiva - SE;
- II - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP;
- III - Secretaria de Atenção à Saúde - SAS;

- IV - Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS;
 - V - Trabalhadores na Saúde Indígena;
 - VI - Fundação Nacional de Saúde - FUNASA;
 - VII - Fundação Nacional do Índio - FUNAI;
 - VIII - Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ;
 - IX - Regiões das Comunidades Indígenas;
 - X - Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena; e
 - XI - Conselho Nacional da Política Indigenista. Parágrafo único. A Coordenação do GT será realizada pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP.
- Art. 3º** Estabelecer o prazo de até 90 dias, a contar da data de publicação desta Portaria, para a apresentação do relatório com a conclusão dos trabalhos.
- Art. 4º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.
- Art. 5º** Fica revogada a Portaria nº 1.922/GM, de 11 de setembro de 2008, publicada no Diário Oficial da União nº 208, de 27 de outubro de 2008, Seção 1, página 57.

Em 2010 foi criada, no âmbito do Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), com a atribuição de realizar a gestão e a execução das ações de atenção primária para os povos indígenas que vivem em terras demarcadas em todo o território nacional. A transição das responsabilidades da FUNASA para a SESAI encerrou-se em dezembro de 2011 (UNASUS, 2020).

A SASI-SUS, apesar das dificuldades apresentadas anteriormente, efetivou a extensão da cobertura das ações de saúde. A instalação de uma rede de cuidados, anteriormente inexistente em vários locais, um incremento numérico significativo na força de trabalho na saúde indígena e a implantação de instâncias de controle social (Conselhos Distritais e Locais de Saúde Indígena) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A coordenação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do SasiSUS é de responsabilidade da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), do Ministério da Saúde. Criada em outubro de 2010, a SESAI surgiu a partir da necessidade de reformulação da gestão da saúde indígena no país, demanda reivindicada pelos próprios indígenas durante as Conferências Nacionais de Saúde Indígena. A missão da Secretaria é implementar um novo modelo de gestão e de atenção no âmbito do SasiSUS, descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira e de responsabilidade sanitária dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) (FUNDAÇÃO SÃO VICENTE DE PAULO, 2017).

De acordo com o decreto nº 8.901, de 10 de novembro de 2016, a SESAI possui três departamentos, cujas competências são: Departamento de Gestão da Saúde Indígena (DGESI),

Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI) e Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena (DSESI) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Além dos departamentos acima, a Saúde Indígena conta ainda com: 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs); 356 polos base; 67 Casas de Saúde Indígena (CASAI); 34 Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi); Conselheiros Locais, que representam mais de 5 mil aldeias e 305 etnias indígenas; e Fórum de Presidentes de Condisi (FPCondisi) (FUNDAÇÃO SÃO VICENTE DE PAULO, 2017).

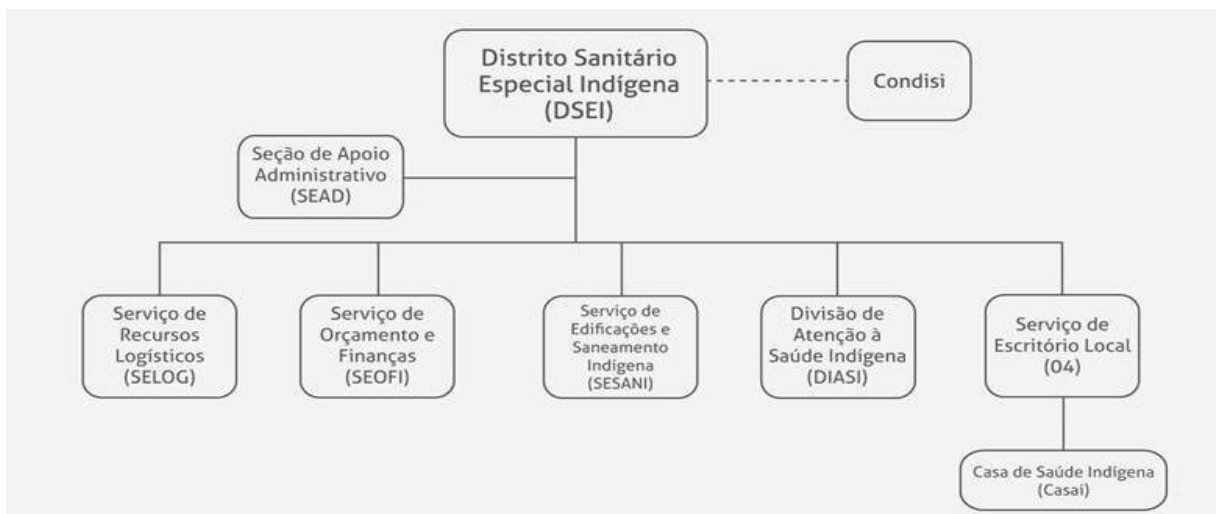
Dessa forma, a SESAI estrutura-se da seguinte maneira, como demonstra as figuras (01 e 02) a seguir:

Figura 01: Organograma da Secretaria Especial de Saúde Indígena.



Fonte: SESAI/MS, 2017.

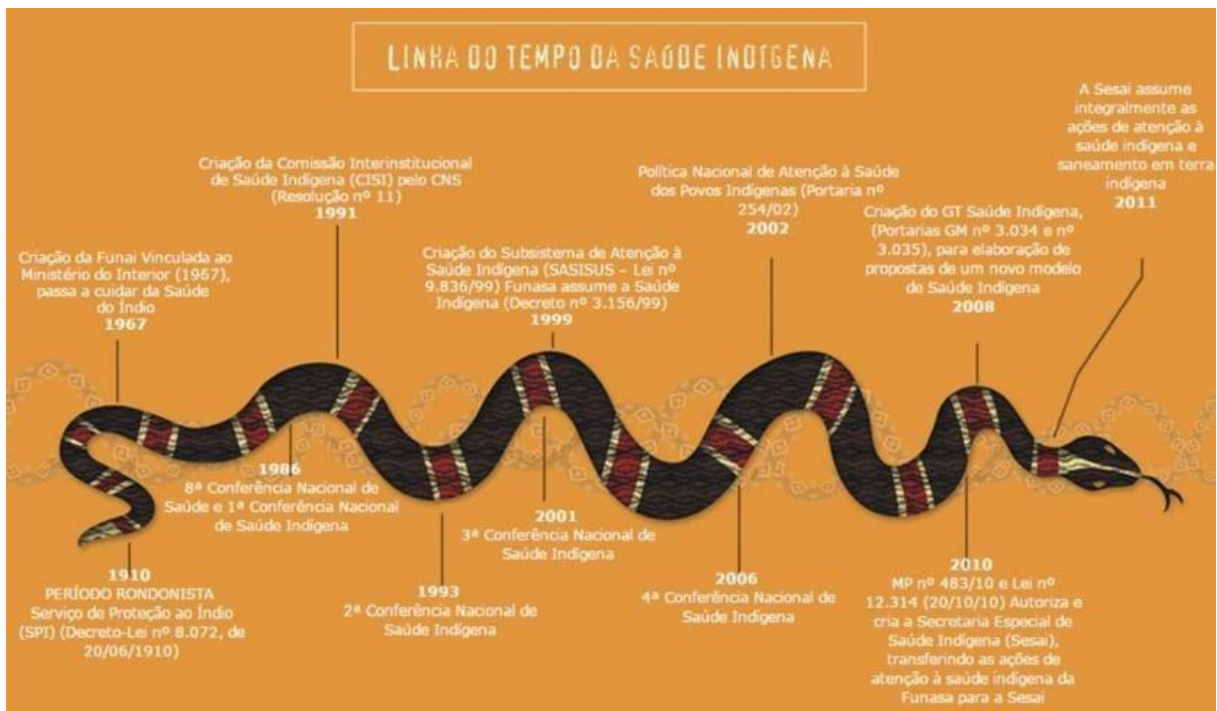
Figura 02: Organograma do Distrito Sanitário Especial Indígena.



Fonte: SESAI/MS, 2017.

Para finalizarmos este breve histórico, da saúde indígena no Brasil, têm-se uma história marcada por uma longa e árdua luta. Os movimentos indígenas ganharam força no cenário brasileiro, reivindicando direitos territoriais e melhorias nas condições de saúde. Algo pujante, até os dias atuais, onde as organizações indígenas e movimentos sociais continuam pressionando por melhorias e pela valorização dos saberes tradicionais indígenas na área da saúde, conforme sumarizado na ordem cronológica da figura a seguir:

Figura 03: Linha do tempo da saúde indígena, no Brasil.



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013.

Esta linha do tempo, apresenta os principais marcos da saúde indígena, a retratar o período colonial, seguido pelo rondonista, os avanços das décadas, de 50 a 2010, e com a SESAÍ assumindo integralmente ações voltadas à saúde indígena.

O desafio atual passa por constituir uma gestão diferenciada para o Subsistema com efetiva participação indígena, incluindo a articulação com as práticas tradicionais de cuidado e cura, além da qualificação dos profissionais que atuam diretamente junto aos povos indígenas, no interior de seus territórios.

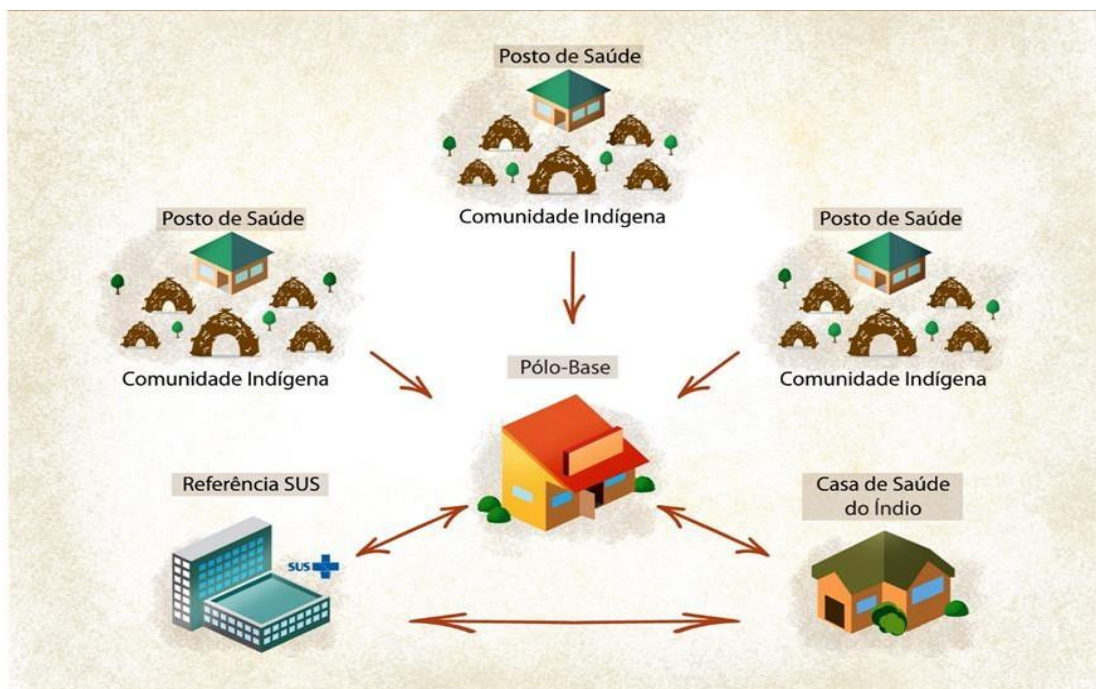
2.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS: OS DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS

Conforme a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, por meio do Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de (1999), e a Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígena Lei nº 9.836/2002, a atenção à saúde dos povos indígenas deve ser diferenciada, isto é, às ações em saúde devem ser socioculturalmente adaptadas, levando em consideração particularidades culturais, epidemiológicas e logísticas para o atendimento das comunidades indígenas.

Desta maneira, foi necessário a criação de estruturas e mecanismos singulares que definem novas formas a rede de atenção à saúde para os povos indígenas. Deste modo, sob a gestão do Ministério da Saúde cria-se os subsistemas denominado Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) como um modelo de organização de serviços a qual busca promover a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias além do desenvolvimento de atividades administrativo/gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Com uma gestão de atenção descentralizada, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira e com responsabilidade sanitária, surge o DSEI, como apresentado na figura (04).

Figura 04: A organização do DSEI e o modelo assistencial.



Fonte: SESAI, Ministério da Saúde, 2023.

2.2 A IMPLANTAÇÃO E O PAPEL DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE INDÍGENA

De acordo com o Artigo 1º, § 2º da Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, um Conselho de Saúde é:

“um órgão colegiado, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo”.

Desta forma, um conselho de saúde é um dos órgãos colegiados que faz parte da gestão e administração do Sistema Único de Saúde (SUS). Os conselhos de saúde são órgãos permanentes, que devem estar em cada uma das esferas de governo (municipal, estadual e federal), contando com pessoas de diversos entes e funções dentro da área da saúde.

Segundo a análise de Edilon Miranda sobre a composição do conselho de saúde, o mesmo se da seguinte forma:

- São constituídos por formação paritária, sendo usuários (50%), trabalhadores de saúde (25%), representantes do governo e prestadores de serviços (25%);
- Por usuários entenda a participação de sindicatos, as organizações comunitárias, as organizações religiosas e não religiosas, os movimentos e as entidades das minorias, entidades de portadores de doenças e necessidades especiais, movimentos populares de saúde, movimentos e entidades de defesa dos consumidores, em suma, toda a sociedade organizada;
- O Governo é representado pelo gestor municipal de saúde e pelos membros dos demais órgãos das administrações públicas municipal.
- Os trabalhadores de saúde integram as redes pública e privada complementar conveniada, como enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, não médicos, paramédicos, etc.
- Os prestadores de serviços podem ser privados – contratados e conveniados pelos Governo municipal – e podem ser públicos, como hospitais universitários e de ensino público, autarquias, fundações e empresas hospitalares públicas e outras, que são conveniadas pelo governo.

Segundo Luciana Lessa (2022), no contexto de um conselho de saúde, o representante do governo geralmente é um funcionário público vinculado à secretaria de saúde ou um gestor responsável por alguma tomada de decisão. Nesse sentido, tanto os próprios secretários quanto seus auxiliares fazem parte do conselho de saúde. Eles são responsáveis por expor os aspectos administrativos aos usuários e prestadores de serviço, apontando questões que possam ser relevantes para isso. A mesma diz que muitos usuários do sistema, por exemplo, não têm o conhecimento de certos entraves e burocracias jurídicas. Por meio do conselho de saúde, a administração passa a ter mais voz e demonstrar para a comunidade esses pontos.

Os usuários e prestadores de serviços são o início e o fim de qualquer sistema de saúde. Enquanto os usuários são os que recebem o serviço e podem avaliá-lo como bom ou ruim, os provedores de serviços fornecem os insumos e as ferramentas para entregar o serviço.

É responsabilidade do usuário informar aos gestores e profissionais de saúde suas sugestões, críticas e elogios ao Serviço. Os prestadores de serviços podem, por sua vez, ser solicitados a apontar possíveis deficiências em procedimentos ou processos que podem ser otimizados no contexto da saúde local.

Destaca-se que antes de o conselho de saúde ser formado e estar em funcionamento, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), já existia e atuava como assessor do Ministério da Saúde, desde 1937, repassando diretrizes, dados e informações referentes a todo o território nacional. Os seus membros eram nomeados pelo Ministro da Saúde ou cargos equivalente, e foi inicialmente constituído por um número reduzido de membros, sendo necessários mais membros ao longo do tempo (LESSA, 2022).

Em virtude disto, muitas disparidades e desigualdades ocorriam, sendo necessária uma descentralização desse conselho, com mais membros e uma maior distribuição geográfica deles. Essa atitude só surgiu em 1990, quando foi promulgada a Lei nº 8.142/90 para complementar às atuações do Sistema Único de Saúde no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

Nesse sentido, além do Conselho Nacional de Saúde, outros órgãos colegiados foram instituídos – os conselhos municipais e estaduais. Com isso, permitiu-se que mais pessoas e localidades fizessem parte do sistema, levando ao poder público uma maior compreensão das necessidades gerais do país, reduzindo assim a desigualdade (LESSA, 2022).

A função primordial do Conselho de Saúde é fiscalizar as ações da Secretaria de Saúde. Esse papel nem sempre tem a função de exigir uma determinada postura da secretaria, mas sim de informar e capacitar os servidores e gestores a compreender e respeitar as necessidades e demandas da comunidade ou dos próprios servidores que atuam no sistema de saúde.

O Conselho Local de Saúde Indígena desempenha um papel importante na participação das comunidades indígenas no cuidado da saúde. Ele é um órgão colegiado e consultivo, composto por representantes indígenas e demais membros da comunidade, responsável por promover a participação social e o controle social no âmbito da saúde indígena.

O principal objetivo do Conselho Local de Saúde Indígena é garantir que as necessidades, demandas e perspectivas das comunidades indígenas sejam consideradas na formulação, implementação e avaliação das políticas, programas e ações relacionadas à saúde indígena. O conselho atua como um canal de representação das comunidades indígenas, levando suas vozes, demandas e preocupações às instâncias de decisão e às autoridades responsáveis pela saúde indígena.

O conselho contribui para a formulação de políticas de saúde indígena, levando em conta as necessidades específicas das comunidades. Além disso, ele participa da avaliação das políticas existentes, identificando lacunas, problemas e propondo soluções adequadas. Este órgão busca estabelecer diálogos e parcerias com outros atores e instituições envolvidos na saúde indígena, como órgãos governamentais, organizações não governamentais e profissionais de saúde. Isso visa fortalecer a cooperação e a articulação em benefício das comunidades indígenas.

O Conselho Local de Saúde Indígena é um mecanismo importante para a participação democrática e a garantia dos direitos indígenas no âmbito da saúde. Ele busca fortalecer o protagonismo das comunidades indígenas na gestão e no cuidado de sua própria saúde, promovendo a autonomia, a interculturalidade e a valorização dos saberes tradicionais.

3. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Para atingir o objetivo deste estudo, foi realizado um levantamento bibliográfico, com estudo da legislação que regulamenta a Saúde Indígena no Brasil, com um breve levantamento histórico sobre o avanço da legislação, por meio de pesquisa em publicações científicas e documentos oficiais.

A pesquisa deu-se por uma abordagem qualitativa, na busca de compreender o fenômeno social, onde a pesquisadora participou como ouvinte das reuniões do conselho indígena (ANEXO 01). Essa abordagem envolveu a coleta e análise de dados descritivos e detalhados, buscando captar as perspectivas, experiências e significados atribuídos pelos participantes do estudo (GIL, 1999).

Na pesquisa utilizou-se da técnica de coleta de dados qualitativos, por meio da observação participante, entrevistas individuais e análise de documentos. Ao participar das reuniões do conselho indígena, a pesquisadora teve a oportunidade de vivenciar diretamente as dinâmicas, discussões e demandas relacionadas à saúde indígena. Durante as reuniões foram registradas as observações, além da realização de entrevistas informais com membros do conselho indígena e outros atores envolvidos, conforme descrito no quadro abaixo:

Quadro 01: Participação nas reuniões do Conselho Indígena.

REUNIÃO	REALIZAÇÃO	COLETA
Reunião extraordinária do conselho local de saúde indígena CLSI	Dias 28, 29 e 30 de março de 2023	Levantamento de informações sobre o polo base, CASAI, relação com a prefeitura, demandas, problemas enfrentados pelos indígenas
Reunião de conselho de liderança do CITA	No primeiro semestre de 2022 No primeiro semestre de 2023	Problemas de ocorrência do território: território enquanto vivências, saúde, educação. Prestação de conta Apresentação de projetos
Reunião com presidente do conselho local de saúde indígena-CLSI	Em 30 de maio de 2023	Entrevista sobre organização e estrutura do CLSI. Atuação do presidente do CLSI. Atuação dos conselheiros. Demandas e desafios.

Conversas com os conselheiros do conselho, (declaração em anexo)	Dias 28, março de 2023	Apresentação do tema da pesquisa para o TCC. Levantamento de dados sobre organização do CLSI. Visão sobre a atuação do presidente do CLSI. Atuação dos conselheiros. Demandas e desafios.
Articuladora indígena (Polo Base Santarém) do Baixo Tapajós	Em 25 de maio de 2023	Levantamento de dados sobre atuação do CLSI junto ao Polo Santarém, Levantamento de dados sobre DSEI GUATOC.

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta seção vem expor os resultados da pesquisa de forma clara e objetiva, sobre o Conselho Local de Saúde Indígena no Baixo Tapajós, além da história de luta pelo atendimento primário a saúde indígena, passando pela atuação do polo base Santarém, no Baixo Tapajós, e finalizando a discussão sobre a organização do distrito sanitário especial indígena, na região.

4.1 O CONSELHO LOCAL DE SAÚDE INDÍGENA NO BAIXO TAPAJÓS

A participação indígena deve estar presente em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos DSEIs, contemplando expressões formais e informais. Para que seja feita a fiscalização, controle e avaliação dos serviços de saúde nas aldeias, para tal ação existem os Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI) que se caracterizam de forma permanente, consultivo e composto somente por indígenas.

No qual antecede a hierarquia de representações dos Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) e o Fórum de Presidentes de CONDISI – (FPCONDISI) atuando de forma consultivo, com objetivo de assessorar a SESAI com relação à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).

Essa participação dar-se especialmente por intermédio de reuniões macrorregionais do Conselho Local e Distritais de Saúde Indígena, assim como as Conferências Nacionais

de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e Fórum Nacional sobre a Política de Saúde Indígena e pela presença de representantes indígenas nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL, 2002).

Figura 05: Reunião ordinária do Conselho local de Saúde Indígena -CLSI



Fonte: Autora, 2023.

O Conselho Local de Saúde Indígena do Baixo Tapajós, está constituído por representantes indicados pelas aldeias das áreas de abrangência do Polos Base Santarém.

Desta forma cada aldeia realiza reuniões com os aldeados em que se resulta em uma ata de indicação para o cargo de conselheiro local de saúde indígena, a qual é encaminhada ao CLSI e formalizada pelo chefe do Distrito. Dentre estas indicações estão incluído lideranças tradicionais, professores indígenas, agentes indígenas de saúde, parteiras, pajés.

O quantitativo de conselheiros é estabelecido, pelo número de aldeias, de que o Polo Base Santarém abrange, dentre o número apresentado pelo Conselho Indígena Tapajós Arapiun-CITA e das 76 (setenta e seis) aldeias ativas com população no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) segundo apresentado na reunião do

CLSI. Oficializado contabilizam 76 (setenta e seis) conselheiros titulares e 76 (setenta e seis) conselheiros suplentes, no ano de 2023. Na ausência do titular o suplente assume. Porém, apesar disto o número de participante e bem maior, pois apesar de algumas aldeias não estarem inseridos no SIASI, elas podem participar.

O CLSI é direcionado por 2 (dois) presidentes um titular e um suplente, assim como 2 (dois) secretários titular e suplente. Esta coordenação é eleita diretamente pelos conselheiros, e troca ou revoga a cada 2 (dois) anos, o trabalho realizado pelo controle social e de forma voluntária.

Figura 06: Dadá Borarí (Presidente) e Fabiana Borarí (Secretaria e articuladora indígena) do Conselho local de Saúde Indígena -CLSI



Fonte: Autora, 2023.

Desta forma o presidente deve elaborar o plano de trabalho do Conselho e conduzi-lo durante este período articulando suas reuniões e capacitações, assim como está acompanhando a prestação de serviço de saúde dos órgãos responsáveis aos indígenas como acompanhar as ações do RT do polo base e da CASAI, assim como processos de contratação, licitação, logística de combustível e etc.

Além disso, cabe a eles organizarem as demandas que emergiram das reuniões locais do CLSI para embasarem a elaboração do Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) que ocorre a cada 4 (quatro) anos intermediado pelo Conselho Distrital (CONDISI), garantindo a construção coletiva e com ampla participação social.

Este plano apresenta as intenções, objetivos e metas a serem alcançadas no período de 4 (quatro) anos com clareza, assegurando a elaboração de uma ferramenta de gestão eficaz que determina uma atenção especial à sua avaliação e monitoramento contínuos pela SESAI Central, Distritos Sanitários Especiais

Indígenas (DSEI) e pelos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI). Esse acompanhamento permite elencar novas prioridades para ações, admitindo o planejamento de intervenções anualmente, considerando as especificidades de cada DSEI. (BRASIL, 2023).

Do mesmo modo, este instrumento servirá para acompanhar a execução do orçamento destinado ao DSEI, oferecendo subsídios para sustentar discussões no âmbito da saúde indígena, além de proporcionar ao CONDISI a condição de avaliador do impacto das ações na saúde da população indígena assistida.

O CLSI é uma instância de suma importância de interação dos conselheiros indígenas que diretamente vivenciam suas realidades nas aldeias juntamente com os gestores locais para discussão, e articulação de questões relacionadas às atividades e serviços de saúde.

Diante disto, o CLSI tem programado 2 (duas) reuniões ordinárias e 2 (duas) capacitação por ano subsidiada por recursos do DSEI GUATOC (Guamá Tocantins). Importante destacar, que o mesmo tem autonomia para realizar reuniões extraordinária, sempre que achar necessário, no entanto não provem de recursos para execução de tais atividades.

São nessas reuniões que pautas importantes são expostas, por parte do trabalho do controle social, dos conselheiros, em sua base, tais como:

- a) Se estar de fato ocorrendo os atendimentos nas aldeias;
- b) Como está sendo realizado estas ações de saúde por parte dos profissionais do Polo Base Santarém que atuam nas EMSIs;
- c) Como estão chegando estes profissionais nas aldeias;
- d) Se estão chegando vacinas; e efetivação dos programas de assistência estabelecido pela SESAI.
- e) Se a interculturalidade aos povos está sendo respeitada, além da
- f) Avaliação do trabalho do Polo Base Santarém e CASAI.

No que tange, no período deste estudo, observamos nas reuniões realizadas pelo CLSI, no Baixo Tapajós, as principais demandas apresentadas foram, dentre as reivindicações: a implantação do soro antiofídico nas aldeias, a construção de Unidades Básica de Saúde Indígena (UBSI) equipadas, assim como a permanência de uma equipe médica atuando nessas UBSI. Onde a equipe seja composta principalmente por um

profissional infectologista que administre a aplicação do soro antiofídico em seres humanos, distribuídos em polos bases de atendimento em localidades estratégicas que supra as regiões do Baixo Tapajós.

Estas demandas, surgem pelo alto índice de acidentes e mortalidade de indígenas nas aldeias, causado por picadas de animais peçonhentos como: cobras, escorpião, aranhas, arraia, dentre outros.

Para os conselheiros, da região do Baixo Tapajós, o período de chuvas é o mais preocupante, pois os acidentes com estes animais ocorrem com maior frequência nesse período, nos ambientes produtivos dos indígenas, nos roçados, nas pescarias, nas caçadas e até dentro das moradias.

Observamos que, o atendimento para remoção dos pacientes enfermos para o hospital de Santarém, unidade mais próxima, é muito deficitário. A unidade de saúde de Santarém, possui a oferta do soro antiofídico, porém fica muito distante das aldeias, principalmente as mais afastadas, como as do Território Indígena Maró, a qual fica 12 horas de viagem de barco. Além das aldeias que precisa atravessar o rio para chegar na outra margem, a qual depende de como o tempo estar (com ventos fortes, chuvas, etc.), e se haverá recursos para o transporte do paciente (combustível, lancha, etc.). Muitas das vezes quando chega o resgate o paciente, infelizmente, não resiste chegando a óbito.

A problemática, é debatida pelos conselheiros, pois as remoções de paciente têm se agravado, sendo um descaso com as populações indígenas, da região, por parte do poder público. Os gestores municipais, não dialogam entre em si, e se negam a prestar atendimento e assistências para efetivação das remoções quando acionadas, por meio das ambulanchas, as prestadoras de serviço do município e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), como relatado sob alegação que este serviço e responsabilidade da SESAI.

A destacar que, a empresa licitada para prestar serviços aéreos ao DSEI GUATOC, cujo objetivo é possibilitar a entrada de equipe de saúde, nas áreas remotas, e principalmente auxiliar nas remoções de indígenas a nível de urgência na região do baixo tapajós, não faz voos durante a noite e tem demorado para atender aos pedidos de remoção. A empresa alega problemas técnicos as aeronaves, a encarregar o deslocamento paraas ambulanchas de empresas de terceiros.

Isso, tem acentuado o descaso nas remoções dos pacientes indígenas, e os conselheiros têm intensificado o pedido de uma auditoria na empresa licitada que ganha

por horas voos e não realiza. Na tentativa de melhorias na prestação de serviço que não estar sendo executada como deveria.

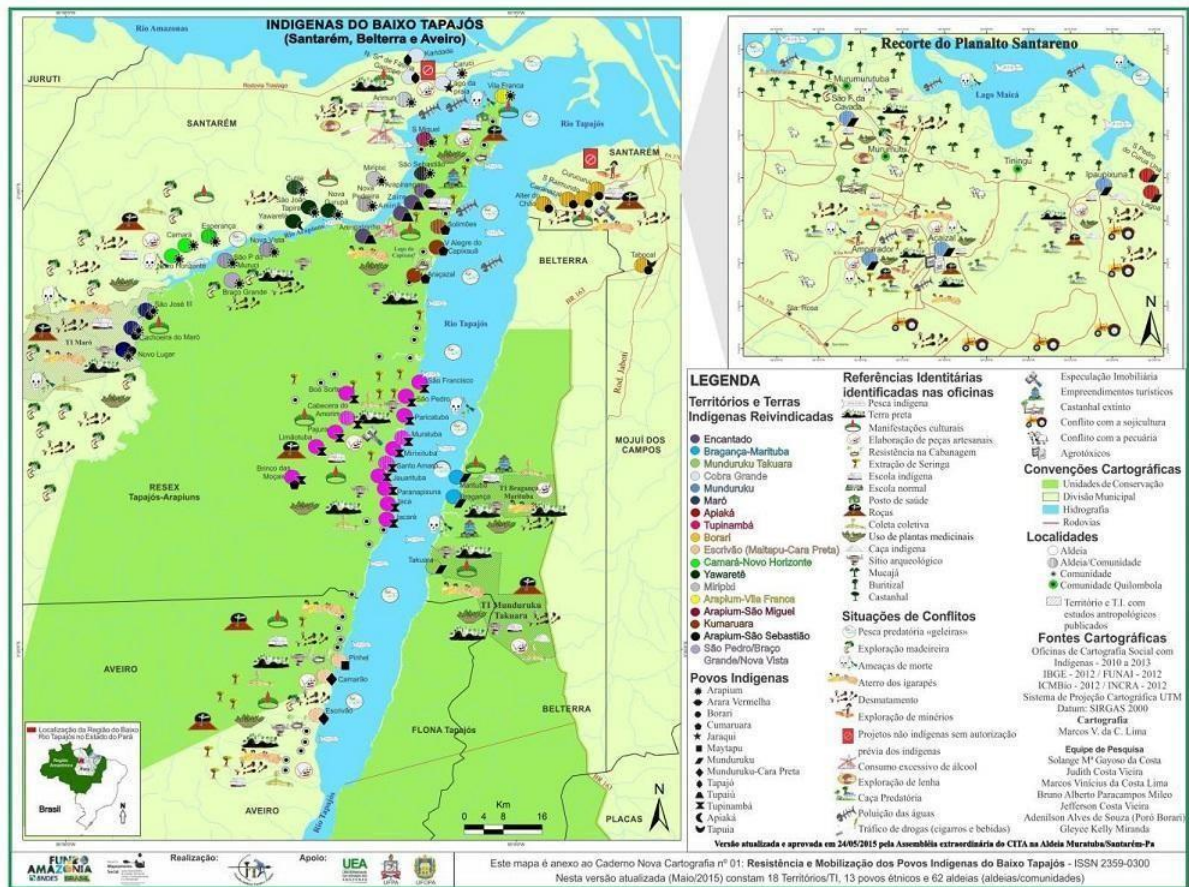
Como forma de promover a articulação da população indígena com a população regional na solução de problemas de saúde pública, deve ser favorecida a participação de seus representantes nos Conselhos Municipais de Saúde. Assim como, estimulada a criação de Comissões Temáticas ou Câmaras Técnicas, de caráter consultivo, com a finalidade de discutir formas de atuação na condução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no município de Santarém, Belterra e Aveiros.

4.2 HISTÓRIA DE LUTA PELO ATENDIMENTO PRIMÁRIO A SAÚDE INDÍGENA: A ATUAÇÃO DO POLO BASE SANTARÉM, BAIXO TAPAJÓS

O Baixo Tapajós abrange uma extensa área geográfica, este território é dividido conforme identificação dos indígenas, em três municípios do Estado do Pará: Santarém, Belterra e Aveiros, onde vivem cerca de 12 (doze) mil indígenas, distribuídos em 76 (setenta e seis) aldeias de 18 territórios em processos de estudos, e demarcação. Nestas áreas, estão reunidos 13 povos até os anos de 2020 e 2022, entre eles Arapiun, Arara Vermelha, Jaraqui, Apiaká, Borari, Kumaruara, Tapajó, Tupaiu, Tapuia, Munduruku, Munduruku-Cara Preta, Maytapu, Tupinambá.

Na região do Baixo Tapajós, localizadas na região central do Pará, habitam comunidades indígenas que ocupam as margens desse majestoso rio. Essas populações encontram-se na Reserva Extrativista Tapajós-Arapiuns (RESEX), situada na margem esquerda, e na Floresta Nacional do Tapajós (FLONA), localizada na margem direita. Além dessas áreas ribeirinhas, os indígenas também ocupam as regiões do planalto e do eixo forte, imprimindo sua cultura e modo de vida em todo esse ecossistema, conforme figura abaixo.

Figura 07: Localização das populações indígenas do Baixo Tapajós.



Fonte: NOVA CARTOGRAFIA SOCIAL, 2015.

A atenção primária à saúde dos indígenas, localizados nestas regiões, se dão, por meio, principalmente, da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) que é o órgão responsável por coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Esses serviços devem ser integrados e articulados à rede do SUS, de forma hierarquizada, tendo como instância regional os Polos Base.

A ressaltar que a luta pela garantia do direito de integração e atendimento à saúde dos povos indígenas, do Baixo Tapajós, na SESAI, foi marcada por pressão, manifestações e ocupação. Além de uma extensa batalha judicial que se prolongou por 5 (cinco) anos, até a implementação do atendimento regular, para as 13 etnias da região, conforme quadro abaixo:

Quadro 02: Breve histórico de luta pela execução da “Atenção primária à Saúde Indígena, no Baixo Tapajós”.

ORGÃO	ANO	ESTÁGIO DE ATUAÇÃO	OCORRÊNCIA DO EVENTO	RESULTADO
SESAI	2015	Limitada	Ministério Público Federal (MPF), ajuíza uma ação civil pública	Mais 13 etnias atendidas
	2016	Não atuante	Ocupação dos indígenas, no Polo Base de Santarém	A prisão de uma liderança e intensos protestos
	2017	Com atendimento aos indígenas	Ministério Público Federal (MPF) ajuíza atendimento	Atendimento as comunidades indígenas
	2019 / 2020	Paralisado	Ministério Público Federal (MPF) multa	Retorna o atendimento as comunidades indígenas

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

Desde do ano de 2001, os povos indígenas do Baixo Tapajós, lutam pela demarcação de suas terras, na região do oeste do Pará, assim como reivindicavam o direito de acesso à saúde diferenciada e intercultural, conforme garantido por lei. No entanto, a SESA, órgão responsável, pela saúde indígena, no Brasil, alegava que só atenderiam os indígenas que vivessem em terras já demarcadas pela União.

Em consequência de várias tentativas de solução extrajudicial, sem êxito, em 2015, o Ministério Público Federal (MPF), ajuíza uma ação civil pública, na 1ª Vara da Justiça Federal em Santarém (PA), em que pedia que a SESA fosse obrigada a estender o atendimento às 13 etnias prejudicadas, no mesmo ano a Justiça concedeu liminar ordenando que a SESA incluísse os indígenas no cadastro para atendimento de Saúde (MPF, 2020).

Contudo a situação agrava, em 2016, quando o atendimento mais uma vez é negado aos indígenas, é realizada uma ocupação no Polo Base de Santarém, em forma de protesto, contra a falta e recusa de atendimento. Em por uma posição equivocada dos funcionários em não saber lidar com a situação, levou à prisão, pela polícia federal do Poró Borarí importante liderança da Terra Indígena Maró.

Figura 08: Ocupação da sede do Polo Base Santarém.



Fonte: Cita, 2016.

O Poró Borarí se manifestava na ocasião contra a negação do acesso pelas populações indígena do Baixo Tapajós a saúde diferenciada, o que ocasionou revolta e intensos protestos das populações indígenas da região, assim como grande repercussão. Apesar do ocorrido a liderança não chegou a ser processado, pois o MPF entendeu que não havia crime na manifestação que ele estava participando.

Figura 09: Momento em que Poró Borarí foi solto.



Fonte: Geovani Brito/G1, 2016.

Em decorrência da articulação e pressão do movimento indígena no ano de 2017, a sentença judicial confirmou a decisão liminar que a SESAI iniciasse os trabalhos internos garantindo o atendimento, cadastramento dos indígenas, e realizar os diagnósticos das demandas das aldeias, além da seleção e contratação dos profissionais que estariam atuando junto a estas populações.

Apesar dos trabalhos estarem se concretizando, mais uma vez é paralisado em 2019, por negação da coordenadora da SESAI na época, que fez o MPF pedir a decretação de uma multa pessoal a qual não chegou a ser arbitrada (MPF, 2020). Apesar disto, finalmente, a árdua luta tem novos rumos, com o fim da batalha judicial, em 2020, concretizando e garantindo aos 13 povos do Baixo Tapajós o atendimento pela SESAI.

Deste modo, a região do Baixo Tapajós, é assistida pelo Polo Base Santarém, vinculado ao Distrito Sanitário Especial Indígena Guamá-Tocantins (DSEI GUATOC), unidade gestora descentralizada da SESAI/MS, com sede no município de Belém do Pará, organizado: em 08 (oito) Polos Bases e 05 (cinco) Casais (Casa de Saúde Indígena).

A unidade descentralizada abrange 21 (vinte e um) municípios, sendo 20 (vinte) no estado do Pará (Santa Luzia, Tomé Açu, Aurora do Pará, Paragominas, Baião, Mojú, Tucuruí, Goianésia do Pará, Novo Repartimento, Itupiranga, Jacundá, Bom Jesus do Tocantins, São Domingos do Araguaia, São Geraldo do Araguaia, Parauapebas, Canaã dos Carajás, Belterra, Santarém, Oriximiná e Óbidos), e 01 (um) no estado do Maranhão (Centro Novo do Maranhão) (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2020).

Segundo os dados repassados na reunião ordinária do CLSI em janeiro de 2023, a população atendida pelo Polo Base Santarém dividia-se da seguinte forma:

Quadro 03: População Geral do Polo Base Santarém.

Dados do SISAI	
POPULAÇÃO EM ALDEIA	9.545
POPULAÇÃO AUSENTE	182
POPULAÇÃO LOGRADOURO	1.341
TOTAL DE ÓBITOS	147
TOTAL DE REGISTROS NO SIASI	12.211

Fonte: Adaptada pela autora, 2023.

O Polo Base Santarém abrange 69 (sessenta e nove) aldeias, sendo 68 (sessenta e oito) na região do Baixo Tapajós (Novo Lugar, Cachoeira do Maró, São José III, Novo Horizonte, Camará, Esperança, São Pedro do Muruci, Braço Grande, Nova Vista, Yawarete, Cutilé, São João Tapirá, Atrocal, Novo Gurupá, Aminã, Aningalzinho, Zaire, Arapiranga, São Sebastião, Nova Pedreira, São Miguel, Akaiú Wasu, Andirá, Lago da Praia, Nossa Senhora do Garimpo, Ajamuri, Caridade, Karuci, Arimun, Vila Franca, Solimões, Vista Alegre do Capixauã, Araçazal, Mapirizinho, Marabaixo, Enseada do Amorim, Boa Sorte, Cabeceira do Amorim, Pajurá, Limãotuba, Iwipixuna, Brinco da Moça, São Caetano, São Francisco, São Pedro,

Paricatuba, Muratuba, Mirixituba, Santo Amaro, Jauarituba, Jatequara, Paranapixuna, Jaca, Jacaré, Surucuá, São Pedro do Palhão, Açaizal, Amparador, Ipaupixuna, São Francisco da Cavada, Alter do Chão, Caranã, Curucuruí, Marituba, Takara, Bragança e Chibé), e 01 (um) no município de Óbidos/PA (Cuminapanema), cujo acesso é realizado por meios de transporte aéreo, rodoviário e fluvial.

Importante destacar, que atualmente, adjunto as populações indígenas assistidas pelo DSEI GUATOC, na figura do Polo Santarém, estão incluídas a assistência à saúde de uma população de 330 (trezentos e trinta) indígenas de recente contato o povo da etnia Zoé, localizados no município de Óbidos no Pará. As proximidades da região do Baixo Tapajós, porém não incluso no mesmo.

Figura 10: Indígenas da etnia Zoé, na reunião do CLSI.



Fonte: Autora, 2023.

O polo Base Santarém que atende as regiões do Baixo Tapajós, tem sua sede no município de Santarém, Pará. O mesmo está organizado em: Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSIs), Equipes odontológicas, Núcleo de Apoio à Saúde Indígena (NASI) e a equipe Administrativa do Polo Base Santarém, conforme descrito em quadro abaixo:

Quadro 04: A Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena do Polo Base Santarém.

EQUIPE	QUANTIDADE	INDÍGEN A	ETNIA
Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSIs)	7	0	0
Médico	1	0	0
Enfermeiros	7	3	1 Arapiun 1 Borari 1 Tapuia
Técnico de Enfermagem	12	X	x

EQUIPE ODONTOLOGIA			
Cirurgião Dentista	3	0	0
Auxiliar de saúde	4	4	2 Tupinambá 1 wai wai 1 Arapiun
NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE INDÍGENA (NASI)			
Psicólogo	1	0	0
Farmacêutico	1	0	0
Assistente social	1	0	0
Técnico de saneamento	1	0	0
EQUIPE ADMINISTRATIVA DO POLO BASE SANTAREM			
Barqueiros	7	7	1 Borari, 2 Tupinambá, 2 Arapiun, 1 Kumaruara, 1 Arara-Vermelha
Motorista	1	1	1 Tapuia
Auxiliar de serviços gerais	1	0	0
Recepcionista	2	2	1 Tapuia 1 Arapiun
Vigilantes	2	0	0
Assessor indígena	1	1	1 Borari
Assistente técnico-Responsável Técnico do Polo Base.	1	1	1 Tapuia

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

A equipe do NASI atende tanto o Polo Base quanto a CASAI, configura-se como uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às EMSIs. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte técnico, sanitário e pedagógico aos profissionais da atenção à saúde.

As equipes levam atendimento nas aldeias, nos intervalos, de 2 (dois) meses da primeira visita, devido a extensa área de cobertura, elas prestam assistência primária a saúde dos indígenas, tais como, consultas médicas e de enfermagem, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, realização de pré-natal, vigilância alimentar nutricional (VAN) de crianças, gestante e idosos.

Além de, coletas de PCCU, vacinação de rotina e covid, assim como visitas domiciliares, saúde sexual e reprodutiva; (Planejamento familiar). Ressaltamos que, as EMSIs trabalham 20 (vinte) dias e folga 10 (dez). segundo o Acordo Coletivo de Trabalho 2019/2020 em sua Cláusula vigésima segunda - Jornada de Trabalho diz o seguinte:

Parágrafo Primeiro: Fica autorizada a implantação da jornada de trabalho de 20 dias trabalhados por 10 dias de descanso para quem trabalha nas aldeias indígenas.

As equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, estão divididas por regiões para melhor cobertura de assistência as aldeias, da seguinte forma:

Quadro 05: Distribuição das EMSIs do Polo Base Santarém.

RIO ARAPIUNS I

(01) ENFERMEIRA

14 ALDEIAS

(01) TÉCNICO EM EMFERMAGEM

Novo Lugar, Cachoeira do Maró, São José III, Novo Horizonte, Camará, Esperança, São Pedro do Muruci, Braço Grande, Nova Vista, Yawarete, Cutilé, São João Tapirá, Atrocal e Novo Gurupá.

RIO ARAPIUNS II

(01) ENFERMEIRA

16 ALDEIAS

(01) TÉCNICO EM EMFERMAGEM

Aminã, Aningalzinho, Zaire, Arapiranga, São Sebastião, Nova Pedreira, São Miguel, Akaiu Wasu, Andirá, Lago da Praia, Nossa Senhora do Garimpo, Ajamuri, Caridade, Karuci, Arimun, Vila Franca.

RIO TAPAJÓS I

(01) ENFERMEIRA

12 ALDEIAS

(01) TÉCNICO EM EMFERMAGEM

Solimões, Vista Alegre do Capixauã, Araçazal, Mapirizinho, Marabaixo, Enseada do Amorim, Boa Sorte, Cabeceira do Amorim, Pajurá, Limãotuba, Iwipixuna, Brinco da Moça.

RIO TAPAJÓS II

(01) ENFERMEIRA

13 ALDEIAS

(01) TÉCNICO EM EMFERMAGEM

São Caetano, São Francisco, São Pedro, Paricatuba, Muratuba, Mirixituba, Santo Amaro, Jaurituba, Jatequara, Paranapixuna, Jaca e Jacaré, Surucuá.

TERRESTRE

(01) ENFERMEIRA
(01) TÉCNICO EM EMFERMAGEM

12 ALDEIAS

São Pedro do Palhão, Açaizal, Amparador, Ipaupixuna, São Francisco da Cavada, Alter do Chão, Caranã, Curucuruí, Marituba, Takara, Bragança e Chibé.

EQUIPE UBSI CUMINAPANEMA

(02) Enfermeira, (02) técnico em Enfermagem, (01) Cirurgiã – Dentista, (01) Auxiliar de Saúde Bucal, (01) Médico.

Fonte: Adaptado pela autora, 2023.

As equipes multidisciplinares de saúde indígena deveriam ser compostas por profissionais de diversas áreas da saúde que trabalham de forma colaborativa para fornecer cuidados abrangentes e culturalmente sensíveis às comunidades indígenas. As equipes deveriam incluir profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, agentes comunitários de saúde, entre outros. Essas equipes são uma parte essencial do Subsistema de Saúde Indígena no Brasil e desempenham um papel fundamental no atendimento às necessidades de saúde das populações indígenas.

Ao refletirmos, sobre a atuação do polo base Santarém, passaremos para discussão sobre Distrito Sanitário, e sua organização perante a rede de atenção básica dentro das áreas indígenas.

4.3 A ORGANIZAÇÃO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAS INDÍGENAS

No modelo adotado pelo Subsistema de Saúde Indígena, os Distritos Sanitários são estruturados de forma organizada e planejada. Esses distritos desempenham um papel fundamental na promoção e no fornecimento de serviços de saúde às populações indígenas. Cada Distrito Sanitário abrange uma determinada região geográfica, onde vivem comunidades indígenas específicas. Essas regiões são cuidadosamente delimitadas para garantir a cobertura adequada e o acesso equitativo aos serviços de saúde. Dentro de cada Distrito Sanitário, são estabelecidas (FUNASA, 2009):

- I) Postos de Saúde, no interior da Comunidade Indígena;
- II) Pólos Base;
- III) Casas de Saúde do Índio
- IV) Referência SUS
- V) Agentes Indígenas de Saúde

No Baixo Tapajós essa abordagem contribui para a promoção da saúde e o fortalecimento das comunidades indígenas, visando garantir o direito fundamental à saúde e ao bem-estar. Segue, abaixo, a descrição suscitam de cada um:

4.3.1. Os Postos de Saúde

Os postos de saúde, estão localizados dentro das Comunidades Indígenas, onde funcionam como apoio aos Polos Base, os mesmos são construídos de acordo com as necessidades de cada região. Podem ter uma estrutura simplificada, e representam a porta de entrada na rede hierarquizada de serviços de saúde. Nesse espaço é realizado o controle de doenças transmissíveis, a coleta de material para exame, a vigilância epidemiológica e nutricional e a coleta e análise sistemática de dados que fazem parte das atribuições dessas unidades.

Atualmente na região do Baixo tapajós, onde reside às comunidades indígena não a postos de saúde indígena que atenda suas especificidades, no entanto em algumas comunidades próximas, não indígenas, existem às unidades básicas de saúde dos municípios que os indígenas recorrem nos casos de urgência.

Os indígenas são assistidos pelas equipes multidisciplinares que executam atividades de atenção básica à saúde, tais como o acompanhamento de crianças e gestantes, imunização e o atendimento a casos de doenças mais frequentes, como infecção respiratória aguda, diarreia e malária. Do mesmo modo participam de palestras, oficinas de educação sanitária.

4.3.2. Os Pólos Base

Os Pólos Base são subdivisões territoriais dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), sob administração do Responsável Técnico que é a pessoa física legalmente habilitada junto à Vigilância Sanitária a responder tecnicamente pelos processos de produção e pela prestação de serviços de saúde conforme as diretrizes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, apud PORTARIA Nº 1.317, Art. 2º INCISO V). Vale ressaltar que o Polo Base Santarém pela primeira vez tem um Responsável Técnico indígena.

É base para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) organizarem e administrarem a atenção à saúde da população indígena. As mesmas são compostas por

médicos, enfermeiros, nutricionistas, dentistas, auxiliares de saúde bucal e técnicos de enfermagem.

Vale destacar que os agravos à saúde não atendidos nessas unidades, em função do grau de complexidade, são encaminhados para rede de serviço do SUS mais próxima. Essa rede é incentivada a atender os indígenas, levando em consideração a realidade socioeconômica e cultural de cada povo.

Os Polos Base, representam outra instância de atendimento aos indígenas, eles são a primeira importante referência para os Agentes Indígenas de Saúde (AISs) que atuam diretamente nas aldeias, tanto na atenção primária quanto nos serviços de referência. Além de prestar assistência à saúde, realiza a capacitação e supervisão dos AISs. Importa dizer que o Polo Base, que atende a população indígena do Baixo Tapajós, cobre um número significativo de aldeias, levando em consideração as vastas regiões, territórios e etnias que o mesmo abrange.

4.3.3. A Casa de Apoio à Saúde do Índio (CASAI)

As Casas de apoio estão situadas em diversos municípios brasileiros. A sede da CASAI Santarém abrange o Baixo Tapajós, e está situada geograficamente nas proximidades do Hospital Municipal de média complexidade, e do Hospital Regional de alta complexidade que atendem ao município de Santarém e os municípios vizinhos.

Nestas Casas de Apoio, são executados os serviços de hospedagem, alimentação e atendimento de enfermagem, 24 horas, aos pacientes e acompanhantes, respeitando as especificidades culturais. Além disso, a CASAI presta assistência farmacêutica e apoia o DSEI na articulação da rede de referência de média e alta complexidades, bem como acompanhar o agendamento e a realização de consultas, exames e internações.

A unidade realiza ainda o apoio logístico para retorno dos pacientes em alta médica e de seus acompanhantes às suas residências e aos locais a serem realizados exames e consultas médicas. As CASAIs demandam uma estrutura maior do que os demais órgãos de assistência à saúde dos indígenas pois trata de assistências logísticas considerando o número da população indígena do Baixo Tapajós.

As CASAI são estabelecimentos de saúde pertencentes ao SASISUS e responsáveis por apoiar, acolher e fornecer assistência aos indígenas, residentes em territórios indígenas, referenciados à Rede de Serviços do SUS para realização de ações de atenção especializada e ações complementares de atenção básica, sendo destinada também aos acompanhantes, quando se fizer necessário. (PORTARIA Nº 1.801, DE 9 DE NOVEMBRO DE 2015)

A mesma dispõe de um quadro de funcionários e veículos para atender na unidade e realiza o apoio logístico aos pacientes indígenas. Conforme o quadro abaixo:

Quadro 06: Funcionários CASAI.

Funcionários CASAI	QUANTIDADE E	INDÍGENA	ETNIA
Enfermeiro	4	0	0
Plantonista			
Técnico em enfermagem	8	5	3 Wai Wai 1 Arapiun 1 Tupinambá
Enfermeiro Responsável Técnico	1	1	1 Borarí
Serviços Gerais	2	1	1 Wai Wai
Motorista	4	1	1 Munduruku
Cozinheira	2	0	

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

4.3.4. Referência SUS

Este item consiste no conjunto de mecanismos oriundo do sistema público de saúde brasileiro (SUS) como ambulatorios ou hospitais especializados, sediados, em geral, nas grandes cidades, para onde o paciente indígena é encaminhado para receber tratamento médico mais complexo, que não pode ser ofertado pelo DSEI.

Segundo modelo de Subsistema de Saúde Indígena, as unidades especializadas de referência representam um nível de organização que está fora do Distrito Sanitário, ou seja, estas unidades já são partes dos sistemas municipais e estaduais de saúde que devem interagir com o subsistema de saúde indígena (GARNELO, 2012, p. 30).

4.3.5. Os Agentes Indígenas de Saúde – AIS

Os AIS são os trabalhadores indígenas que atuam na prevenção de doenças e na promoção da saúde, inserido em uma equipe multidisciplinar. Ele cadastra as famílias que moram em sua área de abrangência, detecta problemas de saúde, acompanha tratamentos

de longa duração e ainda o desenvolvimento de crianças, idosos, gestantes e pacientes crônicos, operando diretamente na aldeia em que vive. Os mesmos têm um papel essencial, pois trabalham com especificidades particulares de cada aldeia onde muitas das vezes não falam português e têm visões de mundo, de saúde e de doenças distintas da medicina ocidental.

Além das dificuldades de acesso e a distância entre uma aldeia e outra, podem significar dias de viagem e que por isso não é possível ter uma equipe de saúde presente, em tempo integral, em cada uma delas (TORRES, 2010). No entanto, não há registros desses profissionais indígenas na região do Baixo Tapajós, a população indígena é assistida pelos Agentes de Saúde não indígena contratados pelas prefeituras.

4.3.6. Os Agentes Indígenas de Saneamento – AISAN

Os AISAN também fazem parte da composição das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena e tem um papel crucial na prevenção, identificação e levantamento de informações que subsidiam as ações de saneamento básico dentro das aldeias indígenas. (CHAVES, 2017).

Apesar disso, o Baixo Tapajós não possui um profissional desta formação atuando nas equipes multidisciplinares, apesar de apresentar um número significativo de aldeias.

Ao finalizarmos este tópico, temos que a organização dos Distritos Sanitários no Subsistema de Saúde Indígena é fundamental para assegurar que as comunidades indígenas recebam cuidados de saúde adequados, respeitando suas tradições, conhecimentos e práticas culturais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa abordou o processo de atuação do Conselho Local de Saúde Indígena no Baixo Tapajós em conjunto ao Polo Base de Santarém. Neste trabalho, esboço alguns tópicos de relevante questão tendo como base a política pública de assistência à saúde indígena no Brasil. Tendo em vista o direito à saúde diferenciado a qual tem seus fundamentos na Constituição Federal de 1988. As leis orgânicas do SUS, Lei nº 9.836/99 que assegura às populações indígenas seu direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde e Lei nº 8.080/90 instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Primeiramente houve um levantamento sobre o conceito de Política Pública e a evolução da assistência à saúde indígena no Brasil, com o objetivo de compreender os avanços e desafios das políticas de assistência à saúde indígena em Santarém/PA, concluindo-se que a política pública de assistência à saúde indígena no Brasil ganhou de fato novos contornos a partir da década 1970, com a ascensão do movimento pela reforma sanitária no país. No entanto a saúde indígena tem uma história marcada por uma longa e árdua luta.

Os movimentos indígenas ganharam força no cenário brasileiro, reivindicando direitos territoriais e melhorias nas condições de saúde. As comunidades indígenas enfrentam desafios significativos no acesso a serviços de saúde de qualidade e culturalmente adequados. Muitas vezes, as estruturas de saúde existentes são insuficientes, distantes das comunidades e não consideram as especificidades culturais e as práticas tradicionais de cura. Algo pujante, até os dias atuais, onde as organizações indígenas e movimentos sociais continuam pressionando por melhorias e pela valorização dos saberes tradicionais indígenas na área da saúde. A trajetória de negação do acesso das populações do Baixo Tapajós a saúde diferenciada da SESAI, e um exemplo de como esses desafios ainda estão arraigados na saúde indígena.

Em um segundo momento desta pesquisa, abordou-se o conselho local de saúde indígena no Baixo Tapajós: sua composição e atuação, suas reivindicações, avanços e desafio. Ainda, falou-se sobre seu trabalho adjunto ao Polo Base Santarém, como o controle social e as ações desenvolvidas pelo polo na saúde da população indígena da região, indo além de apenas fiscalizador, mas ditador das normas a serem cumpridas para que seja desenvolvido o comprimento da interculturalidade.

Do exposto conclui-se que o CLSI, e considerado um espaço de exercício do poder de decisão indígena. E uma instância deliberativa de influência real dos conselheiros indígenas onde a coletividade prevalece e se constroem pautas e decisões. No íntimo das entrevistas é possível compreender a importância do CLSI para a articulação entre as aldeias e também como

ambientes socioculturais de encontro. Estes aparecem descritos nas entrevistas como espaços onde podem “encontrar os parentes”.

No intato observa-se que a estrutura fornecida para o desenvolvimento do trabalho do CLSI é insuficiente, a exemplo do presidente que não possui auxílio financeiro para sua locomoção, uma vez que deve acompanhar as ações do RT do polo base e da CASAI, assim como processos de contratação, licitação, logística de combustível e etc. Outro ponto identificado foi dificuldades de diálogo com as prefeituras dos municípios que negligenciam os pedidos de remoção dos pacientes indígenas.

Como forma de promover a articulação entre a população indígena na região do Baixo Tapajós com a população regional na solução de problemáticas de saúde pública, e necessário que haja representações indígenas nos Conselhos Municipais de Saúde dos municípios. Assim como, o incentivo de criação de comissões temáticas de caráter consultivo com o objetivo de discutir modalidades de ação para a implementação da política nacional de saúde dos povos indígenas no município de Santarém, Belterra e Aveiros.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999**. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF, DOU de 24.9.1999. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9836.htm. Acesso em 23 de maio de 2023

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: [s.n.], 2002.

BRASIL. **Lei Orgânica de Saúde no 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm . Acesso em: 01 de abril de 2023.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40p.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena**. Brasília: Funasa, 2009. p. 112.

BRASIL. Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 1.801, DE 9 DE NOVEMBRO DE 2015**.Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1801_09_11_2015.html Acesso em: 18 de abril de 2023.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Plano Distrital de Saúde Indígena 2020- 2023/ DSEI BAHIA**. Salvador - Ba, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/editais-e-transparencia/documentos-diversos/2020/6-pdsi-2020-2023.pdf> Acesso em: 18 de abril de 2023.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Distribuição por prevenção à Ação Civil Pública nº. 2096-29.2015.4.01.3902**. Santarém/PA, 26 de novembro de 2019. Disponível em: https://www.mpf.mp.br/pa/saladeimprensa/documentos/2019/2096_29_2015_saude_indigena_cumprimento_provisorio.pdf Acesso em: 18 de abril de 2023.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Após batalha judicial de cinco anos, 13 etnias indígenas do oeste do PA terão atendimento à saúde pela Sesai**. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/pa/sala-de-imprensa/noticias-pa/apos-batalha-judicial-de-5-anos-13-etnias-indigenas-do-oeste-do-pa-terao-atendimento-a-saude-pela-sesai> Acesso em: 18 de abril de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de contingência do DSEI Guamá-Tocantins para infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19) em populações indígenas – Secretaria Especial de Saúde Indígena**. Belém, abril de 2020. Disponível em: <https://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/bitstream/bvs/1798/1/Brasil.%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde.%20Secretaria%20Especial%20de%20Sa%C3%BAde%20Ind%C3%ADgena.%20Distrito%20Sanit%C3%A1rio%20Especial%20Ind%C3%ADgena%20Guam%C3%A1-Tocantins%20-%202020%20-%20>

%20Plano%20de%20Contig%C3%AAncia%20do%20DSEI%20Guam%C3%A1-Tocantins%20para%20.pdf Acesso em: 15 de abril de 2023.

BRASIL Ministério da Saúde. **Secretaria Especial de Saúde Indígena TERMO DE REFERÊNCIA Orientações para construção de Plano de Trabalho para execução dos convênios no âmbito da Saúde Indígena.** Disponível em: <https://www.fundacaosvposs.com.br/docs/trefconvs.pdf> Acesso em: 18 de abril de 2023.

BARRETO, H. G. **Direitos Indígenas vetores constitucionais.** Curitiba: Juruá, 2011

BUCHILLET, D. **Bibliografia Crítica da Saúde Indígena no Brasil (1844-2006).** Quito: Ediciones Abya-Yala, 2006.

COSTA, D. C. **Política indigenista e assistência à saúde: Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.3 (4), out-dez., 1987. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X1987000400003&script=sci_arttext. Acesso em: 07 de abril de 2023.

CHAVES, E. D. **Saúde indígena no Brasil: a aplicação da política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas no Estado do Ceará.** Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Direito, Curso de Direito, Fortaleza, 2017.

CONFALONIERI, U. **O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.5 (4), out-dez, 1989.

GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, Luíza; PONTES, Ana Lúcia. (Org.). **Saúde Indígena no Brasil: uma introdução ao tema.** Brasília: MEC-SECADI, 2012. p.23. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf . Acesso em : 29 de março de 2023.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1999.

ICLINC/BLOG. **O que é e como funcionam os conselhos de saúde?.** Atualizado em 19 outubro, 2022. Disponível em: <https://blog.iclinic.com.br/conselhos-de-saude/> Acesso em: 09 de abril de 2023.

LEDUC, L. **Acervo Museu do Índio do Rio de Janeiro.** 1907. Disponível em: <http://base2.museudoindio.gov.br/> Acesso em 07 de abril de 2023.

MACHADO, F.R. S., and GARNELO, L. A longa reforma sanitária indígena. In: PONTES, A. L. M., MACHADO, F. R. S., and SANTOS, R. V., eds. Políticas Antes da Política de Saúde Indígena [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2021, pp. 277-307. Saúde dos povos indígenas collection. ISBN: 978-65-5708-122-8. <https://doi.org/10.7476/9786557081228.0011>.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Conselho de Saúde**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/> Acesso em: 12 de março de 2023.

PAULO. Fundação São Vicente de. **Saúde indígena**. 2017 Disponível em: <https://fundacaosvposs.com.br/projetos/saude-indigena> .Acesso em 07 de abril de 2023.

PEREIRA, M. L. G.; M, A. L. **Financiamento do Subsistema de Saúde Indígena nos Planos Plurianuais (PPA) no Brasil**. Manaus, 2013. Disponível em: www.politicaemsaude.com.br/anais/orais_painel/029.pdf Acesso em: 07 abril. 2023.

SELAU, M. G. **A Política Indigenista Governamental: aspectos políticos e administrativos da ação médico-sanitária entre as populações indígenas brasileiras**. Brasília: MIMEO. Relatório de pesquisa para o CNPq, 1992.

SUS UNA. **Política de saúde para os povos indígenas**. 2020. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/MOOC/SI_II_2020_1/unidade1.html Acesso em 05 de abril de 2023.

SECCHI, L. **Políticas Públicas: Conceitos, Esquemas de Análises, Casos Práticos**. 2a ed. São Paulo: Editora Cengage Learning, 2013. Disponível em: <https://issuu.com/cengagebrasil/docs/9788522113538/15> . Acesso em 22 de março. 2023.

TORRES, R. Texto publicado na Revista Poli - **saúde, educação e trabalho nº 10** , de março/abril de 2010. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/educacao-profissional-em-saude/profissoes/agente-indigena-de-saude>. Acesso em: 12 de março de 2023.

OBSERVATÓRIO INDIGENA. **Histórico das Conferências Nacionais**. Relatório. UNB. 2015.

ANEXO 01

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA GUAMÁ TOCANTINS
CONSELHO LOCAL DE SAÚDE INDÍGENA**

DELIBERAÇÃO

O Conselho Local de Saúde Indígena do polo Base Santarém, considerando a Portaria 3.021-DOU. Em uso de suas atribuições a que lhe compete o Conselho Local, vem respeitosamente através deste encaminhar como RESOLUÇÃO APROVADA DA REUNIÃO DO CLSI REALIZADA NOS DIAS 27 A 28 DE MARÇO NA SEDE DO CITA, Localizada na Avenida Engenheiro Fernando Gullhon S/N na cidade de Santarém, a qual foi apresentado durante a reunião um tema TCC de grandes relevância para registro da historia dos povos indígenas do Baixo Tapajós, exposto em aprovação pela Acadêmica de Gestão Pública e Desenvolvimento Regional, o Tema: "POLÍTICA PÚBLICA DE ASSISTENCIA Á SAÚDE DOS INDÍGENA NO BAIXO TAPAJÓS, PELA ATUAÇÃO DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE INDÍGENA AO PÓLO BASE SANTARÉM."

Fabiana de Almeida Costa
Secretaria executiva do CLSI
POLO Santarém



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO
PARÁREITORIA
SISTEMA INTEGRADO DE BIBLIOTECAS
BIBLIOTECA CENTRAL RUY BARATA
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS**

1. Identificação do autor

Nome completo: Maria Saúde de Almeida Silva

CPF: 530612502-63 RG: 7554869 Telefone: (93) 99230-1201

E-mail: mariasaude93@gmail.com

Titulação recebida: Bacharel em Gestão Pública e Desenvolvimento Regional

Seu e-mail pode ser disponibilizado na página de rosto?

(X) Sim () Não

2. Identificação da obra

() Monografia (X) TCC () Dissertação () Tese () Artigo científico () Outros: _____

Título da obra: Política Pública de Assistência à Saúde Indígena: Atuação do Conselho Local de Saúde Indígena no Baixo Tapajós em Conjunto ao Poló Base Santarém

Programa/Curso de pós-graduação: Gestão Pública e Desenvolvimento Regional

Data da conclusão: 10/07/2023.

Orientador: Dr.^a Inailde Corrêa de Almeida

E-mail: inaildealmeida@hotmail.com

Co-orientador:

Examinadores: Dr. Raimundo Valdomiro de Sousa

Dr. Rogerio Henrique Almeida

3. Termo de autorização

Autorizo a Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA) a incluir o documento de minha autoria, acima identificado, em acesso aberto, no Portal da instituição, na Biblioteca Ruy Barata, no Repositório Institucional da Ufopa, bem como em outros sistemas de disseminação da informação e do conhecimento, permitindo a utilização, direta ou indireta, e a sua reprodução integral ou parcial, desde que citado o autor original, nos termos do artigo 29 da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Essa autorização é uma licença não exclusiva, concedida à Ufopa a título gratuito, por prazo indeterminado, válida para a obra em seu formato original.

Declaro possuir a titularidade dos direitos autorais sobre a obra e assumo total responsabilidade civil e penal quanto ao conteúdo, citações, referências e outros elementos que fazem parte da obra. Estou ciente de que todos os que de alguma forma colaboram com a elaboração das partes ou da obra como um todo tiveram seus nomes devidamente citados e/ou referenciados, e que não há nenhum impedimento, restrição ou limitação para a plena validade, vigência e eficácia da autorização concedida.

Santarém, 15/08/2023.

Maria Saúde de Almeida Silva

Assinatura do autor

4. Tramitação

Secretaria / Coordenação de curso

Recebido em ____/____/____. Responsável: _____

Siape/Carimbo