

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ  
CAMPUS DE CAMPO MOURÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA EDUCAÇÃO**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR  
SOCIEDADE E DESENVOLVIMENTO - PPGSeD**

**TALYAN CLAVISSO PEREIRA**

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

**CAMPO MOURÃO - PR  
2025**

**TALYAN CLAVISSO PEREIRA**

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

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar Sociedade e Desenvolvimento (PPGSeD) da Universidade Estadual do Paraná (Unespar), como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Sociedade e Desenvolvimento.

**Linha de Pesquisa:** Formação humana, políticas públicas e produção do espaço

**Orientador:** Prof. Dr. Fred Maciel

**Coorientador:** Prof. Dr. Carlos Alexandre Molena  
Fernandes

**CAMPO MOURÃO - PR  
2025**

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da UNESPAR e Núcleo de Tecnologia de Informação da UNESPAR, com Créditos para o ICMC/USP e dados fornecidos pelo(a) autor(a).

PEREIRA, Talyan Clavisso

Atenção primária e saúde indígena: assistência, serviços e políticas públicas em Campo Mourão/PR / Talyan Clavisso PEREIRA. -- Campo Mourão-PR, 2025. 120 f.: il.

Orientador: Fred Maciel.

Coorientador: Carlos Alexandre Molena Fernandes.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico Interdisciplinar: "Sociedade e Desenvolvimento") -- Universidade Estadual do Paraná, 2025.

1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde de povos indígenas. 3. Política de saúde. 4. Povo Guarani. I - Maciel, Fred (orient). II - Molena Fernandes, Carlos Alexandre (coorient). III - Título.

TALYAN CLAVISSO PEREIRA

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

**BANCA EXAMINADORA**



Prof. Dr. Fred Maciel (Orientador) – Presidente



Prof. Dr. Carlos Alexandre Molena Fernandes (Coorientador) – Unespar, Paranavaí



Prof.ª Dr.ª Débora Regina de Oliveira Moura – UEM, Maringá



Prof. Dr. Éder da Silva Novak – Unespar, Paranavaí

Data de Aprovação

08/04/2025

Campo Mourão - PR

## AGRADECIMENTOS

Agradeço sinceramente a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desta pesquisa. Em especial, gostaria de expressar minha profunda gratidão aos professores Fred Maciel e Carlos Alexandre Molena Fernandes pelo apoio e atenção nas revisões e sugestões que foram fundamentais para a conclusão deste trabalho. Um agradecimento singular ao professor Fred Maciel, que me orientou com paciência e dedicação, permitindo que eu encontrasse o melhor caminho para expressar minhas ideias.

Agradeço aos professores de minha banca Débora Regina de Oliveira Moura e Éder da Silva Novak pela oportunidade de aprender com vocês e por terem compartilhado seus conhecimentos e experiências desde a qualificação, minha admiração e respeito.

Também gostaria de agradecer aos meus amigos de turma que compartilharam comigo as experiências vividas e os ensinamentos adquiridos que foram enriquecidos pelas nossas interações e discussões. E aos demais colegas, que forneceram apoio para a elaboração deste trabalho, agradeço pela colaboração e disponibilidade.

Agradeço à minha família, aos meus pais Tânia e Rubens pelo apoio e incentivo a alcançar meu sonho em ser docente e mestre, que almejo desde a graduação. Em especial minha irmã Raine que me apresentou o caminho e me direcionou para eu chegar aqui hoje, sendo minha inspiração para a temática enriquecedora. Agradeço a Deus por estarem presentes nesta conquista e por todas as bênçãos desta trajetória.

E, por fim, não menos importante, agradeço o acolhimento e o respeito recebido de meus entrevistados, gestores, profissionais de saúde e à comunidade Guarani de Campo Mourão, que contribuíram com o coração desta pesquisa e meu crescimento pessoal e profissional. Obrigada!

PEREIRA, Talyan Clavisso. **Atenção primária e saúde indígena**: assistência, serviços e políticas públicas em Campo Mourão/PR. 120f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar Sociedade e Desenvolvimento, Universidade Estadual do Paraná, Campus de Campo Mourão, Campo Mourão, 2025.

## RESUMO

Os povos indígenas no Brasil apresentam um contexto histórico marcado por desestruturação social, econômica e ambiental desde o início da colonização portuguesa. Os movimentos de resistência tiveram grande influência sobre os determinantes da saúde destes povos. Neste contexto, o âmbito da saúde manteve-se desorganizado diante das dificuldades em estruturar assistência e políticas voltadas à diversidade cultural e geográfica das comunidades indígenas. Diante disso, torna-se indispensável a elaboração de ações e projetos para uma adequada educação e promoção em saúde para os mesmos, dispondo-se da Atenção Primária em Saúde (APS) como meio, denominada a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). Esta pesquisa teve por objetivo realizar um diagnóstico da atenção primária à saúde das comunidades indígenas em Campo Mourão/PR, de modo a desenvolver um estudo local e corroborar com benfeitorias na assistência pública da saúde voltadas às comunidades indígenas. A pesquisa foi desenvolvida por meio de atitudes interdisciplinares para integrar as diferentes áreas dos saberes em torno do objeto de estudo para melhor compreensão frente às complexas situações e problemas contemporâneos. Tratou-se de uma pesquisa de campo exploratória descritiva com abordagem qualitativa, com análise de conteúdo proposto por Bardin (2011). Contou com levantamento teórico, possibilitando uma análise acerca do tema e, posteriormente, o levantamento de informações por meio de entrevistas semiestruturadas junto à Secretária Municipal de Saúde, profissionais assistenciais (enfermeira e agente comunitária de saúde) atuantes na Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência da área de abrangência da comunidade Guarani e membros da comunidade indígena (pesquisa *in loco*), maiores de 18 anos, residentes de Campo Mourão/PR que utilizam a atenção primária do serviço público de saúde. Concluiu-se que a comunidade indígena Guarani do município enfrenta barreiras para acessar os serviços de saúde no âmbito da APS, como a dificuldade de comunicação, características culturais próprias e da equipe de saúde, e processo burocrático de cadastramento para adesão a tratamentos e serviços, sendo necessárias intervenções políticas e assistenciais que respeitem suas necessidades e reivindicações.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde, Saúde de povos indígenas, Política de saúde, Povo Guarani.

PEREIRA, Talyan Clavisso. **Primary care and indigenous health: assistance, services and public policies at Campo Mourão, Paraná state.** 120p. Dissertation (Master) - Society and Development Interdisciplinary Postgraduate Program, State University of Paraná, Campo Mourão *Campus*, Campo Mourão, 2025.

## ABSTRACT

Since the Portuguese colonization of Brazil, Brazilian indigenous peoples face a historical context of social, economic and environmental disruption. Resistance movements had a huge influence on the determinants of health for them. In this context, health was a disorganized issue due to the difficulties in structuring assistance and policies focusing on cultural and geographic diversity when it comes to indigenous communities. That's why it was highly necessary to develop actions and projects in order to educate and promote health to these people, relying on the Primary Health Care (PHC), which is the main gateway to the Unified Health System (SUS). This paper aims to analyze how primary care works for indigenous communities at Campo Mourão, Paraná state, and serves as a local study that may suggest improvements for the public health care system available to these peoples. The research was developed following an interdisciplinarity approach so as to include many subject areas for better understanding of these complex situations and issues of the contemporary world. The methodological approach consists of a descriptive and exploratory research with qualitative nature, based on the content analysis proposed by Bardin (2011). A theoretical survey was carried out in order to analyze the subject, and then a data collection was possible due to a semi-structured interview made with people from the Municipal Health Department, as well as health professionals – a nurse and a community health agent – that work at the Basic Health Unit (BHU) that is a reference when it comes to serving the Guarani community. Other interviewees were members of the indigenous community (*in loco* research) that are 18 or older, live in Campo Mourão, Paraná state, and benefit from the primary health care system. The results suggest that the Guarani indigenous community based in this city faces some barriers when trying to access the PHC system services, including communication issues, cultural differences between the indigenous people and the professionals, and the bureaucratic process in terms of registering the user so they can benefit from treatments and services, requiring political and assistance interventions that respect their needs and demands.

**Keywords:** Primary health care, Indigenous health, Health policy, Guarani people.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ARA	Associação Arandu Aty
Art.	Artigo
AIS	Agente Indígena de Saúde
AISAN	Agentes Indígenas de Saneamento
CASAI	Casas de Saúde Indígenas
CES	Conferência Estadual de Saúde
CIEVS	Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNPI	Conselho <i>Nacional</i> de Políticas Indigenistas
CNPSI	Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSI	Conferências Nacionais de Saúde Indígena
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CORE-PR	Coordenação Regional da FUNASA do Paraná
COSEMS	Conselhos das Secretarias Municipais de Saúde
DASI	Departamento de Atenção à Saúde Indígena
DEAMB	Departamento de Determinantes Ambientais de Saúde Indígena
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
EMSI	Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
ERSM	Instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental
ESPP	Escola de Saúde Pública do Paraná
EVS	Equipes Volantes de Saúde
ESF	Equipes de Saúde da Família
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MVPI	Mês de Vacinação dos Povos Indígenas
NASFI	Núcleo de Apoio à Saúde da Família Indígena
NUTRISUS	Estratégia de fortificação da alimentação infantil

ONGs	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PASSI	Programa Articulando Saberes em Saúde Indígena
PDSI-PR	Plano Distrital de Saúde Indígena para o Paraná
PI	Práticas Integrativas
PMM	Programa Mais Médicos
PMS	Planos Municipais de Saúde
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PPGSED	Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar Sociedade e Desenvolvimento
REGIC	Região de Influência das Cidades
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
SPILTN	Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais
SIASI	Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena
SUS	Sistema Único de Saúde
SASI	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SASISUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI	Terras Indígenas
TIF	Terra Indígena Faxinal
UNESPAR	Universidade Estadual do Paraná
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional
VS	Vigilância em Saúde

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Distribuição populacional indígena no Brasil - 2022 .....	16
Figura 2: Distritos Sanitários Especiais Indígenas .....	20
Figura 3: Mapa de localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.....	24
Figura 4: Censo demográfico Brasil 2022 - Indígenas .....	26
Figura 5: Noticiário sobre a extinção do CNPI .....	35
Figura 6: Projeto Sesai Mais Saúde em atendimento no Xingu .....	37
Figura 7:Ação de imunização na Semana de Vacinação nas Américas no Brasil.....	38
Figura 8: Noticiário sobre a instituição do Grupo de Trabalho de Medicinas Indígenas .....	40
Figura 9: População indígena do estado do Paraná e ranking por Unidade Federativa .....	43
Figura 10: Indígenas por localização do domicílio no estado do Paraná .....	43
Figura 11: Coeficientes de Mortalidade Infantil de 21 municípios paranaenses (2001-2007).44	
Figura 12: DSEI Litoral Sul - Modelo de Gestão e Polos Base .....	45
Figura 13: Noticiário sobre substituição de ONGs responsável pela saúde indígena no Paraná (2009) .....	48
Figura 14: Noticiário “Indígenas ocupam sede de ONG no Paraná” (2009).....	49
Figura 15: Reportagem sobre situação da comunidade Guarani de Campo Mourão em 2019	52
Figura 16: Localização da Comunidade Indígena Tekoha Verá Tupã'i e UBS Barreiro das Frutas .....	52
Figura 17: Vacinação – Ações fortalecem saúde indígena no Paraná.....	54
Figura 18: “Setembro Amarelo” – Comunidade Indígena de São Miguel do Iguaçu .....	56
Figura 19: Contemplação de Benefício Social – Família indígena Guarani .....	57

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: COMUNIDADES INDÍGENAS, CAMINHOS E PRESSUPOSTOS</b> .....	16
2.1 A saúde indígena como política pública.....	17
2.2 Atenção Primária à Saúde Indígena .....	28
2.3 Ações e marcos contemporâneos.....	33
<b>3 SAÚDE INDÍGENA NO PARANÁ E EM CAMPO MOURÃO: PANORAMA E POSSIBILIDADES</b> .....	42
3.1 Atuação do poder público.....	46
3.2 Ações e serviços .....	53
3.3 Indígenas como usuários dos serviços de saúde.....	59
<b>4 COMUNIDADE INDÍGENA GUARANI DE CAMPO MOURÃO/PR: AS VIVÊNCIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b> .....	64
4.1 Experiências e atendimentos .....	65
4.2 Necessidades e perspectivas .....	71
4.3 Rumos futuros .....	80
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	84
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	84
<b>APÊNDICES</b> .....	95
<b>ANEXOS</b> .....	102

## 1 INTRODUÇÃO

Os povos indígenas no Brasil apresentam um contexto histórico marcado por desestruturação no âmbito social, econômico e ambiental desde o início da colonização portuguesa, frisada por manifestações religiosas, políticas e movimentos de resistências que exerceram grande influência sobre os determinantes da saúde destes povos (Coimbra; Santos; Escobar, 2003). A partir deste processo histórico, com o marco legal da Constituição Federal de 1988 iniciou-se um processo de criação de políticas públicas voltadas à busca em assegurar assistência à saúde às comunidades indígenas na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS), cujas políticas e diretrizes são estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS).

Como forma de regulamentar as reivindicações e as condições de prestação de assistência indígena, instituiu-se pela Lei nº 9.836/99 o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) (Cardoso, 2014). Para um atendimento eficiente e resolutivo das necessidades de saúde da população, o SUS tem como enfoque a Atenção Primária à Saúde (APS), que visa a prevenção de complicações, articulando com as políticas de saúde indígena para alcance de seus direitos (Garnelo; Pontes, 2012).

Portanto, no processo subsequente do desenvolvimento de políticas públicas de saúde à população indígena e implantação de uma estrutura organizacional, a multiplicidade de entidades governamentais e não governamentais gerou uma gestão complexa devido à disparidade de interesses e formas de funcionamento dos atores envolvidos (Garnelo; Pontes, 2012). Essa desestruturação acarretou em problemáticas voltadas à capacidade administrativa de recursos financeiros, carência de suprimentos, de estrutura básica, falta de planejamento das ações e organização de um sistema com falta de qualificação de profissionais diante de comunidades culturalmente diferenciadas e seus diferentes níveis de contato (Brasil, 2002). Diante desta contextualização das políticas públicas voltadas aos povos indígenas, observa-se um posicionamento político do Estado que revela uma diferenciação entre os indígenas que vivem em Terras Indígenas (TI) e os que vivem em áreas rurais e centros urbanos, na maioria das vezes, fora das aldeias. As políticas públicas referidas não são estendidas aos que vivem em regiões urbanizadas (Guirau; Silva, 2013).

Aos indígenas que não estão nas TI, na busca do acesso à saúde, os estados e os municípios não podem recusar atendimento alegando que esta é uma competência da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), pois os serviços ofertados pelo SUS são universais e não excludentes (Bernabé; Bonissoni; Silva, 2021). Sendo assim, os indígenas que precisam

de atendimento à saúde no contexto urbano e rural são atendidos de forma idêntica aos demais usuários. Este quadro reflete em um desafio no acesso do público indígena ao atendimento primário, pois as características culturais próprias, barreiras linguísticas, a falta de acessos e preparação das equipes de saúde para o atendimento limitam este processo (Souza; De Moura; Mai, 2012). Devemos levar em consideração a diversidade de etnias, línguas e experiências existentes na busca de uma assistência à saúde eficiente. A cultura indígena é baseada em uma abordagem holística, empírica, com os indivíduos e o universo ao redor. O conhecimento dos costumes indígenas é indispensável para execução de ações e projetos para uma adequada educação e promoção em saúde para esses setores sociais, compondo do tratamento com o uso de plantas medicinais, por exemplo (Coimbra Jr, 2003). Há necessidade de práticas de cuidado que dialogam entre si e não a criação de uma política integracionista reguladora (Brasil, 2002). Este contexto, segundo Marinho (2021, p. 184), “sinaliza para a realização de estudos mais detalhados, uma vez que os dados censitários demonstram cenários de sistemática desigualdade em comparação ao restante da população”.

Desta maneira, ocorre a indagação para o presente estudo sobre a qualidade da assistência prestada à saúde à comunidade indígena Guarani no contexto atual de enfoque no município de Campo Mourão/Paraná, pois, segundo Santos e Coimbra Jr (2003), a escassez dos sistemas de informações sobre o perfil epidemiológico dos indígenas no Brasil, juntamente com a diversidade de etnias falantes de diversas línguas diferentes, não permite uma análise abrangente sobre o conhecimento do processo saúde e doença destes povos. Porém, necessitamos conhecer os fatores relativos e as condições de vida e saúde das etnias para orientação de uma política adequada. E levando isto em consideração, no estado do Paraná, as duas principais etnias presentes são os Guarani e os Kaingang, as quais estão entre as três mais populosas no sul do país (Boaretto; Molena-Fernandes; Pimentel, 2015).

Os questionamentos para o desenvolvimento da temática desta pesquisa partiram da jornada profissional da autora que vos escreve. Como enfermeira nos serviços em que atuei, me questionava sobre a baixa procura dos povos indígenas pela assistência à saúde e questionava-me se os mesmos, o qual apresenta uma cultura com tamanha diversidade, teria de fato uma percepção e um cuidado holístico de nós profissionais de saúde diante dos atendimentos existentes, e se essa assistência teria de fato continuidade e eficácia. A oportunidade de contribuição surgiu a partir da pesquisa “Perfil e presença indígena em Campo Mourão (PR): reconhecimento no espaço urbano e rural da Bacia do Rio Ivaí” (Pereira, 2022), que tem por autora uma pessoa muito especial para mim, minha irmã e excelente profissional da área do Direito, que identificou em sua pesquisa as reivindicações

indígenas no município no qual residimos. Dentre as necessidades apontadas em sua pesquisa, as questões relacionadas à saúde e políticas públicas me chamaram a atenção para poder buscar compreender e contribuir com o desenvolvimento de estudos e melhorias no processo de qualidade dos serviços prestados à saúde indígena.

Além disto, há necessidade de estudos para contribuir com as reivindicações dos povos indígenas no país. O modelo médico assistencial para os povos indígenas no Brasil ainda é precário, mesmo para a execução das ações básicas em saúde (Cardoso, 2014). Desta forma, busco nesta pesquisa realizar uma investigação da atenção primária à saúde das comunidades indígenas no município de Campo Mourão/PR, de maneira mais específica a comunidade indígena Guarani presente na área rural do município, corroborando com benfeitorias na assistência pública à saúde voltada a estes. Portanto, esta pesquisa compreende como objetivo geral realizar uma investigação da atenção primária à saúde das comunidades indígenas em Campo Mourão/PR.

Visando a compreensão da temática, apresento os seguintes questionamentos que orientaram a pesquisa: a) Quais as principais políticas de saúde existentes para os povos indígenas? b) Quais são as suas necessidades e reivindicações de saúde? c) As ações e serviços de saúde existentes visam a conexão entre as práticas indígenas e as ciências médicas? d) O município possui políticas públicas de saúde aos indígenas nos meios urbano e rural? e) Quais as ações e serviços de saúde existentes na atenção primária voltados aos indígenas Guarani no município?

Na mesma linha de raciocínio, os objetivos específicos são: a) Ressaltar a relevância da atenção primária à saúde indígena, suas particularidades e relações com as políticas públicas; b) Investigar o panorama regional/local quanto às ações e políticas de saúde voltadas às comunidades indígenas; c) Analisar a perspectiva das comunidades indígenas acerca do acesso e assistência na atenção primária à saúde em Campo Mourão/PR.

A partir dos objetivos elencados, imergindo na área de concentração do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar Sociedade e Desenvolvimento (PPGSeD) da Universidade Estadual do Paraná (Unespar), buscou-se na pesquisa proceder por uma abordagem interdisciplinar entre as áreas da Saúde, História, Políticas Públicas, Direito, Ciências Sociais e Ciências Ambientais. A interdisciplinaridade possibilita o conhecimento das reais necessidades das comunidades, contribuindo na solução de problemas complexos da atualidade. Apresenta-se como “caminho para o enfrentamento das contradições, limites e desafios, para nos fortalecer como coletivo e responder a essas necessidades” (Sarreta, 2023, p. 212), proporcionando melhorias das condições de vida e de saúde (Sarreta, 2023).

Desta forma, pode-se observar a intersecção de diversas áreas para a contribuição do desenvolvimento da pesquisa presente. Dentre elas, teremos a Saúde como perspectiva central da investigação, permeando todas as seções da dissertação e entrelaçando as noções de acessibilidade, assistência e atenção primária. A História trará contribuições identificando os processos históricos em torno das comunidades indígenas, bem como a historicidade dos sujeitos envolvidos; temática a ser desenvolvida nas seções iniciais. As áreas das Políticas Públicas e do Direito envolverão a análise das ações já implementadas pelo Poder Público e o aparato legal vinculado aos direitos fundamentais desse setor social em questão; com as políticas públicas trabalhadas na seção teórica e as ações legais abordadas na seção de aprofundamento e reflexão do objeto de estudo. As Ciências Sociais auxiliarão no viés de composição social e interações com a sociedade local e instituições e as Ciências Ambientais com a relevância do meio ambiente e território na organização das subjetividades das comunidades indígenas; temas estes a serem explorados nas seções finais.

Quanto aos procedimentos metodológicos, trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Segundo Dyniewicz (2014, p. 97), a pesquisa exploratória tem por objetivo explicar, bem como proporcionar de forma ampla, uma visão geral relacionada a um fato, enquanto a descritiva “tem como propósito observar, descrever, explorar, classificar e interpretar aspectos de fatos ou fenômenos”. Referente à abordagem qualitativa, segundo Antônio Carlos Gil (2002, p. 133), é definida como um processo, ou seja, “uma sequência de atividades, que envolve a redução dos dados, a categorização desses dados, sua interpretação e a redação do relatório”, com objetivo de obter ideias abrangentes e significativas.

O aporte teórico foi realizado por um levantamento de livros, periódicos científicos, teses e dissertações que abordam a temática junto ao banco de dados da CAPES, base SciELO, no campo de artigos científicos. Além disso, foi feito levantamento de arquivos da FUNAI e legislações inerentes à temática de pesquisa, assim como das notícias em sítios eletrônicos referentes à conjuntura indígena no município, possibilitando uma análise acerca do tema sob a perspectiva de diversas áreas do conhecimento. Posteriormente, esta pesquisa contou com o levantamento de informações e dados junto aos membros da comunidade indígena (pesquisa *in loco*), maiores de 18 anos, residentes de Campo Mourão/PR, que utilizam a atenção primária do serviço público de saúde. Foram excluídas da pesquisa pessoas com alterações cognitivas ou neurológicas que impeça a comunicação. Em relação ao quantitativo de participantes, obtivemos 08 (oito) participações. Foram entrevistadas a Secretária Municipal de Saúde, a enfermeira responsável pela Unidade Básica de Saúde

(UBS) de referência da área de abrangência da comunidade Guarani e a agente comunitária de saúde que presta assistência na UBS. Quanto aos indígenas Guarani, foram realizadas 05 (cinco) entrevistas. Visando atender os princípios éticos, os dados a respeito da identidade dos participantes foram preservados, seus nomes foram substituídos (S.S.; E.R.; A.C.; G1; G2; G3; G4; G5). Este quantitativo foi designado devido à realidade da aldeia, sendo o público de crianças e jovens em maior quantidade e a viabilidade de contribuição com a pesquisa segundo a representante da comunidade Guarani.

Para a análise de dados, foi adotado o referencial de análise temática de conteúdo proposta por Bardin (2011). Os dados coletados passaram por três etapas classificadas por pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na primeira etapa, o conteúdo passou por uma leitura-flutuante para seleção documental e preparação do material, formulando hipóteses e objetivos. Na segunda etapa, houve a análise propriamente dita e as análises foram agrupadas em dados brutos relevantes de acordo com o referencial teórico levantado. E, na última etapa, o material foi recortado em unidades de registros de acordo com a semântica, considerando a homogeneidade e inferência das informações, organizados em categorias, colocando-se em relevância as informações fornecidas (Bardin, 2011).

A coleta de dados foi realizada mediante entrevistas semiestruturadas. Tais entrevistas foram gravadas e os dados transcritos na íntegra e posteriormente analisados. Para evitar possíveis conflitos na barreira linguística, as entrevistas à comunidade Guarani foram auxiliadas por um intérprete com intuito de manter a objetividade da mensagem transmitida, sem inferências, respaldadas no referencial teórico. Visando atender os princípios éticos, os dados a respeito da identidade dos participantes serão preservados. A pesquisa foi submetida à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e aprovada de acordo com o parecer 6.799.970 de 2024. A pesquisadora se compromete em manter os dados coletados em sigilo e sob sua responsabilidade. Os entrevistados foram informados de todos os procedimentos e receberam uma cópia do Registro do Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados coletados serão utilizados para fins desta pesquisa e serão armazenados por pelo menos cinco anos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Nesse sentido, a divisão das seções da dissertação segue uma lógica que facilita a investigação e a compreensão dos temas, mantendo um texto coeso e coerente com as intencionalidades da pesquisa. Esta pesquisa contempla divisões em seções e subseções. Após a seção 1 composta da Introdução, a seção 2, “Atenção Primária à Saúde: comunidades indígenas, caminhos e pressupostos” aborda as principais políticas públicas de saúde voltadas

a esse público e a relevância da atenção primária na contextualização, necessária para orientar o leitor na compreensão dos questionamentos da pesquisa. Ainda dentro desta seção, terá como destaque a problemática evidenciada pelo autor Baniwa (2007), do grande desafio em lidar com a diversidade que necessita ser articulada entre as perspectivas tradicionais e aquelas consideradas “modernas”, diante dos diferentes níveis de contato dos povos indígenas e, associado a isso, a limitação das políticas públicas de saúde referente aos que vivem em TI e os que vivem fora delas. As políticas públicas referidas não são estendidas aos que vivem em regiões urbanizadas (Guirau; Silva, 2013), refletindo negativamente na eficiência dos serviços, ações e assistência no âmbito da atenção primária à saúde deste público. A seção 3, “Saúde indígena no Paraná e em Campo Mourão: panorama e possibilidades”, abrange um enfoque direcionado ao nível estadual e regional, trazendo as questões retratadas até o momento para contextualizar as ações, serviços e atuação do poder público à realidade local, pois, segundo Pereira (2022), há reivindicações de etnias indígenas diversas no município que se comunicam e se complementam, como exemplo, a oportunidade de fala e um espaço para serem ouvidas nas assistências municipais. A seção 4, “Comunidade indígena Guarani de Campo Mourão/PR: as vivências na atenção primária à saúde” abarca a análise dos resultados obtidos na pesquisa propriamente dita, com diálogos entre as falas dos indígenas locais e serviços existentes, na busca de respostas advindas das questões orientadoras iniciais. As seções 2, 3 e 4 dialogam respectivamente com os objetivos específicos da pesquisa, traçando uma conexão e coerência no desenvolvimento da dissertação. E, por fim, a seção 5 com as Considerações Finais, retomando brevemente as ponderações da pesquisa, análise e cumprimento dos objetivos, além das contribuições e sugestões de novos estudos sobre a temática.

A pesquisa visou desenvolver um estudo local para corroborar com benfeitorias na assistência pública à saúde voltadas a essas comunidades indígenas, além de contribuir por meio de informações e subsídios para a promoção de políticas públicas adequadas ao atendimento das comunidades. Desta forma, a pesquisa buscou contribuir na visibilidade e na escuta das necessidades indígenas locais, além de servir de estímulo para a produção de novos estudos na área.

## 2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: COMUNIDADES INDÍGENAS, CAMINHOS E PRESSUPOSTOS

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

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

**Figura 1:** Distribuição populacional indígena no Brasil - 2022

### População indígena



Fonte: IBGE, 2022<sup>1</sup>.

No censo apresentado, a razão pelo qual o total de pessoas indígenas é superior ao recorte de pessoas de cor ou raça declarada é devido a definição de indígena utilizada pela pesquisa, sendo indígena a pessoa residente em localidades indígenas que se declarou pelo

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

quesito cor ou raça ou pelo quesito de se considerar indígena, ou mesmo, pessoa residente fora de TI que se declarou indígena no quesito cor ou raça (IBGE, 2022).

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

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

Compreender a realidade dos povos indígenas através de mecanismos do sistema de saúde pela epidemiologia é um desafio constante em virtude da magnitude territorial e diversidade cultural nacional (Brasil, 2019). Analisar as particularidades do acesso à saúde indígena é refletir uma realidade a qual não experimentam concretamente dentro do SUS o mesmo direito de acesso dos demais usuários, apresentando em alguns momentos uma posição ora privilegiada ora de subusuário. Cabe refletir quais necessidades de acesso à saúde os povos indígenas compreendem como suas, alheias, por exemplo, aos princípios que regem seu modo de ser (Azevedo; Gurgel; Tavares, 2014).

## **2.1 A saúde indígena como política pública**

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

telegráficas e ferrovias, por exemplo, provocou numerosos massacres e aumento de mortalidade por doenças transmissíveis, por introdução de patógenos nas comunidades indígenas, ocasionando graves epidemias. O primeiro serviço com ações e atenção à saúde indígena foi o Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILNT) criado pelo Decreto nº 8.072, de 20 de junho de 1910<sup>2</sup>, desenvolvido e mantido até o ano de 1967, reconhecido pela historiografia como Serviço de Proteção ao Índio (SPI) a partir de 1918. Porém, sua efetividade manteve-se limitada a atendimentos emergenciais e em processos de pacificação (Brasil, 2002), devido às dificuldades apresentadas nos registros e inquéritos do SPI decorrente do impacto do convívio entre indígenas e não indígenas, como a transmissão de doenças infecciosas e parasitárias, responsáveis pela morte de grandes números de indígenas, associado a uma dificuldade na introdução de uma “medicina científica<sup>3</sup>” (Brito; Lima, 2013).

Com a extinção do SPI em 1967, criou-se a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) pela Lei 5.371, de 5 de dezembro de 1967<sup>4</sup>, que passou a desenvolver as ações voltadas para a saúde indígena até o ano de 1999, originando as Equipes Volantes de Saúde (EVS) para atendimentos esporádicos das comunidades indígenas com aplicação de vacinas e assistência médica. Porém, devido à dificuldade da fundação em organizar os serviços para alcançar as demandas da grande diversidade e dimensão geográfica das comunidades, as equipes volantes foram se fixando nos centros urbanos e a presença nas aldeias tornava-se cada vez mais esporádica (Brasil, 2002). As dificuldades encontradas, conforme indicado na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASP), eram:

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

---

<sup>2</sup> O Serviço de Proteção aos Índios (SPI) foi um órgão vinculado ao Ministério da Agricultura que tinha como objetivo a proteção destes povos através de um processo de enquadramento progressivo de suas terras no sistema produtivo nacional. Para leitura na íntegra acesse: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1910-1929/d8072.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/d8072.htm)>. Acesso em: 26 ago. 2023.

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

<sup>4</sup> Para leitura na íntegra acesse: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/15371.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/15371.htm)>. Acesso em: 26 ago. 2023.

Segundo Mendes et al (2018) e Garnelo (2012), a expectativa era de “assimilação<sup>5</sup>” destes povos com o restante da população brasileira, impedindo que tomassem decisões de acordo com suas reais necessidades. Portanto, em 1988, com a promulgação da Constituição Federativa do Brasil, criaram-se políticas públicas voltadas aos povos indígenas e definiu-se os princípios gerais do SUS pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990<sup>6</sup>, sob gestão Federal do Ministério da Saúde. Posteriormente a essa, foi anexada a Lei 9.836, de 23 de setembro de 1999<sup>7</sup>, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) (Brasil, 2002). Podemos observar a relevância deste contexto na fala de Chico Apurinã, no livro “Vozes indígenas na saúde”, da aldeia de São Francisco, na Terra Indígena Água Preta/Inari, no sul do Amazonas:

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

Neste processo histórico, no mês anterior à criação do SASI, foi publicado o Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999<sup>8</sup>, que regulamenta as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas na esfera do SUS, deixando de ser prestada pela FUNAI e passando a ser ofertada pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), como descrito no artigo 3º do mesmo decreto, a qual realizou esse serviço até 2010 (Bernabé; Bonissoni; Silva, 2021).

A Constituição Federal de 1988 foi um marco a partir da criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Associado a parcerias de outras instituições públicas, buscou assegurar assistência médica e odontológica às comunidades, cujas políticas e diretrizes seriam estabelecidas pelo Ministério da Saúde e suas ações pela FUNASA, procurando acatar as reivindicações dos movimentos indígenas. A partir disto, criaram-se 34

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

<sup>6</sup> Disponível em:

<[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.&text=Art](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.&text=Art)>. Acesso em: 26 ago. 2023.

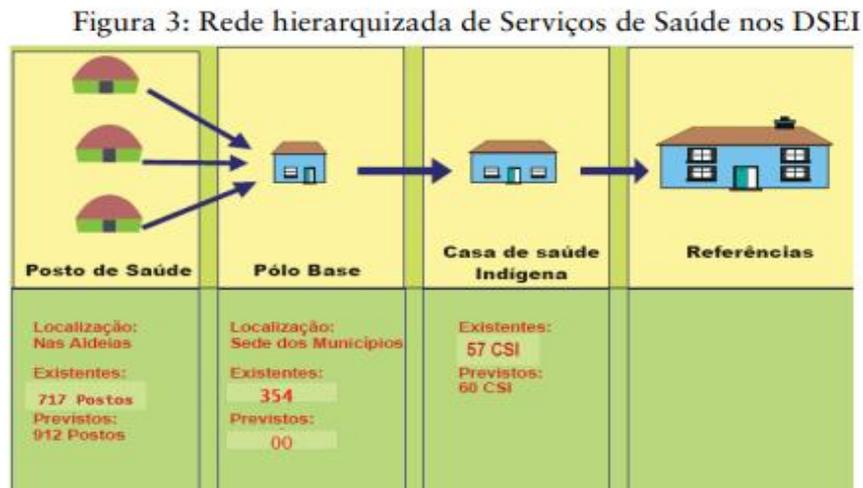
<sup>7</sup> Disponível em <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9836.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9836.htm)>. Acesso em: 26 ago. 2023.

<sup>8</sup> Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3156.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3156.htm)>. Acesso em: 26 ago. 2023.

(trinta e quatro) DSEI, distribuídos de acordo com as áreas territoriais junto às unidades de saúde, polos bases em territórios e Casas de Saúde Indígenas (CASAI). Estas últimas, com o objetivo de receber os pacientes indígenas em trânsito e encaminhá-los para exames e tratamentos na assistência de média e alta complexidade (Cardoso, 2014).

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

**Figura 2:** Distritos Sanitários Especiais Indígenas



Fontes: DESAI. Ministério da Saúde, 2008.

Consórcio IDS-SSL-CEBRAP<sup>1</sup>, 2009.

**Fonte:** Garnelo; Pontes, 2012.

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

Este processo de distritalização da saúde, na prática, ocorreu de forma desigual de uma região para outra no país, marcado por uma estrutura meramente organizacional e não assistencial, ocasionando conflitos e falta de integração entre instituições e na operacionalização das ações, falta de cobertura em áreas territoriais indígenas, infraestrutura física e recursos para formação de equipes qualificadas, além da incipiente participação indígena nos planejamentos e formulações das ações em conselhos. Segundo Garnelo e Pontes (2012, p. 26):

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

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

Sobre a organização dos conselhos distritais e locais de saúde, que vieram logo depois da implantação dos DSEIs, foram feitas várias reuniões. Todos os conselhos foram criados com muita discussão. O conselho tinha que representar uma determinada comunidade, portanto ele tinha e tem a responsabilidade de conhecer o problema e de discutir com a comunidade, para levar as prioridades para discussão dos conselhos. A gente sabe que não está prontinho, que há problemas. Como eu disse, o subsistema foi criado em 1999, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnapi), em 2002, a Sesai em 2010. Várias outras legislações (portarias, decretos, instrumentos de governo) foram criadas e os nossos conselheiros foram capacitados uma única vez. Portanto, esse é o desafio: capacitar, porque sem conhecer esse volume de legislação, o conselheiro não tem como cobrar qualidade do subsistema e do sistema de saúde. O Brasil todo tem essa pendência e temos que avançar nesse sentido (Apurinã, 2022, p. 114).

Em seguimento ao processo histórico da criação das políticas de saúde indígena, em 2010, com o surgimento da Lei nº 12.314, de 19 de agosto de 2010<sup>9</sup>, vinculou-se o Departamento de Saúde Indígena ao Ministério da Saúde, como disposto no artigo 11º e, após dois meses, criou-se a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), com o Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010<sup>10</sup>, sendo responsável pelo atendimento à saúde das comunidades nas TI, como já prestado pela FUNASA anteriormente. Este movimento, segundo Chico Apurinã (2022, p. 108), iniciou em meados de 2008 com a discussão de criar

---

<sup>9</sup> Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/lei/112314.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112314.htm)>. Acesso em: 26 ago. 2023.

<sup>10</sup> Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/decreto/d7336.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7336.htm)>. Acesso em: 26 ago. 2023.

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

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

A SESAI, em conjunto com a FUNAI, publicou a Portaria Conjunta nº 4.094, de 20 de dezembro de 2018<sup>11</sup>, tratando dos princípios, diretrizes e estratégias para atenção à saúde dos povos indígenas isolados e de recente contato. As principais competências da SESAI estão vinculadas à administração da PNASPI, coordenação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e sua integração com o SUS, além de orientar as ações de atenção integral e educação em saúde.

Conforme o Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019<sup>12</sup>, a SESAI apresenta dois departamentos: Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI), que tem como missão a coordenação e supervisão de ações de atenção integral à saúde indígena, apoiar e implementar programas de atenção à saúde segundo as diretrizes do SUS e prestar assessoria aos DSEI, apoiando os planos distritais e saneamento ambiental, enquanto compete ao Departamento de Determinantes Ambientais de Saúde Indígena (DEAMB) planejar, coordenar, supervisionar e avaliar o saneamento e as edificações de saúde nos territórios indígenas, além da implantação de programas de educação em saneamento. Ambos os departamentos ficam localizados na sede da SESAI em Brasília/DF e estão em articulação com os DSEI e as CASAI espalhadas pelo território brasileiro.

Dentro da estrutura dos DSEI, como já citado anteriormente, destacam-se os polos-base de atendimento, sendo a primeira referência para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) que atuam em conjunto com as aldeias. Estes Polo-Base são divididos em tipo I, com sua localização nas TI executando serviços assistenciais e de capacitações, e o tipo II, situado no município de referência como apoio administrativo às equipes multidisciplinares (Brasil, 2002).

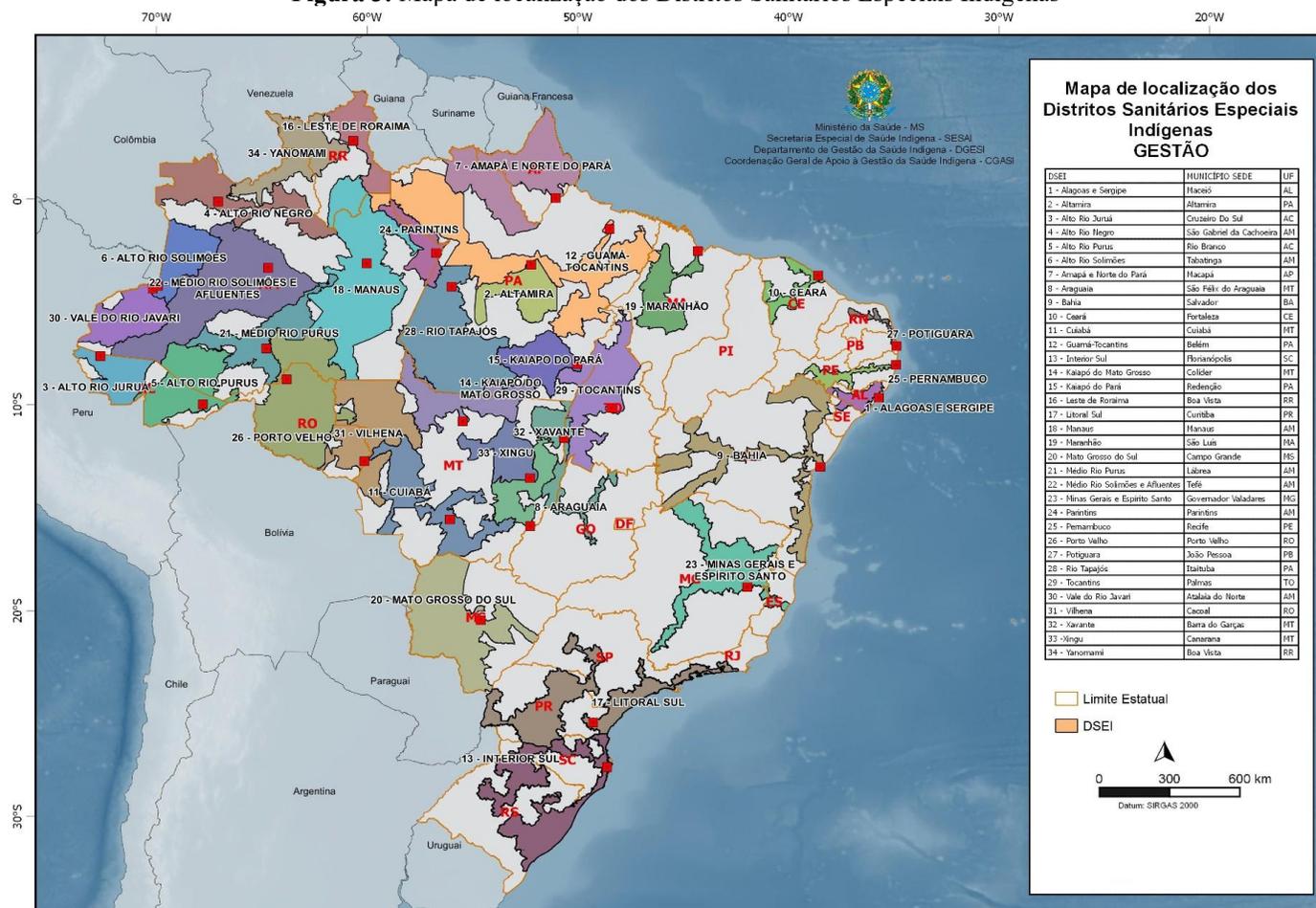
---

<sup>11</sup> Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/poc4094\\_28\\_12\\_2018.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/poc4094_28_12_2018.html)>. Acesso em: 26 ago. 2023.

<sup>12</sup> Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm)>. Acesso em: 04 mar. 2024.

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

**Figura 3:** Mapa de localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas



Fonte: Ministério da Saúde, 2021<sup>13</sup>.

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

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

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

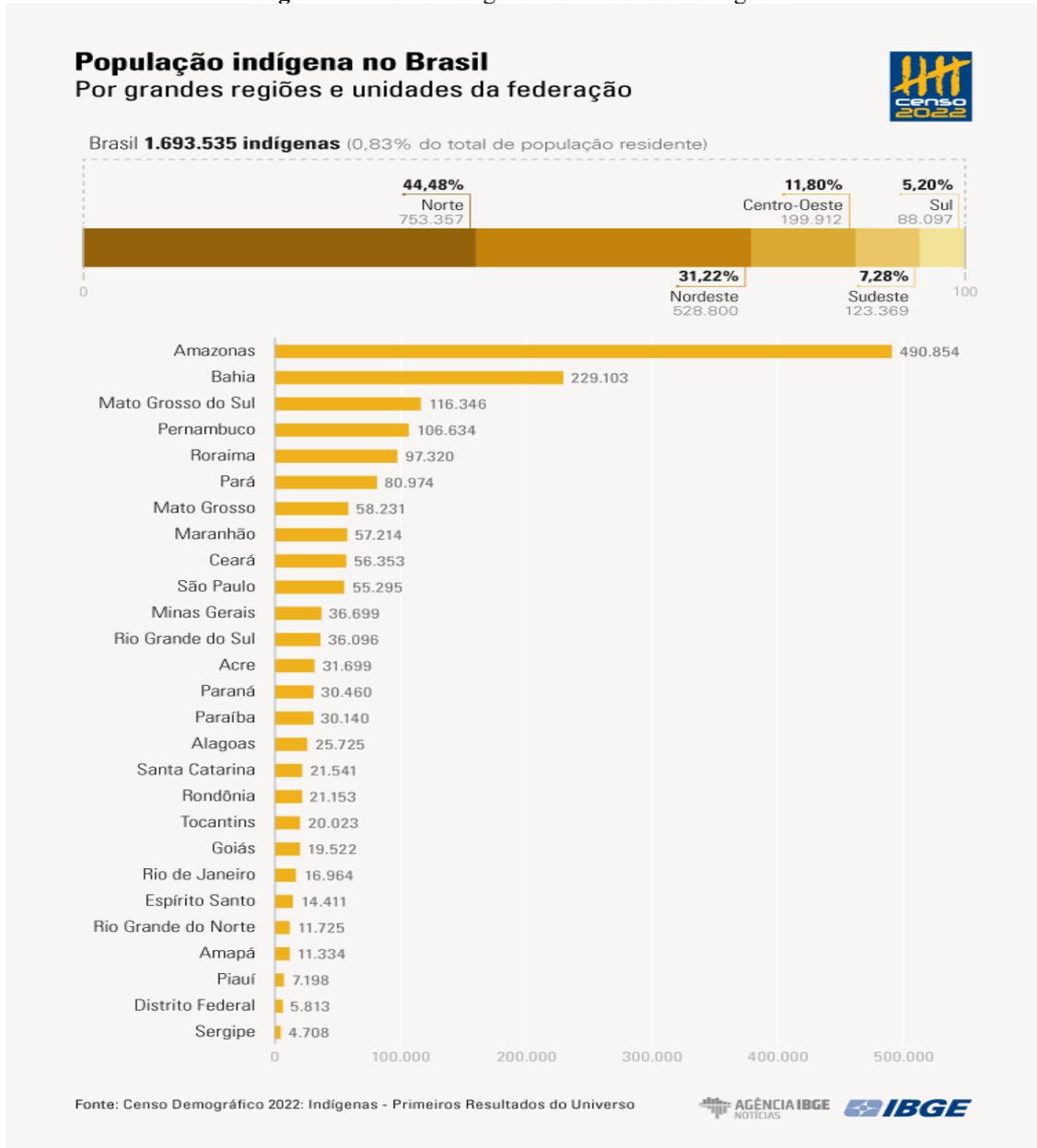
Ainda neste contexto das DSEI, houve a dificuldade de compreender a importância da representatividade dos conselhos distritais na discussão de como seria administrada a saúde indígena, como relatado por Lourenço Krikatí (2022, p. 177), liderança indígena do povo Krikatí e professor, a partir da experiência na criação do DSEI do estado do Maranhão: “Finalmente instalamos o DSEI, mas com a participação dos indígenas ainda precária [...]”. E, posteriormente, acrescenta quanto à organização política instaurada:

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

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

tende a desenvolver-se de maneira divergente de uma região à outra. Este fato também se deve à concentração demográfica da população indígena no país, conforme dados censitários do ano de 2022 divulgados pelo IBGE, como podemos observar na Figura 4:

**Figura 4:** Censo demográfico Brasil 2022 - Indígenas



Fonte: Agência IBGE Notícias, 2023<sup>14</sup>.

A eficácia da participação indígena no controle social da saúde está diretamente relacionada ao grau de organização política e experiência histórica, como observado no Amazonas. Este contexto possibilitou a participação dos mesmos no controle social das ações

<sup>14</sup> Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37565-brasil-tem-1-7-milhao-de-indigenas-e-mais-da-metade-deles-vive-na-amazonia-legal>>. Acesso em: 19 set. 2023.

de saúde, diferente das regiões como no Centro-Oeste e Sul do país, onde o exercício do controle social deverá ser estimulado pelas instituições responsáveis na execução dos serviços de saúde buscando um funcionamento regular dos conselhos distritais com a participação efetiva dos indígenas, mantendo a linha política de distritalização da saúde indígena (Athias; Machado, 2001).

Este processo político de distritalização da saúde indígena advém da busca de uma articulação entre os povos, lideranças e organizações em prol de saúde e outros direitos. Um grande desafio é lidar com a diversidade que necessita ser articulada entre as perspectivas tradicionais e modernas, diante dos diferentes níveis de contato (Baniwa, 2007). A SESAI oferta todos os serviços de atenção básica à saúde aos povos indígenas que estejam isolados e de recente contato no âmbito das TI homologadas (segundo o parágrafo único do 2º artigo do Decreto nº 3.156/99), oferecendo serviços de atenção médica com clínico geral, serviços de saúde bucal, farmacêutica, atenção à criança, prevenção de doenças, saneamento básico e vacinação (Bernabé; Bonissoni; Silva, 2021).

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

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

Conforme o noticiário publicado pelo Ministério dos Povos Indígenas “Dados do Censo 2022 revelam que o Brasil tem 1,7 milhão de indígenas”, publicado em 07 de agosto de 2023, a população indígena no país chegou a 1.693.535 neste ano, um aumento significativo de 88,82% referente ao Censo do IBGE do ano de 2010. Este aumento está associado a mudanças metodológicas, o qual ampliaram o questionário com a pergunta “você se considera indígena?” para fora das TI. Esta questão nos direciona aos indígenas que estão vivendo nos centros urbanos e rurais.

Tal presença indígena em contextos urbanos e rurais fora das TI é marcada por vulnerabilidades socioeconômicas, em um processo de constante luta pela afirmação de seus

direitos (De Paula, 2017). O reconhecimento destes cenários de interação nos permitirá a percepção dos desafios e problemas presentes nas demandas dos direitos indígenas (De Paula, 2017). Sendo assim, seria desejável uma multiplicação de etnografias sobre este contexto, pois segundo Luis Roberto de Paula (2017, p. 318): “se trouxerem elementos comuns para construção de um quadro comparativo e analítico, certamente contribuirão para que se avance nos debates e disputas acerca das políticas públicas”.

Em decorrência disso, é preciso avaliar as reivindicações por parte de agentes locais, regionais e federais levando em consideração suas vulnerabilidades, demandas e possibilidades de organização, pois os contextos dos pequenos municípios encontram-se em realidades divergentes e há também peculiaridades que se dão dentro ou ao redor de metrópoles (De Paula, 2017). Em meio a estas reivindicações relatadas, esta pesquisa preza pela necessidade de conhecimento da atenção à saúde indígena no contexto APS, analisando as condições de ofertas de ações e serviços locais existentes.

## **2.2 Atenção Primária à Saúde Indígena**

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

A APS é uma forma de organizar os serviços, buscando ofertar um atendimento eficiente e resolutivo das necessidades com o menor custo, visando a prevenção de complicações e a solução dos principais problemas de saúde que ocorrem na população (Garnelo; Pontes, 2012). Promove-se, assim, a saúde coletiva contemplando aspectos biopsicossociais sobre os processos de saúde-enfermidade (Giovanella *et al.*, 2009). Como forma de contemplar estes aspectos e proporcionar o acesso universal à saúde, a APS conta com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), equipe que poderia ser compreendida, segundo Marsiglia, Silveira e Carneiro Junior (2005, p. 70) como “[...] peça fundamental na reestruturação da atenção básica e, em alguns casos, como extensão da cobertura para regiões

sem nenhuma forma de assistência à saúde”, porém, podendo inferir que este movimento promove o desenvolvimento da assistência em segmentos populacionais sem acesso universal (Marsiglia; Silveira; Carneiro Junior, 2005).

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

A Constituição abriu espaço para um subsistema de saúde indígena através dos artigos 196, 197 e 198 que tratavam da saúde de forma universal, só não definiu como ele poderia funcionar em relação ao SUS. Daí diziam: “o SUS não chega nas aldeias”. Rebatíamos: “Então tem que ver como vamos chegar com a saúde nas aldeias. É através da atenção primária? Então, é a atenção primária que nós vamos levar (Apurinã, 2022, p. 107).

Portanto há diversos desafios na implementação de ações de saúde na atenção primária aos povos indígenas, como as populações que residem em lugares de difícil acesso, características geográficas e sazonais, falta de estrutura, indicadores de saúde desfavoráveis, quantitativo de profissionais insuficientes associado ao contexto diversificado de costumes, línguas e conhecimentos, sendo um desafio cotidiano para profissionais de saúde trabalhar com atenção diferenciada, necessitando a “capacidade de entender não só o seu próprio sistema de saúde, mas também respeitar os saberes, estratégias, significados e tradições da população com a qual interage” (Vieira; Oliveira; Neves, 2013, p. 573). Diante desta discussão de acesso universal, devemos levar em consideração as maneiras distintas de intervenções terapêuticas que os povos indígenas possuem, evidenciando a necessidade de uma atenção à saúde diferenciada, tornando-se fundamental a estruturação dos DSEI através do SESAI a este público, tendo em conta a etnia e a epidemiologia territorial, prestando uma assistência à saúde de qualidade aos indígenas (De Faria *et al.*, 2020).

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

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

Esse atendimento igualitário pode ser um dos vieses que refletem na baixa adesão dos indígenas ao acesso à saúde via UBS ofertado pelo SUS, realidade evidenciada em uma pesquisa realizada no município de Maringá/PR<sup>15</sup>, com foco nos atendimentos de saúde aos artesãos indígenas da cidade. Foram pesquisados possíveis atendimentos de 415 (quatrocentos e quinze) indígenas nos serviços de saúde eleitos, encontrando apenas 9 (nove) prontuários existentes, 4 (quatro) em nível hospitalar e 5 (cinco) de atenção primária. Na análise dos prontuários, pôde-se observar a busca por medicamentos sem ação de promoção à saúde, baixa adesão ao tratamento, dificuldade de acompanhamento dos casos e não comparecimento dos mesmos a retornos agendados. Como interferência deste processo, as autoras citam que as características culturais próprias dificultam este processo e a equipe de saúde, independentemente do nível de atenção à saúde, não está preparada para o atendimento (Souza; De Moura; Mai, 2012). Essas particularidades são complexas, pois há dificuldade geográfica, barreiras linguísticas e de informação, “condições determinantes para a diferenciação existente na prestação de saúde às populações urbanas não tradicionais e aos povos indígenas” (Sandes *et al.*, 2018, p. 02). Evidencia-se que o princípio de universalidade aos serviços tendo acesso à atenção primária não tem criado condições para o estabelecimento da equidade (Marsiglia; Silveira; Carneiro Junior, 2005).

Há necessidade de reformulação e adaptação de programas e ações em saúde que levem em consideração a necessidade por políticas que atendam a população indígena neste processo de saúde e doença diante da atenção básica de saúde<sup>16</sup>. Por consequência, é persistente uma precariedade no modelo médico assistencial para os povos indígenas no Brasil, mesmo para a execução das ações básicas para estes, predominando um cenário carente e de difícil controle, como, por exemplo, na incidência de doenças infecto parasitárias (Cardoso, 2014). Ademais, emergem outros desafios à saúde, como o aumento significativo das doenças crônicas não transmissíveis e dificuldades frente à nutrição que já afetam grande parte do povo indígena no país (Brasil, 2002).

Para o acompanhamento das necessidades de saúde da população em geral, a ESF ofertada pela APS visa a assistência integral à família e à comunidade, em um vínculo entre profissionais e a população geral assistida. As dificuldades apresentadas pelos DSEI em áreas

---

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

<sup>16</sup> Ressalta-se que o termo Atenção Básica em Saúde é “[...] definida como ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação” (Giovannella, 2009, p. 784).

indígenas remotas são semelhantes às dificuldades da ESF diante de áreas de difícil acesso (Rocha *et al.*, 2020). Há um despreparo profissional diante de contextos étnicos e, conseqüentemente, comprometimento da qualidade do atendimento às comunidades indígenas (Pedrana *et al.*, 2018).

Em virtude aos contextos étnicos, os sistemas tradicionais indígenas são baseados em uma abordagem holística, empírica, com os indivíduos e o universo ao redor. O conhecimento destes sistemas é indispensável para execução de ações e projetos para uma adequada educação e promoção em saúde para tais comunidades, compondo do tratamento o uso de plantas medicinais, por exemplo (Coimbra Jr, 2003). Há necessidade de práticas de cuidado que dialoguem entre si e não a criação de uma política integracionista reguladora (Brasil, 2002). Entretanto, a preocupação evidente é de uma articulação e complementariedade entre os saberes em saúde, em um cuidado culturalmente apropriado, para garantir a APS aos povos indígenas (Pedrana *et al.*, 2018).

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

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

É preciso destacar que as políticas públicas brasileiras que tratam de temas associados às medicinas tradicionais aderiram ao conceito desenvolvido pela OMS, podendo citar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) publicada em 03 de maio de 2006 (Pedrana *et al.*, 2018). Esta política tem como finalidade promover a integralidade da atenção à saúde no Brasil, tornando possíveis as ações preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS (Brasil, 2006). As práticas regulamentadas nesta política são: acupuntura, medicina tradicional chinesa, homeopatia, fitoterapia e a crenoterapia (uso terapêutico de fontes naturais de águas minerais). Neste contexto, o que mais se aproxima da medicina indígena é a homeopatia, associada ao uso das plantas medicinais. Ainda neste contexto de políticas integrativas, foi aprovada a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), por meio do Decreto Nº 5.813, de 22 de junho de

2006<sup>17</sup>, orientando as Práticas Integrativas (PI) no âmbito da APS, de modo a estimular os métodos naturais na prevenção, recuperação e promoção da saúde.

É recomendada pela PNASPI uma articulação da medicina indígena com a medicina ocidental, com objetivo de “melhoria no estado de saúde dos povos indígenas” (Ferreira, 2007). Portanto, há uma tendência nacional em incorporar as práticas das medicinas tradicionais aos sistemas oficiais, mas sob uma perspectiva que possa ser compreendida pela racionalidade biomédica (Ferreira, 2013). Nesse sentido, a intermedialidade pode ser interpretada como um sistema de cuidado que beneficie a própria população que opera com o modelo biomédico em um viés econômico, visto como uma alternativa de medicina de baixo custo. Essa problemática existente na interculturalidade da medicina ocidental e a medicina tradicional indígena no contexto das políticas existentes é evidenciado pelos autores Vieira, Oliveira e Neves (2013, p. 573):

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

Torna-se, portanto, um desafio considerar a medicina indígena como uma medicina local a ser preservada originalmente. Outro desafio para esta articulação dos serviços de saúde com os cuidadores indígenas nas comunidades é a difícil compreensão dos gestores e profissionais de saúde referente aos saberes e as práticas indígenas (Ferreira, 2007). Segundo Pedrana *et al.* (2018, p. 02), os estudos referentes à operacionalização da PNASPI não têm favorecido a produção de ações efetivas para as demandas das comunidades, afirmando que:

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

Conforme Comin (2008), há uma aceitação por parte dos povos indígenas ao tratamento médico convencional, mas reivindicam um atendimento que respeite os seus costumes como, por exemplo, o uso da rede para deitar-se, o chá indicado pelo pajé ou até

---

<sup>17</sup> Disponível em: < [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/decreto/d5813.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5813.htm)>. Acesso: 12 de março de 2025.

mesmo a companhia dele. Segundo a autora indígena Letícia Yawanawá da Terra Indígena Rio Gregório, no Acre (2022, p. 123):

A criação da saúde indígena deixou os pajés e as parteiras de lado. As parteiras têm muito conhecimento. Elas são as doutoras, elas são formadas, mas na sua tradição, no seu conhecimento das plantas medicinais. Os pajés também [...]. A parteira e o pajé já são formados na sua medicina, no seu conhecimento. Buscávamos apenas aperfeiçoar o conhecimento que eles já tinham com o conhecimento ocidental (Yawanawá, 2022, p. 123).

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

Como profissional que atua no Subsistema, tenho percebido que, sob a ótica de muitos gestores, promover uma atenção diferenciada dentro do SUS pode gerar além de conflitos na prestação da assistência, a falsa ideia de concessão de privilégios e ou benefícios desproporcionais aos indígenas, em detrimento dos não indígenas, sob a errônea ideia de que não estaria sendo atendido o pressuposto da equidade. Essa percepção equivocada é um sério entrave à efetividade da abordagem diferenciada na prestação dos serviços de saúde, uma vez que iguala desiguais, descartando por completo o princípio da equidade no acesso universal. A essa visão falaciosa de muitos gestores, soma-se o fato de que a imensa maioria dos recursos humanos atuantes nos serviços possui vínculos precários e com baixa qualificação, o que impacta diretamente no serviço ofertado e vem ao decorrer de décadas sendo ignorado pelo Estado (Kolberg, 2019, p. 21).

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

### **2.3 Ações e marcos contemporâneos**

Ainda que a Constituição Federal de 1988 assegure as políticas sociais às comunidades indígenas, o campo da saúde permanece em um âmbito de inquietude desses povos com o Estado (Abunhosa; Machado; Pontes, 2020). Segundo os autores Cruz e Coelho (2012), há um descompasso entre o discurso oficial e as ações indigenistas, oscilando entre diferenciação

e universalidade que se expressa na organização e execução dos serviços. Mesmo que haja um discurso oficial que enfatiza a participação indígena na organização dos serviços, ainda é o Estado que define como esta participação deve ocorrer (Cruz; Coelho, 2012). Este discurso de participação social é relevante no âmbito do SUS, constituindo um dos elementos centrais na implementação de políticas e ações de saúde desde a década de 1990. A implementação dos DSEI consistiu na afirmação de que os indígenas participariam dos serviços através das instâncias de controle social, com a representação nos conselhos e Conferências de Saúde (Cruz; Coelho, 2012).

Os conselhos são formados por pessoas com poder de representação de seus agrupamentos sociais e são considerados, em tese, autônomos, plurais e empoderados por diretrizes e a deliberar sobre políticas públicas. O Conselho Nacional de Políticas Indigenistas (CNPI), órgão criado pelo Decreto nº 8.593 de 17 de dezembro de 2015<sup>18</sup>, é considerado um espaço de diálogo das autoridades indígenas com as autoridades que governam (Cazelatto; De Paula Filho; Cohn, 2019). Entretanto, o CNPI foi extinto no ano de 2019 pelo Decreto nº 9.759/19<sup>19</sup>, assinado pelo então presidente Jair Messias Bolsonaro, acentuando as dificuldades de diálogo e reivindicações indígenas. Este decreto de extinção dos conselhos apenas foi revogado em 2023, com a presidência de Luiz Inácio Lula da Silva, por meio do Decreto nº 11.371, de 1º de janeiro de 2023<sup>20</sup>.

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

---

<sup>18</sup> Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/decreto/d8593.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/decreto/d8593.htm)>. Acesso em: 19 de fev. 2024.

<sup>19</sup> Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/d9759.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9759.htm)>. Acesso em: 19 fev. 2024.

<sup>20</sup> Disponível em: <<https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=11371&ano=2023&ato=dbfMzYU9kMZpWT33d>>. Acesso em: 19 fev. 2024

**Figura 5:** Noticiário sobre a extinção do CNPI  
**Extinção de conselhos sociais resalta viés autoritário e antidemocrático do governo Bolsonaro**

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



Reunião do CNPI em Brasília. Foto: Ana Mendes

**Fonte:** [cimi.org.br](http://cimi.org.br), 2019.

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

Desde 1986 até 2019 foram realizadas apenas cinco CNSI, sendo as três primeiras voltadas à discussão das diretrizes que contribuíram para a elaboração da PNASPI. Após a criação da SESAI, foi realizada apenas uma conferência, ocorrida no ano de 2013. A SESAI apresenta uma agenda deficitária em relação à realização das conferências, não sendo organizadas com a regularidade que legalmente é instituída, além da falta de diálogo entre o Estado e os povos indígenas, que anseiam por melhorias no sistema de saúde e buscam diminuir indicadores de morbimortalidades (Kolberg, 2019). A 5ª CNSI, que ocorreu em 2013, dispõe de propostas para articular o SUS com o SASI, na ordenação de fluxos e garantia de oferta e acesso. Esta discussão se mostra relevante, pois muitos indígenas quando necessitam de atendimento à saúde fora das aldeias ficam em filas de atendimento e, em

muitos casos, não encontram resposta para o que precisam, necessitando que a atenção básica disponha de estrutura, recursos, pessoal e logística para garantir o acesso integral e resolutivo (Brasil, 2015).

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

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

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

Ainda, a 5ª Conferência teve como foco o fortalecimento do Subsistema e do DSEI e foram tratados meios para a construção de uma abordagem diferenciada na APS, através da implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família Indígena (NASFI) para ações resolutivas e de qualidade, com um financiamento diferenciado. Associado a isto, uma supervisão técnica em área para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) bimestralmente, para melhor planejamento e acompanhamento das ações de saúde associado à melhoria na capacitação de trabalhadores da saúde indígena (Brasil, 2015). Referente às propostas, foram observadas poucas discussões acerca dos indígenas não aldeados, mesmo que citada a necessidade de acesso a todos os indígenas (aldeados, não aldeados e urbanos) a serviços de saúde de qualidade, além da proposta de garantir no orçamento da SESAI e secretarias

municipais de saúde recursos financeiros para atendimento diferenciado. As reivindicações indígenas necessitam serem colocadas na agenda central dos gestores do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), para qualificação e organização das ações e serviços visando a atenção integral<sup>21</sup> à saúde a esses povos (Brasil, 2015).

Diante da condução das ações voltadas às atividades de atenção integral à saúde dos povos indígenas está o Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena (DAPSI), tendo como Diretora Carmem Pankararu, primeira mulher indígena a assumir chefia de gabinete da SESAI, no ano de 2016. O DAPSI é responsável pela articulação com os demais gestores do SUS por meio da atenção básica, para prover ações complementares e especializadas (Brasil, 2021a). Apresenta programas e ações, dentre eles o Projeto Sesai Mais Saúde Indígena, que tem como objetivo ofertar e apoiar as ações de saúde complementares à APS, visando a garantia de acesso por meio de ações voltadas, principalmente, para indígenas que residem em áreas de difícil acesso geográfico. Este projeto é executado de forma integrada entre a SESAI e os DSEI e parceiros (Estados e Municípios, Ministério da Defesa, Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, ONGs, Associações e Empresas Sociais) aos indígenas atendidos pelo SASISUS (Brasil, 2023a).

**Figura 6:** Projeto Sesai Mais Saúde em atendimento no Xingu



**Fonte:** Saúde Indígena SESAI, 2022.

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

Além da oferta de ações, a Vigilância em Saúde (VS) é relevante dentro da APS aos povos indígenas, ocorrendo no ano de 2021 a implantação de 34 Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), que atuam nos DSEI para identificação, monitoramento de possíveis agravos à saúde e controle de doenças transmissíveis, contando com a presença de um epidemiologista de campo e tendo como principal fonte de dados o Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI) que agrupa os dados epidemiológicos dos 34 distritos sanitários (Brasil, 2023b).

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

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



Dentro da PNASPI, a educação em saúde aos profissionais que estão perante o atendimento à saúde indígena é uma diretriz relevante, visando o aperfeiçoamento das ações realizadas para atuação diante do contexto intercultural. Para isto, foi elaborado o Programa de Qualificação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN), ofertando uma educação permanente acerca de temáticas como: “histórico e estrutura da SESAI, atenção básica em saúde, o consumo do álcool em populações indígenas, boas práticas de imunização, saúde mental, saúde da criança, doenças crônicas não transmissíveis, saúde bucal” (Brasil, s/p, 2021c), além de questões gerenciais de planejamento, monitoramento e avaliação da situação de saúde nos 34 DSEI (Brasil, 2021c). A institucionalização do AIS faz parte das reivindicações da participação dos indígenas nos serviços e atenção diferenciada, integrante das equipes que prestam serviços da APS nas comunidades e aldeias, sendo um elo entre os saberes tradicionais e biomédicos (Diehl; Langdon; Dias-Scopel, 2012).

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

Como ação vinculada ao PASSI, no mês de abril do ano de 2023, a SESAI realizou a “Oficina de Medicinas Indígenas no SasiSUS”, formando Grupo de Trabalho com participação de indígenas, pesquisadores e parceiros para elaboração de um “Plano de Trabalho para as Medicinas Indígenas” (Brasil, 2023c). Esta medida de estruturação de um grupo de trabalho foi publicada no Diário Oficial da União pela portaria<sup>22</sup> SESAI/MS nº 8, de 23 de janeiro de 2024, com intuito de elaboração de propostas para a promoção da medicina indígena no âmbito do SASISUS. A imagem a seguir apresenta notícia referente a dito Grupo de Trabalho:

---

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

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



## Ministério da Saúde quer incluir medicina indígena no SUS

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



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

**Fonte:** poder350.com.br, 2024.

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

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

Diante dos programas do MS abordados, compreende-se que a saúde pública apresenta um atendimento ordenado a um modelo assistencial, no qual as ações são efetivadas no contexto de um plano local. Referente ao SASI, o modelo de assistência é voltado aos DSEI,

resultando em uma diferenciação a povos indígenas que não estão em áreas homologadas. Segundo Garnelo *et al.* (2012), os órgãos de saúde enfrentam desafios em adaptar serviços às populações rurais e grupos culturais específicos apresentando dificuldades em adaptar estratégias adequadas.

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

O impacto da municipalização também advém da hostilidade e do preconceito contra os povos indígenas, destacando-se a descentralização, diretriz do SUS que preconiza o repasse à execução das ações aos municípios e que desobrigou o nível federal de uma rede própria de assistência, sendo uma das contradições evidentes. No caso do SASI, o modelo de assistência está baseado nos DSEI (Garnelo *et al.*, 2012), evidenciando a necessidade de aprimoramento das políticas públicas de saúde em plano local que execute a atenção diferenciada reivindicada pelos indígenas, como fica claro na fala da indígena Carmem Pankararu, no livro “Vozes indígenas na saúde: trajetórias, memórias e protagonismos”:

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

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

### 3 SAÚDE INDÍGENA NO PARANÁ E EM CAMPO MOURÃO: PANORAMA E POSSIBILIDADES

Uma alternativa para a superação de problemas relacionados à atenção à saúde indígena no país é a implantação do SASI, estabelecendo a responsabilidade ao Governo Federal em ofertar serviços de atenção básica e aos municípios, estados e entidades não governamentais uma atuação complementar. É relevante compreender que a competência federal não exclui a ação dos estados e dos municípios, pois são por eles que ocorrem a articulação da APS com as demais instâncias do SUS (Abreu, 2012). A disposição sobre estas responsabilidades apresenta-se na Portaria nº 1163/GM de 14 de setembro de 1999<sup>23</sup>, a qual dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas no Ministério da Saúde e dá outras providências.

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

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

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

Segundo os dados do Censo do IBGE (2022), o Paraná apresenta 30.460 indígenas autodeclarados, sendo 345 municípios com ao menos um indígena autodeclarado. De acordo

---

<sup>23</sup> Disponível em: < <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html?localidade=BR> > Acesso em: 02 abr. 2024.

com o mesmo levantamento, é válido ressaltar que 13.887 dos indígenas moram em terras de demarcação, sendo outros 16.573 em terras não demarcadas. As duas principais etnias presentes no estado do Paraná são os Guarani e os Kaingang, as quais estão entre as três mais populosas no sul do País (Boaretto, 2015).

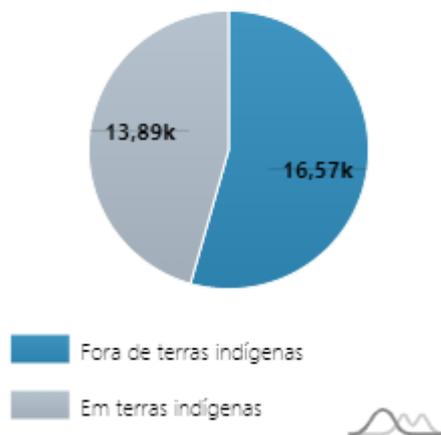
**Figura 9:** População indígena do estado do Paraná e ranking por Unidade Federativa



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

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

### Indígenas por localização do domicílio



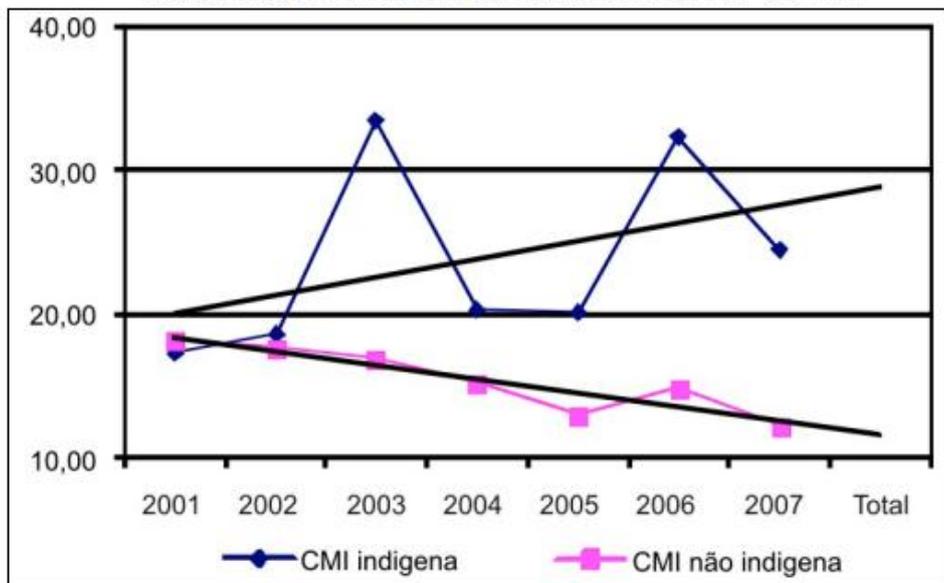
Fonte: censo2022.ibge.gov.br, 2022.

De acordo com Abreu (2012), a problemática que envolve a saúde indígena no estado do Paraná envolve diversos atores, sendo gestores, indígenas e profissionais de saúde e que os

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

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

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



FONTE: SESA/SVS/SIM/SINASC

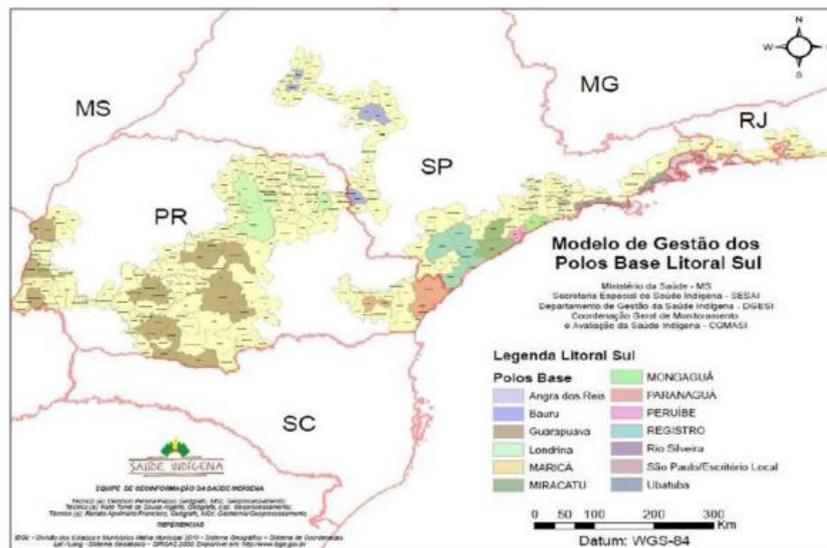
Fonte: Abreu (2012, p. 72).

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

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

Nesta análise de oferta de serviços, a realização da atenção básica em TI deve ser empreendida por parte dos DSEI, segundo o Decreto 3156/99<sup>24</sup>, numa articulação com os gestores municipais e estaduais. No Paraná, há gerência de dois Distritos, sendo: Distrito Sanitário Litoral Sul e o Distrito Interior Sul, vinculados administrativamente às Coordenações Regionais da FUNASA do Paraná e Santa Catarina, pela Portaria nº 1776 de 8 de setembro de 2003<sup>25</sup>, ocorrendo até o ano de 2006, quando houve a desvinculação dos DSEI pela Portaria nº 1810 de 3 de agosto de 2006<sup>26</sup>, devido às manifestações indígenas no Estado que argumentavam não terem sido consultadas e solicitando providências ao Ministério Público Federal, além de suspeita da ação beneficiar uma determinada ONG contratada para prestação dos serviços no Paraná. Desta forma, o MS retornou com a composição inicialmente prevista na Portaria nº 1776/2003 (Abreu, 2012).

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



Fonte: Plano de Trabalho, SESAI (2019).

Segundo Varga e Guarani (2003), os processos de tentativas de implantação dos DSEI Litoral Sul e Interior Sul (Sul e Sudeste), além do DSEI Maranhão (Nordeste), foram

<sup>24</sup> Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3156.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3156.htm)>. Acesso em: 22 abr. 2024.

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

<sup>26</sup> Disponível em: <[http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files\\_mf/Pm\\_1810\\_2006.pdf](http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_1810_2006.pdf)>. Acesso em: 22 abr. 2024.

caracterizados como os mais problemáticos e de difícil desempenho no país, além de que há sanitaristas e indigenistas que argumentam a configuração do DSEI Litoral Sul como um distrito voltado aos Guarani, cujas comunidades apresentam significativa mobilidade e comunicação entre os estados envolvidos. Diante deste processo, são generalizadas as dificuldades operacionais e articulações políticas dos governos municipais e estaduais envolvidos no transcurso de implantação dos DSEI (Varga; Guarani, 2003).

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

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

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

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

### **3.1 Atuação do poder público**

A prática de terceirização de ações e serviços de saúde não é evidenciada nos municípios do Paraná em experiências anteriores, sendo considerável sempre a execução de

serviços de forma direta. Desse modo, a orientação advinda da FUNASA é que a utilização dos recursos na prestação de assistência à saúde indígena deveria ser feita pela contratação de ONGs com a justificativa da experiência em algum momento voltado à saúde indígena (Abreu, 2012). Todavia, no Paraná entre o período de 2000 a 2007, em análise do autor Abreu (2012) feita nos relatórios anuais de gestão da FUNASA, não foram identificados os resultados do atendimento realizado por essas ONGs no estado. O que são citadas nos relatórios são algumas atividades realizadas pela Coordenação Regional da FUNASA do Paraná (CORE-PR).

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

Referente às Conferências Estaduais de Saúde realizadas entre os anos de 2001 e 2007, poucas são as referências a ações e planejamento de serviços direcionados à saúde indígena. A 5º CMS realizada em Curitiba/PR, em 2001, discutiu em processo coletivo o produto de 348 CMS, mas no que se refere à saúde indígena, há apenas uma citação voltada a cursos de formação de AIS sem definição direta de responsabilidades. A 7º CMS realizada em Foz do Iguaçu/PR em 2005, realizou formulação e fixou diretrizes do Conselho Estadual de Saúde (CES) para 2006 e 2007, o qual definiu a inclusão das comunidades indígenas ao Programa Integral de Saúde, inclusive a Saúde Mental, em 22 Regionais de Saúde; portanto, os municípios desempenhariam esta ação pela APS, não referenciando a ação da FUNASA. Já a 8º CES, realizada em Londrina/PR no ano de 2007, assegurou a participação indígena na política de educação permanente, e que os mesmos devem ser inseridos no Programa de Saúde Mental nas 22 Regionais de Saúde do Paraná, visando o respeito e a diversidade cultural. Referente à 6º CES realizada em Curitiba/PR no ano de 2003, não há nenhuma referência à saúde indígena (Abreu, 2012).

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

Este plano tem como objetivo dar início a um processo de institucionalização de práticas de planejamento participativo, em que o DSEI define suas prioridades e resultados a partir da análise de situação e valida estas metas a

partir da sua aprovação nas instâncias de controle social previstas no subsistema de saúde indígena, o CONDISI (Abreu, 2012, p. 81).

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

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

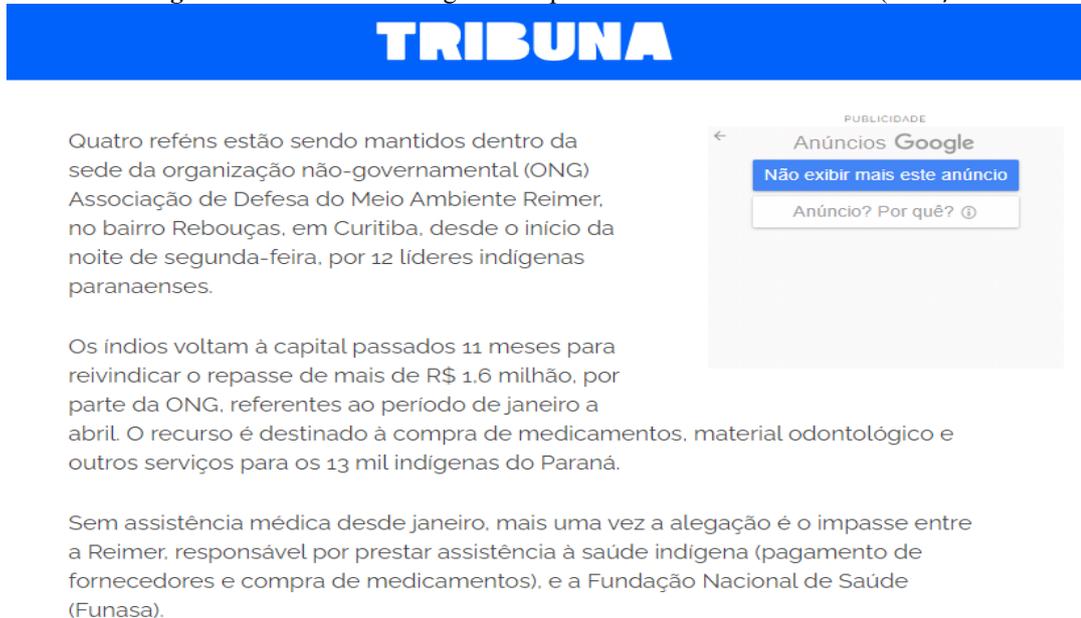
**Figura 13:** Noticiário sobre substituição de ONGs responsável pela saúde indígena no Paraná (2009)

The image shows a screenshot of a news article from the website 'GAZETA DO POVO'. The page header includes the site name, a date 'Segunda-feira, 29 de Abril de 2024', and buttons for 'ASSINE' and 'ENTRAR'. The main headline is 'ONG sob investigação vai assumir saúde indígena'. Below the headline, it says 'Por Guilherme Voitck, com informações de Fabio Luporini 23/04/2009 21:05'. The article text begins with 'A partir do dia 1º de maio, o atendimento de saúde nas 46 reservas indígenas paranaenses será feito pela ONG Associação Rondon Brasil, que substitui a Associação de Defesa do Meio Ambiente de Reimer. A Rondon, que presta atendimento em saúde indígena em Santa Catarina, Rio Grande do Sul, São Paulo e Rio de Janeiro, está sendo investigada pelo Ministério Público Federal catarinense, que já pediu a quebra do sigilo bancário da entidade.' To the right of the text, there is a poll question 'Como você se sentiu com os fatos noticiados?' with five smiley face icons representing different levels of sentiment. Below the poll, there is a 'Publicidade' section with a blurred image of a bookshelf.

**Fonte:** gazetadopovo.com.br, 2009.

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

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



**Fonte:** [tribunapr.com.br](http://tribunapr.com.br), 2009.

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

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

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

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

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

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

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

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

Neste contexto, em análise local do PMS do município de Campo Mourão/PR, fundamento desta pesquisa, observa-se que há o reconhecimento da presença indígena no município por meio quantitativo, tanto no PMS (2018-2021) quanto no PMS vigente (2022-2025), mantendo a estimativa de 189 pessoas indígenas em ambos os Planos, referente à comunidade indígena Guarani alocada na região do Barreiro das Frutas no município, não havendo nenhuma outra informação referente a estratégias e planos de ação e serviços de saúde para a comunidade referida.

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

Em uma reportagem local do site i44NEWS (2019), “Índios guaranis vivem em situação de extrema pobreza em Campo Mourão”<sup>27</sup>, é exposta a situação da comunidade indígena Guarani na zona rural, detalhando questões que impactam na saúde dessa comunidade, tais como alimentação precária de nutrientes, ausência de saneamento básico, escassez de água, ausência de visita e assistência da saúde pública, conforme notamos na Figura 15:

---

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

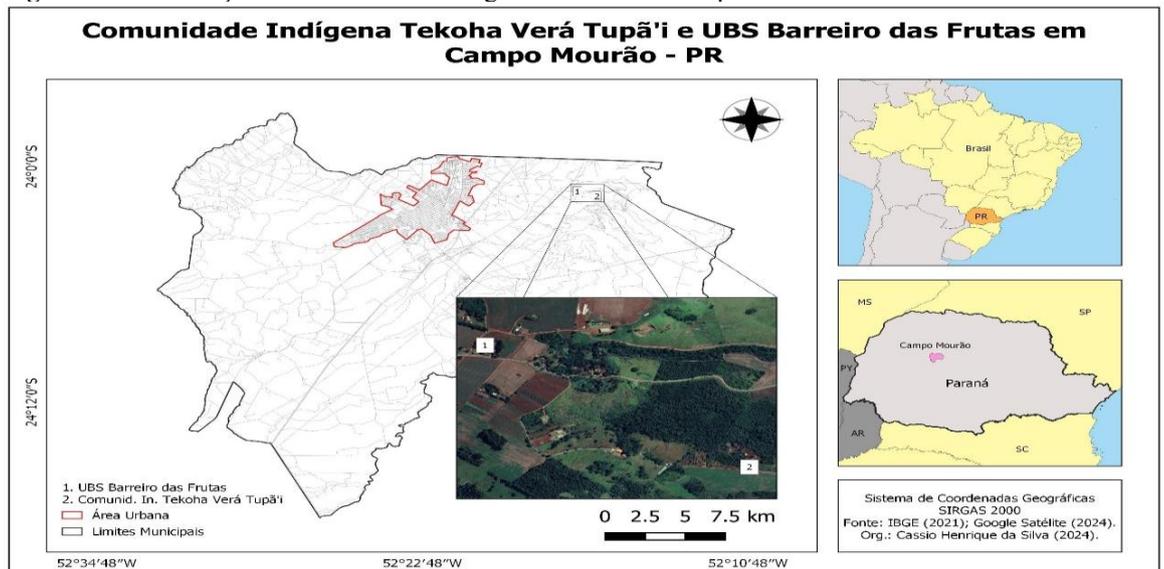
**Figura 15:** Reportagem sobre situação da comunidade Guarani de Campo Mourão em 2019



Fonte: i44NEWS, 2019.

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

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



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

Ainda de acordo com a autora, estão expostos a uma situação de baixa visibilidade do Poder Público, semelhante a outras comunidades do estado, evidenciando: “[...] a descrença nas criações e implementações de políticas públicas direcionadas aos povos indígenas é um

traço perceptível” (Pereira, 2022, p. 115). Ademais, referente aos indígenas AVÁ-Guarani presentes no Oeste do estado, a FUNAI declara:

A precária situação em que vivem os Avá-Guarani é resultado das dificuldades de implementação de políticas públicas voltadas a essa população e reflete a necessidade de ações de regularização fundiária. Essa numerosa população demanda do Estado ações para a reparação de violações de direitos por eles sofridas, dentre elas o reconhecimento das suas terras de ocupação tradicional, direito fundamental para promoção das demais políticas sociais, necessárias ao bem-estar dessas populações (Brasil, 2013, s/p).

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

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

### **3.2 Ações e serviços**

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

se que eles também deveriam ser alvos de uma ‘atenção diferenciada’ que, na prática, não acontece”.

Na perspectiva do estado do Paraná, em noticiário publicado em 19 de abril de 2022, data em que se comemora o dia dos povos indígenas no Brasil, o Governo do Estado do Paraná publicou em seu site a notícia “Ações do Governo do Estado fortalecem atenção à saúde da população indígena no Paraná”, apresentando como conteúdo do noticiário a ampliação das ações pela Secretaria Estadual de Saúde para a visibilidade aos povos e comunidades indígenas paranaenses, sob viés do acesso e cuidado integral. As ações apresentadas no noticiário no site do governo do estado reafirmam que os povos que vivem nos centros urbanos são resguardados pela APS organizada via estado e prefeitura, já os aldeados são assegurados pelo MS por intermédio do distrito sanitário DSEI Litoral Sul. O noticiário publicado no ano de 2022 afirma que, nos últimos anos, a Secretaria de Saúde realizou parceria com o Distrito Sanitário promovendo oficinas com as EMSI para atualizações dos conteúdos relacionados à APS com ênfase na saúde da mulher e da criança, além de renovação de frota de veículos das prefeituras para o exercício do cargo dos ACS, além de reuniões técnicas com as Regionais de Saúde com objetivo de melhoria da qualidade de referida assistência. Dentre as ações no âmbito da APS, a vacinação é uma ação de saúde relevante e que é enaltecida nos noticiários referentes à promoção da saúde indígena no estado do Paraná (Paraná, 2022a). A figura 17 a seguir retrata ação desenvolvida pelo estado:

**Figura 17:** Vacinação – Ações fortalecem saúde indígena no Paraná



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

Referente à vacinação, o ano de 2020 foi marcado por iniciativas vinculadas ao Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus em Povos Indígenas,

planejamento que atendeu os 34 DSEI, além de apoio aos atendimentos às APS pela SESAI (Brasil, 2022c). No Paraná, segundo dados informados pela Secretaria de Saúde em noticiário publicado no dia 19 de abril de 2022, foi relatada grande adesão da vacinação contra o coronavírus nas comunidades indígenas, por meio da notícia “Povos indígenas dão exemplo e são grupo prioritário com melhor cobertura vacinal do Paraná”, com aproximadamente 98% da população indígena aldeada imunizada com a primeira dose e 96% com a segunda dose do imunizante (Paraná, 2022b). Ainda neste contexto, segue com a declaração do então secretário de Estado da Saúde, Beto Preto:

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

Ainda contextualiza como ação do governo do estado a necessidade de reconhecer a saúde mental em grupos vulneráveis, como os citados indígenas, utilizando o instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental (ERSM). Vale explicar que este instrumento é utilizado pelos profissionais de saúde da APS para todos os usuários, apresentando dados agrupados de acordo com a complexidade e gravidade dos casos, direcionando os usuários com condições de menor risco manter atendimento na APS e casos que necessitem de atenção especializada, como orientador e direcionamento do fluxo de atendimento em saúde mental no município (Paraná, 2014). Nesta perspectiva, pode-se observar ações de saúde voltadas a uma esfera municipal em noticiários referente ao estado do Paraná de acordo com as demandas locais, como apresentado na reportagem abaixo sobre a ação “Setembro Amarelo”, devido à alta incidência de suicídio nas aldeias da região de São Miguel do Iguaçu, na Comunidade Indígena Avá-Guarani Tekoha Ocoy. Vejamos a figura 18 a seguir:

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

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

POR IMPRENSAMI EM 18 DE SETEMBRO DE 2023

NOTÍCIAS



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

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

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

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

<sup>28</sup> Disponível em: <<http://pr.avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=211>>. Acesso em: 13 maio 2024.

Art. 3º O benefício eventual destina-se aos cidadãos e às famílias com impossibilidade de arcar por conta própria com o enfrentamento de contingências sociais cuja ocorrência provoca riscos e fragiliza a manutenção do indivíduo, a unidade da família e a sobrevivência de seus membros (Resolução Nº 212, 2006).

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



Fonte: campomourao.atende.net, 2023.

Segundo a autora Paranhos (2021), em sua pesquisa referente ao panorama brasileiro da saúde indígena a partir de 13 (treze) entrevistas realizadas a responsáveis pelas SESA, a questão sobre a destinação positiva dos recursos financeiros à saúde indígena foi evidenciada em apenas 02 (dois) estados analisados não citados, em formato de resolução e outro de portaria, sendo um deles um recurso temporário de vigência restrita.

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

Segundo a autora Paranhos (2021), existe uma associação do termo complementariedade dos municípios como possibilidade da atuação dos estados e municípios por conta própria, como forma de “suprir lacunas” em uma atuação onde o subsistema falha, em uma desvinculação com o mesmo, além da perspectiva de que a atuação dos municípios e estados na APS parte de uma garantia de acesso aos povos indígenas que não estão em TI, ou seja, aldeados ou com algum tipo de irregularidade territorial, não apresentando respaldo pelo SASI (Paranhos, 2021). Esta perspectiva pode ser analisada a nível municipal, pois a Terra Indígena Vera Tupã’i, comunidade Guarani localizada no Barreiro das Frutas no município de Campo Mourão/PR, por ser uma terra adquirida pela Associação Arandu Atu não é homologada, não recebendo auxílio financeiro dos órgãos do governo responsáveis pelas questões indígenas, sobrevivendo do seu próprio trabalho e doações (Ferreira, 2013). Segundo Paranhos (2021), situações estas de desvinculação ao SASI retrocedem os direitos indígenas:

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

É nítido que as políticas de saúde apresentam uma perspectiva sob indígenas aldeados, criando um dilema operacional à medida que se criam duas categorias de indígenas (aldeados e outra não), lhes colocando em direitos distintos. Nesse sentido: “Há que se falar que a presença de indígenas na cidade é também forte reflexo da colonização e ainda da situação caótica da regularização de terras indígenas no país” (Paranhos, 2021, p. 198). Situação esta que reflete significativamente nas ações e serviços de saúde a esta população nos diferentes níveis de atuação do poder público.

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

o indígena como participante dos serviços de saúde existentes, como será analisado na próxima subseção.

### 3.3 Indígenas como usuários dos serviços de saúde

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

Quanto ao atendimento diferenciado, é importante compreendermos a concepção de saúde para os indígenas, sendo difícil um indígena expressar um conceito ou definição sobre o que é saúde, pois ela se manifesta na própria expressão de equilíbrio entre homem e natureza, tendo a concepção de que as enfermidades são classificadas em doenças de fora (Juruá) ou “doença de branco” e doenças próprias ou “doença de Guarani”, cada qual com uma forma de reconhecimento e cura. O papel das pessoas mais velhas neste contexto é fundamental, pois são elas detentoras dos saberes práticos que são acionados tanto nos processos de cura quanto de prevenção de doenças (Sousa; Moura; Mai, 2012). Os idosos atuam como curandeiros, conhecedores dos remédios à base de ervas e conselheiros, mas, devido ao contato com conhecimentos não nativos introduzidos pelo sistema público de saúde, esta realidade tem se modificado (Borghi *et al.*, 2015). A autora indígena Letícia Yawanawá cita esta realidade:

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

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

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

Diante desta perspectiva, a cultura pode ser definida em setores da Antropologia como conjunto de traços que podem ser perdidos ou transformados a partir de contatos com populações vizinhas. Esta visão de traços “perdidos” pode levar a noção de aculturação, processo o qual povos nativos estariam sujeitos, tornando-se preocupante a noção de desaparecimento da diversidade cultural (Cohn, 2001).

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

O cenário em questão pode ser considerado favorável aos indígenas: a referência técnica apresenta conhecimento sobre saúde indígena, é atuante e empoderada; e o município tem garantido o acesso desta comunidade aos serviços de saúde, incluindo em nível primário. Porém, considerando o percurso histórico dos indígenas em busca de assegurar seu direito à saúde, as amplas mobilizações sociais para formatação do subsistema e pela criação de instituições como a SESAI, dedicadas exclusivamente a política de saúde indígena, situações como essa são extremamente desfavoráveis visto que expõe as fragilidades e falhas do SASI (Paranhos, 2021, p. 124).

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

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

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

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

Outro desafio, segundo as autoras Landgraf, Imazu e Rosado (2019), na implementação de uma atenção diferenciada é o pouco interesse dos trabalhadores no âmbito do SUS em pensar e propor maneiras de realizar um atendimento à saúde indígena. Questiona-se se estes estão presos a um discurso burocrático de inflexibilidade dos serviços limitantes do próprio SUS e voltados a seus próprios preconceitos (Landgraf; Imazu; Rosado, 2019), tal como argumentam as autoras: “O enfoque colocado nos sistemas e burocracias não permitia um avanço sobre outras temáticas práticas de atendimento e acolhimento, além do frequente comentário de que ‘se eles vêm até o serviço eles que se adaptem’” (Landgraf; Imazu; Rosado, 2019, p. 6-7).

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

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

Portanto, um grande passo para a inserção do usuário indígena no SUS parte do reconhecimento que a maior parte dos profissionais de saúde está pautada no modelo biomédico de assistência, em que há uma cisão entre o biológico e o psicossocial, tornando-se

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

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

Portanto, segundo Borghi *et al.* (2015), o acesso do idoso indígena à UBS ocorre por livre e espontânea demanda ou por solicitação da equipe de saúde, articulada pela enfermagem. Ainda que haja acessibilidade as consultas médicas, odontológicas, de enfermagem e acesso a medicamentos, há questões que dificultam o contato como a barreira linguística e o aspecto geográfico, resultando em demora no encaminhamento a serviços especializados. A busca por medicamentos é um fator que evidencia a busca destes idosos aos serviços de saúde, sendo ofertado pela equipe o acolhimento e a orientação para a saúde, ou simplesmente um diálogo para fortalecimento de vínculo.

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

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

Por conseguinte, em análise a reflexões contidas até o momento, a quarta seção desta pesquisa contemplará as vivências indígenas diante da APS do município por meio de entrevistas, evidenciando suas atuais necessidades e reivindicações, bem como verificar as medidas públicas de saúde e atendimentos especializados, se existentes, em análise de

entrevistas a responsáveis pela gestão e assistência dos serviços de saúde aos indígenas que residem no município.

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

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

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

Entretanto, mesmo que o município garanta acesso aos serviços de saúde, principalmente em nível de atenção primária, visto o percurso histórico dos indígenas por assegurar seus direitos à saúde, são evidenciadas fragilidades e falhas do SASI, apontando que os indígenas locais não são enxergados pela instituição responsável por garantir o acesso dos indígenas à APS, primordialmente a mais importante porta de entrada do SUS (Paranhos, 2021).

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

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

Desta forma, o conceito de desaldeado refere-se não apenas aos indígenas que não têm reconhecimento de suas terras por estarem fora delas definitivamente ou temporariamente, mas também ao contingente de indígenas que aguardam o reconhecimento do direito às suas terras perdidas ao processo histórico de colonização. À vista disso, assim como o conceito de aldeamento impactou o de terra indígena, o desaldeamento repercute na omissão do Estado em prestar uma atenção diferenciada que considere e respeite as especificidades culturais desses povos (Schettino, 2021). Esta análise nos retrata a realidade em muitos municípios brasileiros no que se refere às políticas públicas na atenção primária à saúde aos indígenas.

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

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

Dentre as reivindicações das lideranças indígenas Guarani no município, segundo a autora Pereira (2023), há necessidades tal como o saneamento básico, de saúde, educação e questões estruturais, além da Funai que não tem se mostrado muito atuante junto aos indígenas no município, necessitando de uma articulação intensa entre instituições e órgãos, com harmonia, para alcançar o previsto na Constituição Federal de 1988. As subseções em sequência desta pesquisa estão focadas na análise local voltada a questões acerca da atenção primária à saúde ao público indígena Guarani que reside no município, sendo de fundamental importância para oportunizar espaços de fala e escuta para demandas e reivindicações.

#### **4.1 Experiências e atendimentos**

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

Para tanto, esta inobservância dos gestores municipais frente às políticas públicas de saúde voltadas aos povos indígenas é evidenciada numa perspectiva local na entrevista realizada com a responsável pela secretaria de saúde do município de Campo Mourão/PR. Para os usos das declarações, a representante será denominada de S.S., a qual expôs:

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

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

A prevalência da lógica universalizante compromete a atenção diferenciada em saúde para as comunidades indígenas, acessando os serviços de APS municipais sempre que necessário como qualquer outro usuário, tornando a abordagem municipal não complementar (Paranhos, 2021). Questão esta não diferente no município da pesquisa em questão, evidenciando um atendimento que não apresenta estratégias adequadas às realidades socioculturais existentes:

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

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

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

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

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

Ainda, sobre o atendimento:

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

Prestar atendimento à saúde voltado aos indígenas exige conhecimento histórico e cultural, postura política e comunicação eficaz, ou seja, conceitos antropológicos fundamentais. Deve-se trabalhar com cautela a perspectiva do etnocentrismo, o qual desconsidera ou minimiza as diferenças culturais priorizando a própria, realizando julgamentos prévios sobre determinado povo, superestimando o ponto de vista individual e sua cultura (Da Silva *et al.*, 2021).

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

Em vista desta análise, observa-se que há uma parcial relação de proximidade, por convivência local a pessoas específicas, o que auxilia no processo de confiança entre os profissionais e a comunidade. Portanto, caberia investimento em capacitações que fortalecessem as equipes multidisciplinares que atuam para busca de melhoria na qualidade de vida e autonomia dos povos indígenas. Fator relevante na entrevista quando questionado à E.R. sobre já ter participado de alguma capacitação voltada à saúde aos povos indígenas:

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

Ainda quanto aos atendimentos, a UBS está disponível de segunda-feira a sexta-feira no intervalo das 08h00 (oito horas) às 11h30 (onze e meia) e no período da tarde das 13h00 (treze horas) às 17h00 (dezessete horas). Fica em período integral um Agente Comunitário de Saúde (ACS), a enfermeira no período da tarde, pois na parte da manhã atende as demandas epidemiológicas na Secretaria de Saúde, e quanto à parte médica, conforme agendamento

semanal. Portanto, segundo as entrevistas, pode-se observar que o acompanhamento de saúde à comunidade é mais efetivo nas visitas domiciliares do que na busca espontânea dos Guarani UBS:

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

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

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

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

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

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

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

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

Sim, preventivo. Mas isso é em geral, não é só específico pra eles. Preventivo, vacinação, pesagem do Bolsa [Família] e assistência quando eles precisam de alguma coisa, porque quando eles precisam ou a gente tá indo lá ou às vezes eles vêm aqui. Porque, às vezes, a gente foi lá e não tava precisando de nada; de repente, na outra semana tá precisando, daí eles dão um pulinho aqui. Aí, eles falam, a gente dá um jeito de atendê-los (A.C., 2024).

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

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

[...] definindo responsáveis sanitários ou dentro da aldeia de origem, conforme reconhecimento do seu próprio povo. Solicitar à SESAI a inserção de novas famílias no cadastro do Siasi, de acordo com o reconhecimento étnico de cada povo e lideranças tradicionais, proporcionando seminários locais e regionais específicos para discutir a assistência aos índios desaldeados e controle social por meio de financiamento com recurso extrateto complementar ao Plano Distrital (Brasil, 2015, p. 71).

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

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

Os profissionais de saúde devem compreender que o ambiente dos serviços de saúde são espaços de construção de saberes e a forma como se dá a organização social local vai influenciar diretamente em como o indivíduo pode ou não agir (Da Silva *et al.*, 2021). Desta forma, na ausência de uma capacitação, alguns profissionais com mais tempo de experiência aprendem a dialogar com as lideranças indígenas para avaliação das atividades exercidas, postura esta bem-vista pelos indígenas e que auxilia no processo de resolução de conflitos. Esta atitude revela a importância de o profissional de saúde estabelecer diálogo e buscar conhecimentos sobre a realidade dos povos indígenas (Pontes; Garnelo; Rego, 2014).

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

## **4.2 Necessidades e perspectivas**

A avaliação constante do modelo de assistência ofertada e sua articulação com os sistemas municipais de saúde com instrumentos que avaliem de que forma isso se desenvolve no cotidiano é imprescindível, uma vez que se aplica a diversas realidades, como a intenção desta pesquisa demonstrada pela autora Pereira (2022):

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

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

Para compreender as questões que impossibilitam o acesso ao atendimento à saúde há necessidade de reconhecer os determinantes sociais dos povos indígenas e estabelecer estratégias a distintas políticas sociais. Em muitos casos, não se trata de descaso ou desinteresse em comparecer aos atendimentos, mas a inviabilidade de acesso ao serviço devido a barreiras (Paranhos, 2021). Esta questão é retratada na fala do entrevistado indígena da etnia Guarani da comunidade local Terra Indígena Vera Tupã’í, definido como G1:

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

Diante do relato acima, observa-se que a medicina ocidental geralmente é bem aceita pelas comunidades indígenas, sendo uma demanda a garantia de acesso e o direito universal à saúde garantido na Constituição brasileira. O desafio é oferecer uma atenção respeitosa e eficaz para as culturas indígenas (Langdon *et al.*, 2005). Portanto, no que concerne esta realidade, é um desafio para o subsistema de saúde efetivar uma assistência farmacêutica de incentivo ao uso racional de medicamentos que implique em um processo, que incorpore em suas ações os diferentes modelos etiológicos das sociedades indígenas (Azevedo; Gurgel; Tavares, 2014).

Há uma necessidade de criticidade, pois segundo Azevedo, Gurgel e Tavares (2014, p. 279), há “supremacia do poder médico nesse microcampo da atenção à saúde indígena cujas ações tendem a perpetuar um modelo médico-assistencial hegemônico como estratégia de

manutenção e reprodução do capital cultural expresso nesse poder”. Portanto, o modelo biomédico predispõe de uma relação médico-paciente que pode ser vista como violência simbólica, pois pode tirar a autonomia e a capacidade dos pacientes de tomar decisões sobre sua própria saúde (Linartevichi, 2022). Todavia, ouvir suas necessidades é relevante para promover a saúde a estas comunidades. Dentre as reivindicações à saúde, a indígena G2 (2024), quando perguntada sobre as principais necessidades de saúde de sua comunidade, nos apresentou:

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

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

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

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

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

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

E ainda sobre os atendimentos na UBS:

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

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

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

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

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

Embora a vacinação seja um ato de prevenção de doenças, observa-se nos discursos que as ações de saúde para os grupos indígenas ainda estão desestruturadas, com um modelo de atenção que prioriza o tratamento hospitalar, frisado na doença, em vez de prevenir e promover a saúde, o que vai de encontro aos princípios do SUS e resulta em desperdício de recursos públicos e atendimento ineficaz às necessidades da população (Pereira, 2012).

O conhecimento biomédico deve associar-se com as práticas indígenas, respeitando as suas singularidades no processo de saúde-doença, tanto em relação aos indivíduos, meio ambiente e rituais espirituais visando a saúde (Pereira, 2012). É frequente que a utilização de

fármacos industrializados se coloque em primeira escolha no tratamento de doenças. O contato interétnico gera necessidades de consumo diante das condições de vida atual, fatores estes citados pelos autores Garnelo e Wright (2001, p. 283):

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

Estes fatores compõem uma realidade visível que pode ser reconhecida nas falas das entrevistas realizadas, quando perguntado sobre a preservação de hábitos culturais à saúde: “curas espirituais através das plantas e ervas, bezimentos com o Xamoi (líder espiritual) ou rezadeiras” (G2, 2024); “variados remédios do mato para banhos, gordura de yxó” (G3, 2025); “gosto de fazer chás, banhos quentes. Yvyrapitã uso para tudo” (G4, 2025). Portanto, foi frisado por G1 (2024) que não há o hábito do preparo de remédios de sua cultura de forma rotineira:

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

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

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

O modelo médico assistencial para as populações indígenas no Brasil ainda é precário, mesmo para a execução das ações básicas em saúde para estas populações, predominando um cenário carente e de difícil controle infecto parasitário (Cardoso, 2014). Ainda neste contexto, emergem outros desafios da saúde indígena como o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (câncer cérvico-uterino e diabetes, por exemplo), contaminação do ambiente e dificuldades frente à nutrição que já afetam grande parte da população indígena no país (Brasil, 2002). Na realidade local, quando perguntado sobre as doenças mais prevalentes na comunidade, citam: “Gripe, tosse, dor de garganta, dores no corpo e cabeça, doenças provenientes do frio” (G3, 2025), “Gripe, dor de barriga, diarreia” (G4, 2025) e “Diabetes, dor de garganta, cabeça, gripe” (G5, 2025).

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

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

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

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

A implementação do SUS para os povos indígenas ainda enfrenta desafios, incluindo limitações no sistema de cadastramento e uma abordagem paralela de acesso que não é

integrada ao SASI (Sandes *et al.*, 2018). Realidade que não difere da comunidade investigada nesta pesquisa:

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

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

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

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

A gente registra. Pega a certidão de nascimento, RG e CPF, quando eles estão com tudo em dia já. A gente faz, quando vem uma família nova, a gente pega os documentos, tira uma foto, geralmente eu tiro foto porque é muita coisa pra preencher, o formulário é bem grande [...]. Daí, as vezes não tem tempo suficiente. Eu pergunto as questões de saúde, se eles têm algum problema de saúde e depois eu preencho os documentos certinho aqui com mais calma e já passo no sistema, cada um, é individualizado o cadastro. Então, cartão SUS eu atualizo, porque todo mundo já tem o cartão SUS, as vezes está desatualizado. Só atualizo o cartão e fica certinho. [...] No imóvel, eu coloco quem mora na casa (A.C., 2024).

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

No posto não tem consulta, né? Passou mal, se tiver médico, é aquele médico clínico geral, passa uma receitinha e acabou. Preciso de neuropediatra e tudo, não conseguimos. Os meninos não conseguiram, mas foi por conta que não tem documento. Isso já é um vício. Que nem a Funai, fez todo documento errado, aí nós conseguimos. Levou dois anos pra conseguir o RANI [Registro Administrativo de Nascimento de Indígena] dos meninos, aí quando chegou o RANI não presta mais. Tem que fazer uma certidão de nascimento. Pra fazer a certidão, eu tenho que pedir um novo RANI para dizer que ele existe pro cartório, pra fazer o documento pra ser atendido pelo SUS. A menina tentou marcar os exames, eles não entendem do sistema e nem o cartório entende. Por exemplo, não precisava tudo isso, bastava levar o RANI, esse aqui tá lá no livro da Funai, é só vocês ligarem, tá tudo aí, mas eles querem um de hoje, aí tive que pedir tudo de novo. Quanto tempo a Funai vai levar pra devolver tudo isso? E eu precisava fazer o documento dos meninos. Ele perdeu vestibular, perdeu o Enem. Então, é um círculo burocrático vicioso que a gente não consegue sair do lugar. Aí afeta tudo nós [...]. A gente dá os pulos e a gente dá um jeito, né? Nem que tem que pagar uma consulta particular. Que nem a terra, a gente não tinha terra (risos), então vamos comprar terra. A gente dá os pulos pra manter vivo, estar sadio, a gente vai vendo as coisas que precisam mais. O sistema não tá preparado. Você chega num lugar, o computador não tem a educação, não tem a saúde, não tem o sistema da diversidade, aí já cansa, né? Tem que arrumar outro meio (G1, 2024).

O referido RANI (Registro Administrativo de Nascimento de Indígena) instituído pelo Estatuto do Índio, Lei nº 6.001 de 19 de dezembro de 1973<sup>29</sup>, é um documento administrativo devidamente autenticado e assinado, feito em livros próprios por funcionários da Funai, hábil para proceder ao registro civil, não substituindo a certidão de nascimento (Brasil, 2013).

A escolha dos nomes de origem indígena é motivo de recusa em alguns cartórios de registro, exigindo a apresentação do RANI para comprovação da origem indígena. Este processo de sentença judicial para determinar ao cartório a realização do registro faz com que o recém-nascido fique meses sem oficializar o seu registro, o que faz com que ocorram registros sem a anotação da condição indígena (Gomes; Modesto; Nascimento, 2023). Assim:

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

Esta condição afeta a promoção à saúde ao recém-nascido e à puerpera, pois, tal como recomendado, é que haja acompanhamento pela UBS na primeira semana de vida. É proposto

---

<sup>29</sup> Disponível em: < [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/16001.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16001.htm) > Acesso em: 05 fev. 2025.

que passem por uma consulta de enfermagem para observar o crescimento, desenvolvimento infantil, aleitamento materno e condições clínicas do bebê (Slomp, 2007). As consecutivas dificuldades enfrentadas afetam o direito de serem assistidos por profissionais de saúde, que evidenciam em suas declarações o desejo de serem atendidos sob um olhar diferenciado:

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

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

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

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

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

A parceria entre universidades, poder público e setores sociais para disposição e planejamento em saúde é relevante na produção de estudos e pesquisas diante de lacunas permeadas a desencontros e paradoxos no contexto da situação de saúde dos povos indígenas no âmbito do SUS. Portanto, ainda este fato demonstra que, para êxito do atendimento de saúde ao indígena, há uma dependência da corroboração de várias instituições, sendo governamentais ou não, entre elas Funasa, Funai, rede do SUS, municípios, ONGs e as universidades. A multiplicidade de interesses nas instituições envolvidas caracteriza a falta de

definição de competências, além das estruturas burocrático-administrativas confusas propostas pela legislação (Langdon *et al.*, 2004).

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

### 4.3 Rumos futuros

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

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

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

Devemos ter a percepção de que diante desta dinâmica cultural, o conhecimento indígena é fluido, criativo e sujeito a influências, em um movimento de negociações entre as formas de saber médico: “Posto de saúde e nosso também, né? Tem remédio que vem de fora

pra dar uma reforçada” (G1, 2024). Fato este, que neste movimento, os próprios profissionais de saúde também são afetados, proporcionando partilha de ideias. Este contato interétnico possibilita diferentes formas de apropriação de saberes, sendo eles entre Agentes de Saúde, Xamãs, lideranças etc (Garnelo; Wright, 2001).

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

A UBS é um espaço de trocas de grupos culturais divergentes, tornando-se elemento fundamental para contato entre modos de se pensar a saúde: sanitaria nacional, por meio de formação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e intermédio de profissionais não indígenas em territórios indígenas (Novo, 2011). O AIS, dentro do sistema dos DSEI's, é concebido como um elo entre serviços de saúde e comunidades indígenas, como estratégia do movimento indígena para inserção no mercado de trabalho e controle das questões sobre saúde e doença (De Mendonça, 2005).

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

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

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

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

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

Desta forma, é preciso considerar as necessidades e demandas específicas da população indígena para refletir o modelo de atendimento à saúde analisando os reflexos na cultura e na organização sociopolítica (Novo, 2009). Esta demanda há no reconhecimento por parte da profissional responsável pela saúde municipal da cidade:

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

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

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

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

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

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

A atenção diferenciada aos povos indígenas, quando existente na APS, reconhece as ações locais que respeitem suas singularidades, sendo étnicas quanto culturais, visando a diversidade na compreensão do processo saúde e doença. Permite-se formulação de estratégias adequadas e vínculos entre profissionais e povos indígenas para melhor qualidade de assistência.

Todavia, na pesquisa ficou evidente que o reconhecimento não é o suficiente, e há escassez de políticas públicas e ações específicas do Ministério da Saúde voltadas para as comunidades indígenas que não estão localizadas em terras demarcadas, visto uma lacuna significativa na garantia dos direitos à saúde desses grupos. Os marcos e políticas, quando existentes, são voltados ao contexto dos povos indígenas aldeados sob atendimentos dos DSEI ou sob ações locais das secretarias municipais de saúde. As ações e serviços ofertados são os mesmos ao público não indígena, vendo-os como munícipes, devido sua presença local em áreas de abrangência das UBS, ou quando são incluídos em ações a grupos minoritários.

Compreende-se que na saúde pública, há um modelo assistencial o qual as ações são efetivadas à um contexto local. A descentralização, diretriz do SUS, preconiza repasse à execução das ações à um nível local, desobrigando o nível federal de uma rede própria de assistência, sendo uma contradição evidente. Os órgãos de saúde enfrentam desafios na adaptação de serviços a grupos culturalmente específicos, apresentando dificuldades em adaptar estratégias adequadas. Este contexto resulta na invisibilidade, falta de estratégias e ações restritas a capacitações ocasionais.

No Paraná, a inobservância de ações e serviços voltados a um atendimento diferenciado não é diferente do contexto abordado. A problemática atrelada à saúde indígena no estado é associada ao envolvimento de diversos atores, sendo gestores, indígenas e profissionais de saúde, resultando em uma complexa gestão; além de que, a transferência

indevida de responsabilidades da FUNASA para as ONGs não surtiu evidências de melhorias no contexto da oferta de serviços como esperado pela experiência que estas organizações supostamente teriam, evidenciando nas faltas de registros, poucas pautas sobre nos conselhos estaduais e municipais e falta de metas e ações nos PMS.

Este trabalho, portanto, indica que o município de Campo Mourão/PR já estabelecia relações com a comunidade indígena Guarani, através do atendimento da UBS Barreiro das Frutas e há um atendimento à saúde. Todavia, é notável o desconhecimento pelos gestores municipais das políticas públicas aos povos indígenas, evidenciado nas entrevistas da pesquisa atual. Há o reconhecimento de fato da presença indígena local, mas de fato, não tem se pensado ou implementado nenhuma estratégia e ação à comunidade Guarani. A não implantação do SASI no município de Campo Mourão é fruto da falha do Estado em considerar indígenas os desaldeados, uma vez que a terra local é adquirida. A realidade é submetida às virtudes da política local, o qual podemos analisar que suas demandas não chegam à Secretaria Municipal de Saúde.

O atendimento prestado é feito de forma convencional ao fato de a comunidade Indígena Tekoha Verá Tupã'i fazer parte da área de abrangência da UBS Barreiro das Frutas. São ofertados atendimentos de rotina, da mesma forma à população não indígena, sendo as visitas domiciliares ao atendimento da área rural, consultas médicas convencionais, acompanhamento de doenças crônicas, medicações e receitas médicas, além da vacinação. A única particularidade perceptível, por parte dos profissionais de saúde, é de não insistirem ou convencerem a adotarem as ações prestadas.

Como consequência, é notável que os representantes indígenas continuam a luta por suas necessidades e de suas comunidades enquanto intermediadores pelos demais quando há uma necessidade de saúde. Há na comunidade aqueles que apresentam mais resistência às medidas oferecidas pela UBS; portanto, as barreiras existentes são fatores que interferem, tais como: dificuldade de comunicação; características culturais próprias e da equipe de saúde; processo burocrático de cadastramento e emissão de documento civil devido o trâmite do RANI, afetando o atendimento e a solicitação de exames; dificuldade organizacional de fluxo e estratégias que contribua para a adesão do público indígena às consultas; e visitas pré-estabelecidas com serviços programados de rotina.

É perceptível a disposição dos indígenas a receberem ações que contribuam para a resolutividade de seus problemas de saúde, todavia os fatores citados acima resultam na falta de um atendimento diferenciado, fazendo-os buscarem outras soluções e estratégias, seja por parcerias institucionais ou meios particulares.

Por fim, a estruturação de uma normativa que garanta o direito dos povos indígenas a saúde associada a uma capacitação profissional dos atores envolvidos voltado a realidade do povo Guarani que vive no município de Campo Mourão/PR é um processo que deve ser considerado. É necessário a estruturação de um atendimento que seja efetivo, junto à responsabilidade de órgãos competentes e políticas públicas eficientes. Há necessidade de decisão política, visto que ser indígena é, acima de tudo uma questão de identidade, independente da situação de seus territórios, sendo a saúde um direito de todos e dever do Estado, em âmbito físico, mental e social.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, José Carlos Silva de. **Na busca da afirmação do direito à saúde indígena: os efeitos da implementação da portaria ministerial nº 2656 de 2007 em municípios do Paraná.** Tese (Doutorado em Políticas Públicas) - Programa de Pós-Graduação em Política Públicas, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2012.
- ABRUNHOSA, Marcela Alves; MACHADO, Felipe Rangel de Souza; PONTES, Ana Lúcia de Moura. Da participação ao controle social: reflexões a partir das conferências de saúde indígena. **Saúde e Sociedade**, v. 29, p. e200584, 2020.
- AITH, Fernando. Saúde indígena no Brasil: atual quadro jurídico-administrativo do estado brasileiro e desafios para a garantia do direito à saúde da população indígena. **Revista de Direito Sanitário**, v. 9, n. 3, p. 115-132, 2008.
- APURINÃ, Chico. Saúde é terra demarcada. In: PONTES, Ana Lúcia de Moura (org.). **Vozes indígenas na saúde: trajetórias, memórias e protagonismos.** 1ed. Belo Horizonte, MG: Piseagrama, 2022. p. 10-374.
- ATHIAS, Renato; MACHADO, Marina. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 2, p. 425-431, 2001.
- ATKINSON, Sarah J. Anthropology in research on the quality of health services. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, p. 283-299, 1993.
- AZEVEDO, Ana Lucia Martins de; GURGEL, Idê Gomes Dantas; TAVARES, Maurício Antunes. O poder de acessar a saúde: uma análise do acesso à saúde na etnia indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira (PE). **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, p. 275-280, 2014.
- BANIWA, Gersem Luciano. Movimentos e políticas indígenas no Brasil contemporâneo. **Tellus**, p. 127-146, 2007.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** 3. reimp. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BARNABÉ, Eduardo Gomes; BONISSONI, Natammy Luana de Aguiar; SILVA, Dayanna. **Acesso aos direitos fundamentais: uma abordagem da pauta indígena.** 2021.
- BATISTA, Marianna Queiróz; ZANELLO, Valeska. Saúde mental em contextos indígenas: Escassez de pesquisas brasileiras, invisibilidade das diferenças. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 21, n. 4, p. 403-414, 2016.
- BOARETTO, Juliana Dias; MOLENA-FERNANDES, Carlos Alexandre; PIMENTEL, Giuliano Gomes de Assis. Estado nutricional de indígenas Kaingang e Guarani no estado do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 2323-2328, 2015.
- BORGHI, Ana Carla et al. Singularidades culturais: o acesso do idoso indígena aos serviços públicos de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, p. 0589-0595, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena**: relatório final. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2015. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/5\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_indigena\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/5_conferencia_nacional_saude_indigena_relatorio_final.pdf)> Acesso em: 18 jan. 2024.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CUNHA, Rosani Evangelista da. Cartão Nacional de Saúde: os desafios da concepção e implantação de um sistema nacional de captura de informações de atendimento em saúde. **Ciencia & saude coletiva**, v. 7, p. 869-878, 2002.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

i44NEWS. **Índios guaranis vivem em situação de extrema pobreza em Campo Mourão**. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=vztiGju4z6c>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

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

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

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

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

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

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

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

- MARSIGLIA, Regina MG; SILVEIRA, Cássio; CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 14, p. 69-76, 2005.
- MEBÊNGÔKRE, Megaron Txucarramãe. Tem que chamar para participar. In: PONTES, Ana Lúcia de Moura et al (orgs.). **Vozes indígenas na saúde: trajetórias, memórias e protagonismos**. Belo Horizonte, MG: Piseagrama, 2022. p. 294-303.
- MENDES, Anapaula Martins et al. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e184, 2018.
- MOURA, Bianca Coelho et al. Reflexões sobre a participação popular e social na Saúde indígena. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 16, n. 5, p. 2659-2674, 2023.
- NOVO, Marina Pereira. Política e intermedicalidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 1362-1370, 2011
- OLIVEIRA, João Pacheco de. **O nascimento do Brasil e outros ensaios: pacificação, regime tutelar e formação de alteridades**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2016.
- OLIVEIRA, Jonas Welton Barros; AQUINO, Jael Maria; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles. Promoção da saúde na comunidade indígena Pankararu. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, p. 437-444, 2012.
- OPS. Ministerio de Salud. **Informe Semana de la Vacunación en las Américas 2023**. s/p. Disponível em: <<https://www.paho.org/es/documentos/informe-semana-vacunacion-americas-2023>>. Acesso em: 26 jan. 2024.
- PARANHOS, Jéssica Camila de Sousa Rosa. O papel dos gestores estaduais na política pública de saúde indígena: entre os impasses históricos e a pandemia de covid-19. 2021.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de saúde mental**. Curitiba, PR: SESA; 2014. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/linha\\_guia\\_final\\_de\\_saude\\_mental.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/linha_guia_final_de_saude_mental.pdf)>. Acesso em: 07 maio 2024.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. 2022a. s/p. Disponível em: <<https://www.saude.pr.gov.br/Noticia/Acoes-fortalecem-saude-indigena-no-Parana>>. Acesso em: 07 maio 2024.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. 2022b. s/p. Disponível em: <<https://www.saude.pr.gov.br/Noticia/Povos-indigenas-dao-exemplo-e-sao-o-grupo-prioritario-com-melhor-cobertura-vacinal-do>>. Acesso em: 07 maio 2024.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. 2023. s/p. Disponível em: <<https://www.cepi.pr.gov.br/Noticia/Programacao-1a-Conferencia-Estadual-dos-Povos-Indigenas-do-Parana>>. Acesso em: 13 maio 2024.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA COLETA DE DADOS INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOBRE OS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE INDÍGENA JUNTO A SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO MOURÃO/PR

#### 1. DADOS PESSOAIS

<b>Entrevistado(a):</b>
<b>Idade:</b>
<b>Profissão:</b>
<b>Cargo atual:</b>
<b>Tempo de exercício do cargo atual:</b>
<b>Data da entrevista:</b>

#### 2. ENTREVISTA

- A comunidade Guarani de Campo Mourão/PR, não apresenta homologação da terra indígena, por este motivo não é contemplada pelas Políticas Públicas existentes para atendimento via SESAI, nesse caso, qual a relação do poder público com as necessidades de saúde na atenção primária para a referida comunidade?
- Quem é o responsável pela implantação das políticas públicas de saúde voltado a comunidade indígena Guarani de Campo Mourão?
- Como a Secretaria Municipal de Saúde percebe a situação de atendimento da atenção primária em saúde na referida comunidade indígena?
- Como as demandas de ações básicas de saúde da comunidade Guarani de Campo Mourão/PR chegam a Secretaria Municipal de Saúde?
- Como é feito o acompanhamento desta comunidade pela atenção primária a saúde do município?
- Como são feitos os registros de atendimento indígena? Existe um perfil deste usuário?
- Há um planejamento estratégico em saúde para esta população?

## APÊNDICE B – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA COLETA DE DADOS

COLETA DE DADOS SOBRE OS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE INDÍGENA JUNTO AO PROFISSIONAL ENFERMEIRO ATUANTE NA UNIDADE DE SAÚDE BARREIRO DAS FRUTAS DE CAMPO MOURÃO/PR

### 1. DADOS PESSOAIS

<b>Entrevistado(a):</b>
<b>Idade:</b>
<b>Profissão:</b>
<b>Cargo atual:</b>
<b>Tempo de exercício do cargo atual:</b>
<b>Data da entrevista:</b>

### 2. ENTREVISTA

- Referente a comunidade indígena Guarani que reside atualmente no Barreiro das Frutas no município, como funciona as ações e serviços de saúde da UBS a essa comunidade?
- Qual o horário de funcionamento da UBS?
- Quais os profissionais de saúde que ficam na UBS?
- Qual sua rotina de trabalho na UBS?
- Há um planejamento estratégico de assistência a comunidade Guarani?
- Há cadastros ativos desta população na UBS? Estes cadastros são intencionados por quem?
- A cada quanto tempo os cadastros são atualizados?
- Já ocorreu atendimentos ao usuário indígena Guarani na UBS? Se sim, como foi e com qual frequência acontece?
- Então as lideranças que procuram?
- Referente aos que não falam com fluência o português, é mais difícil eles procurarem a UBS?
- A equipe de saúde da UBS promove ações em saúde na comunidade? Se sim, com qual frequência ocorre as visitas?
- Quais as principais dificuldades encontradas no atendimento ao usuário de saúde indígena feitos pela UBS?
- E eles aderem aos tratamentos medicamentosos e curativos?

- Qual sua percepção do preparo dos profissionais de saúde referente ao atendimento ao usuário de saúde indígena na atenção primária de saúde?
- Gostaria de expor alguma outra questão, que não foi retratada nesse questionário, e que seja relevante quanto as ações e serviços de saúde da UBS referente aos indígenas?
- Os demais profissionais como médicos e enfermeiro da UBS eles vão quando solicitado ou também há alguma rotina de visitas?
- Vocês já tiveram alguma capacitação relacionada a saúde indígena?
- Você tem algum contato ou visualizou os Guarani utilizando da medicina tradicional deles?

## APÊNDICE C – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA COLETA DE DADOS

COLETA DE DADOS SOBRE OS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE INDÍGENA JUNTO AO PROFISSIONAL AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE ATUANTE NA UNIDADE DE SAÚDE BARREIRO DAS FRUTAS DE CAMPO MOURÃO/PR

### 1. DADOS PESSOAIS

<b>Entrevistado(a):</b>
<b>Idade:</b>
<b>Profissão:</b>
<b>Cargo atual:</b>
<b>Tempo de exercício do cargo atual:</b>
<b>Data da entrevista:</b>

### 2. ENTREVISTA

- Referente a comunidade indígena Guarani que reside atualmente no Barreiro das Frutas no município, como funciona as ações e serviços de saúde da UBS a essa comunidade?
- Há um planejamento estratégico de assistência a comunidade Guarani?
- Há cadastros ativos desta população na UBS? Estes cadastros são intencionados por quem?
- Então lá na comunidade todos estão cadastrados?
- Já ocorreu atendimentos ao usuário indígena Guarani na UBS? Se sim, como foi e com qual frequência acontece?
- Como é organizado os atendimentos, são agendados?
- Com qual frequência você faz as visitas na comunidade?
- A equipe de saúde da UBS promove ações em saúde na comunidade? Se sim, com qual frequência ocorre as visitas?
- Quais as principais dificuldades encontradas no atendimento ao usuário de saúde indígena feitos pela UBS?
- Qual sua percepção do preparo dos profissionais de saúde referente ao atendimento ao usuário de saúde indígena na atenção primária de saúde?
- Quais são as doenças mais prevalentes ali na comunidade?
- Eles aceitam bem o tratamento/medicações ofertadas pela UBS?

- E você os observa a utilizarem a medicina deles?
- como é a aceitação da equipe de saúde da associação da medicina tradicional indígena ao tratamento convencional?
- Gostaria de expor alguma outra questão, que não foi retratada nesse questionário, e que seja relevante quanto as ações e serviços de saúde da UBS referente aos indígenas?

## APÊNDICE D – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA COLETA DE DADOS

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOBRE SAÚDE INDÍGENA JUNTO A COMUNIDADE GUARANI DE CAMPO MOURÃO/PR

#### 1. DADOS PESSOAIS

<b>Nome indígena ou no registro civil:</b>
<b>Idade:</b>
<b>Etnia:</b>
<b>Nº de filhos:</b>
<b>Escolaridade:</b>
<b>Data da entrevista:</b>

#### 2. ENTREVISTA

- Para você, o que é saúde?
- Quais são as principais necessidades básicas de saúde na sua comunidade?
- Quais as doenças mais prevalentes na sua comunidade?
- Quem em sua comunidade é responsável pelos cuidados em saúde?
- Sua comunidade preserva hábitos culturais relacionados a saúde? Se sim, quais?
- Utiliza alguma Unidade Básica de Saúde? Qual e com qual frequência?
- Sua comunidade apresenta algum acompanhamento de saúde por profissionais enfermeiros/agentes comunitários de saúde/médicos? Se sim, com qual frequência? Fale sobre esses atendimentos.
- Quais as principais dificuldades encontradas na procura ao atendimento à saúde indígena pela UBS?
- Você se sente acolhido nos serviços de saúde do município?
- Quando há alguma enfermidade com alguma pessoa da comunidade, o que é feito?
- Em sua opinião, os serviços básicos de saúde do município atendem as necessidades em saúde desta comunidade?
- Gostaria que o município de Campo Mourão/PR oferecesse mais serviços e acesso de saúde a esta comunidade?
- Em sua opinião, os profissionais de saúde estão preparados para o atendimento ao indígena no sistema de saúde?

- Gostaria de expor alguma outra questão, que não foi retratada nesse questionário, e que seja importante para você e para a causa dos cuidados básicos de saúde indígena no município? Qual ou quais?

## ANEXOS

## ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
PARANÁ - UNESPAR



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Atenção primária e saúde indígena: assistência, serviços e políticas públicas em Campo Mourão/PR

**Pesquisador:** FRED MACIEL

**Área Temática:** Estudos com populações indígenas;

**Versão:** 1

**CAAE:** 77296823.0.0000.9247

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 6.668.237

**Apresentação do Projeto:**

O estudo intitulado "Atenção primária e saúde indígena: assistência, serviços e políticas públicas em Campo Mourão/PR" de autoria de FRED MACIEL e TALYAN CLAVISSO PEREIRA. Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Metodologicamente, será fundamentada em levantamento bibliográfico e de informações, visando-se realizar uma investigação da atenção primária à saúde das comunidades indígenas em Campo Mourão/PR. Posteriormente, esta pesquisa contará com o levantamento de informações e dados junto aos membros da comunidade indígena (pesquisa in loco), maiores de 18 anos, residentes de Campo Mourão/PR, que utilizam a atenção primária do serviço público de saúde. Também serão entrevistados representantes da Secretaria Municipal de Saúde e da Unidade de Saúde mais próxima à comunidade (8 indígenas residentes em comunidade, 1 representante da Secretaria Municipal de Saúde e 1 profissional de Enfermagem atuante em UBS). A coleta de dados será realizada mediante entrevistas semiestruturadas. Tais entrevistas serão gravadas e os dados serão transcritos na íntegra e posteriormente analisados.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Realizar uma investigação da atenção primária à saúde das comunidades indígenas em Campo

Endereço: Av: Gabriel Esperidião s/n sala 20  
 Bairro: Jardim Morumbi CEP: 87.703-000  
 UF: PR Município: PARANAVAL  
 Telefone: (44)99973-4064 Fax: (44)3141-4334 E-mail: cep@unespar.edu.br

Continuação do Parecer: 6.688.297

**Mourão/PR.**

**Objetivo Secundário:**

Ressaltar a relevância da atenção primária à saúde indígena, suas particularidades e relações com as políticas públicas. Investigar o panorama regional/local quanto às ações e políticas de saúde voltadas às comunidades indígenas. Analisar a perspectiva das comunidades indígenas acerca do acesso e assistência na atenção primária à saúde em Campo Mourão/PR.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Informamos que poderão ocorrer os riscos/desconfortos a seguir: invasão de privacidade; cansaço ou aborrecimento durante as entrevistas; desconforto durante a gravação das entrevistas via videochamadas na plataforma Google Meet; tomar o tempo do sujeito envolvido ao responder às perguntas da entrevista. Os pesquisadores se comprometem a minimizar os possíveis riscos, antecipadamente conversando com os(as) participantes, dirimindo dúvidas e esclarecendo os procedimentos da pesquisa. Também será apresentada a possibilidade de não autorização da gravação (nesse caso, as respostas serão anotadas pelos pesquisadores) e de interromper ou deixar a entrevista, a qualquer momento, sem constrangimentos. Serão respeitadas as visões de mundo, costumes, atitudes estéticas, crenças religiosas, organizações e estruturas próprias e diferenças linguísticas. Lembraremos que a participação é totalmente voluntária, podendo o(a) entrevistado(a) recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa.

**Benefícios:**

Mesmo que indiretamente, pretende-se contribuir com as reflexões acerca das ações de atenção primária à saúde de comunidades indígenas, fornecendo possíveis subsídios para políticas públicas e benfeitorias na assistência pública à saúde. A temática estudada poderá contribuir também com discussões sobre os impactos das ações, serviços e acessos da atenção primária à saúde junto a comunidades e populações indígenas,

fortalecendo tal campo de estudo e estimulando novas investigações, considerando a promoção e manutenção do bem-estar de tais setores sociais.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Segundo Dyniewicz (2014, p. 97), a pesquisa exploratória tem por objetivo explicar, bem como

Endereço: Av: Gabriel Esperidião s/n sala 20  
Bairro: Jardim Morumbi CEP: 87.703-000  
UF: PR Município: PARANAVAI  
Telefone: (44)99973-4064 Fax: (44)3141-4334 E-mail: cep@unespar.edu.br

Continuação do Parecer: 6.668.257

proporcionar de forma ampla, uma visão geral relacionada a um fato, enquanto a descritiva "tem como propósito observar, descrever, explorar, classificar e interpretar aspectos de fatos ou fenômenos". Referente à abordagem qualitativa, segundo

Antônio Carlos Gil (2002, p. 133), é definida como um processo, ou seja, "uma sequência de atividades, que envolve a redução dos dados, a categorização desses dados, sua interpretação e a redação do relatório", com objetivo de obter ideias abrangentes e significativas. Será realizado um levantamento teórico por meio de livros, periódicos científicos, levantamento de teses e dissertações que abordam a temática junto ao banco de

dados da CAPES, base SciELO, no campo de artigos científicos. Além disso, será feito levantamento de arquivos da Funai e legislações inerentes à temática de pesquisa, assim como das notícias em sítios eletrônicos referentes à conjuntura indígena no município, possibilitando uma análise acerca do tema sob a perspectiva de diversas áreas do conhecimento. Posteriormente, esta pesquisa contará com o levantamento de informações e

dados junto aos membros das comunidades indígenas (pesquisa in loco), maiores de 18 anos, residentes de Campo Mourão/PR, que utilizam a atenção primária do serviço público de saúde. Serão excluídas da pesquisa pessoas com alterações cognitivas ou neurológicas que impeça a comunicação. Em relação ao quantitativo de participantes, serão entrevistados 8 membros da comunidade indígena Guarani. Tal quantitativo é justificado em função do número de moradores da comunidade e pela mesma possuir parcela considerável de crianças e adolescentes (que não serão entrevistados). Também serão entrevistados representantes da Secretaria Municipal de Saúde (atual secretária municipal de Saúde) e profissional de Enfermagem responsável pelos atendimentos na Unidade de Saúde mais próxima à comunidade (Barreiro das Frutas). Para a análise de dados, será adotado o referencial de análise temática de conteúdo proposta por Bardin. Os dados coletados passarão por três etapas

classificadas por pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na primeira etapa, o conteúdo passará por uma leitura-flutuante para seleção documental e preparação do material, formulando hipóteses e objetivos. Na segunda etapa, há a análise propriamente dita e as análises serão agrupadas em dados brutos relevantes de acordo com o referencial teórico levantado. E, na última etapa, o

material será recortado em unidades de registros de acordo com a semântica, considerando a homogeneidade e inferência das informações, organizados em categorias, colocando-se em relevância as informações fornecidas (BARDIN, 2011). Serão mantidas a objetividade da mensagem transmitida, sem inferências, respaldadas no referencial teórico.

Endereço: Av. Gabriel Esperidião s/n sala 20  
 Bairro: Jardim Morumbi CEP: 87.703-000  
 UF: PR Município: PARANAVAI  
 Telefone: (44)99973-4064 Fax: (44)3141-4334 E-mail: cep@unespar.edu.br

Continuação do Parecer: 8.688.237

A coleta de dados será realizada mediante entrevistas semiestruturadas. Tais entrevistas serão gravadas e os dados serão transcritos na íntegra e posteriormente analisados. Se necessário, e para evitar possíveis conflitos na barreira linguística, as entrevistas serão auxiliadas por um intérprete (liderança da comunidade) com intuito de manter a objetividade da mensagem transmitida, sem inferências, respaldadas no referencial teórico.

Visando atender os princípios éticos, os dados a respeito da identidade dos participantes serão preservados. A pesquisadora se compromete em manter os dados coletados em sigilo e sob sua responsabilidade. Os entrevistados serão informados de todos os procedimentos e receberão uma cópia do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Os

dados coletados serão utilizados para esta pesquisa e serão armazenados por pelo menos quatro anos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A interação com a comunidade indígena se dará inicialmente por meio de suas lideranças (presidente da Associação Arandu Aty e cacique da Tekoha Verá Tupã'i), que já possuem proximidade ao Programa de Pós-Graduação no qual a pesquisa está vinculada em função de investigações a respeito da mesma comunidade já desenvolvidas anteriormente. Ressaltamos que trata-se de uma comunidade indígena que adquiriu o terreno de sua atual Tekoha (no Barreiro das Frutas, área rural do município de Campo Mourão/PR) por meio de recursos adquiridos em edital de fomento cultural. Portanto, não são uma Terra Indígena vinculada à FUNAI, tampouco são indígenas isolados. As entrevistas seguirão um roteiro semiestruturado e terão em torno de 12 perguntas. Tais entrevistas terão duração cerca de 30 minutos e serão realizadas presencialmente (no caso dos indígenas, na própria comunidade) e, quando necessário, por meio da plataforma digital Google Meet. A autorização para gravação

das entrevistas será solicitada, por meio de Termo de Autorização para Uso de Imagem e Voz. Reiteramos que os(as) participantes não serão identificados nos instrumentos e resultados da pesquisa, seguindo critérios éticos. Por fim, as entrevistas serão transcritas, com os dados categorizados para análise final. Desse modo, com a intenção de buscar atender aos objetivos da pesquisa, será realizada revisão bibliográfica, análise documental e pesquisa de campo para coleta de dados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Folha de rosto: Devidamente preenchida.

Endereço: Av: Gabriel Esperidião s/n sala 20  
 Bairro: Jardim Morumbi CEP: 87.703-000  
 UF: PR Município: PARANAVAI  
 Telefone: (44)99973-4064 Fax: (44)3141-4334 E-mail: cep@unespar.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ - UNESPAR 

Continuação do Parecer: 6.688.237

- Projeto Brochura: Com as mesmas informações constantes na plataforma.
- Anuência/Autorização da Instituição: Termo de Ciência do Responsável pelo Campo de Estudo devidamente preenchido e assinado.
- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE): Devidamente preenchido.
- INSTRUMENTO E/OU QUESTIONÁRIO QUE SERÁ UTILIZADO NA PESQUISA: Questionário apresentado.
- TERMO E AUTORIZAÇÃO PARA O USO DE IMAGEM E VOZ: Apresentado.
- TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD): Apresentado.

**Recomendações:**

- Todos os Termos de apresentação obrigatório estão anexados.
- Todos os Termos de apresentação obrigatório foram devidamente preenchidos.
- As informações constantes na Plataforma são as mesmas do Projeto Brochura.
- Encaminhar o referido projeto de pesquisa à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) por se tratar da Área Temática: Estudos com populações indígenas.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

- Todos os Termos de apresentação obrigatório estão anexados.
- Todos os Termos de apresentação obrigatório foram devidamente preenchidos.
- Não foi observado qualquer óbice ético.
- Encaminhar o referido projeto de pesquisa à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) por se tratar da Área Temática: Estudos com populações indígenas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Resolução CNS nº 466/12, item XI.2.d e Resolução CNS nº 510/16, art. 28, item V.

O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2247912.pdf	22/11/2023 19:17:32		Aceito

Endereço: Av: Gabriel Esperidião s/n sala 20  
 Bairro: Jardim Morumbi CEP: 87.703-000  
 UF: PR Município: PARANAÍVAI  
 Telefone: (44)99973-4064 Fax: (44)3141-4334 E-mail: cep@unespar.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
PARANÁ - UNESPAR



Continuação do Parecer: 6.668.297

Outros	TermoeAutorizacaoparaUsodelmageme Voz.pdf	22/11/2023 19:16:40	FRED MACIEL	Aceito
Outros	TCUD.pdf	22/11/2023 19:14:42	FRED MACIEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/11/2023 19:14:16	FRED MACIEL	Aceito
Outros	Termos_responsaveis_campo_de_estud o.pdf	22/11/2023 19:13:55	FRED MACIEL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	22/11/2023 19:11:42	FRED MACIEL	Aceito
Outros	Questionario.pdf	18/11/2023 15:50:43	FRED MACIEL	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	18/11/2023 13:56:31	FRED MACIEL	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Sim

PARANAVAI, 24 de Fevereiro de 2024

---

Assinado por:  
Willian Augusto de Melo  
(Coordenador(a))

Endereço: Av: Gabriel Esperidião s/n sala 20  
Bairro: Jardim Morumbi CEP: 87.703-000  
UF: PR Município: PARANAVAI  
Telefone: (44)99973-4064 Fax: (44)3141-4334 E-mail: cep@unespar.edu.br

## ANEXO B - Parecer consubstanciado da CONEP

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Atenção primária e saúde indígena: assistência, serviços e políticas públicas em Campo Mourão/PR

**Pesquisador:** FRED MACIEL

**Área Temática:** Estudos com populações indígenas;

**Versão:** 2

**CAAE:** 77296823.0.0000.9247

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.799.970

#### Apresentação do Projeto:

As informações contidas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram obtidas dos documentos contendo as Informações Básicas sobre o Projeto de Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2247912.pdf de 08/04/2024) e do Projeto Detalhado.

#### RESUMO

A população indígena no Brasil apresenta um contexto histórico marcado por desestruturação social, econômica e ambiental desde o início da colonização portuguesa. Os movimentos de resistência tiveram grande influência sobre os determinantes da saúde destes povos. Neste contexto, a saúde indígena manteve-se desorganizada diante das dificuldades em estruturar assistência e políticas voltadas à diversidade cultural e geográfica das comunidades. Diante disso, torna-se indispensável a elaboração de ações e projetos para uma adequada educação e promoção em saúde para os mesmos, dispendo-se da Atenção Primária em Saúde (APS) como meio, denominada a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). Esta pesquisa tem por objetivo realizar um diagnóstico da atenção primária à saúde das comunidades indígenas em Campo Mourão/PR, visando desenvolver um estudo local e corroborar com melhorias na assistência pública local da saúde voltadas a essas populações e comunidades indígenas. A pesquisa será desenvolvida por meio de atitudes interdisciplinares

**Endereço:** SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.719-040  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Atenção primária e saúde indígena: assistência, serviços e políticas públicas em Campo Mourão/PR

**Pesquisador:** FRED MACIEL

**Área Temática:** Estudos com populações indígenas;

**Versão:** 2

**CAAE:** 77296823.0.0000.9247

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 6.799.970

**Apresentação do Projeto:**

As informações contidas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram obtidas dos documentos contendo as Informações Básicas sobre o Projeto de Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2247912.pdf de 08/04/2024) e do Projeto Detalhado.

**RESUMO**

A população indígena no Brasil apresenta um contexto histórico marcado por desestruturação social, econômica e ambiental desde o início da colonização portuguesa. Os movimentos de resistência tiveram grande influência sobre os determinantes da saúde destes povos. Neste contexto, a saúde indígena manteve-se desorganizada diante das dificuldades em estruturar assistência e políticas voltadas à diversidade cultural e geográfica das comunidades. Diante disso, torna-se indispensável a elaboração de ações e projetos para uma adequada educação e promoção em saúde para os mesmos, dispendo-se da Atenção Primária em Saúde (APS) como meio, denominada a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). Esta pesquisa tem por objetivo realizar um diagnóstico da atenção primária à saúde das comunidades indígenas em Campo Mourão/PR, visando desenvolver um estudo local e corroborar com melhorias na assistência pública local da saúde voltadas a essas populações e comunidades indígenas. A pesquisa será desenvolvida por meio de atitudes interdisciplinares

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 8.799.970

Para a análise de dados, será adotado o referencial de análise temática de conteúdo proposta por Bardin. Os dados coletados passarão por três etapas classificadas por pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na primeira etapa, o conteúdo passará por uma leitura-flutuante para seleção documental e preparação do material, formulando hipóteses e objetivos. Na segunda etapa, há a análise propriamente dita e as análises serão agrupadas em dados brutos relevantes de acordo com o referencial teórico levantado. E, na última etapa, o material será recortado em unidades de registros de acordo com a semântica, considerando a homogeneidade e inferência das informações, organizados em categorias, colocando-se em relevância as informações fornecidas (BARDIN, 2011). Serão mantidas a objetividade da mensagem transmitida, sem inferências, respaldadas no referencial teórico.

#### MÉTODOS E INSTRUMENTOS

A coleta de dados será realizada mediante entrevistas semiestruturadas. Tais entrevistas serão gravadas e os dados serão transcritos na íntegra e posteriormente analisados. Se necessário, e para evitar possíveis conflitos na barreira linguística, as entrevistas serão auxiliadas por um intérprete (liderança da comunidade) com intuito de manter a objetividade da mensagem transmitida, sem inferências, respaldadas no referencial teórico. Visando atender os princípios éticos, os dados a respeito da identidade dos participantes serão preservados. Será submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa para aprovação do mesmo. A pesquisadora se compromete em manter os dados coletados em sigilo e sob sua responsabilidade. Os entrevistados serão informados de todos os procedimentos e receberão uma cópia do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Os dados coletados serão utilizados para esta pesquisa e serão armazenados por pelo menos quatro anos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A interação com a comunidade indígena se dará inicialmente por meio de suas lideranças (presidente da Associação Arandu Aty e cacique da Tekoha Verá Tupãꞑi), que já possuem proximidade ao Programa de Pós-Graduação no qual a pesquisa está vinculada em função de investigações a respeito da mesma comunidade já desenvolvidas anteriormente. Ressaltamos que trata-se de uma comunidade indígena que adquiriu o terreno de sua atual Tekoha (no Barreiro das Frutas, área rural do município de Campo Mourão/PR) por meio de recursos adquiridos em edital de fomento cultural. Portanto, não são uma Terra Indígena vinculada à FUNAI, tampouco são indígenas isolados.

As entrevistas seguirão um roteiro semiestruturado e terão em torno de 12 perguntas. Tais

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 8.799.970

Para a análise de dados, será adotado o referencial de análise temática de conteúdo proposta por Bardin. Os dados coletados passarão por três etapas classificadas por pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na primeira etapa, o conteúdo passará por uma leitura-flutuante para seleção documental e preparação do material, formulando hipóteses e objetivos. Na segunda etapa, há a análise propriamente dita e as análises serão agrupadas em dados brutos relevantes de acordo com o referencial teórico levantado. E, na última etapa, o material será recortado em unidades de registros de acordo com a semântica, considerando a homogeneidade e inferência das informações, organizados em categorias, colocando-se em relevância as informações fornecidas (BARDIN, 2011). Serão mantidas a objetividade da mensagem transmitida, sem inferências, respaldadas no referencial teórico.

#### MÉTODOS E INSTRUMENTOS

A coleta de dados será realizada mediante entrevistas semiestruturadas. Tais entrevistas serão gravadas e os dados serão transcritos na íntegra e posteriormente analisados. Se necessário, e para evitar possíveis conflitos na barreira linguística, as entrevistas serão auxiliadas por um intérprete (liderança da comunidade) com intuito de manter a objetividade da mensagem transmitida, sem inferências, respaldadas no referencial teórico. Visando atender os princípios éticos, os dados a respeito da identidade dos participantes serão preservados. Será submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa para aprovação do mesmo. A pesquisadora se compromete em manter os dados coletados em sigilo e sob sua responsabilidade. Os entrevistados serão informados de todos os procedimentos e receberão uma cópia do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Os dados coletados serão utilizados para esta pesquisa e serão armazenados por pelo menos quatro anos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A interação com a comunidade indígena se dará inicialmente por meio de suas lideranças (presidente da Associação Arandu Aty e cacique da Tekoha Verá Tupãꞑi), que já possuem proximidade ao Programa de Pós-Graduação no qual a pesquisa está vinculada em função de investigações a respeito da mesma comunidade já desenvolvidas anteriormente. Ressaltamos que trata-se de uma comunidade indígena que adquiriu o terreno de sua atual Tekoha (no Barreiro das Frutas, área rural do município de Campo Mourão/PR) por meio de recursos adquiridos em edital de fomento cultural. Portanto, não são uma Terra Indígena vinculada à FUNAI, tampouco são indígenas isolados.

As entrevistas seguirão um roteiro semiestruturado e terão em torno de 12 perguntas. Tais

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 6.799.970

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- A. Ressaltar a relevância da atenção primária à saúde indígena, suas particularidades e relações com as políticas públicas;
- B. Investigar o panorama regional/local quanto às ações e políticas de saúde voltadas às comunidades indígenas;
- C. Analisar a perspectiva das comunidades indígenas acerca do acesso e assistência na atenção primária à saúde em Campo Mourão/PR.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**RISCOS**

Informamos que poderão ocorrer os riscos/desconfortos a seguir: invasão de privacidade; cansaço ou aborrecimento durante as entrevistas; desconforto durante a gravação das entrevistas via videochamadas na plataforma Google Meet; tomar o tempo do sujeito envolvido ao responder às perguntas da entrevista. Os pesquisadores se comprometem a minimizar os possíveis riscos, antecipadamente conversando com os(as) participantes, dirimindo dúvidas e esclarecendo os procedimentos da pesquisa. Também será apresentada a possibilidade de não autorização da gravação (nesse caso, as respostas serão anotadas pelos pesquisadores) e de interromper ou deixar a entrevista, a qualquer momento, sem constrangimentos. Serão respeitadas as visões de mundo, costumes, atitudes estéticas, crenças religiosas, organizações e estruturas próprias e diferenças linguísticas. Lembraremos que a participação é totalmente voluntária, podendo o(a) entrevistado(a) recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa.

**BENEFÍCIOS**

Mesmo que indiretamente, pretende-se contribuir com as reflexões acerca das ações de atenção primária à saúde de comunidades indígenas, fornecendo possíveis subsídios para políticas públicas e benfeitorias na assistência pública à saúde. A temática estudada poderá contribuir também com discussões sobre os impactos das ações, serviços e acessos da atenção primária à saúde junto a comunidades e populações indígenas, fortalecendo tal campo de estudo e estimulando novas investigações, considerando a promoção e manutenção do bem-estar de tais setores sociais.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo nacional e unicêntrico.

Endereço: BRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 8.799.970

**Caráter acadêmico:** obtenção do título de mestre, no "Programa Interdisciplinar Sociedade e Desenvolvimento" da Universidade Estadual do Paraná/Campus de Campo Mourão.

**Orçamento:** financiamento próprio, com previsão de gastos no valor total de R\$ 170,00.

Não há previsão de coleta e nem armazenamento de material biológico humano.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**  
Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Recomendações:**

Conforme a terminologia da Resolução CNS nº 510 de 2016, art. 2º, inciso XXII, recomenda-se alterar o nome "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" para "Registro do Consentimento Livre e Esclarecido".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Análise das respostas ao Parecer Consubstanciado nº 6.685.825 emitido pela Conep em 16/03/2024.

1. Quanto ao documento "Projeto.pdf", submetido em 22/11/2023:

1.1. Na página 8 de 9, lê-se: "a coleta de dados será realizada mediante entrevistas semiestruturadas. Tais entrevistas serão gravadas e os dados serão transcritos na íntegra e posteriormente analisados". Como o estudo envolve população indígena, solicita-se adequação para informar ao/à participante que o uso de sua imagem e/ou som contemplará a Portaria nº 177/PRES/2006, Art. 6º, da Funai e demais legislações pertinentes.

RESPOSTA: Foi ajustado e ressaltado no projeto e nas informações básicas que, em consonância com os preceitos éticos, dispostos na Resolução CNS nº 510 de 2016, Art. 3º, Inciso VII, bem como contemplando a Portaria nº 177/PRES/2006, Art. 6º, da Funai e demais legislações pertinentes, as gravações de imagem ou voz serão somente para registro, de maneira que os dados a serem coletados só poderão ser utilizados para fins de publicações científicas e que serão utilizados com objetivo único da pesquisa acadêmica.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.2. Na página 8 de 9, lê-se: "os dados coletados serão utilizados para esta pesquisa e serão armazenados por pelo menos quatro anos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar  
Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040  
UF: DF Município: BRASÍLIA  
Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 8.799.970

de Saúde.". A Resolução CNS nº 196 de 1996, mencionada foi revogada pela Resolução CNS nº 466 de 2012. Como se trata de um projeto de pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais, solicita-se substituir a menção à Resolução CNS nº 196 de 1996 por Resolução CNS nº 510 de 2016. Solicita-se, ainda, essa mudança em qualquer trecho/documento que cite a Resolução já revogada. A mesma orientação se dá para outras resoluções do CNS revogadas.

**RESPOSTA:** Foi ajustado e ressaltado no projeto e nas informações básicas que os dados coletados serão utilizados para fins de elaboração da dissertação de mestrado e publicações científicas, sendo que ficarão armazenados em arquivo, físico e digital, sob guarda e responsabilidade da pesquisadora, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa (Resolução CNS nº 510 de 2016, Art. 28, Inciso IV).  
**ANÁLISE:** PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.3. Na página 7 de 9 do projeto detalhado, a pesquisadora indica a possibilidade de também realizar entrevistas por meio remoto. Caso também haja o objetivo de realizar entrevistas por meio virtual, solicita-se que o protocolo seja adequado à Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS que orienta para procedimentos de pesquisas em ambiente virtual.

**RESPOSTA:** Foi ajustado e ressaltado no projeto e nas informações básicas que, no caso de uso de ambientes virtuais, todos os procedimentos éticos serão seguidos (em conformidade com a Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS), sem a visualização de dados por terceiros, com apresentação prévia do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido e ressaltando a importância do participante da pesquisa guardar em seus arquivos uma cópia do(s) documento(s) eletrônico(s), além de enfatizar os riscos característicos do ambiente virtual, em função das limitações das tecnologias utilizadas (inclusive limitações dos pesquisadores para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação).

**ANÁLISE:** PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.4. A pesquisa deve comprometer-se no projeto detalhado e no TCLE a compartilhar os resultados finais da pesquisa com os participantes da pesquisa de maneira que tais resultados lhes sejam culturalmente acessíveis e compreensíveis. Solicita-se adequação.

**RESPOSTA:** Foi ajustado e ressaltado no projeto, nas informações básicas e no Registro do Consentimento Livre e Esclarecido que os pesquisadores se comprometem a compartilhar os resultados finais da investigação com os participantes da pesquisa, sendo que tal compartilhamento será realizado de modo que os resultados sejam culturalmente acessíveis e

**Endereço:** BRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.719-040  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 6.799.970

compreensíveis.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Quanto ao documento "TCLE.pdf", submetido em 22/11/2023:

2.1. Na página 1 de 5, encontra-se o espaço para incluir os dados referentes à aprovação ética do CEP UNESPAR. Caso essa informação realmente seja importante no contexto dessa pesquisa, recomenda-se que seja passado para o final do documento (antes do campo assinatura), informando apenas nº do CAAE e data da aprovação, tanto no CEP, quanto na Conep.

RESPOSTA: A referência aos dados de aprovação no CEP UNESPAR foi suprimida do documento.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.2. Na página 1 de 5, lê-se: "adicionalmente, solicitamos autorização para gravação das entrevistas, incluída no Termo de Autorização para Uso de Imagem e Voz". Solicita-se que as informações descritas no documento "TermoeAutorizacaoParaUsodelImagemVoz.pdf" (submetido em 22/11/2023) sejam incluídas no registro do consentimento livre e esclarecido. Deve ser explicado ao participante o objetivo da gravação de imagem ou voz (se para o registro e de gravação ou para divulgação) e os usos previstos pela pesquisa. A partir dessas informações, poderão ser propostas, de acordo com a pesquisa, opções excludentes (por exemplo: "sim, autorizo a gravação E/OU divulgação da minha imagem e/ou voz"; "não, não autorizo a gravação E/OU divulgação da minha imagem e/ou voz"; "autorizo a gravação, mas não a divulgação de minha imagem e/ou voz"), em consonância com os preceitos éticos dispostos na Resolução CNS nº 510 de 2016, Art. 3º, Inciso VII. Adicionalmente, como o estudo envolve população indígena, solicita-se adequação para informar ao/à participante que o uso de sua imagem e/ou som contemplará a Portaria nº 177/PRES/2006, Art. 6º, da Funai e demais legislações pertinentes. Solicita-se adequação.

RESPOSTA: No Registro do Consentimento Livre e Esclarecido (item 1. Participação na pesquisa) foi acrescentado que a utilização de sua imagem e voz serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade, sendo que os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em arquivo, físico e digital, sob guarda e responsabilidade da pesquisadora, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa (Resolução CNS nº 510 de 2016, Art. 28, Inciso IV). Você será identificado(a) por meio de um código, em que será

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 6.799.970

utilizada a letra "P" como identificação de "Participante", exemplo: P1; P2; P3. As suas respostas, dados pessoais, imagem e quaisquer outros dados ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar algum dos materiais, gravações, fichas de avaliação ou na pesquisa, nem quando os resultados forem apresentados ou após publicação. Em consonância com os preceitos éticos, dispostos na Resolução CNS nº 510 de 2016, Art. 3º, Inciso VII, bem como contemplando a Portaria nº 177/PRES/2006, Art. 6º, da Funai e demais legislações pertinentes, reiteramos que as gravações de imagem ou voz serão somente para registro, de maneira que os dados a serem coletados só poderão ser utilizados para fins de publicações científicas e que serão utilizados com objetivo único da pesquisa acadêmica.

A alteração também foi realizada no Termo e Autorização para Uso de Imagem e Voz, com inclusão das informações citadas acima e opções ao final do documento (Sim, autorizo a gravação e/ou divulgação da minha imagem e/ou voz; Não, não autorizo a gravação e/ou divulgação da minha imagem e/ou voz; Autorizo a gravação, mas não a divulgação de minha imagem e/ou voz).

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.3. Na página 2 de 5, lê-se: "além disso, os dados a serem coletados só poderão ser utilizados para fins de publicações científicas, num período de até 4 anos, contados a partir de março de 2024. Após este período os dados serão descartados.". Solicita-se reescrever esse trecho do registro do consentimento livre e esclarecido, informando que todos os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em arquivo, físico ou digital, sob guarda e responsabilidade do pesquisador, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa (Resolução CNS nº 510 de 2016, Art. 28, Inciso IV), para que o/a participante possa decidir livremente sobre sua participação e sobre o uso de seus dados no momento e no futuro.

RESPOSTA: No Registro do Consentimento Livre e Esclarecido (item 4. Confidencialidade) foi acrescentado que os dados a serem coletados só poderão ser utilizados para fins de elaboração da dissertação de mestrado e publicações científicas, sendo que ficarão armazenados em arquivo, físico e digital, sob guarda e responsabilidade da pesquisadora, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa (Resolução CNS nº 510 de 2016, Art. 28, Inciso IV).

A alteração também foi realizada no Termo e Autorização para Uso de Imagem e Voz e no Termo de Compromisso de Utilização dos Dados (TCUD).

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Endereço: BRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 6.799.970

2.4. Na página 4 de 5, lê-se: "RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso o (a) Sr. (a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira (...) CUSTOS: Foi esclarecido de que não ha nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação, e que não haverá qualquer despesa decorrente da minha participação na pesquisa, tendo em vista que a participação é voluntária.". Considerando a Resolução CNS nº 510 de 2016, Art. 2º, Inciso XXIV, ressarcimento "é uma compensação material dos gastos decorrentes da participação na pesquisa, ou seja, despesas do participante e seus acompanhantes, tais como transporte e alimentação", diferindo da INDENIZAÇÃO que "é a possibilidade legal de demandar uma compensação frente a um dano resultante da participação no projeto de pesquisa, caso seja necessário" (Código Civil, Lei nº 10.406 de 2002, Arts. 927 a 954). Considerando estas especificidades, solicita-se retirar ambos os trechos, substituindo-os pelos parágrafos que explicam ambos os itens.

RESPOSTA: Foi realizada alteração no documento (item 7. Ressarcimento e 7.1 Indenização), indicando que caso aceite participar da pesquisa, não haverá ressarcimento, entendendo-o como compensação material dos gastos decorrentes dessa participação, ou seja, despesas do participante e seus acompanhantes, tais como transporte e alimentação (Resolução CNS nº 510 de 2016, Art. 2º, Inciso XXIV). Também foi ressaltado que a participação na pesquisa é voluntária e sem ressarcimento. Porém, existe a possibilidade legal de demandar uma compensação frente a um dano resultante da participação no projeto de pesquisa, caso seja necessário (Código Civil, Lei nº 10.406 de 2002, Arts. 927 a 954).

ANÁLISE:PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.5. Considerando que o estudo foi analisado pela Conep, solicita-se, para melhor informar aos/às participantes de pesquisa, que seja incluída no registro do consentimento livre e esclarecido uma breve descrição do que é a Conep, qual sua função no estudo, e suas formas de contato, conforme Resolução CNS nº 510 de 2016, Art. 17, inciso IX [Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep: SRTVN - Via W 5 Norte - Edifício PO700 - Quadra 701, Lote D - 3º andar - Asa Norte, CEP 70719-040, Brasília (DF); Telefone: (61) 3315-5877. Horário de atendimento: 09h às 18h].

RESPOSTA: Foi acrescentado ao documento (item 6. Esclarecimentos) que o estudo também foi analisado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), ligada diretamente ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). Sublinhou-se que a Conep é instância máxima de avaliação

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conept@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 8.709.970

ética em protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, reforçando o cumprimento de preceitos éticos da presente pesquisa. Ademais de informações de contato.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.6. Nas páginas 4 e 5, são apresentados o "termo 1" e o "termo 2". Caso o pesquisador queira inserir uma redação final declarativa do participante de pesquisa, esta precisa ser redigida de forma simples como "li e concordo em participar da pesquisa", ou "declaro que concordo em participar da pesquisa". Salienta-se ainda que a frase final declarativa deve ser inserida no final do documento consentimento livre e esclarecido. Solicita-se que o "termo 2" seja retirado e o trecho do "termo 1" reescrito de acordo com a (Carta Circular nº 51-SEI/2017-CONEP/SECNS/MS, item 3.c).

RESPOSTA: Foram suprimidos os termos 1 e 2. Em substituição, ao final do documento foi incluída a declaração "Li e concordo em participar da pesquisa".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.7. Caso o pesquisador opte pelo registro do consentimento livre e esclarecido por escrito, os campos de assinaturas e rubricas devem ser identificados de acordo com a terminologia prevista na Resolução CNS nº 510 de 2016, Art. 2º, Incisos XIII e XVII, ou seja, empregando-se os termos "pesquisador responsável" e "participante de pesquisa/responsável legal". Os campos de assinaturas não devem estar separados do restante do documento (exceto quando, por questões de configuração da página, isto não for possível) e não devem conter campos adicionais, além de nome e data. Solicita-se a adequação.

RESPOSTA: Foi realizado ajuste no documento, empregando-se os termos pesquisador responsável e participante de pesquisa/responsável legal, inclusive no campo de assinaturas.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.8. De forma a garantir sua integridade, o documento deve apresentar a numeração das páginas, recomendando-se ainda que essa seja inserida de forma a indicar, também, o número total de páginas, por exemplo: 1 de 2, 2 de 2. Orienta-se a adequação.

RESPOSTA: Foi incluída paginação no Registro do Consentimento Livre e Esclarecido.

No Projeto detalhado, as alterações foram na Metodologia (p. 6), Métodos e instrumentos (p. 6 e 7) e Cronograma (p. 9). A alteração no Cronograma ocorreu para respeitar o período de análise das pendências, para que a coleta de dados seja somente após aprovação da Conep.

Endereço: BRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 8.799.970

Os ajustes estão destacados em amarelo.

No Registro do Consentimento Livre e Esclarecido, as alterações foram nos itens 1. Participação na pesquisa (p. 1 e 2); 4. Confidencialidade (p. 3); 6. Esclarecimentos (p. 4); 7. Ressarcimento/7.1 Indenização (p. 4 e 5) e 8. Preenchimento do registro (p. 5). Os ajustes estão destacados em amarelo. Também foram realizadas alterações no TCUD e no Termo e Autorização para Uso de Imagem e Voz, conforme relatado anteriormente. Os ajustes estão destacados em amarelo.

Nas informações básicas da Plataforma Brasil, as alterações foram na Metodologia Proposta, Metodologia de Análise de dados (guia Detalhamento do Estudo) e Cronograma de Execução (guia Outras informações). Os ajustes estão em letras maiúsculas.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

**Considerações Finais a critério da CONEP:**

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2247912.pdf	08/04/2024 18:17:30		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	08/04/2024 18:16:40	FRED MACIEL	Aceito
Outros	Termo_e_Autorizacao_para_Uso_de_Imagem_e_Voz_versao_limpa.pdf	07/04/2024 20:37:54	FRED MACIEL	Aceito
Outros	Termo_e_Autorizacao_para_Uso_de_Imagem_e_Voz_com_destaque.pdf	07/04/2024 20:37:40	FRED MACIEL	Aceito
Outros	TCUD_versao_limpa.pdf	07/04/2024 20:36:44	FRED MACIEL	Aceito
Outros	TCUD_com_destaque.pdf	07/04/2024 20:36:17	FRED MACIEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	Registro_do_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_versao_limpa.pdf	07/04/2024 20:35:28	FRED MACIEL	Aceito

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 6.799.970

Ausência	Registro_do_Consentimento_Livre_e_Esolarecido_versao_limpa.pdf	07/04/2024 20:35:28	FRED MACIEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Registro_do_Consentimento_Livre_e_Esolarecido_com_destaque.pdf	07/04/2024 20:35:17	FRED MACIEL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_versao_limpa.pdf	07/04/2024 20:30:39	FRED MACIEL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_com_destaque.pdf	07/04/2024 20:29:58	FRED MACIEL	Aceito
Outros	Termos_responsaveis_campo_de_estudo.pdf	22/11/2023 19:13:55	FRED MACIEL	Aceito
Outros	Questionario.pdf	18/11/2023 15:50:43	FRED MACIEL	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	18/11/2023 13:56:31	FRED MACIEL	Aceito

Situação do Parecer:  
Aprovado

BRASILIA, 07 de Maio de 2024

Assinado por:  
Láís Alves de Souza Bonilha  
(Coordenador(a))

Endereço: BRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar  
Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040  
UF: DF Município: BRASILIA E-mail: conep@saude.gov.br  
Telefone: (61)3315-5877