

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA
FILHO” FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**BRUNA MICHELE BARBOSA
LETÍCIA BELANCIERE PIMENTA**

**RIO DE SANGUE NA ÁGUA CRISTALINA: A SAÚDE DA POPULAÇÃO
INDÍGENA E O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL**

FRANCA

2022

BRUNA MICHELE BARBOSA
LETÍCIA BELANCIERE PIMENTA

**RIO DE SANGUE NA ÁGUA CRISTALINA: A SAÚDE DA POPULAÇÃO
INDÍGENA E O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como parte das exigências para obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Área de concentração: Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Piana.

FRANCA

2022

Barbosa, Bruna Michele.

Rio de sangue na água cristalina : a saúde da população indígena e o trabalho do serviço social / Bruna Michele Barbosa e Letícia Belanciere Pimenta.– Franca : [s.n.], 2022.

43 f.

Trabalho de conclusão (bacharelado – Serviço Social). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Orientadora: Maria Cristina Piana

1. Serviço social. 2. Desigualdades sociais. 3. Indígenas.
4. Saúde. I. Título. II. Pimenta, Letícia Belanciere.

CDD – 360

BRUNA MICHELE BARBOSA
LETÍCIA BELANCIERE PIMENTA

**RIO DE SANGUE NA ÁGUA CRISTALINA: A SAÚDE DA POPULAÇÃO
INDÍGENA E O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL**

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: _____

Nome: Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Piana
Instituição: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho” Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – campus Franca/SP

Examinador 1: _____

Nome: Prof.^a Dr.^a Lúcia Aparecida Parreira
Instituição: Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos –
Barretos/SP

Examinador 2: _____

Nome: Prof. Dr. Marcelo Gallo
Instituição: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – campus Franca/SP

Franca _____ de _____ de 2022.

BARBOSA, B. M.; BELANCIERE, L. P. **Rio de sangue na água cristalina: A saúde da população indígena e o papel do Serviço Social.** 2022. 41f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2022.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo compreender as condições de acesso à saúde da população indígena diante da crise sanitária provocada pela pandemia por Covid-19. Esta reflexão teórica está pautada na teoria crítica dialética, que abarca a totalidade e os aspectos sociais. Para tal, foi realizada uma pesquisa bibliográfica e um estudo pautado nas legislações que garantem direitos à saúde da população indígena, explicitando as lutas desse movimento social. A população indígena vem sofrendo genocídio desde a colonização europeia até os dias atuais, portanto, fez-se necessária a análise de como as políticas de saúde vem sendo executadas e sua respectiva efetividade. Historicamente, essa população vem sendo silenciada e dizimada culturalmente, sendo a saúde uma das reivindicações essenciais, tendo em vista o atraso de criações de políticas públicas para este fim. Houve ainda o agravante da pandemia por Covid-19 que atingiu bruscamente a população indígena, pois inúmeros povos foram atingidos fatalmente, perdendo diversas lideranças. Por fim, analisou-se o papel do Serviço Social em congruência com o Projeto Ético-Político da profissão, valorizando os aspectos culturais, sociais e de diversidade presentes nesse grupo populacional. Com esse trabalho, busca-se fomentar a discussão do trabalho de assistentes sociais da área da saúde na luta pela garantia de direitos à saúde da população indígena.

Palavras-chave: Saúde. Indígenas. Serviço Social.

BARBOSA, B. M.; BELANCIERE, L. P. **Rio de sangue na água cristalina: A saúde da população indígena e o papel do Serviço Social.** 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2022.

RESUMEN

El presente trabajo tiene como principal objetivo analizar la trayectoria histórica de la política indígena en Brasil, enfocada en salud. El método utilizado para ese análisis fue el Materialismo dialéctico, el cual abarca la totalidad de los aspectos históricos-sociales. Para esto fue realizada una investigación Bibliográfica y documental que recorre la legislación en la que se garantiza el derecho a la salud de la población indígena, explicando la lucha de este movimiento social. La población indígena ha sufrido genocidio desde la conquista europea hasta la actualidad, por lo tanto, fue necesario el análisis de cómo se han implementado las políticas de salud y su respectiva efectividad. Históricamente, esta población ha sido silenciada y apagada culturalmente, siendo la salud uno de los reclamos esenciales, ante la demora en la creación de políticas públicas para tal fin. Adicionalmente, se tiene el agravante de la pandemia por Covid-19, que golpeó de manera abrupta a la población indígena, donde innumerables personas resultaron fatalmente afectadas, perdiendo varios líderes. Finalmente, se analizó el papel del Servicio Social, en congruencia con el Proyecto Ético-Político de la profesión valorando los aspectos culturales, sociales y de diversidad presentes en ese grupo social. Con este trabajo se busca fomentar la discusión acerca del trabajo de los asistentes sociales del área de salud en la lucha por la garantía del derecho a la salud de la población indígena.

Palabras-clave: Salud. Indígenas. Servicio Social.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APIB	Associação dos Povos Indígenas do Brasil
APS	Atenção Primária à Saúde
COIAB	Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira
COVID-19	Corona Vírus Disease 2019
DOU	Diário Oficial da União
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MS	Ministério da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SIASI	Sistema de Informação em Saúde Indígena
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPI	Unidade de Atenção Primária Indígena

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
1 REFLEXÕES DA SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL.....	10
1.1 Genocídio da população indígena.....	10
1.2 Concepção de saúde.....	13
1.3 Lutas indígenas por serviços sanitários.....	15
2 CONTRADIÇÕES NA POLÍTICA DE GARANTIA DE DIREITOS À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS.....	20
2.1 Breve histórico das legislações da política de saúde indígena: do Estatuto do Índio até a Lei 14.021/20.....	20
2.2 Ineficiências das políticas de saúde para os povos originários.....	23
2.3 Pandemia da Covid-19 e os povos indígenas.....	25
3 O SERVIÇO SOCIAL E A QUESTÃO INDÍGENA.....	30
3.1 Princípios do Código de Ética profissional e o compromisso com a defesa dos direitos da população indígena.....	30
3.2 O papel da/o assistente social na garantia de direito à saúde da população indígena.....	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS.....	39

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo compreender quais as condições de acesso à saúde da população indígena durante a crise sanitária, social e econômica que se iniciou em 2020 em virtude da pandemia por COVID-19. Esse acontecimento evidenciou ainda mais as expressões da questão social¹ no Brasil. Durante a pesquisa para realização deste trabalho, não foi encontrada nenhuma produção teórica produzida pelos estudantes ou profissionais de Serviço Social da Unesp, campus Franca.

Os povos indígenas sofrem até os dias atuais rebatimentos da colonização européia, sendo marginalizados pela sociedade. Em contrapartida, essa população luta pelo reconhecimento e garantia dos seus direitos, inclusive pelo acesso à saúde pública. É milenar a história do povo indígena, permeada por riquíssimas tecnologias e conhecimentos que foram violentamente apropriados pelos europeus até os dias atuais. Nesse sentido, faz-se necessária a explanação acerca das lutas e demandas dessa população no que diz respeito à saúde, principalmente porque é um dos direitos e garantias fundamentais mais violados e permeados de descaso do Poder Público brasileiro.

A saúde é um direito garantido pela Constituição Federal de 1988, entretanto, a população indígena enfrenta dificuldades em seu acesso. Com a pandemia por Covid-19, o cenário atual fica ainda mais agravado tendo em vista o Brasil estar sendo governado por Jair Messias Bolsonaro, que não só ignorou as medidas de prevenção² à disseminação do vírus, como contribuiu para que os indígenas ficassem à mercê dessa doença. Desse modo, o genocídio seguiu seu curso com o aval do presidente e suas medidas neoliberais.

Houve ações governamentais que flexibilizaram as leis de demarcação de terras, o que permitiu a invasão de garimpeiros e fazendeiros em território indígena, ocasionando em

¹ [...] a questão social surgiu na Europa no século XIX. Na sua base não estava um vazio factual, mas necessidades sociais associadas à pauperização crescente da classe trabalhadora, determinada pela tendência capitalista de aumentar a taxa de exploração do trabalho, independente da produtividade deste. [...] a questão social constitui um estágio mais avançado, conflituoso e consciente do movimento de reação das classes subalternas à dominação social capitalista. (POTYARA, 2001, p.59).

² Jair Bolsonaro, em uma das suas primeiras declarações a respeito, tratou a situação de saúde pública como uma “gripezinha”, criticou governadores por determinarem a quarentena, questionou a razão pela qual as escolas haviam sido fechadas e criticou os meios de comunicação por transmitirem a situação mundial e brasileira, considerando tudo como uma “histeria”. Dias depois dessa declaração, foi questionado sobre o número de óbitos que já ultrapassava a marca de dois mil e respondeu “não sou coveiro”. Os governos estaduais e municipais acataram à recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), o que gerou grande tensão entre eles e o governo federal. Cada gestor foi agindo conforme percebia que era o ideal a ser feito: incentivar o uso de máscara, o distanciamento social, fechar comércios e serviços não essenciais e publicizar a importância da higienização das mãos. Contudo, o governo federal pressionou essas instâncias cada vez mais, enaltecendo que haveria uma imunidade de rebanho, que diz respeito a um alto número de pessoas que foram contaminadas e que por isso, estariam imunes à Covid-19, desconsiderando o elevado número de óbitos que esse estratégia incidiria.

inúmeros assassinatos de lideranças ao longo desse período pandêmico. Em paralelo a isso, de acordo com a Associação dos Povos Indígenas do Brasil até o começo de 2022, 1.248 indígenas tiveram suas vidas ceifadas pela Covid-19, sendo um total de 162 povos afetados.

Diante disso, o trabalho foi estruturado em três (3) capítulos. O primeiro capítulo abordou a questão do genocídio indígena ao longo da história brasileira, com o intuito de elucidar tamanha tragédia e valorizar a cultura indígena, bem como seu impacto na sociedade. Trata ainda, da concepção de saúde, levando em consideração conceitos científicos e dos povos indígenas, pois, para a apreensão da importância da garantia de direitos para esse público, é necessária a análise de totalidade levando em consideração as particularidades existentes. Dando sequência ao debate, explicitou-se as lutas indígenas por serviços sanitários, destacando as prioridades desse movimento social como uma questão de sobrevivência.

É fundamental, diante destas reflexões, estabelecermos um paralelo histórico das conquistas no campo jurídico, desde o Estatuto do Índio até a Lei 14.021/20, motivo pelo qual essa análise é feita no segundo capítulo. Por ser uma luta constante, houveram conquistas essenciais, contudo, de que maneira essas conquistas foram efetivadas pelo Poder Público? Até que ponto suprem as reais necessidades dos povos? De que maneira a pandemia por Covid-19 impactou na vida da população indígena? Esse capítulo responderá a essas questões.

O último capítulo analisou os princípios do Código de Ética do Serviço Social, em congruência com o Projeto Ético Político Profissional, explicitando o compromisso com a defesa de direitos da população indígena. Ademais, discute-se possibilidades e o trabalho da/do assistente social nesse cenário, o urgente enfrentamento e intervenção acerca das violações de direitos perpetradas e direcionadas aos povos originários. Realidade essa que deve ser assumida enquanto compromisso teórico-metodológico e ético político no exercício profissional.

1. REFLEXÕES DA SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

1.1 Genocídio da População Indígena

É com as palavras de Krenak (2019) que se inicia o presente trabalho acerca da saúde da população indígena. Essa temática é uma questão de saúde pública desde a colonização europeia, na qual teve endosso dos colonizadores e, posteriormente, do Poder Público, perpetuando ações genocidas em território brasileiro.

Essa tensão não é de agora, mas se agravou com as recentes mudanças políticas introduzidas na vida do povo brasileiro, que estão atingindo de forma intensa centenas de comunidades indígenas que nas últimas décadas vêm insistindo para que o governo cumpra seu dever constitucional de assegurar os direitos desses grupos nos seus locais de origem, identificados no arranjo jurídico do país como terras indígenas (KRENAK, 2019, p. 20).

Há controvérsias a respeito da quantidade de habitantes que havia no ano de 1499 tanto nas Américas quanto no Brasil. Alguns teóricos afirmam que nas Américas haviam 10 milhões de habitantes, outros, 50 milhões. Enquanto no Brasil, estima-se que haviam entre 5 e 6 milhões de indígenas. O que se observa é que houve uma diminuição de cerca de 95% da população, posteriormente aos primeiros contatos com os europeus. (TUXÁ, 2021, p. 22).

Estudos do campo da arqueologia, paleontologia e biologia evolutiva quebram estereótipos acerca do estigma de que antes da colonização não havia nada em terras brasileiras e de que os indígenas eram selvagens. Esse preconceito é permeado por tabus que inferiorizam a história e a realidade indígena, além de apagar sua cultura e se apropriar de seus conhecimentos.

A verdade é que além de ser uma estrutura de sociedade com grandes populações, haviam sociedades complexas, com hierarquias políticas, multiétnicas, redes de comércio que atravessavam quilômetros e com admiráveis tradições artísticas. A superabundância era uma característica dos povos nativos do Brasil, com uma enorme variedade de vegetais e lavouras que não são originárias do solo brasileiro. Surgiram então as florestas culturais que em alguma medida foram constituídas por ações humanas. (LOPES, 2017, p. 13).

No entanto, a ideia que foi disseminada pelos europeus foi a de que essa população era submissa, inferior, em situação de exclusão e marginalidade, razão pela qual justificavam uma intensa e direta tutela, impondo a eles maneiras de falar, pensar e agir. Essas falácias etnocêntricas serviram de justificativa não só para o acultramento dos povos, ações

missionárias e disciplinarização, mas também para toda a desumanização que seguiu por séculos. (OLIVEIRA, 2016, p.12).

Nesse sentido, levando em consideração que os invasores europeus acreditavam ser superiores aos povos indígenas, utilizavam de argumentos cristãos para impor seus costumes e valores, incluindo trabalho compulsório. Oliveira (2016) chama de “guerras justas” os embates em nome da cristandade, fruto de um imaginário obscuro acerca das práticas indígenas. As “guerras justas” e a disseminação de doenças eram estratégias de aniquilamento dos povos.

Com a invasão européia no ano de 1500 e as guerras por domínio de terras, houve profundas violências, extermínios e escravização dos povos, além da contaminação por doenças como a varíola, o sarampo e a tuberculose que aniquilaram povos inteiros de maneira extremamente veloz. A exemplo do poder aniquilador das doenças, pode-se citar a epidemia de varíola que aconteceu entre os anos 1562 e 1565, que no intervalo de dois (2) a três (3) meses ceifou mais de trinta mil (30.000) vidas indígenas na Bahia. (FREIRE; OLIVEIRA, 2006, p. 24).

Apreender de que maneira se deu a trajetória do povo indígena em território brasileiro depois do ano 1500 é crucial para o entender que o genocídio provocado por séculos até os dias atuais é estrutural e parte fundante do projeto societário do Brasil. (TUXÁ, 2021, p. 14).

De acordo com a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), na Convenção para a Prevenção e a Repressão do Crime, genocídio é qualquer ato “cometido com a intenção de destruir, no todo ou em parte, um grupo nacional, étnico, racial ou religioso”. Desse modo, entende-se que ao longo dos séculos o genocídio indígena provocado pelo e com o aval do Estado se deu de inúmeras maneiras e uma delas foi a disseminação de doenças a fim de exterminar grupos inteiros de povos.

Entender esse fenômeno é entender retóricas e processos de mistificação que naturalizam algumas mortes. São vidas dispensáveis cujas perdas não parecem gerar indignação; só isso explica a sua silenciosa continuidade com o passar dos séculos. [...] Na maioria das vezes que falamos em genocídio indígena, seja eu, enquanto intelectual, ou mesmo as lideranças indígenas, essas falas são recebidas como licenças metafóricas para o uso do termo, ou como usos políticos, apartados do seu entendimento técnico-jurídico. E isso, parece-me, é uma forma recorrente de negacionismo do genocídio indígena (BANIWA, 2021, p. 28).

Ressalta-se que é inegável a importância de haver um tratado internacional que tipifica o crime de genocídio, bem como também existe na Lei 2.889/1956. Contudo, o

reconhecimento desse crime é permeado por contradições e negacionismo, o que resulta num campo de disputas políticas e desprezo por parte do Estado pelas vidas indígenas.

É importante caracterizar como genocídio os acontecimentos dos últimos quinhentos (500) anos à população indígena, desmistificar todas as falácias construídas pelos colonizadores e pelo governo atual. A partir do momento em que se utiliza outros termos como genocídio cultural, etnocídio, ecocídio e tantos outros nomes relacionados, há a descaracterização do que realmente aconteceu, relativizando e suavizando a gravidade de toda a tragédia que compõe a estrutura social brasileira. (BANIWA, 2021. p 30).

Essa terminologia surgiu no contexto da Segunda Guerra Mundial pelo jurista polonês Raphael Lemkin na década de 1940. Alguns estudos apontam para a centralidade do holocausto para tal denominação, o que traz uma reflexão importante. Aimé Césaire³ (2020), na década de 1950 afirma que a perversidade causada pelo nazismo⁴ só era tolerada pelo povo europeu porque era praticada aos não-europeus. O que coloca como centralidade da indignação não a monstruosidade dos atos, mas sim o fato de ser direcionado a homens brancos.

A seletividade das instituições jurídicas no que diz respeito ao genocídio reafirma a institucionalização do negacionismo, uma vez que relativiza quem tem direito à vida e quem tem direito à morte. Relativizar o genocídio é negar a possibilidade de construção de uma

³ intelectual negro diaspórico.

⁴ O nazismo foi um movimento que se desenvolveu na Alemanha nas décadas de 1920 e 1930. O caos econômico e social pós Primeira Guerra Mundial pode ser considerado um dos motivos da ascensão nazista. Foi uma ideia que defendia o nacionalismo e o pangermanismo. Pregava a união de todos os povos de língua germânica em um único país, a Grande Alemanha. Os nazistas acreditavam que dentre os grupos étnicos que participaram da formação do povo alemão, os arianos eram os mais importantes; por isso, deveriam comandar todos os outros. Essa teoria levou os nazistas a discriminar e exterminar outros povos, como os judeus, os ciganos e os eslavos. Em 1920, Anton Drexler fundou o Partido Nazista, na qual Adolf Hitler assumiu a liderança em 1921, permanecendo nesse cargo até o final da Segunda Guerra Mundial, em 1945. Em 1923, os nazistas tentaram dar um golpe de Estado, mas sem sucesso, o que provocou a prisão de Hitler que enquanto esteve preso, escreveu os princípios fundamentais do nazismo: anticomunismo, antiliberalismo, ultranacionalismo, militarismo, racismo e ódio aos judeus, atribuindo a eles a situação econômica do país. Com a crise de 1929, o Partido Nazista ganhou força, pois tinha um discurso de que retomaria o crescimento econômico do país. Entre 1932 e 1933 foi quando o partido foi chegando ao poder e se mantendo nele. Em 1935 foram estabelecidas leis de segregação racial entre judeus e arianos, considerando que esta última não poderia se mesclar com outras para manter a raça pura. A partir disso, houve intensa perseguição aos judeus, ciganos, homossexuais e deficientes físicos e mentais, que culminava em prisões, campos de concentração e extermínio em massa por meio de câmaras de gás. Cerca de 11 milhões de pessoas foram assassinadas pelo regime nazista. Esses acontecimentos e mortes foram nomeadas como Holocausto. Foram utilizados inúmeros meios para difundir as ideias nazistas, entre eles: controle da imprensa, das propagandas, da arte, da música. O nazismo também disseminou a ideia de que a raça ariana deveria permanecer em um único território, servindo como guia para as demais populações. Em 1939, com o intuito de disseminar esses ideais, a Alemanha nazista invadiu a Polônia, o que provocou a Segunda Guerra Mundial. Com a derrota alemã foi possível mensurar a dimensão da violência dos nazistas através da quantidade de cadáveres encontrados nas câmaras de gás. Entre 1945 e 1946 os principais líderes do regime nazista foram julgados por conspiração e atos deliberados de agressão, crimes contra a paz, crimes de guerra e crimes contra a humanidade. Foram 24 indicados, mas apenas 22 foram a julgamento, sendo que 3 foram absolvidos.

história, inviabilizando o futuro dos povos indígenas em seus próprios termos.

O poder de interferir e decidir sobre a vida das pessoas, de outras instituições, de populações ou até mesmo de países, a partir do uso da força física ou da lei, confere a tais instituições características extremamente violadoras de direitos – mesmo quando o discurso que as legitima é o da garantia dos direitos (CFESS, 2014, p. 16).

É possível perceber diversas contradições da sociedade capitalista expressas pelo neoliberalismo, como por exemplo, a viabilização de direitos para determinado grupo social em detrimento da violação de outros. Compreender o genocídio enquanto um ato permissível pelo Estado e também praticado por ele é fundamental para a reflexão deste trabalho, tendo em vista a perversidade praticada aos povos indígenas ao longo dos últimos quatro séculos que culminou em inúmeras violações de direitos.

1.2 Concepção de Saúde

Adentrar no campo da saúde é olhar para um espaço envolto de contradições e correlações de forças do mundo capitalista. A medicina tradicional no mundo moderno, está relacionada ao contexto da colonização e do eurocentrismo, portanto, os sujeitos históricos enquanto resistência político-cultural são indissociáveis do processo de produção de relações sociais.

Segundo Aníbal Quijano (2005), a expansão do colonialismo europeu produziu novas identidades – negro, índio, mestiço – conduziu-se à elaboração da antiga ideia de inferiores/superiores para colonizadores, portanto, a ideia de raça outorgou legitimidade às ações da dominação, baseado na ideia eurocêntrica de conhecimento, isso se expande para o conhecimento dos sistemas culturais de cuidado à saúde.

A saúde de uma população humana reflete situações político-econômicas decorrentes de processos históricos. Desta forma, a pesquisa sobre a questão saúde/doença, no passado pré-histórico ou histórico, recupera informações de valia para a retrospectiva dos impactos decorrentes de mudanças culturais e socioeconômicas, tais como a transição para a agricultura, as invasões de território, os períodos de escravidão, as transições demográficas e outras mudanças que afetam a vida das sociedades humanas, seus hábitos e dieta (ARAUJO; FERREIRA; SOUZA, 1994, p. 21).

No final da década de 1980 o setor da saúde foi beneficiado após a Conferência Mundial de Saúde de Alma Ata em 1979. Esse evento ressoou no Brasil, de modo que em 1986 fosse realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, sendo ressaltados os ideais a fim de

que houvesse um sistema de saúde “universal, integral, justo, humanizado, do qual todos tivessem direito de participar.” (FELIPE, 2008, p. 124). Surge assim a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), e posteriormente em 1988, por meio da Constituição Federal, sua implantação.

Pode-se afirmar, com a segurança das estatísticas e dos números, que a saúde no Brasil deu um grande salto qualitativo com o SUS, mas não chegaria ao exagero de dizer que o sistema é 100% eficaz, até mesmo pela característica de a saúde ser um trabalho inconcluso, uma roda que não pára, uma certa maldição de Sísifo, o mitológico castigo que nos leva ao topo da montanha para logo em seguida retomar, embaixo, a tarefa que nunca acaba. Um sistema público de saúde é, sempre, um processo em permanente construção (FELIPE, 2008, p. 125).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”, sendo portanto, um horizonte a ser alcançado. Nessa concepção, há a ideia de que saúde não é algo que permanece estável, mas que ao ser alcançada pode ser mantida. Contudo, é um conceito carregado de subjetividades, tendo em vista os fatores sociais, individuais e políticos que interferem diretamente nessa condição. Os determinantes sociais estão caracterizados na Lei 8.080/1990 no artigo 3º, caput e no parágrafo único:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo único: Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (PLANALTO, 1990).

Quando tratamos da saúde da população indígena, o conceito de saúde se torna ainda mais amplo, porque além dos fatores supracitados, também considera questões de caráter espiritual.

Para falar de saúde indígena e doenças é necessário salientar a percepção do indígena em relação ao que seria saúde e o que seria doença. A saúde sim é natural, pois é a própria vida, uma dádiva da natureza, mas cuja manutenção depende de permanente vigilância e cuidado contra os espíritos maus da natureza. A doença, portanto, é o resultado da luta interna da natureza entre os espíritos “bons” e os espíritos “maus”. O espírito mau refere-se à capacidade de reação e autodefesa da própria natureza quando ela é transgredida. Assim, a saúde não se constitui como espaço autônomo ou isolado, mas abrange as questões mais gerais das relações sociais, das relações com a natureza, da cosmologia, da organização social, do exercício do poder etc (TUPINAMBÁ; TUPINIKIM, 2021, p. 80).

Mayhu (2004) afirma que os saberes indígenas se dão por transmissão oral, com caráter empírico e espiritual, a interlocução é dirigida por metodologias próprias da etnobotânica medicinal que transcendem o mundo biológico. Ao falar sobre a arte curativa desses povos, é imprescindível destacar uma medicina centrada nos costumes, rituais e saberes numa interação direta em toda sua plenitude: espiritual, psíquica e corporal, estando em contínuas trocas.

A saúde para os povos indígenas é uma construção coletiva, conquistada através da participação e do fortalecimento do seu protagonismo e poder de decisão. Nesse sentido, os fatores determinantes da saúde indígena estão relacionados à garantia de sua plena cidadania, com autonomia, à posse dos territórios tradicionais, à integridade dos ecossistemas e à utilização dos bens naturais necessários para o Bem Viver (BONIN; MIOTTO, 2015, p.1).

Evidenciar a perspectiva indígena do que é saúde é fundamental para a construção desse trabalho, tendo em vista que a ausência de políticas públicas efetivas para esse grupo populacional é reflexo do genocídio perpetrado na sociedade brasileira. Desse modo, falar sobre saúde nesse contexto requer uma análise ampla, abarcando as particularidades e aspectos culturais existentes.

1.3 Lutas indígenas por serviços sanitários

De acordo com a Fundação Nacional do Índio, o Brasil, atualmente, comporta mais de 60 grupos indígenas dos quais ainda não tem informação e 180 línguas faladas por esses grupos, com mais de 30 linguísticas diferentes. O Censo de 2010, marca que mais de 817 mil pessoas se autodeclararam indígenas no Brasil, pois, enquanto a população brasileira cresceu cerca de 30% nos últimos 20 anos, a população indígena cresceu 117%. Dessa forma, esses dados demonstram o aumento da contingência demográfica desses povos. As articulações sociopolíticas indígenas catalisaram os processos de reemergência étnica, muitas comunidades voltaram a reivindicar uma identidade associada às suas raízes ameríndias e assumiram uma posição de luta aos processos de ocultamento em relação ao restante da população rural. (IBGE, 2012).

A necessidade de articulação de muitos povos indígenas e a unidade política pelos interesses comuns, mudou a trajetória de extermínio desses povos, que em sua história sempre se mostraram articulados com resistência étnica. As lutas, revoltas e movimentos sociais representam um processo de formação da luta social indígena no Brasil. O protagonismo

indígena se insere no contexto histórico e vem assumindo uma tomada sócio política que caracteriza a luta social e resistência coletiva (BICALHO, 2010).

Movimento indígena, segundo uma definição mais comum entre as lideranças indígenas, é o conjunto de estratégias e ações que as comunidades, organizações e povos indígenas desenvolvem de forma minimamente articulada em defesa de seus direitos e interesses coletivos. O líder indígena Daniel Mundurucu costuma dizer que no lugar de movimento indígena dever-se-ia dizer ÍNDIOS EM MOVIMENTO. Ele tem certa razão, pois não existe no Brasil um movimento indígena. Existem muitos movimentos indígenas, uma vez que cada aldeia, cada povo ou cada território indígena estabelece e desenvolve seu movimento de luta em defesa de seus direitos (BANIWA, 2007).

Nasceu de encontros das comunidades e dos povos, que no início foi patrocinado por entidades de apoio à causa indígenas, em sua maioria de igreja e de setores universitários. A consciência de estratégia e luta trouxe uma necessidade de consolidar essa resistência política não apenas para seus povos, que mostrou que seus parentes espalhados pelo Brasil passavam por problemas semelhantes, mas no âmbito nacional e internacional (BANIWA, 2007).

No Brasil, de fato existe desde a década de 1970, o que podemos chamar de movimento indígena brasileiro, ou seja, um esforço conjunto e articulado de lideranças, povos e organizações indígenas em volta de uma agenda comum de luta, como é a agenda pela terra, saúde, educação e outros direitos. Foi esse movimento indígena articulado, apoiado por seus aliados, que conseguiu convencer a sociedade brasileira e o Congresso Nacional Constituinte a aprovar em 1988 os avançados direitos indígenas na atual Constituição Federal. É esse mesmo movimento indígena que luta para que os direitos à terra fossem respeitados e garantidos, tendo logrado importantes avanços nos processos de demarcação e regularização das terras indígenas, principalmente na Amazônia Legal, onde o movimento indígena organizado está mais articulado, o que nos induz a pensar na relação direta dessa conquista territorial com o nível e capacidade de organização e de luta dos povos indígenas dessa macro-região (BANIWA, 2007).

A questão indígena é uma das expressões da questão social, um processo histórico marcado pela colonização européia, exploração, violências, extermínio dos povos, desigualdade social, preconceitos e ideais de reajustamento. É intrínseca à sociedade capitalista, tendo a perversidade como uma de suas características (FERNANDES; DOMINGOS, 2020).

As políticas indigenistas no século XVIII se fizeram presentes no imaginário de políticos e intelectuais até a Constituição de 1988, que previam o desaparecimento desses povos com a expropriação de territórios indígenas, obrigando-os a se integrarem na sociedade, pois, ao serem integrados deixariam de ser indígenas e seriam mão-de-obra a ser explorada. Mesmo nesse contexto de completo descaso, os povos originários teceram formas de resistência, inclusive se negando a trabalhar para o homem branco e nunca se conformaram

com essa situação (CRUZ, 2017).

[...] devemos considerar sua resistência aos processos neocolonizadores e de ofensivas aos direitos já conquistados. [...] são movimentos contra-hegemônicos, que contestam e resistem contra a ideologia dominante pautadas no neoliberalismo e na ótica de exploração do capital. [...] Os coletivos indígenas, no tempo vivido e em todo território nacional, têm sido, literalmente, alvo da exploração dos seus territórios e da invisibilização da riqueza das suas culturas, sendo associados a grupos de pessoas isoladas e iguais que, necessariamente, precisam se integrar a modos de vida baseados na individualização, na competitividade e na corrida contra o relógio, o tempo e a natureza. Como resposta a todas as violações de direitos, há, também, inúmeras formas de resistência dos povos indígenas (FERNANDES; DOMINGOS, 2020).

Todos os direitos conquistados para essa população foram fruto de inúmeras resistências e lutas. Mesmo com as garantias constitucionais, o Estado tentou dificultar o acesso aos direitos e alterar normativas para flexibilizar tais garantias, o que gerou e ainda gera resistências para barrar essas decisões. A exemplo disso podemos citar a ocupação que aconteceu no Ministério da Saúde de Curitiba em 2019 para impedir alterações na política de saúde indígena. O então Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta tinha o propósito de municipalizar a política de atenção à saúde indígena nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste do país. Com essa tentativa de desmonte e a respectiva articulação do movimento indígena, o Ministro da Saúde recuou da decisão, o que conteve o avanço desse retrocesso (FERNANDES; DOMINGOS, 2020).

Como já foi citado anteriormente nessa pesquisa, uma das maneiras de extermínio dos povos foi a disseminação de doenças. Em 2018, no Mato Grosso do Sul, indígenas acampados entre fazendas de soja, milho e cana de açúcar foram intoxicados por agrotóxicos devido à ausência de água tratada. O Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) propôs um programa de instalação de cisternas que poderia resolver esse problema, contudo, foi barrado por deputados da bancada ruralista. O direito básico ao acesso à água tratada foi violado com o argumento de que os donos das propriedades, onde os indígenas estavam acampados, reivindicavam o direito às terras (FERNANDES; DOMINGOS, 2020).

Diante do histórico do Brasil de escravização, violências, ataques, genocídios, catequização e acultramento da população indígena, pós-invasão europeia em 1500, a reflexão acerca da saúde mental também precisa ser destacada, tendo em vista os séculos de lutas por direitos e pela sobrevivência. Em 2007 foi criada a Portaria nº 2.759 que estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas (BRASIL, 2007).

(...) os novos dados do Mapa da Violência de 2014, que trazem como primeira posição do *ranking* em suicídios o município de São Gabriel da Cachoeira, no estado do Amazonas, com população majoritariamente indígena. A pesquisa revela que, entre 2008 e 2012, a taxa de suicídios na cidade foi de 50 casos por 100 mil habitantes, dez vezes maior do que a média brasileira. Entre os que se mataram, 93% eram índios. Além de São Gabriel da Cachoeira, outras cidades com presença massiva de populações indígenas estão nas primeiras posições da lista dos suicídios, como São Paulo de Olivença e Tabatinga, no Amazonas, Amambai, Dourados e Paranhos, no Mato Grosso do Sul. Outros dados que ratificam esse quadro estão no relatório do Conselho Indigenista Missionário, lançado em Brasília em 17/07/2014 na sede da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), que reúne dados de violência sofrida por povos indígenas de todo o país, cujo resultado aponta para 73 suicídios cometidos por indígenas no Mato Grosso do Sul no ano de 2013. O número é o maior dos últimos 28 anos (BATISTA; ZANELLO, 2016).

Em 2018 foram registrados 101 suicídios de pessoas indígenas em todo o país (CIMI, 2019). Outro dado importante é com relação ao suicídio de crianças entre 2010 e 2014, porque em algumas etnias esses números são maiores do que da população em geral, concentrando-se em sua maioria nos estados do Norte e Centro Oeste. A maioria das mortes ocorreu por enforcamento, tanto em crianças quanto adultos (SOUZA, 2019). Esses fatos estão associados às frequentes disputas, ameaça dos seus territórios e discriminação com as culturas (FERNANDES; DOMINGOS, 2020).

(...) no contexto indígena, o suicídio está relacionado com fatores sociais e culturais específicos, que mudam radicalmente a epidemiologia e a etiologia do fenômeno. Portanto, o suicídio nas populações indígenas tem se mostrado um problema de saúde desafiador. Ao mesmo tempo, há poucos estudos epidemiológicos e antropológicos sobre o fenômeno no cenário nacional (SOUZA; OLIVEIRA; TEODORO; TEODORO, 2020).

Importante salientar que para muitas culturas indígenas, o entendimento das doenças é que primeiro ela chega à alma e depois se manifesta fisicamente. Muitas etnias associam sintomas depressivos a espíritos malignos que tentam desorientar os corpos. Por isso, recorrem primeiro ao pajé para orientação espiritual e depois recorrem aos postos de saúde. Os povos indígenas são afastados ainda mais do acesso à saúde pública por conta da perpetuação de atuações colonizadoras e de reajustamento por parte de muitos agentes brancos da saúde que não respeitam suas culturas (TAVARES, 2014).

Na atuação profissional na área da saúde é imprescindível a consciência de que há uma relação de poder e que, portanto, é necessária muita atenção para não deslegitimar os povos, não impor posturas, mas sim valorizar os saberes. Quando se trata do campo emocional, as pessoas podem ficar fragilizadas ou fortalecidas. É necessário que esteja

intrínseca na prática profissional o afeto, acolhimento, respeito e sensibilidade. Isso só é possível ao construir uma nova mentalidade que não seja dominadora.

2. CONTRADIÇÕES NA POLÍTICA DE GARANTIA DE DIREITOS À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

2.1 Breve histórico das legislações da política de saúde indígena: do Estatuto do Índio até a Lei 14.021/20 de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da Covid-19

A decisão de iniciar a partir do Estatuto do Índio em 1973 ocorreu porque foi a primeira normativa que regulamentou a questão indígena no Brasil. Destaca-se que essa regulamentação aconteceu em detrimento de lutas nacionais e internacionais em prol dos direitos da população indígena. A lei foi sancionada com a intenção de reverter a imagem do país no âmbito internacional, afirmando que o Brasil era um país que protegia os povos indígenas e cumpria convenções internacionais (FERNANDES; NÓBREGA, 2010, p. 1953).

O Estatuto do Índio foi concebido em um período que os indígenas eram entendidos como obstáculos ao desenvolvimento do país, trazendo como propósito a preservação da cultura, a integração progressiva e harmônica dos mesmos à comunhão nacional, embora muito criticada devido à ênfase dada à necessidade de integração dos índios à nação (FERNANDES; NÓBREGA, 2010, p. 1953).

Embora essa normativa tenha sido importante na perspectiva de garantia de direitos, configurava a condição indígena como algo passageiro e transitório, pois, previa que com o passar do tempo, deveriam se integrar à sociedade majoritária. Essa perspectiva é carregada de um viés hierarquizador, sobrepondo uma cultura sobre a outra (HEEMANN, 2017, p. 6).

A perspectiva integracionista do Estatuto do Índio pode-se dizer que era obsoleta, preconceituosa e desrespeitosa. Ser indígena é uma identidade cultural que deve ser incentivada, preservada e ampliada por todos, sejam eles indígenas ou não-indígenas.

Reconhecer uma cultura não é somente criar o direito abstrato à sua proteção e preservação, mas é fundamentalmente excluir a possibilidade de estabelecimento de quaisquer hierarquias entre culturas diferentes, sobretudo no que diz respeito à aquisição e exercício de direitos por parte de seus membros. E é, conseqüentemente, impedir que a identificação de um sujeito como membro de uma cultura seja empecilho à aquisição e exercício de direitos. Dito de outra forma, o pertencimento a uma minoria sociocultural não pode justificar a inserção de um indivíduo em um sistema de cidadania de segunda classe, com limitações não impostas a outros indivíduos (CASTRO, 2016, p. 275).

Um novo direcionamento às questões indígenas foi instaurado com a Constituição Federal de 1988 e com a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT)

sobre Povos Indígenas e Tribais, saindo da esfera integracionista, reconhecendo a diversidade cultural e social (FERNANDES; NÓBREGA, 2010, p. 1953).

Foi um marco para a população indígena porque a reconhece enquanto sujeitos de direitos, estabelece a demarcação de terras e o direito à posse permanente, sendo vedada a retirada dos povos de suas terras, com algumas ressalvas que abrem margem para violações quando houver interesse da União. Essa normativa estabelecida constitucionalmente é um importante instrumento para a população indígena, porque foi a partir dela que foram estabelecidas estratégias para atendimento à saúde, tendo em vista suas particularidades (BRASIL, 2018).

Na área da saúde pública, o debate se fortaleceu no final do século XX, porque houve a Reforma Sanitária Brasileira – momento em que houve a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei 8.080/1990, sistema de proteção social – e o movimento indígena pressionou as autoridades para a necessidade de uma política de saúde específica. Os ideais eram universais e não respeitavam as particularidades geográficas, demográficas e culturais dessa população.

O Sistema Único de Saúde (SUS), primordial no Brasil, é voltado para uma política de saúde em áreas urbanas. Originalmente, o SUS foi uma política do governo federal, mas houve a descentralização a nível estadual e municipal para que fosse possível aplicar melhorias de acordo com a territorialidade. Nesse plano, a população indígena não foi abrangida. Até a década de 1990, a Funai (Fundação Nacional do Índio) era a responsável pela saúde dentro da política indigenista (GARNELO; PONTES, 2012, p. 23).

Por meio de propostas levantadas em 1993 no I Fórum Nacional de Saúde Indígena e na II Conferência Nacional de Saúde Indígena, foi possível criar, posteriormente, a Lei 9.836/1999, conhecida como Lei Arouca, propondo a criação de um subsistema do SUS (ROCHA; PORTO; PACHECO, 2017). Essa normativa delega a responsabilidade de coordenação e execução das ações nas políticas indigenistas à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), pertencente ao Ministério da Saúde. O monitoramento ficou a cargo da Secretaria de Assistência a Saúde, SAS (GARNELO; PONTES, 2012, p. 24-25).

O Ministério da Saúde assumiu, desde agosto de 1999, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), a responsabilidade de estruturar e operacionalizar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o Sistema Único de Saúde (SUS), passando assim a responder pela totalidade das ações de saúde dos povos indígenas, tanto preventivas quanto assistenciais, e de promoção à saúde. A proposta formulada pelo Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde para a estruturação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena foi amplamente discutida com os atores envolvidos (organizações e lideranças indígenas, universidades,

ONGs, secretarias municipais e estaduais de Saúde, etc.) e aperfeiçoada durante o processo de construção da atual política, em mais de 16 seminários com participação de todos os povos indígenas (BRASIL, 2001, p. 6).

Nesse contexto de criação do subsistema, foram evidenciados muitos conflitos e contradições. O movimento indígena obteve a conquista de que fosse gerido pelo governo federal, entendendo que nos territórios municipais há maior preconceito e hostilidade, porque há tensões e disputas entre indígenas e não-indígenas que emergem aberta e cotidianamente.

Para que fosse possível a execução desse subsistema, foi criado um complexo de gestão chamado Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), em 1999. Uma rede interconectada de serviços à saúde, voltados para atenção primária. Foram implementados 35 Distritos Sanitários obedecendo às características culturais e à distribuição de terras indígenas. (GARNELO; PONTES, 2012, p. 25). Nesse mesmo ano, o Decreto nº 3.156 estabeleceu as condições da prestação de assistência à saúde dos povos indígenas na esfera do SUS.

Os DSEIs são responsáveis pela Atenção Básica aos povos indígenas, com uma abordagem diferenciada, devendo contemplar as especificidades étnico-culturais, o planejamento participativo e a realidade local, de forma articulada aos demais níveis de complexidade do SUS (BORGES, 2020, p. 2239).

Em 2002, a Portaria 254/2002 regulamentou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), enquadrando-a a Política Nacional de Saúde. Em 2010, através da Lei 12.314/2010, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) foi quem passou a gerir as políticas indigenistas, mantendo o monitoramento da Secretaria de Assistência à Saúde. (FERNANDES; NÓBREGA, 2010. p. 1956).

Em março de 2020, devido a pandemia por Covid-19, foi outorgada a Lei nº 14.021/2020 que dispõe sobre as medidas de vigilância sanitária e epidemiológica para prevenção do contágio e disseminação do vírus em territórios indígenas.

Art. 1º Esta Lei institui medidas de vigilância sanitária e epidemiológica para prevenção do contágio e da disseminação da Covid-19 nos territórios indígenas, cria o Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos territórios indígenas, prevê ações de garantia de segurança alimentar, dispõe sobre ações relativas a povos indígenas isolados e de recente contato no período de calamidade pública em razão da Covid-19, estipula medidas de apoio às comunidades quilombolas, aos pescadores artesanais e aos demais povos e comunidades tradicionais para o enfrentamento à Covid-19 e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a fim de assegurar aporte de recursos adicionais nas situações emergenciais e de calamidade pública (BRASIL, 2020).

Essa normativa, fruto de projetos de lei apresentados por povos indígenas,

quilombolas e parlamentares, estipulou a obrigatoriedade do Estado em prover medicamentos, testes para detectar COVID-19, contratação de profissionais da saúde, EPIs, suporte técnico e financeiro às comunidades, bem como alimentos e toda a infraestrutura que se fizer necessária nesse período emergencial. Teve como base a determinação de que são povos vulneráveis e de risco, do ponto de vista epidemiológico. Do ponto de vista da garantia de direitos, foi uma lei importante para prover atenção à saúde dos povos indígenas, pois levou em consideração o alto índice de letalidade e subnotificação, consequência da ausência de testes. (FRENTE PARLAMENTAR MISTA EM DEFESA DOS DIREITOS DOS POVOS INDÍGENAS, 2020).

2.2 Ineficiências das políticas de saúde para os povos originários

Ainda que seja inegável a profunda importância das políticas criadas de atenção à saúde da população indígena, faz-se necessária análise da maneira que essas políticas passaram a ser aplicadas.

Ao serem instituídos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), diante do seu complexo sistema de gestão, houve a preocupação em atender às demandas no que diz respeito às áreas onde se encontram as comunidades indígenas, às especificidades de saúde, bem como o respeito à sua cultura, costumes e agentes capacitados para atenderem essa população.

A investigação sobre as ineficiências das políticas de saúde à população indígena parte dos dados obtidos pelo Sistema de Informação em Saúde Indígena (SIASI), que demonstra que há o registro de 717 postos implantados para 4.750 aldeias cadastradas nesse mesmo sistema. Nota-se que um grande número de aldeias não têm cobertura assistencial, mesmo em seu nível mais básico de atendimento. 4.033 comunidades não têm postos de saúde instalados. (GARNELO, PONTES, 2012, p. 29)

Foram realizadas pesquisas para avaliar o funcionamento do subsistema e os resultados obtidos detectaram de modo recorrente que o atendimento feito é descontínuo, de baixa qualidade técnica, elevada rotatividade e/ou falta de profissionais para realizar o atendimento e há escassez de materiais e equipamentos necessários para o desenvolvimento das ações de saúde. Há também a descontinuidade dos recursos financeiros repassados aos DSEIs, problemas logísticos que prejudicam a regularidade de atuação dos profissionais nas comunidades. Com esses impasses, muitos agravos à saúde poderiam ser evitados e o

atendimento continua sendo encaminhado às áreas urbanas. Neste sentido, há um elevado número de mortalidade infantil, doenças transmissíveis e superlotação do Sistema de Saúde – que também se mostra precário. (GARNELO, PONTES, 2012, p. 31)

Alguns autores têm descrito a presença de estruturas de saúde precárias e insumos e equipamentos escassos que, somados à alta rotatividade de profissionais e à complexidade logística encontrada em algumas regiões, têm reflexos negativos na qualidade da prestação de serviços dentro dos territórios indígenas. Cuidados paliativos e atenção emergencial têm sido priorizados, caracterizando o enfraquecimento da APS. Em relação à alta rotatividade dos profissionais, o não estabelecimento de vínculo tende a inviabilizar o reconhecimento das especificidades culturais que permeiam o cuidado em saúde desses povos. (MENDES, LEITE, 2018, p. 3)

No que diz respeito aos repasses financeiros, é importante evidenciar que houve um aumento do financiamento dessas instituições, mas existem problemas sobre a alocação de recursos disponíveis. Não há informações disponíveis sobre a maneira que esses recursos são destinados. Os investimentos direcionados à saúde da população indígena são maiores do que para a população não-indígena, contudo, não aconteceram melhorias nos níveis de saúde desses povos, continuando precários. Nessa linha, ainda que os recursos se mostrem maiores, é possível que sejam insuficientes para as demandas, o que tende a levar décadas para ser reparado. (GARNELO, PONTES, 2012, p. 35)

Para dar uma ideia da progressão, o orçamento de 2010 foi 3 vezes maior que o de 2002, chegando a R\$ 379.000.000,00. Em 2015, alcançou o montante de R\$ 1.533.659.105,00. No entanto, se os dados indicam uma evolução significativa e consistente dos recursos aprovados e executados, não é possível falar em melhora proporcional dos indicadores de saúde. Apesar de uma relativa escassez de dados demográficos e epidemiológicos sobre os povos indígenas do país – quando comparados aos dados disponíveis para o restante da população brasileira – é evidente o quadro de marcantes desigualdades que persistem após quase 20 anos de existência do subsistema. Alguns importantes indicadores, como a mortalidade geral, materna, número de internações e óbitos por doenças respiratórias e doenças infecciosas e parasitárias na infância e doenças transmissíveis colocam a saúde indígena em franca desigualdade (MENDES, LEITE, 2018, p. 3)

Dentro do subsistema de saúde indígena, foram criados conselhos distritais de saúde, que preveem participação paritária de representantes das etnias atendidas pelo DSEI e das instituições prestadoras de serviços, o que foi denominado como controle social. Apesar disso, não foi observado um funcionamento efetivo dessa proposta de paridade. Ainda assim, esse controle social se mostra importante porque é um meio de escuta dos usuários do subsistema e que pode auxiliar no planejamento e reordenamento das estratégias de

programas e atividades para atender às particularidades.

Todas essas contradições existentes durante a implementação dessas políticas surgiram em meio a um governo neoliberal de Fernando Henrique Cardoso, entre 1995 e 2002, que tirou a responsabilidade do Estado em geri-las, caracterizando-o apenas como um órgão fiscalizador. Não foram abertos concursos públicos para que profissionais qualificados ocupassem os cargos no complexo DSEI. A estratégia encontrada foi a terceirização de serviços através de convênios com entidades.

Havia esperança de que no governo de Luiz Inácio Lula da Silva, em 2003, esse contexto se modificasse, mas não foi o que aconteceu. Já em 2004, o movimento indígena se posicionou acerca do governo, evidenciando a insatisfação da política indigenista por se omitir diante das violências perpetradas aos povos, negligência e falta de interesse em dialogar para uma nova política; além de discutir políticas indigenistas com autoridades que se manifestavam contrários aos direitos constitucionais dessa população. (GARNELO; PONTES, 2012, p. 45).

Ao longo das gestões desses dois presidentes, muitas dificuldades foram encontradas no tocante às políticas indigenistas. Os serviços terceirizados por meio dos convênios ocasionou no atraso do repasse de recursos, gerando a descontinuidade dos serviços prestados e alta rotatividade de profissionais. Aconteceram dificuldades na gestão e administração, porque os profissionais não tinham conhecimentos adequados e suficientes para atender a esse público, o que enfraqueceu o controle social, o orçamento e desmobilizou entidades indígenas na atuação dentro dessa política. (GARNELO; PONTES, 2012, p. 52).

Em contrapartida, houveram avanços importantes nesse período de 1995 e 2006. O reconhecimento da necessidade de uma política de atenção à saúde específica para grupos culturalmente distintos, culminou na implementação de rede de cuidados em lugares onde antes não existiam. Com esse reconhecimento, foi possível criar Conselhos de Saúde, empoderando as organizações indígenas e afastando práticas tutelares praticadas pelo Estado. (GARNELO; PONTES, 2012, p. 53).

2.3 Pandemia da Covid-19 e os povos indígenas

Em março de 2020, o mundo foi surpreendido pela COVID-19, disseminando-se rapidamente visto sua alta transmissão viral. A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou como pandemia em 11/03/2020 e, posteriormente, no dia 20/03/2020, foi publicado

no Diário Oficial da União (DOU), o decreto que reconhece o Estado de Calamidade Pública no Brasil.

Desde o início da pandemia, o acompanhamento da evolução do novo coronavírus com os povos indígenas vem sendo um desafio, pois os números oficiais não refletem a extensão da pandemia. Para melhor detalhamento da incidência da doença em povos tradicionais e a contradição da publicização desses resultados, o Boletim Informativo da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) no dia 11/01/2022 informava 857 óbitos indígenas e 57.256 confirmados, já o levantamento da Articulação dos Povos Indígenas (APIB), mostrou no mesmo período de análise, 1.253 óbitos e 63.173 casos confirmados. (APIB, 2022).

Segundo a plataforma COVID-19 e os Povos Indígenas, que executa o monitoramento da situação indígena na pandemia do novo coronavírus no Brasil, ficou evidenciada a omissão do Estado e como contribuiu para disseminação do vírus. Três casos foram os mais comuns: profissionais da saúde que levaram o vírus para aldeias, garimpeiros e grileiros que aumentaram as invasões durante a pandemia e indígenas que se contaminaram ao buscar o auxílio emergencial na cidade.

A SESAI colocou povos indígenas em risco ao recomendar isolamento domiciliar para aqueles que não precisavam de hospitalização, mas como vivem em casas compartilhadas, a transmissão do vírus é maior. Apesar das recomendações, não garantiram proteção ao território indígena, que mesmo com a pandemia, sofrem com invasões de garimpeiros. Com medidas genéricas a SESAI não garante a testagem e planos de ação. Sem contar que o primeiro indígena infectado pelo novo coronavírus, foi infectado pelo médico da SESAI. (ISA, 2020)

Em decorrência da má gestão governamental em relação à situação dos povos indígenas em tempos pandêmicos, a COIAB (Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira) criou o Plano de Ação Emergencial de Combate ao Avanço do Coronavírus e de Tratamento entre os Povos Indígenas da Amazônia Brasileira, com a finalidade de dar suporte na prevenção e ao combate do novo Coronavírus em relação aos povos indígenas. (COIAB,2020)

Com o propósito de prevenir surtos da doença dentro das comunidades indígenas, o plano tem como foco a orientação da COIAB e suas redes de organizações como um todo, utilizando de mobilizações e atuações conjuntas e coordenadas pelas lideranças e organizações indígenas que compõem o conjunto de redes responsáveis pela Saúde Indígenas

e pela proteção de seus territórios.

Esse plano emergencial foi construído em março de 2020, por meio da declaração da OMS a respeito da pandemia. Neste sentido, foi notório o alto nível de importância e urgência em implantá-lo. A partir disso, essas medidas foram cruciais não só no âmbito das prevenções e auxílios, mas também serviram para viabilizar de forma confiável os dados em relação ao impacto da doença dentro das comunidades indígenas.

Segundo um estudo realizado entre COIAB e IPAM (Instituto de Pesquisa Ambiental da Amazônia), a taxa de mortalidade pelo coronavírus entre indígenas (o número de óbitos por 100 mil habitantes) é 150% mais alta do que a média brasileira, e 20% mais alta do que a registrada somente na região Norte – a mais elevada entre as cinco regiões do país. Igualmente preocupante é a taxa de letalidade, ou seja, quantas pessoas infectadas pela doença morreram: entre os indígenas, o índice é de 6,8%, enquanto a média para o Brasil é de 5% e, para a região Norte, de 4,5%. O estudo também revela que a taxa de infecção (por 100 mil habitantes) é 84% mais alta entre indígenas do que a taxa do Brasil (COIAB, 2020).

Após este levantamento, fez-se necessária a readequação do plano emergencial, para dar suporte ao tratamento da doença dentro das áreas atingidas. Essa readequação requereu a junção do apoio à formação de Unidades de Atenção Primária indígena (UAPI), que possuem pequeno e médio porte, com a intenção de atender pacientes que estejam em quadros leves e medianos, em territórios estratégicos, a fim de aprimorar a atenção e os cuidados em relação à doença dentro das comunidades e territórios indígenas. Para isso, é indispensável os recursos mínimos utilizados no combate e tratamento da Covid-19. O objetivo da instalação dessas UAPIs é salvar vidas, evitando que os casos se agravem de forma irreversível.

Nessa nova etapa do plano, visamos ainda fortalecer as atividades que estão sendo desenvolvidas pelas mulheres indígenas na prevenção e no tratamento dos sintomas da Covid-19, através da medicina indígena, bem como na produção de alimentos nos seus territórios, garantindo a soberania alimentar, e revitalizando, fortalecendo e incentivando a produção e o consumo local. As mulheres indígenas são detentoras de conhecimentos tradicionais, cuidadoras das roças e das plantas comestíveis e medicinais, exercendo um papel fundamental em suas comunidades, ao contribuir com o manejo das roças e o cuidado com o território onde são coletados frutos, sementes, palhas, cipó, tinturas naturais, mel e plantas medicinais. Nestes novos tempos da Pandemia do Covid-19 nas comunidades indígenas, precisamos fortalecer a Soberania e a Segurança Alimentar e Nutricional de cada povo e uso da sua medicina tradicional (COIAB, 2020).

Partindo desse plano de ação emergencial foi possível construir de maneira mais efetiva o levantamento a respeito do impacto da Covid-19 em territórios indígenas, demonstrando um impacto altíssimo com altos índices de letalidade e mortalidade. Os dados mais atuais sobre esse impacto foram disponibilizados no dia 30 de novembro de 2020. Até

então foram 4340 infectados, 881 mortes e 161 povos afetados. Fora isso, existe também a questão do racismo para com as pessoas indígenas dentro da própria SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena), que implica em diversos âmbitos dentro do combate dessa doença.

Falta de atendimento da SESAI aos indígenas que vivem em contexto urbano e fora de territórios que não são homologados. Hospitais querem registrar indígenas que vivem em contexto urbano como pardos. Postura do governo tem aumentado os crimes de racismo contra comunidades indígenas em pequenas cidades. Muitos indígenas se negam a fazer teste ou a realizar tratamento devido ao racismo, que também tem aumentado os conflitos internos nas comunidades (COIAB, 2020).

Existe uma parte da população indígena que vive isolada e que também corre grande risco por conta das menores chances de serem abarcadas pelas políticas e planos, levando em consideração as condições geográficas desses territórios. Esses por si só correm maiores riscos. São os reflexos de um desgoverno que tem como base o genocídio dos povos originários.

Com o alastramento da COVID-19 em terras indígenas – onde mais uma vez, o branco levou a doença, repetindo atitudes colonizadoras – os mais velhos têm sido intensamente atingidos nas comunidades. Há um respeito profundo dos mais novos pelos mais velhos, onde os conhecimentos são passados via oral e os anciãos são referências quando se trata de orientação e aconselhamento. Neste sentido, quando um líder indígena morre, é como se uma biblioteca inteira tivesse sido queimada, pois eles são considerados alicerces de conhecimento, autoridade moral, orientação política e espiritual.

Nesse período pandêmico, não apenas uma liderança indígena veio a óbito por Covid-19, mas inúmeras, como: cacique Vicente Saw Munduruku, Amâncio Ikõ Munduruku, Arcelino Dace Munduruku, Francidalva Saw Munduruku, cacique e professor Martinho Boro Munduruku, professor Bernardo Akay Munduruku, líder Caiapó Paulo Paiakan, líder e professor da etnia Macuxi Fausto Silva Mandulão, liderança do povo Sateré-Mawé Otávio dos Santos, líder indígena Borari Lusía dos Santos Lobato, professor e ativista do movimento por direitos dos povos Tuyuka do Alto Rio Negro Higino Pimentel Tenório.

Desde a colonização do Brasil, essa parcela da população enfrenta conflitos fundiários e destruição dos seus modos de ser e viver, com expansão de terras agrícolas, invasões de territórios indígenas, falta de políticas públicas de proteção pelos agentes do Estado e propagação de doenças contagiosas. Esse quadro de desigualdade social em saúde, expressos em um contexto estrutural de discriminação étnica, a qual povos indígenas têm

condições de vida muito inferiores aos da população média brasileira, com a pandemia do novo coronavírus as condições deficitárias foram inflamadas. (BERNARDI; BRAGATO; RIOS, 2021).

Evidenciar essas condições é fundamental para refletir acerca da omissão do Estado no que diz respeito à garantia de direitos para essa população, reforçando a perspectiva colonizadora de genocídio dos povos e intensificando as expressões da questão social no contexto indígena. Em contrapartida, apreender os avanços é indispensável para o reconhecimento da importância das normativas estabelecidas, que possibilitam a construção de políticas de saúde que respeitem as particularidades desse grupo social.

3. O SERVIÇO SOCIAL E A QUESTÃO INDÍGENA

Me diz pelo que você luta?
 Que ar você respira, senão o meu fôlego?
 Que comida você come, senão a que eu dou?
 Abra a sua mente antes da sua boca
 É o Brasil que ninguém vê
 (Kaê Guajajara, 2020)

3.1 Princípios do Código de Ética profissional e o compromisso com a defesa dos direitos da população indígena

A profissão de assistente social busca viabilizar direitos da população, bem como o acesso às políticas sociais. Essa viabilização e acesso se dá por meio de análises, elaboração e execução de planos e projetos. Analisa as condições de vida, orientando grupos sobre como acessar direitos e serviços, além de elaborar laudos, pareceres e estudos sociais. É também atribuição dessa profissão planejar, organizar e administrar programas e benefícios sociais promovidos pelo governo; assessorar órgãos públicos e privados, organizações não governamentais (ONGs) e movimentos sociais. Tem caráter interventivo e investigativo atuando na realidade, que está em constante movimento. (CFESS).

O trabalho da/do assistente social é regulamentado pelo Código de Ética Profissional do Assistente Social de 1993 que preconiza direitos e deveres que norteiam a profissão. Deve-se defender os princípios do Código enquanto norma legal e aplicá-los no cotidiano das práticas profissionais, assegurando o compromisso com a qualidade dos serviços prestados.

O projeto ético-político do Serviço Social tem como aportes fundamentais o código de ética profissional (Resolução CFESS nº 273, de 1993), a lei que regulamenta a profissão de assistente social (Lei nº 8.662, de 1993) e as Diretrizes curriculares para o curso de Serviço Social (ABEPSS, 1996). O código de ética profissional de 1993 apresenta um total de 11 princípios fundamentais; os princípios VI, VIII e XI se referem diretamente aos aspectos associados à dimensão étnica e ao respeito à diversidade. Neste sentido, a profissão afirma o seu compromisso de defesa das classes historicamente subalternizadas, bem como o empenho na eliminação de todas as formas de preconceito e discriminação (AMARAL; BILAR, 2020).

Enquanto profissão técnico operativa, inserida na divisão sociotécnica do trabalho, com o compromisso estabelecido pelo Código de Ética Profissional, assume no decorrer de sua trajetória o caráter ético político em defesa dos direitos sociais, que tem por objeto de trabalho as expressões da questão social, devendo se opor a todo tipo de discriminação e preconceito.

[...] via Código de Ética de nossa categoria, que as/os Assistentes Sociais defendem a liberdade, a democracia e a cidadania; além dele reforçar o nosso combate a todas as formas de opressão, discriminação e preconceito. A intervenção e a luta por uma sociedade justa e igualitária também está garantido nesse documento, em seus princípios e deveres, o que fundamenta o nosso exercício profissional (CRESS-ES, 2021).

Os princípios norteadores do Código caminham em consonância com a questão indígena, pois há o compromisso ético-político da categoria profissional em fortalecer as classes historicamente subalternizadas.

Segundo NETTO (2011), o projeto profissional da profissão se tornou constitutivo nas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa que são fundamentais para a compreensão da questão social. A questão indígena está vinculada profundamente à questão social, através das ofensivas capitalistas e usurpação de territórios tradicionais, processos marcados pela violência, omissões, tortura, invisibilidade e expropriação territorial. Nesta última expressão da questão social verifica-se um agravante. Segundo Luciano (2006), “o território indígena é sempre a referência à ancestralidade e a toda a formação cósmica do universo e da humanidade é nele que se encontram presentes e atuantes os heróis indígenas, vivos ou mortos”.

Em 2013 o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) lançou um manifesto pelo dia da luta indígena em virtude de um caso que repercutiu nacionalmente, onde um grupo da etnia Guarani-Kaiowá ameaçou cometer suicídio coletivo perante o risco de perderem suas terras para o agronegócio. Após atos públicos e campanhas de mobilização, o governo federal barrou a situação. Nesse manifesto, a categoria profissional reconheceu que o debate acerca da questão indígena era recente no Serviço Social e que, portanto, precisa ser aprofundado para que possa ser defendido. (CFESS, 2013).

Assistentes sociais têm trabalhado com a questão da saúde indígena. O campo profissional vem se ampliando e ultrapassa as fronteiras urbanas, tendo em vista que a questão social tem seus rebatimentos na área rural, inclusive com os povos indígenas. Nesse sentido, é possível encontrar profissionais do Serviço Social dentro das equipes interdisciplinares de saúde, nos Centros de Referências de Assistência Sociais (Cras) e em outros espaços de atenção a essas comunidades. Um trabalho que exige a compreensão que cada etnia constitui-se como um povo, com uma cultura própria, estrutura e organização, dadas as particularidades e especificidades, cujas visões de mundo impõem desafios de pensar políticas públicas capazes de assegurar o acesso, respeitando a cultura e os valores dessas comunidades (CFESS, 2013).

Em 2020, já no período pandêmico, o CFESS debateu acerca da atuação profissional nas aldeias nesse período de crise sanitária brasileira e ressaltou a importância de profissionais indígenas atuando nessa área. As contribuições são mais precisas porque partem de um/a

assistente social que conhece de perto a realidade, podendo elaborar projetos e programas que atendam com maior eficiência às necessidades dessa população. (CFESS, 2020).

No ano seguinte, a categoria se manifestou em oposição ao Marco Temporal⁵ que estava sendo julgado pelo Supremo Tribunal Federal, em Brasília, defendendo a demarcação de terras indígenas, ressaltando que esse direito está presente na Constituição Federal de 1988. (CFESS, 2021).

Por sua configuração ético-política o Serviço Social mostra uma potência ao adentrar esse debate. A questão indígena faz parte do arsenal teórico-investigativo de novas leituras para formação de assistentes sociais através da compreensão crítica e aproximação com a totalidade. (AMARAL, BILAR, 2020).

Por meio dos posicionamentos da categoria profissional, afirma-se que há o compromisso com a defesa dos direitos da população indígena, levando em consideração seu histórico permeado por violências, apagamentos, aculturamento, genocídio e exploração. A questão indígena, sendo uma das expressões da questão social, precisa ser constantemente aprofundada e defendida. É importante o reconhecimento de ser um debate recente para a profissão para que seja possível proporcionar cada vez mais visibilidade à temática, potencializando o trabalho profissional na busca pela garantia de direitos.

3.2 O trabalho e desafios da/o assistente social na garantia de direito à saúde da população indígena

Partindo do pressuposto de que o trabalho da/o assistente social tem caráter investigativo e interventivo, na área da saúde, assim como nas demais áreas de atuação, é necessário conhecimento acerca de suas atribuições levando em consideração as especificidades presentes nesse contexto.

A implementação do SUS, na década de 1990, teve por objetivo a universalização do acesso à saúde, às políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nesse sentido, saúde diz respeito a melhores condições de vida e de trabalho, considerando determinantes sociais e atribuindo ao Estado o dever de viabilizar esse direito por meio da prestação de serviços e

⁵ O Marco Temporal foi uma ação no Supremo Tribunal Federal que defendia que os indígenas só poderiam reivindicar as terras onde estavam no momento em que entrou em vigor a Constituição Federal de 1988. Essa ação foi apoiada pela bancada ruralista e instituições ligadas à agropecuária. Se aprovada, essa lei dificultaria a demarcação de terras, ignorando a existência dos povos originários ao longo de toda a história do Brasil após a invasão europeia em 1500, bem como deixando de lado o histórico de disputas, violências e extermínios.

financiamento. (CFESS, 2010).

O conhecimento acerca do SUS é imprescindível no trabalho profissional do Serviço Social porque é o que proporciona articulação com segmentos que possam contribuir para a formulação de estratégias que garantam o direito social à saúde. Entender de que maneira se dá a articulação em rede de cada espaço socio-ocupacional, conhecendo as condições de vida, de trabalho e determinantes sociais das/os usuárias/os, considerando a territorialidade.

A atuação profissional demanda constante articulação e sintonia com trabalhadores e usuárias/os que lutam pela efetivação do SUS, buscando atuação em equipe, estimulando a intersectorialidade, construindo espaços de participação popular, elaborando projetos socioeducativos e assessorando movimentos sociais, a fim de democratizar o acesso às políticas sociais. (CFESS, 2010).

[...] o/a assistente social compõe a equipe multiprofissional [...] sendo responsável por conhecer e transmitir a realidade socioeconômica e cultural dos/as pacientes/famílias, apontando suas vulnerabilidades sociais e econômicas; formular estratégias de intervenção, tendo como base a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e composição familiar dos/as usuários/as, subsidiando a prática dos/as demais profissionais de saúde; trabalhar questões relativas à humanização na saúde, relações sociais, fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e orientações sociais à população atendida, quanto aos seus direitos sociais e de cidadania (CFESS, 2020).

A entidade organizativa da profissão o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em 2012 lançou boletim pelo CFESS Manifesta com a temática indígena na gestão “Tempo de Luta e Resistência” (2011-2014), que reflete o posicionamento da categoria profissional na defesa e compromisso com a questão indígena:

Nesta perspectiva, o Conjunto CFESS/CRESS, no 40º Encontro Nacional CFESS/CRESS, reafirmou o compromisso com a questão indígena, defendendo a:

- intensificação da discussão, no Conjunto CFESS-CRESS, sobre a questão indígena no Brasil, a população quilombola e comunidades tradicionais, o aparato legal (legislação) que as regem, o estudo sobre o acesso desses segmentos às políticas públicas, apoiando a luta pela demarcação das terras.
- articulação e apoio às lutas dos movimentos sociais pelo direito à terra, pela moradia digna, pelos direitos dos povos originários, quilombolas, população em situação de rua e catadores/as de materiais recicláveis (CFESS, 2012b, p. 2).

A Lei nº 8.662/93 de regulamentação da profissão, no artigo 4º, parágrafos III, V e IX destaca como competência do assistente social:

III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
V – Orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de

identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;

IX – Prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade (BRASIL, 1993, p.1).

O Serviço Social constantemente lida com as inconstâncias das políticas indigenistas, alterações de profissionais de outras áreas e gestores, desfinanciamento, privatizações e precarizações. Essa instabilidade nas políticas torna o trabalho da/o assistente social ainda mais desafiador, porque além da realidade estar em constante movimento, há esses entraves institucionais e governamentais que dificultam a atuação profissional de qualidade. Há constantemente a disputa entre a Reforma Sanitária e o projeto de privatização, em conjunto com o projeto de extermínio da população indígena e os movimentos sociais indígenas (CFESS, 2009).

Sob tal ótica, o Serviço Social em suas dimensões teórico-metodológicas, técnico-operativas e ético-políticas, quando pensadas sob a perspectiva da saúde da população indígena, precisa conhecer o espaço sócio-ocupacional em que atua. Cada espaço sócio-ocupacional atende a diferentes etnias, portanto, diferentes culturas e costumes das quais precisa ter conhecimento para poder atuar de modo que os/as atendidos/as não sejam desrespeitados/as. Entender o projeto institucional em que está inserido e quais as demandas de sua territorialidade se faz imprescindível para a formulação de estratégias de atuação, que com a pandemia da Covid-19 em curso, torna-se primordial reflexões acerca do agravamento da questão social frente à questão indígena.

Em período pandêmico, a/o assistente social também está exposta/o à contaminação pelo novo coronavírus, portanto, necessita de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs). Esse tem sido um desafio encontrado, devido ao fato de que o poder público não tem fornecido materiais suficientes nem para os profissionais e nem para a população, o que acarretou também em falta de medicamentos e escassez de profissionais da saúde (CFESS, 2020).

A dificuldade em encontrar apoio do poder público tem sido muito desafiadora, o que leva a articulações independentes, como a realização de barreiras sanitárias, o uso de medicinas tradicionais indígenas, arrecadação e recebimento de doações para compra de EPIs, medicamentos, produtos de higiene e limpeza, além do combate à invasão das terras indígenas. Essa articulação é uma atribuição da/o assistente social, pois diz respeito à autonomia relativa da profissão e faz parte também do Plano de Ação Emergencial de

Combate ao Avanço do Coronavírus e de Tratamento entre os Povos Indígenas da Amazônia (CFESS, 2020).

Em paralelo, cabe ao/à assistente social cobrar as autoridades competentes o financiamento público, repasse de verbas; apresentação de indicadores sociais que demonstram as demandas necessárias nas políticas sociais de combate à Covid-19 – onde se faz necessário o contato com as lideranças e movimentos indígenas para articulação. Defender a qualidade dos serviços prestados, bem como condições objetivas para atuação profissional.

É indispensável que o/a assistente social esteja atento/a aos protocolos de prevenção à Covid-19, seguindo determinações das autoridades sanitárias, promovendo também um trabalho socioeducativo no sentido de levar conhecimento acerca das prevenções necessárias, incluindo isolamento e distanciamento social, na medida em que isso for possível. Nesse sentido, o trabalho em rede se mostra muito importante para análise de atividades que devem ser mantidas, as que podem ser suspensas e a necessidade – ou não – de visitas domiciliares (CFESS, 2020).

A atuação em período pandêmico tem caráter essencial, portanto, as estratégias de atuação precisam ser analisadas de maneira muito cuidadosa quando direcionada à saúde da população indígena. É um trabalho que demanda constante atualização, conhecimento, investigações, diálogo com as lideranças indígenas e com demais profissionais indígenas, valorizando as demandas trazidas; tendo como pressupostos e como norte a autonomia das pessoas inseridas nas comunidades, a emancipação humana, a articulação com os movimentos sociais indígenas, o respeito às culturas, costumes e o pleno exercício da cidadania.

Nesse contexto, o/a assistente social precisa ter um arcabouço teórico muito bem estruturado para entender quais condições objetivas e subjetivas permeiam a população indígena, fazendo com que elas sejam mais afetadas durante a pandemia. Entender o contexto político, social e econômico em que essa população se encontra e quais os desafios encontrados pelas correlações de força, são primordiais para traçar os caminhos e estratégias de atuação.

Conhecer a historicidade étnico-racial brasileira desde o período pré-colonial até os ataques às terras indígenas em período pandêmico é imprescindível, perpassando por todas as violências perpetradas, políticas sociais garantidas e suas ineficiências, modos de gestão das políticas indigenistas e aspectos culturais e sociais das comunidades. Para assim, a/o profissional de Serviço Social apreender esses conhecimentos e ter uma análise crítica do ponto de vista da totalidade. As estratégias de atuação têm um caráter de potência dentro do

espaço sócio-ocupacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das reflexões desta pesquisa teórica, que teve como objetivo compreender o acesso à saúde da população indígena e o trabalho da/o assistente social, é possível concluir que em nenhum momento da história pós-colonização os indígenas tiveram sua existência respeitada e garantida. Ainda que a Constituição Federal de 1988 traga avanços do ponto de vista da garantia de direitos, as aplicações dessas normativas se demonstram ineficientes, tendo em vista as demandas e as brechas legislativas impostas pelo governo neoliberal de Jair Messias Bolsonaro.

O trabalho da/o assistente social na saúde da população indígena em tempos pandêmicos é primordial para as articulações tanto institucionais quanto nas comunidades, atuando com base nas demandas apresentadas, promovendo ações socioeducativas a respeito das prevenções da Covid-19, cobrando o setor público quanto à disponibilização dos insumos necessários aos postos de atendimento do subsistema de saúde (DSEIs), e o repasse financeiro para garantir EPIs para profissionais e a população, garantir alimentação, produtos de higiene e limpeza e reivindicar melhores condições de saneamento básico.

A saúde dos povos indígenas é um assunto de saúde pública, onde em tempos pandêmicos se demonstra com mais gravidade a crise sanitária que já existia antes da pandemia. O genocídio, apagamento e acultramento ainda são intensamente perpetuados e agravados quando o Estado se exime de sua responsabilidade social, incita o ódio a essas pessoas, nega que as violências estejam acontecendo, nega que sejam sujeitos de direitos.

Os povos indígenas são os que, de fato, protegem e cuidam da fauna e flora brasileira. É necessário assimilar que eles são insubstituíveis e, quando dizimados, será o fim. Talvez o fim da humanidade? Talvez o fim do que ainda nos resta de qualidade de vida? Não sabemos. Mas os povos indígenas são os verdadeiros guardiões das terras brasileiras. Não é à toa que o Brasil é conhecido como o pulmão do mundo. Quando os guardiões do pulmão do mundo não existirem mais, então esse pulmão vai parar de funcionar e todas/os nós arcaremos com as consequências dessa omissão e, direta ou indiretamente, perpetuação de atitudes colonizadoras.

Os objetivos dessa pesquisa foram atingidos, tendo em vista a compreensão acerca do acesso à saúde da população indígena e o trabalho da/o assistente social com essa população no período pandêmico. Ficou evidente que, apesar dos avanços obtidos a partir da Constituição Federal de 1988, ainda há muitas violações de direitos que precisam ser

constantemente contestadas, pressionando as autoridades a fim de barrá-las. A/O assistente social, diante das suas atribuições, tem papel fundamental na luta pela ampliação e viabilização do acesso à saúde; democratizando espaços, aprofundando seus conhecimentos e o debate acerca da questão indígena.

Por fim, parafraseando Ailton Krenak⁶ em sua obra “O Amanhã Não Está à Venda”, gostaríamos muito de fazer algum tipo de magia para que esse confinamento pudesse acabar e todos pudessem sentir as belezas da natureza em sua plena liberdade. A pandemia efervesceu as expressões da questão social no Brasil, com o agravante do governo de Jair Messias Bolsonaro que perpetuou atitudes genocidas. São tempos trágicos e que, sem apoio do Poder Público, levará ainda muito mais tempo para que a população indígena tenha sua plena cidadania, razão pela qual é imprescindível lutar pela garantia de direitos previstos constitucionalmente.

São tempos de encorajar as crianças, afastar o medo. Para vencermos o coronavírus, precisamos primeiramente ter cautela e depois coragem. Precisamos ter em mente que as mudanças já estão acontecendo e o “normal” já não existe mais. Pensar a crise sanitária é urgente. Por mais incerto que seja o amanhã, é por meio do hoje que o amanhã se torna possível.

⁶ Ailton Krenak é ativista do movimento socioambiental e de defesa dos direitos indígenas, organizou a Aliança dos povos da floresta, que reúne comunidades ribeirinhas e indígenas na Amazônia. É comendador da Ordem de Mérito Cultural da Presidência da República e doutor honoris causa pela Universidade Federal de Juiz de Fora, em Minas Gerais. Participou da Assembleia Constituinte para a formulação da Constituição Federal de 1988.

REFERÊNCIAS

AMARAL, W, R ; BILAR, J, A, B. **A Questão indígena no serviço social: um debate necessário na profissão.** Revista Em Pauta: Rio de Janeiro, 2020.

BANIWA, B. **Genocídio indígena e políticas integracionistas: demarcando a escrita no campo da memória.** 1. ed. São Paulo: Instituto de Políticas Relacionais, 2021.

BARROCO, M, L, S. **Barbárie e neoconservadorismo: os desafios do projeto ético político.** Serv. Soc. Soc, 2011.

BATISTA, M. Q; ZANELLO, V. **Saúde mental em contextos indígenas: escassez de pesquisas brasileiras, invisibilidade das diferenças.** Scielo. 16 de novembro de 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2016000400403&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: jan. 2022.

BERNARDI; BRAGATO; RIOS. **Covid-19 e os indígenas no Brasil: Proteção Antidiscriminatória Étnico-Racial e direitos de minorias.** Veredas do Direito – Direito Ambiental e Desenvolvimento Sustentável. v. 18 n. 40, 2021.

BONIN, I. T; MIOTTO, T. **Um olhar sobre a saúde dos povos indígenas.** 8. ed. Porantim, 2015.

BORGES, M. F. S. O. **Histórico social, demográfico e de saúde dos povos indígenas do Acre, Brasil.** Revista da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. 25. ed., 2010.

BRASIL, **Lei nº 14.021 de 7 de julho de 2020.** Dispõe sobre medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da Covid-19 nos territórios indígenas; cria o Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos territórios indígenas; estipula medidas de apoio às comunidades quilombolas, aos pescadores artesanais e aos demais povos e comunidades tradicionais para o enfrentamento à Covid-19; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a fim de assegurar aporte de recursos adicionais nas situações emergenciais e de calamidade pública.

BRASIL. **Lei 8.080/1990 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. **Portaria nº 2.759 de 25 de outubro de 2007.** Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor.

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

CASTRO, A. R. **Fundamentos para uma crítica do estatuto do índio: Raça e História de Lévi-Strauss.** v. 11. Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM, 2016

CÉSAIRE, A. **Discurso sobre o colonialismo.** São Paulo: Veneta, 2020.

Convenção para a prevenção e a repressão do crime de genocídio. 1948. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/genocidio.htm>. Acesso em: jan. 2022

CFESS. **Assistente social: um guia básico para conhecer um pouco mais sobre essa categoria profissional.** Brasília: Conselho Federal de Serviço Social.

CFESS. **Atuações de assistentes sociais no sociojurídico: subsídios para reflexão.** 4. ed. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2014.

CFESS. **Código de ética do/a assistente social.** Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10 ed. Brasília, 2012.

CFESS. **Coronavírus: e quem trabalha na área da saúde?** Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2020.

CFESS. **Dia nacional de luta dos povos indígenas, 7 de fevereiro.** 06 de fevereiro de 2021. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1788>. Acesso em: jan. 2022.

CFESS Manifesta. **Os impactos do coronavírus no trabalho do/a assistente social.** Série Conjuntura e Impacto no Trabalho Profissional. 23 de março de 2020.

CFESS Manifesta. **Dia da luta indígena** 19 de Abril de 2012. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta2012_lutaindigena-SITE.pdf. Acesso em: jan de 2022.

CFESS. **CFESS lança manifesto pelo dia da luta indígena.** Conselho Federal de Serviço Social, 19 de abril de 2013.

CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde.** Conselho Federal de Serviço Social. Brasília, 2010.

CFESS. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde.** Conselho Federal de Serviço Social. Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde. 2009. Disponível em:

http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude_-_versao_preliminar.pdf. Acesso em: jan. 2022.

CFESS. Questão indígena também é assunto para assistente social. Conselho Federal de Serviço Social. 7 de agosto de 2020.

CFESS. Serviço social defende os direitos dos povos indígenas no Brasil. Conselho Federal de Serviço Social. 1 de setembro de 2021.

CRESS-ES. 28 anos do código de ética da/do assistente social, 2021. Disponível em: <http://www.cress-es.org.br/28-anos-do-codigo-de-etica-dado-assistente-social/>. Acesso em: jan. 2022.

CIMI. A maior violência contra os povos indígenas é a destruição de seus territórios, aponta relatório do Cimi. Conselho Indigenista Missionário. 24 de setembro de 2019. Disponível em: <https://cimi.org.br/2019/09/a-maior-violencia-contra-os-povos-indigenas-e-a-apropriacao-e-destruicao-de-seus-territorios-aponta-relatorio-do-cimi/>. Acesso em: jan. 2022.

COIAB, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira. Plano de ação emergencial de combate ao avanço do coronavírus e de tratamento entre os povos Indígenas da Amazônia Brasileira. Julho de 2020.

CUNHA, M, C. O Futuro da questão indígena. Abril 1994. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40141994000100016>. Acesso em: jan. 2022.

EURICO, M, C. A percepção do assistente social acerca do racismo institucional. Serv. Soc. Soc: São Paulo, n.114, 2013.

Emergência Indígena. Panorama geral da covid-19. Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB). 30 de novembro de 2020. Disponível em: https://emergenciaindigena.apiboficial.org/dados_covid19/. Acesso em: jan. 2022.

FELIPE, J. S. (org.). Saúde: a concepção política e a perspectiva brasileira. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2008.

FERNANDES, R. M. C; DOMINGOS, A. Políticas indigenistas: contribuições para afirmação e defesa dos povos indígenas. 1. ed. Porto Alegre: Associação Brasileira das Editoras Universitárias, 2020.

FERNANDES, M. N. F; NÓBREGA, A. R. Um breve histórico da saúde indígena no Brasil. Pernambuco: Revista de Enfermagem UFPE, 2010.

FREIRE, C. A. R; OLIVEIRA, J. P. **A presença indígena na formação do Brasil.** Brasília: Ministério da Educação, Secretaria da Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2006.

Frente Parlamentar Mista em Defesa dos Direitos dos Povos Indígenas. **Guia prático:** Monitoramento da Implementação da Lei do Plano Emergencial de Enfrentamento à Pandemia (Lei 14.021/2020), 2020.

GARNELO, L; PONTES, A. L. **Saúde indígena:** uma introdução ao tema. 22. ed. Brasília: MEC-SECADI, 2012.

GRISOTTI, M; LANGDON, E. J; LEITE, M. S; MENDES, A. P. M. **O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil.** Revista Panam Salud Pública, 2018.

HEEMANN, T. A. **Por uma releitura do direito dos povos indígenas:** do integracionismo ao interculturalismo. 53. ed. Brasília: Revista de doutrina e jurisprudência, 2017.

IBGE. **Os indígenas no censo demográfico 2010:** primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf. Acesso em: jan. 2022.

KRENAK, A. **Ideias para adiar o fim do mundo.** 1ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

KRENAK, A. **O amanhã não está à venda.** 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

LOPES, R. J. **1499:** O Brasil antes de Cabral. 1ed. Rio de Janeiro: Harper Collins, 2017

LUCIANO, G. dos S. **O índio brasileiro:** o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil hoje. Brasília: Ministério da Educação, 2006.

MOLINA, L. P. **Terra, luta, vida:** autodemarcações indígenas e afirmação da diferença. 2017. Dissertação (Mestrado em Antropologia). Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

MOREIRA, J. F. **O trabalho do assistente social e seu código de ética profissional.** in: 3º Encontro Internacional de Política Social 10º Encontro Nacional de Política Social - Tema: "Capitalismo contemporâneo: tendências e desafios da política. Vitória (ES, Brasil), 22 a 25 de junho de 2015.

MONDARDO, M. **Povos indígenas e comunidades tradicionais em tempos de pandemia da Covid-19 no Brasil: estratégias de luta e r-existência.** Finisterra, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.18055/Finis20364>. Acesso em Jan. 2022.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e serviço social.** São Paulo: Cortez, 2011.

OLIVEIRA, J. P. **O nascimento do Brasil e outros ensaios: “pacificação”, regime tutelar e formação de alteridades.** 1. ed. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2016.

PEREIRA, P. A. P. **Questão social, serviço Social e direitos da cidadania.** Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS, Brasília, Ano II, nº 3, p. (51-62), jan/jul, 2001.

Povos Indígenas no Brasil. **Direitos constitucionais dos índios.** 7 de junho de 2018. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Constitui%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: jan. 2022.

TAVARES, V. **Saúde mental indígena em pauta.** Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz. 11 de setembro de 2014. Disponível em: <http://www.epsvj.fiocruz.br/noticias/reportagem/saude-mental-indigena-em-pauta>. Acesso em: jan. 2022.

TUPINAMBÁ, J; TUPINIKIM, D. (org.). **A história se repete: genocídio indígena por doenças do Karaíba.** 1. ed. – São Paulo: Instituto de Políticas Relacionais, 2021.

QUIJANO, A - **Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina.** Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2005

ROCHA, D. F; PORTO, M. F. S. PACHECO, T. **A luta dos povos indígenas por saúde em contextos de conflitos ambientais no Brasil (1999-2014).** 18 de março de 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000200383. Acesso em: jan. 2022.

SANTOS, R, V; JR COIMBRA, C, E, A. (coord). **Saúde e povos indígenas** 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

SOUZA, M. L. P. **Mortalidade por suicídio entre crianças indígenas no Brasil.** Scielo. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001505007. Acesso em: jan. 2022.

SOUZA, R. S. B; OLIVEIRA, J. C; TEODORO, J. A; TEODORO, M. L. M. **Suicídio e povos indígenas brasileiros: revisão sistemática.** 58. ed. Revista Panam Salud Publica, 2020.