

Análise das ações e serviços voltados à saúde indígena nos planos regionais de redes de atenção à saúde do Pará

Analysis of actions and services aimed at indigenous health in regional plans of care networks health of Pará: crosscutting or equity?

Rosiane Pinheiro Rodrigues

Mestre em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Pará (UFPA).
E-mail: rosiuepa@gmail.com

Regina Fátima Feio Barroso

Dra. em Odontologia Social. Professora titular da Universidade Federal do Pará (Instituto de Ciências da Saúde - ICS).
E-mail: reginafeio26@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6818-7786>

Danielle Tupinambá Emmi

Dra. em Ciências Odontológicas. Profa. Adjunta da Universidade Federal do Pará (Instituto de Ciências da Saúde - ICS).
E-mail: dtemmi@yahoo.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6046-0717>

José Guilherme Wady Santos

Dr. em Ciências Sociais. Prof. Faculdade Integrada Brasil Amazônia (Fibra).
E-mail: guilherme.wady@gmail.com

Resumo

Objetivou-se analisar a inserção das ações e serviços voltados para atenção à saúde indígena nos planos das Redes de Atenção à Saúde, que abrangem os municípios que compõem o Distrito Especial de Saúde Indígena Guamá-Tocantins, no Pará. Pesquisa ecológica com análise documental dos planos regionais das redes de atenção à saúde, quanto à presença ou ausência de ações ou serviços voltados aos indígenas do distrito Guamá-Tocantins. Foi possível constatar que existem ações pontuais em alguns planos regionais voltados para saúde indígena, porém com ausência de olhar equânime. Apesar da caracterização da saúde indígena em alguns planos, não há a inserção de ações e/ou serviços sob um olhar antropológico voltados para as diversidades das suas necessidades e problemas de saúde, representando, dessa forma, uma significativa ausência da equidade para esses povos.

Palavras-chave: Saúde de Populações Indígenas; Atenção à Saúde; Serviços de Saúde.

Abstract

The aim of this study is to analyze the inclusion of focused programs and services for indigenous health care plans of the Health Care Networks covering the municipalities that make up the Special District Indigenous Health Guamá-Tocantins, in Pará. Documentary analysis will be performed the eight regional plans of health care networks (stork network, emergency care, psychosocial and person with disabilities) for the presence or absence of actions or services for the indigenous of Guamá-Tocantins. It was found that there are specific actions

in some regional plans focused on indigenous health, but without equal. These actions could be cross because the Indians need to be addressed in all policies, as they are distributed in all age groups and groups. However, there is only characterization of

indigenous health in most plans and not the inclusion of actions for your requirements / specifications.

Keywords: Health of Indigenous Peoples; Health Care; Health Services.

Introdução

As mudanças na área de gestão e assistência provocadas pela cronificação de doenças da população, associadas ao momento de transição epidemiológica e demográfica que vive o país, levou à construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS).¹ Essa articulação, tanto em nível nacional quanto no Estado do Pará, vem sendo discutida desde o Pacto pela Saúde, nas políticas fomentadas pelo Ministério da Saúde (MS),² bem como nos Pactos pela Vida e de Gestão trazidos de forma tripartite em 2006. Têm como principais objetivos a organização e a pactuação de ações e serviços de saúde, o que demonstra as fortes estratégias de mobilização para envolver todas as esferas de governo na construção ascendente de planejamento, com embasamento em diagnóstico situacional para resoluções de problemas de saúde da população, em prol de uma atenção integral, contínua e regional,³ como está previsto na Portaria das RAS (Nº 4.279/2010), bem como no Decreto Nº 7.508/2011. Através desses documentos, o MS considera a necessidade de os serviços estarem organizados através de um planejamento regional integrado, onde haja atenção resolutiva e em tempo hábil.⁴ Assim, medidas vêm sendo alavancadas na discussão interfederativa, no intuito de somar forças

entre as três esferas, como a implantação das Redes Temáticas: Rede Cegonha; Urgência e Emergência; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, através da construção regional e ascendente dos planos regionais de cada rede temática, os quais possuem como objetivo o fortalecimento e a qualificação da atenção à saúde, além do acesso resolutivo em tempo oportuno à população.⁴

Vale ressaltar que existe oferta de ações e serviços voltados para uma determinada população e que deve ser considerada a necessidade desta. Mas, questiona-se se as necessidades de saúde dos indígenas estão sendo consideradas, pois:

intervenções na área da saúde são realizadas sem o devido respeito para o conhecimento da cultura do grupo, e, assim os profissionais expressam atitudes etnocêntricas e realizam suas práticas sem reconhecer como a especificidade cultural do grupo influencia no êxito de seu trabalho.⁵

É necessário respeitar sua organização cultural e religiosa, com compartilhamento de saberes, pois estudos demonstram

um descontentamento na forma de como os modelos de atenção à saúde nas áreas indígenas oferecem seus serviços, de forma que o modelo atual vem desrespeitando a construção de uma atenção integral [...], impossibilitando a implementação de um modelo de atenção específico e diferenciado, desrespeitando o que garante a legislação brasileira em relação aos direitos indígenas.⁵

É relevante mencionar a distância inaceitável entre diversos indicadores de saúde registrados entre povos indígenas e o restante da população brasileira, sendo o segmento indígena sistematicamente desfavorecido. Tudo isso é enfatizado pelas grandes desigualdades pautadas nas discussões das conferências nacionais de saúde indígena e nos diversos debates acerca da insatisfação dos usuários com a atenção à saúde prestada aos seus povos.⁶ Apesar da criação da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) ter sido uma reivindicação dos diversos movimentos indígenas, isso não configura, segundo o Conselho Indigenista Missionário (CIMI), a resolução para os problemas de saúde do indígena. A obra “Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas” publicada em 2013, traz relatos de que as entidades selecionadas para terem convênios com o MS e dessa forma contratarem profissionais para atuar nos DSEIs [...] sofre muitas críticas dos movimentos indígenas.⁷

Dessa forma, um importante grupo a ter acesso às RAS são os indígenas, que se tornaram pauta a partir da década de 70, por meio de vários

movimentos em prol de seus direitos. Grandes debates realizados na I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986, e na II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, em 1993, por indicações das VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde, trouxeram a urgência em pensar iniciativas para a saúde do índio e que considerassem suas “representações, valores e práticas relativas ao adoecer e buscar tratamento dos povos indígenas, bem como seus próprios especialistas”.⁸ Essas medidas levaram à criação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) em 2002 a qual deveria ser implementada de acordo com os princípios do SUS, dando ênfase à descentralização das ações e dos recursos, e a universalidade, integralidade, equidade e participação social, com destaque para as questões relacionadas à diversidade cultural, étnica, geográfica, epidemiológica, histórica e política.⁸

A Lei Sérgio Arouca de nº. 9.836 de 1999, que versa acerca do capítulo V na Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) de nº 8.080/1990, foi responsável pela criação do subsistema de atenção diferenciada à saúde - o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS)⁹, formatado num modelo de atenção à saúde do indígena que propunha uma atenção diferenciada através dos Distritos Especiais de Saúde Indígena (DSEI).

O Decreto Presidencial nº 2, de 1991⁸ transferiu para o MS a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas, estabelecendo os DSEI como base na

organização dos serviços de saúde, onde as ações e serviços seriam implementadas pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), juntamente com a Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Porém, somente em 2012 houve a criação da SESAI, ligada diretamente ao MS através do Decreto Nº 7.336/2010.⁸ Com a criação desta secretaria, o MS passou a gerenciar diretamente a atenção à saúde indígena, levando em conta aspectos culturais, étnicos e epidemiológicos dos 225 povos que vivem no País.¹⁰ Dessa forma, a SESAI passa a ser responsável pela atenção básica através dos DSEI e os municípios/estado têm como responsabilidade ofertar a atenção de média e alta complexidades para esses povos, assim, como para os demais munícipes em seu território. Porém, nas ações e serviços do estado não tem sido contemplados os indígenas, como apontam as lideranças e técnicos em fóruns e conferências da saúde indígena. Exemplo disso é a necessidade de se constituir uma rede de atenção contínua, onde os pontos de atenção estejam conectados entre si, de forma a responder as necessidades de saúde da população¹¹. Mas, como está posta essa garantia do cuidado contínuo, com acesso em tempo oportuno para o indígena? Assim, há a necessidade de compreender os elementos teóricos e práticos que subsidiam as análises dos planejamentos e entender essas dificuldades de inserção da saúde indígena nos planos das RAS, com a finalidade de aprimorar as dimensões da gestão e dos processos de trabalho dos profissionais envolvidos nesta grande rede de atenção à saúde. Tudo isso é gerado a partir de reuniões e fóruns de trabalho entre apoiadores

do MS, bem como entre esses últimos e os técnicos e gestores dos municípios e/ou estado, tentando garantir uma atenção regulada, e sua inclusão nos planos municipais e regionais, de forma mais efetiva. No entanto, vem gerando grande insatisfação dos povos indígenas, expressa pelas lideranças nos Conselhos Distritais Indígenas (CONDISI), bem como pelo próprio DSEI, que precisa buscar outras articulações ou parcerias para garantir a continuidade do cuidado nos demais níveis de atenção.

O DSEI Guamá Tocantins (GUATOC) apresenta uma extensão territorial de 7.715.080,8 hectares, com sede no município de Belém (PA) e compreende 18 municípios, sendo 17 no Estado do Pará (Santa Luzia, Capitão Poço, Tomé Açu, Aurora do Pará, Paragominas, Baião, Mojú, Tucuruí, Goianésia, Itupiranga, Jacundá, Bom Jesus do Tocantins, São Geraldo do Araguaia, Parauapebas, Canaã dos Carajás, Oriximiná e Óbidos) e 01 no Estado do Maranhão (Centro Novo do Maranhão).¹²

O objetivo deste estudo foi analisar a inserção de ações e serviços voltados para atenção à saúde indígena nos planos das RAS que abrangem os municípios que compõem o DSEI GUATOC/Pará, identificando em que Redes de Atenção à Saúde a população indígena é contemplada em suas especificidades étnico-culturais.

Método

O estudo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o nº 1.906.306, utilizou a pesquisa

ecológica, com análise documental buscando-se extrair um reflexo objetivo da fonte original, permitir a localização, identificação, organização e avaliação das informações contidas no documento, além da contextualização dos fatos em determinados momentos.¹³

O DSEI GUATOC é formado por 17 municípios do Pará, que estão distribuídos em 7 regiões de saúde, sendo que o atual desenho de regionalização da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Pará (SESPA)¹⁴, compreende um total de 13 regiões de saúde. Os dados foram obtidos através da análise documental dos planos regionais das RAS do Estado do Pará: Rede Cegonha Metropolitana I e II referente a 2012 e 2014, respectivamente; Baixo Amazonas, Carajás, Lago Tucuruí, Tocantins e Caetés, referente a 2014; Rede Psicossocial, referente a 2013; Rede da Pessoa com Deficiência, referente a 2016-2019; e Rede de Urgência e Emergência, referente a 2012-2015. Neles, foram analisadas se as ações e/ou serviços contidos nos planos regionais contemplam a saúde indígena.

Foram analisados os planos de sete regiões de saúde, excluindo os municípios que formam a Região Metropolitana de Belém, por não possuírem população indígena, de acordo com o quadro 1 (anexo).

Resultados

O DSEI GUATOC apresenta-se com uma população significativa de 8.803 indígenas, distribuídos em sete regiões de saúde, fato que se verifica através

da análise dos planos da Rede Cegonha, da Rede de Urgência e Emergência, da Rede da Pessoa com Deficiência e da Rede Psicossocial que, por sua vez, não possuem em sua totalidade ações ou serviços voltados para as especificidades dos indígenas, como mostra o Quadro 2 (anexo).

O quadro 2 demonstra que dos sete planos regionais da Rede Cegonha, apenas a metropolitana II e III apresentam ações educativas voltadas ao indígena e, destes, seis realizaram a caracterização indígena para região, demonstrando a presença das etnias e populações por região de saúde. Nos planos de Carajás e Lago Tucuruí, foram encontrados oito serviços planejados para a população materno-infantil indígena. No plano da rede Psicossocial, observou-se a presença do planejamento de duas ações nas regiões de Carajás e duas na região Metropolitana III. Embora haja a caracterização indígena no diagnóstico situacional no nível estadual, todavia não foi possível reconhecer essa mesma caracterização por região de saúde.

Nos planos de Urgência e Emergência e da Pessoa com Deficiência, não existem caracterização indígena no diagnóstico situacional, nem ações ou serviços voltados para o indígena, apesar de existir uma citação no plano de Urgência e Emergência, acerca da diretriz da equidade.

Discussão

Na análise da inserção das ações e serviços voltados para atenção à saúde indígena nos

planos das RAS, que abrangem os municípios que compõem o DSEI GUATOC, é possível constatar que existem ações pontuais (capacitação das equipes de saúde, seminários e oficinas) voltadas para a saúde indígena, com ausência de uma perspectiva mais equânime que considere os aspectos étnicos, sociais e culturais do indígena¹⁵. Mas, quanto aos serviços, notou-se apenas duas iniciativas em duas regiões de saúde, correspondentes à realização de oficinas e capacitações para equipe de saúde e lideranças indígenas, no plano estadual da rede Psicossocial.

Sabe-se que o texto da Constituição de 1988 e da Política Nacional de Saúde Indígena garantem a atenção integral e equânime desses povos¹⁶. Contudo, tal garantia não está presente nos planejamentos analisados, inclusive conforme previsto no Decreto Nº 7.508/2011. Portanto,

O Inquérito Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, o único inquérito em saúde de abrangência nacional realizado entre esses povos [...] registrou elevadas prevalências de anemia (atingindo, além das crianças, as gestantes) e desnutrição, principalmente entre menores de 5 anos, contrastando com a obesidade e o sobrepeso encontrados nas mulheres adultas. O perfil aponta para a importância crescente das doenças crônicas não transmissíveis para os povos indígenas. O inquérito registrou ainda precárias condições sanitárias e taxas elevadas de internação de crianças por diarreia e infecções respiratórias[...]¹⁵.

Dessa forma, as ações voltadas ao indígena deveriam ser transversais, pois esses indivíduos precisam ser atendidos em todas as

políticas de saúde, já que estão distribuídos em todas as faixas etárias, sexo e demais grupos alvo. Entretanto, eles são caracterizados apenas nos diagnósticos situacionais de seis planos regionais da Rede Cegonha e no plano estadual Psicossocial, muito embora não sejam inseridos com suas necessidades específicas. Isso não garante a atenção diferenciada para essa população, significando que o princípio da equidade não está sequer previsto. Consideradas vulneráveis e com um número significativo de habitantes, precisam ter suas necessidades de saúde respeitadas e atendidas, de acordo com seus aspectos étnico-culturais.⁸

Frente aos grandes entraves acerca do entendimento e desenvolvimento de atitudes ou habilidades voltadas para o cuidado às populações indígenas pelos trabalhadores e gestores da saúde, é nítida a necessidade de se implementar um planejamento que garanta a assistência a esses povos, pois

o princípio da interculturalidade, nas práticas de formação e atenção à saúde não constitui tarefa simples, haja vista a exigência de transformações paradigmáticas e ressignificações de conceitos e modos operandi cristalizados no interior das universidades, do SUS e, também, da sociedade.¹⁷

É notório que as redes de atenção ainda não possuem esse olhar diferenciado para as especificidades étnico-culturais dos indígenas, demonstrando como estão dimensionadas a assistência e a oferta de ações e serviços específicos a estes povos. Assim,

Organismos internacionais da área de saúde admitem que equidade implique: a) em condições de saúde, diminuição das diferenças evitáveis e injustas ao mínimo possível; b) em serviços de saúde, oferecendo atenção em função das necessidades (equidade de acesso e uso) e contribuir em função da capacidade de pagamento (equidade financeira).¹⁸

Dessa forma, o olhar equânime das suas especificidades se faz necessário e requer que sejam também transversais em cada política de saúde, como preveem as legislações, e que a coordenação estadual indígena possa pactuar, juntamente com as demais coordenações das redes de atenção à saúde, a fim de garantir aquilo que já é um direito previsto para esses povos.¹¹

É necessário ter em mente que não se pode forçar uma integração destes grupos ao sistema de saúde de forma não-diferenciada, já que eles se diferenciam da sociedade nacional como um todo, sob os aspectos linguístico, ideológico e econômico.¹⁹

Por isso, os discursos enfatizam o desejo dos indígenas de serem assistidos por profissionais de saúde com formação diferenciada, que articulem saberes científicos e populares no desenvolvimento de propostas e ações de saúde valorativas da sua cultura, e embasadas no diagnóstico epidemiológico e social da realidade de saúde deste povo.⁵

Vale ressaltar que a experiência do PET-Saúde Indígena, implementado pela Universidade de Brasília (UnB), demonstra a necessidade de

construir uma gestão compartilhada, de forma a evidenciar a complexidade inerente à criação e fortalecimento de redes interculturais em saúde.¹⁷ Dessa forma, faz-se necessário que os gestores estejam abertos para as discussões intercultural e intersetorial, além de profissionais de saúde sensibilizados para a importância do trabalho com esses grupos, onde vivenciem uma abordagem ascendente nas mudanças dos problemas de saúde, para que suas necessidades sejam respondidas através de um cuidado à “vida.”²⁰

A inserção da saúde indígena tem sido um processo de conquista, mas a participação do DSEI na construção dos planos é ainda pequena. Devido a isso, as ações e serviços ainda são fragmentados, duvidosos e pouco reconhecidos nos diversos planos dos serviços e no fluxo dos usuários.²¹

Essa iniciativa ajuda a fortalecer o olhar diferenciado pelas equipes da média e alta complexidade, visto que a atenção básica já recebe essa qualificação pelos próprios DSEI, conforme preconizado na política nacional dos povos indígenas. Todavia essa implantação, demonstra que existe uma enorme distância entre o que é declarado e formalizado nos planos elaborados de acordo com as normatizações e o que efetivamente ocorre no cotidiano.

Assim, é preciso considerar aquilo que já estava previsto enquanto grande diretriz na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e na I Conferência Nacional de

Proteção aos Índios, que já discutiam a necessidade de garantir que os recursos humanos da saúde fossem qualificados para atuação no contexto intercultural,¹⁷ visto que

ao longo dos 11 anos de gestão da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), as iniciativas de capacitação dos trabalhadores da saúde indígena foram descontínuas e de modo geral foram especificidades socioculturais, com o foco na biomedicina e pouca ou nenhuma ênfase nos estudos etnológicos e antropológicos na área da saúde.²²

E a própria PNASPI não possui um conceito fechado acerca da interculturalidade, pois esta política por sua vez pauta duas diretrizes: uma que versa sobre a preparação dos recursos humanos para uma atuação intercultural, através de forma a aumentar os saberes dos indígenas para o cuidado em saúde, bem como capacitar os profissionais não indígenas para atuar de forma cultural junto aos povos indígenas; a outra diretriz recomenda que os serviços de saúde busquem estratégias para atuarem com as medicinas tradicionais indígenas, compreendendo a necessidade da interação entre uma atenção holística com a lógica interna de cada povo e sua interpelação com o cosmos²³. Percebe-se, portanto, que o grande desafio para a construção dos próximos planos regionais de forma ascendente, integral e equânime é o replanejamento das ações e serviços necessário para provocar a transformação do processo saúde-doença dos povos indígenas, considerando as suas necessidades sócio étnicas e culturais, a partir da realidade de quem vivencia e da realidade de quem cuida.⁵

Essa equidade pode ser analisada como vertical e como horizontal. A equidade vertical é entendida como desigualdade entre desiguais, ou seja, uma regra de distribuição desigual para indivíduos que estão em situações diferenciadas [...] Ainda nesse âmbito sobressaem dois aspectos: a predominância de políticas universais ou, ao contrário, de políticas residuais e seletivas, focalizadas; e, a distribuição de recursos financeiros que interferem diretamente na promoção da equidade entre grupos sociais e regiões geográficas.²⁴

Esse conceito do dicionário da Fiocruz deve ser estendido para a realidade da saúde indígena ou está posta na PINASP para ser implementada.

Considerações Finais

O planejamento é algo mutável. Assim, a partir das articulações e informações que o estado e a SESAI compartilham em fóruns, reuniões e monitoramentos, é possível replanear os planos das RAS, inserindo ações e serviços efetivos, que considerem essas especificidades propostas com os atores que possuem a expertise acerca deste indígena. Todavia, se esses gestores não estão empoderados acerca dos direitos desses indígenas, enquanto municípios que estão em um território com necessidades diferentes, como as equipes dos municípios e do estado irão abordá-lo dentro de uma perspectiva de equidade e interculturalidade? Não basta o indígena estar inserido apenas transversalmente nas políticas, de forma teórica, mas é preciso garantir, de fato, a equidade dessa atenção. É necessário que as coordenações estaduais da RAS reconheçam que nos planos regionais não ocorre a implementação

das redes de forma equânime, seja a inserção da saúde indígena na Rede Cegonha, na Rede Psicossocial, na Rede da Pessoa com Deficiência e na Rede de Urgência/Emergência. Fica nítido o desenvolvimento de algumas ações pontuais nos planos das RAS sem uma implementação efetiva voltada para o que está proposto na política nacional de saúde para os povos indígenas. Dessa

forma, urge a necessidade de participação dos gestores municipais e estaduais nas conferências de saúde indígena, bem como a participação das lideranças indígenas nas conferências municipais e do Estado, pois assim será construído um planejamento ascendente e participativo a partir das reais necessidades dos povos indígenas existente no Estado do Pará.

Referências

- ¹ Gomes RM. Redes de atenção à saúde do SUS: 25 anos de uma contradição fundamental entre a organização necessária e a organização atual. *Saúde Debate* 2014; 38(103):938-52.
- ² Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes operacionais, pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília, DF: MS; 2007. 76p.
- ³ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011: regulamentação da Lei nº 8.080/90. 1 ed., 3 reimpr. Brasília: MS; 2012. 10p.
- ⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Manual de planejamento no SUS. 1 ed., rev. Brasília, DF: MS/FIOCRUZ; 2016. 138 p.
- ⁵ Oliveira JWB, Aquino JM, Monteiro EMLM. Promoção da saúde na comunidade indígena Pankararu. *Rev Bras Enferm* 2012; 65(3):437-4.
- ⁶ Pontes AL, Rego S, Garnelo L. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. *Cienc Saúde Colet* 2015; 20(10): 3199-210.
- ⁷ Altini E, Rodrigues G, Padilha L, Moraes PD, Liebgott LA, et al. (Org.). A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas. CIMI, 2013. 28p.
- ⁸ Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Portaria nº 254/GM, de 31 de janeiro de 2002. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília, DF: MS/FUNASA; 2002. 8p.
- ⁹ Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena. Fundação Nacional de Saúde. Brasília, DF: MS/FUNASA, 2009. 112 p.
- ¹⁰ Portal Brasil. Brasil cria a Secretaria Especial de Saúde Indígena- SESAI. [internet] 2010; [Acessado 2016 maio 26]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2010/10/decreto-oficializa-criacao-de-secretaria-especial-de-saude-indigena>.
- ¹¹ Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. Brasília, DF: CONASS; 2015. 127p.
- ¹² Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena Guamá Tocantins. Caracterização DSEI Guamá Tocantins. Belém – PA, 2015.
- ¹³ Souza J, Kantorsk LP, Luis MA. Análise Documental e Observação Participante na Pesquisa em Saúde Mental. *Rev Baiana Enferm* 2011, 25(2): 221-28.
- ¹⁴ Pará. Secretaria de Estado de Saúde Pública. Colegiado de Secretários Municipais do Estado do Pará. Resolução CIB 90, de 12 de junho de 2013. Repactua o desenho da Regionalização do Estado do Pará. Belém: SESPA/COSEMS; 2013.
- ¹⁵ Mendes AM, Leite MS, Langdon EJ, Grisotti M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2018, 42:e184.
- ¹⁶ Zaboli ELCP, Fracolli LA, Granja GF. Equidade no SUS: em construção uma concepção política de justiça em saúde. *Rev BIOETHIKOS* 2010; 4(2):180-88.

¹⁷ Hoefel MGL, Severo DO, Bermudez XP, Hamann EM, Sampaio H, Carvalho HS. PET-Saúde Indígena UnB: construindo redes interculturais em Saúde. *Tempus, Actas Saúde Colet* 2015; 9(1):43-63.

¹⁸ Paim JS. Equidade e reforma em Sistemas de Serviços de Saúde: o caso do SUS. *Saúde Soc* 2006; 15(2):34-46.

¹⁹ Confalonieri UEC. O Sistema Único de Saúde e as Populações Indígenas: por uma Integração Diferenciada. *Cad Saúde Pública* 1989; 5(4):441-50.

²⁰ Martins AL. Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. 2013. 126 f

²¹ Vargas KD, Misoczky MC, Weiss MCV, Costa, WGA. A (dês)articulação entre níveis de atenção à saúde dos Bororo no Polo-Base Rondonópolis do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá-MT. *Physis* 2010; 20(4):1399-418.

²² Diehl EE, Pellegrini MA. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. *Cad Saúde Pública* 2014; 30(4):867-74.

²³ Langdon EJ, Marina D (Org). Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Editora UFSC, 2015. 310 p.

²⁴ Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. 2 ed. Rev ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p.

Anexos

Quadro 1. Distribuição da população indígena por região de saúde e municípios do Estado do Pará.

REGIÃO DE SAÚDE	Nº MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO INDÍGENA
Metropolitana II	Tomé-Açú	334
Metropolitana III	Aurora do Pará, Capitão Poço e Paragominas	1.523
Caetés	Santa Luzia do Pará	726
Tocantins	Moju e Baião	164
Baixo Amazonas	Óbidos e Oriximiná	2.470
Lago Tucuruí	Goianésia do Pará; Tucuruí e Jacundá	761
Carajás	Bom Jesus do Tocantins, São Geraldo do Araguaia, Canaã dos Carajás, Parauapebas e Itupiranga	2.825
TOTAL	17	8.803

Fonte: Distrito Sanitário Especial Indígena Guamá Tocantins (2015).

Quadro 2. Das ações/serviços nos planos regionais da RAS no GUATOC.

PLANO DAS RAS	CARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA	CARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA	POPULAÇÃO INDÍGENA
Rede Cegonha	Baixo Amazonas, Baixo Tocantins, Carajás e Metropolitana II e III	Duas ações educativas (em 2 regiões) e oito ações de serviços (em 2 regiões)	Capacitação da equipe; Fluxo para teste rápido e vinculação da gestante
Rede Psicossocial	Apenas no nível estadual	Duas ações educativas	Capacitação das equipes e oficinas
Rede de Urgência e Emergência	Ausência	Ausência	Ausência
Rede à Pessoa com Deficiência	Ausência	Ausência	Ausência

Fonte: Rodrigues (2017).

Submissão: 24/08/2019

Aceite: 16/04/2020