



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

Eixo temático: Política Social e Serviço Social

Sub-eixo: Seguridade Social – Políticas de Saúde, Políticas de Previdência Social, Políticas de Assistência Social

CAMINHOS E BARREIRAS: À EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NAS TRILHAS DOS POVOS INDÍGENAS

VITOR LUAN BARROS PINHEIRO¹

CARLA AGDA GONÇALVES²

EDILEIA SANTIAGO OLIVEIRA³

MARIA ELISA DE MORAES ARAUJO⁴

PATRICIA BASILIO TELES STABLE⁵

RESUMO

O artigo analisa a efetivação da política de saúde no acesso aos serviços pelos povos indígenas, em consonância com a PNASPI. Com uma abordagem qualitativa e pesquisa teórica e documental, o estudo destaca que o conceito de acesso à saúde é controverso. Enfatiza a importância de discutir as barreiras que restringem os direitos dos indígenas, respeitando suas especificidades socioculturais e epidemiológicas.

Palavras-chave: Saúde; Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; Acesso.

ABSTRACT

The article analyzes the effectiveness of health policy in terms of indigenous peoples' access to services, in line with the PNASPI. Using a qualitative approach and theoretical and documentary research, the study highlights that the concept of access to health is controversial. It emphasizes the importance of discussing the barriers that restrict the rights of indigenous people, respecting their sociocultural and epidemiological specificities.

¹ Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

² Universidade Federal de Goiás

³ Universidade Federal de Goiás

⁴ Universidade Federal de Goiás

⁵ Universidade Federal de Goiás

Keywords: Health. National Health Care Policy for Indigenous Peoples. Access.

Introdução

A regulamentação do Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS) é uma conquista na realidade brasileira diante de sua trajetória sócio-histórica que inviabiliza o acesso de grande parte da população aos serviços prestados, sempre em nome da manutenção da lógica burguesa. Essa conquista foi repleta de tensionamentos, lutas, permanências e mudanças que culminaram na garantia do direito à saúde como universal.

Entretanto, as antinomias da realidade demarcam a contraposição entre o arcabouço jurídico-administrativo e a efetivação cotidiana no acesso das ações e dos serviços prestados, recaindo à classe que vive do trabalho os ônus diante da correlação de forças apresentadas no interior da sociedade capitalista.

Esses fossos se intensificam ainda mais aos povos originários, que se deparam com os problemas de saúde comumente vivenciados pela população não indígena, acrescidos do desrespeito sociocultural, informacional, dentre outros que infringem e atacam diretamente as particularidades que os constituem em sua identidade. As barreiras de acesso enfrentadas têm proporções que, por vezes, redimensionam suas lutas para romper com a violência historicamente perpetradas e que são reiteradamente intensificadas no cotidiano – um mix que convive com antigas e novas roupagens, mas que mantém características que o subalternizam.

É sob esse fio condutor que as(o) autoras(or) deste artigo vem empreendendo estudos sobre o acesso à política de saúde em suas mais variadas particularidades e que, por ora, apresentam para o 18º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS) o resultado da pesquisa sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Neste sentido, o artigo objetiva analisar a efetivação da política de saúde na perspectiva do acesso aos serviços pela população indígena, em consonância com a PNASPI.

Ainda sob o ponto de vista metodológico este artigo é fruto de pesquisa bibliográfica e documental; recorrendo à teses, dissertações, artigos, leis, decretos, políticas e demais publicações que, ainda se apresentam de forma exígua, demonstrando já o resultado da relação que se constitui na realidade brasileira entre a população indígena e não indígena.

Para tanto, inicialmente realizamos um debate sobre a política de saúde no bojo da lógica capitalista que se apresenta diante dos grandes nós górdios a partir dos projetos em disputa. Neste caminho adentramos à compreensão da PNASPI, para então debater os aspectos centrais

que caracterizam o acesso à saúde, bem como as particularidades deste acesso aos povos indígenas.

1. Política de Saúde – SUS

A política de saúde, ao longo da sua trajetória, demarca os interesses voltados à lógica das relações entre Capital e trabalho, sobretudo a partir de 1930, tendo no Estado burguês o controle no gerenciamento das ações. Tais ações se apresentam de forma fragmentada, pontual e focalista (a cabo de outras políticas sociais), com ênfase ao caráter curativo no modelo de atendimento médico-assistencial a partir da gestão tripartite entre categorias profissionais, empresas e o Estado.

Neste processo, o acesso à saúde direcionava apenas às pessoas inseridas no mercado formal de trabalho, deixando às Santas Casas o atendimento emergencial, mas circunscrito à população que viviam no território urbano. Isso é reforçado na década de 1950 com a criação do Ministério da Saúde, que se responsabilizava pelas campanhas frente à endemias – configurando o denominado modelo dualista sanitário-campanhista.

Este modelo é reforçado diante da inserção do capital internacional, alavancando a emergência de planos privados de saúde em detrimento da saúde pública, e acirrando o processo de seletividade no acesso concomitante à precarização dos serviços públicos – reforçando a lógica do mercado numa sociedade de *ethos* burguês que tem na exploração do homem pelo homem seu fio condutor para a obtenção do lucro.

As contradições do processo evidenciam que, embora o Estado seja um comitê de hegemonia burguesa, ele é, também, um espaço de disputas e de lutas. No movimento de impasses, conquistas e compromissos assumidos as políticas sociais vão sendo tensionadas e desafiadas no bojo da correlação de forças. É sob este viés que emergiu o denominado Movimento de Reforma Sanitária (MRS), protagonizado tanto por profissionais inseridos na área da saúde (sobretudo médicos sanitários), quanto por trabalhadores(as) vinculados(as) à diferentes espaços de organização visando melhores condições de saúde – compreendido como um processo político, histórico, social, econômico e cultural no escopo da sociedade brasileira, já que sua pauta de luta

representa um projeto de reforma social, poder-se-ia considerar a hipótese de que ela foi concebida como reforma geral, tendo como horizonte utópico a revolução do modo de vida, ainda que parte do movimento que a formulou e a engendrou tivesse como perspectiva apenas uma reforma parcial (Paim, 2008, p.39).

Esse mesmo autor evidencia que as defesas pela saúde pública se expressaram de forma complexa, cuja implantação iniciou-se após a 8ª CNS (1986), adquirindo sua formalização a partir da Constituição de 1988 (Paim, 2008).

A conquista dos direitos de saúde, como direito de cidadania, foi um longo processo que se iniciou com o MRS frente à agudização e precarização da saúde; reflexo do agravamento da questão social numa conjuntura marcada pela autocracia burguesa. Sua regulamentação na Constituição Federal de 1988 não foi passiva, mas fruto de uma construção repleta de confrontos com os diferentes segmentos em seus mais diversos interesses. As antinomias de avanços e retrocessos evidenciam, que “[...] através do texto Constitucional, o Estado Capitalista brasileiro passa a reconhecer o direito da população à saúde, direito este inerente à condição de cidadania” (Morita, 1994, p.9). Sua regulamentação foi afirmada com as Leis Orgânicas de Saúde (LOS) 8.080 e 8.142 (ambas de 1990), pautada em princípios e diretrizes, quais sejam: universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e regionalização e participação popular.

A materialidade desta conquista é expressa pelo atendimento universal à todos(as), de acordo com suas necessidades, independente de pagamento; pela intervenção de maneira integral, com ações e serviços de promoção e recuperação de saúde voltada ao(à) cidadão(ã) e à comunidade; pela descentralização, com poder de decisão nas instâncias locais e regionais; pela racionalidade na organização da política; pela efetivação da qualidade dos serviços; e pelo processo democrático em assegurar o direito e o dever da participação de todos os segmentos envolvidos.

Desta forma, o arcabouço jurídico-administrativo alterou a arquitetura da política de saúde, como direito de toda população brasileira sob responsabilidade de Estado, demandando uma cadência de compromissos aos entes federados para efetivar o acesso universal e igualitário no território nacional.

Conquanto o nascedouro da garantia universal dos direitos pela saúde pública, regulamentadas pelas LOS, emergiram no arcabouço de retração e de mercantilização das políticas sociais que, sob os auspícios da ofensiva neoliberal, acirrou os projetos societários em disputas expressos entre o projeto privatista e o projeto de reforma sanitária. O primeiro projeto defende a privatização dos serviços de saúde pautado na política de ajuste fiscal e na contenção



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

dos gastos para com o sistema de proteção social, seja pelo incentivo aos planos de saúde em constante expansão e no estímulo ao seguro privado, seja pelo acesso pontual e filantrópico com subsídios do Estado à população mais pobre. Já o segundo, projeto de reforma sanitária, baseia-se na ampliação da democratização do acesso universal com qualidade dos serviços de saúde sob responsabilidade do Estado na garantia dos direitos sociais.

Os princípios que deram sustentação ao surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) são os mesmos que vêm sendo desmantelados e fragilizados na conjuntura atual. Mas, é um falacioso paradoxo, posto que na lógica da sociedade capitalista eles precisam ser constantemente atacados para que dê substrato à manutenção de sua própria condição de existir frente ao processo de produção e reprodução das relações sociais, garantindo a socialização dos ônus à classe trabalhadora e a privatização dos bônus à burguesia.

Nos marcos da reestruturação das políticas em função dos ditames do Capital, há um fortalecimento do “cidadão(ã) consumidor(a)” na ênfase aos direitos do contribuinte em detrimento aos direitos de cidadania. Esta lógica ganha um substrato em lei, com base no princípio da reserva do possível⁶, sobrepondo ao princípio da dignidade da pessoa humana; entretanto, o direito ao acesso aos serviços de saúde com qualidade socialmente referenciada deve ser considerado essencial à vida dos(as) sujeitos(as), com responsabilidade das ações emanadas pelo poder público para suprir as necessidades básicas.

Vale ressaltar que essa lógica não expressa a retirada do Estado, ao contrário, ela demarca uma alteração em sua modalidade de intervenção, servindo à dinâmica dos interesses do capital, com ênfase na financeirização. É neste bojo que as políticas de saúde se constituem diante dos interesses políticos dos antagonismos entre as classes –, mesmo que refuncionalizadas para os interesses do capital, elas são expressões de lutas e tensionamentos que, nos avanços e retrocessos, demonstram sua característica não estática, mas em constante movimento que permite galgar a efetivação dos direitos de saúde universal, respeitando as particularidades e as diversidades da população brasileira, dentre eles, os povos originários – sustentáculo para a criação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), apresentada a seguir.

2. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)

⁶ Segundo Salvador (2021, p.71): A teoria da reserva do possível surgiu na Alemanha, visando eximir o Estado de cumprir suas obrigações prestacionais em virtude da escassez de recursos financeiros, os quais são essenciais para a realização das políticas públicas para concretizar os direitos

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) surgiu em 27 de agosto de 1999, sendo regulamentada pelo Decreto nº 3.156 que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos Povos Indígenas. Contudo, mesmo com todos esses dispositivos legais somente em 31 de janeiro de 2002 que a PNASPI foi instituída pela Portaria nº 254, requerendo a adesão de modelo complementar e diferenciado na formulação e organização dos serviços que fossem totalmente voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos Povos Indígenas.

O objetivo da PNASPI é assegurar o acesso dos Povos Indígenas à atenção integral de saúde, conforme os princípios e diretrizes do SUS, abrangendo a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de forma a beneficiar a superação dos aspectos que fazem dessa população a mais vulnerável aos agravos de saúde, reconhecendo a eficiência de sua medicina tradicional e o direito desses povos à sua cultura.

A PNASPI tem como diretrizes fundamentais a organização dos serviços de atenção à saúde em suas diferentes complexidades do SUS; a necessidade de capacitação de recursos humanos (indígenas e não indígenas) com respeito à interculturalidade; a preeminência de monitoramento das ações de vigilância em saúde; a articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde; a promoção ao uso adequado e racional de medicamentos; a promoção de ações específica em situações especiais; a promoção da ética nas pesquisas e nas ações de atenção à saúde; a promoção de ambientes saudáveis e proteção à saúde indígena; e a existência e intervenção constante do controle social (Brasil, 1999).

Vale ressaltar que a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) é a área do Ministério da Saúde (MS) encarregada por gerenciar a PNASPI e o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) na esfera do SUS. Ressalta-se, ainda, que a SESAI é uma conquista dos Povos Indígenas, pois sua criação, em 2010, se deu a partir de reivindicações feitas por esse grupo social que lutaram pela necessidade de reformulação da gestão de saúde indígena no Brasil; ressaltamos que essa é a única população que conta com um Subsistema de Atenção à Saúde dentro do SUS.

O modelo assistencial de saúde é efetivado pela SESAI a partir de ações nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) que se particularizam como setores territoriais, etnoculturais e populacionais dinâmicos; abrangendo mais de um município e/ou estado. As ações de saneamento básico e de atenção à saúde indígena são feitas dentro dos territórios e são

desenvolvidas de modo a respeitar os conhecimentos medicinais e tradicionais de saúde, por meio da rede de atenção integral, hierarquizada e articulada com o SUS.

Os serviços de saúde que são prestados aos Povos Indígenas dentro dos seus territórios contam com as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) ligadas ao DSEI, que a partir dos Agentes Indígena de Saúde (AIS) fazem a interlocução entre seus povos e profissionais dos serviços de saúde, posto que a grande maioria dos povos que vivem em territórios mais distantes falam somente a sua língua materna.

Para tanto, criou-se redes de serviços nos territórios indígenas com vistas a sanar as deficiências no que diz respeito à cobertura, ao acesso e a compreensão do SUS pelos indígenas, assegurando a presença dos mesmos na formulação, implantação, avaliação e aperfeiçoamento da política. Partindo desse pressuposto, a SESAI além de dispor de profissionais não-indígenas, também conta com a colaboração de profissionais indígenas que, por sua vez, mesmo diante de tantas contradições demarcam sua garra e luta a partir da conquista de seus espaços na ocupação de cargos importantes, na participação das discussões e nas tomadas de decisões.

Esses indígenas são responsáveis por fazer parcerias visando a promoção de serviços de atenção primária à saúde diferenciada e participativa, de modo que profissionais não indígenas respeitem suas especificidades epidemiológicas e socioculturais, ao mesmo tempo que os profissionais indígenas buscam aprimorar os conhecimentos adquiridos em sua formação inicial na área da saúde, possibilitando um processo continuado de aprendizagem. Há, ainda, articulações com os serviços de alta e média complexidade visando oferecer aos indígenas atendimentos integrais as suas necessidades e o apoio para o acesso aos serviços de ambas as redes.

Destaca-se a criação dos Conselhos de Saúde Indígena locais e nacionais que são os responsáveis por fiscalizar, debater e apresentar propostas e é por meio desses conselhos que a SESAI busca garantir a participação dos Povos Indígenas nos órgãos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas de saúde, como forma de fortalecer e garantir melhorias no âmbito da saúde dentro dos territórios indígenas, trazendo para esses espaços um olhar dos indivíduos que estão inseridos nessa realidade.

Reitera-se que a PNASPI pressupõe o respeito pelas demandas, necessidades e, sobretudo à cultura dos povos indígenas, com destaque à medicina tradicional – tão fundante para a constituição e demarcação da identidade dos povos originários. Sua construção é a expressão

de lutas e participação dos povos indígenas nas decisões do processo saúde-doença como qualidade de vida na perspectiva dos direitos.

E, mesmo diante dos avanços conquistados na arquitetura da PNASPI, sua efetivação é repleta de tensionamentos e lutas constantes, sobretudo diante do desrespeito e, por vezes, descaso da população não indígena à particularidades socioculturais; bem como a imposição de ações sem respeitar suas tradições e não considerar as barreiras de acesso que se expressam por uma complexidade de fatores, apresentados a seguir.

3. Acesso à Saúde e a particularidade dos povos indígenas

Como exposto anteriormente, conforme as diretrizes ditadas no Sistema Único de Saúde, a universalidade, integralidade e equidade devem ser cumpridas à toda população em território brasileiro, tornando à saúde como direito social e dever do Estado. Diante disso, no tocante dessas diretrizes e em consonância com objetivo deste artigo, faremos uma breve análise sobre acesso à saúde para os povos indígenas enquanto direito de cidadania. Para tanto, apresentaremos alguns apontamentos teóricos sobre o debate acerca do acesso à saúde, fazendo a interlocução com uma realidade vivida por uma indígena a partir da pesquisa documental.

O debate sobre acesso à saúde o constitui como um termo polissêmico diante da diversidade de abordagens que se insere. Muitas vezes, considerado, “multifacetado e multidimensional envolvendo aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos, no estabelecimento de caminhos para a universalização da sua atenção” (Assis; Jesus, 2012, p.2865).

Destaca-se, ainda, que em sua maioria, as inferências sobre a garantia do acesso à saúde tem como base os princípios e diretrizes assumidos pelo SUS. Suas dimensões analíticas perpassam alguns elementos, tais como: técnicos e organizacionais (organização, fluxo e complexidade dos serviços); econômicos (demanda, oferta e investimento); simbólicos (processo saúde-doença, cultura, ideologia, valores); e político-social (participação da população, consciência sanitária).

Travassos e Castro (2012, p.186) salientam que o “Acesso é um conceito multidimensional, em que cada dimensão expressa um conjunto de características da oferta que atua aumentando ou obstruindo a capacidade dos indivíduos de utilizarem serviços de saúde”. Em consonância com



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

as autoras supracitadas, eis algumas dimensões que afetam diretamente o acesso, dentre elas : a disponibilidade, a capacidade de pagamento e a aceitabilidade.

Para o povo estudado pelos pesquisadores, identificou-se que a disponibilidade dos serviços de saúde enfrenta desafios significativos devido às **barreiras geográficas**, como distâncias longas e dificuldades no deslocamento até serviços de diferentes especialidades. E, mesmo tendo o AIS (como evidenciado pela PNASPI), não é suficiente, tanto pelo número exíguo de agentes, quanto pela necessidade de especialidade de atendimento à saúde em duas diferentes complexidades. Essa realidade reduz a utilização dos serviços e compromete a efetivação do direito à saúde.

Além da falta de serviços acessíveis, existem ainda problemas relacionados a poucas ou inexistentes ofertas de qualificação/formação voltados para os profissionais de saúde que lidam cotidianamente com as necessidades específicas dos povos indígenas. Essas são **barreiras organizacionais** que refletem a estrutura dos serviços e a disponibilidade de trabalhos especializados e tecnológicos adequados, fatores que podem facilitar ou limitar o pleno acesso.

A falta de informações se configura como uma **barreira** para o acesso aos serviços de saúde. O conhecimento sobre o sistema de saúde, serviços disponíveis, doenças e tratamentos disponíveis facilita a utilização dos serviços (Travassos; Castro, 2012, p.188). Esse acesso está intrinsecamente ligado ao contexto sócio-histórico de cada população e às condições sociais, uma vez que o processo saúde-doença também reflete injustiças sociais.

De acordo com a Lei Arouca de 1999, reiterada pela PNASPI, as populações indígenas tem direito garantido ao acesso ao SUS, com atendimento adaptado às suas necessidades através dos diferentes níveis de complexidade de serviços de saúde. Isso inclui a estruturação de polos-base e casas de saúde indígena, que servem como unidades básicas de saúde em comunidades indígenas ou municípios de referência, cobrindo um conjunto de aldeias e oferecendo assistência e capacitação para agentes de saúde indígenas.

Considerando o art. 19-D da Lei nº 8.080, de 1990, que dispõe sobre o dever do Sistema Único de Saúde de promover a articulação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País, o que se coaduna com a participação mais efetiva das comunidades indígenas, dos gestores públicos das três esferas de Governo e dos profissionais e prestadores de serviços na área da saúde indígena na elaboração, aprovação, execução e controle das ações e serviços de saúde indígena, principalmente no que se refere ao Plano Distrital de Saúde Indígena, construído a partir das realidades locais das comunidades situadas nos limites de atuação de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS), e ao Plano Nacional de Atenção à Saúde Indígena, discutido, formulado e executado em atenção às diretrizes, às metas e aos objetivos nacionais da área da atenção à saúde indígena com participação efetiva do

Ministério da Saúde, por meio de sua Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS).7
(Portaria número 755, 18 de abril de 2012).

Na realidade estudada, a maioria dos indígenas precisa se deslocar para outras aldeias consideradas de referência. Além disso, muitos polos-base não contam com a presença de uma equipe multiprofissional de saúde indígena adequada, devido à rotatividade e à falta de profissionais de saúde qualificados para essa especificidade.

Essa realidade elucida um dos desafios significativos enfrentados pelos pelos(as) indígenas no acesso aos serviços de saúde, destacando a necessidade urgente de políticas que fortaleçam a infraestrutura e a capacidade dos serviços de saúde para atender adequadamente às necessidades específicas das comunidades indígenas.

Para elucidar a complexidade da realidade vivenciada pelos sujeitos do território pesquisado temos o relato de uma jovem de 27 anos do território indígena que foi encontrada morta após passar mal e ser diagnosticada com surto psicótico por profissionais de um hospital público da região. A mesma foi medicada e fugiu para uma mata nas imediações e só foi encontrada dias depois pelo corpo de bombeiro.

De acordo com dados oriundos da pesquisa de campo, a jovem indígena de 27 anos acompanhou um familiar que foi internado em um Hospital público do município referenciado. Durante sua estada no hospital a mesma começou a sentir incômodos e dores; solicitou à equipe profissional que entrasse em contato com a sua aldeia e comunicasse o ocorrido. Entretanto, isso não foi realizado. A família só soube dos fatos posteriormente por um funcionário da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), diante da situação a família procurou a instituição para maiores informações, mas não obtiveram êxito. O que demonstra que os encaminhamentos e a falta de comunicação contribuíram para o desfecho do caso.

A notícia do desaparecimento da jovem no município chegou ao território indígena [...] e ao conhecimento dos seus familiares. As buscas começaram a ser feitas nas matas situadas nas imediações do município e com a contribuição das informações de pessoas que afirmaram ter visto a jovem. Após longos quatro dias de buscas, o corpo da jovem foi encontrado na mata no dia 01 de março de 2020 em decomposição, parcialmente consumido por animais, sendo possível a identificação mediante as suas vestes por parte dos familiares que integravam a equipe de buscas. Segundo os policiais, pelo estágio de decomposição que se encontrava o corpo da jovem, ela tinha vindo à óbito há cerca de dois dias. Logo então, o corpo – após perícia – foi encaminhado ao território indígena. Não levar em consideração as necessidades e particularidades requeridas pelos indivíduos de forma mais singular, bem como as demandas e crenças em caráter universal no que refere-se às demandas do território que os/as profissionais estão inseridos rompem com os princípios básicos regulamentados nas leis orgânicas de saúde. (Oliveira, 2023, p. 72-73)



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

O caso da jovem indígena do território que faleceu devido a falhas no acesso e na comunicação durante atendimento em um hospital público, revelam falhas significativas nas políticas públicas voltadas para a saúde indígena. Esse episódio ilustra não apenas lacunas na comunicação entre as instituições de saúde e as comunidades indígenas, mas também a inadequação das políticas existentes para lidar com as especificidades culturais e garantir o acesso aos cuidados de saúde. Gusso *et al.* (2014) destacam que o isolamento geográfico e a falta de adaptação dos serviços às necessidades culturais das comunidades indígenas são barreiras críticas para o acesso à saúde. Santos, Cardoso e Basso (2015) enfatizam que a integração das práticas culturais e a criação de mecanismos de comunicação apropriados são essenciais para atender adequadamente às necessidades das populações indígenas. Basso (2017) reforça, ainda, que a ausência de sistemas de comunicação efetivos e a falta de sensibilidade e reconhecimento cultural comprometem o direito à saúde, conforme estabelecido pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Portanto, este caso sublinha a necessidade urgente de revisar e aprimorar as políticas públicas para garantir a implementação de estratégias que integrem plenamente os aspectos culturais e proporcionem um acesso equitativo e adequado aos serviços de saúde, respeitando os direitos e as necessidades dos povos indígenas.

Considerações Finais

A trajetória da saúde no Brasil demonstrou a importância das lutas sociais empreendidas na consolidação dos avanços para a defesa dos direitos, muito embora ainda persistem limites que necessitam ser superados, enfrentando diversos desafios, sobretudo nas particularidades e debilidades vivenciadas pelos povos indígenas, uma vez que estudos evidenciam que “as práticas sanitárias na saúde indígena vêm se caracterizando pela fragmentação dos procedimentos e pela ausência de ações intersetoriais [...]” (Cardoso *et al.*, 2012, p.928).

A PNASPI expressa uma construção recente de luta e avanços em consonância com os direitos de saúde, alavancados por um sistema que se faz universal à toda população, com dever de Estado. Entretanto, inúmeros desafios se apresentam na realidade da população indígena para a efetivação dos direitos de saúde, sobretudo no que tange ao acesso que, por vezes apresenta inúmeras barreiras geográficas, políticas, sociais, organizacionais dentre outras que incidem diretamente na realidade de vida em diferentes comunidades indígenas, com destaque ao desrespeito aos valores culturais, sociais, epidemiológicos e políticos.

O acesso aos serviços de saúde pelas comunidades indígenas no Brasil apresenta-se como um dos maiores desafios para a efetivação dos direitos de saúde estabelecidos pela PNASPI. As barreiras enfrentadas por essas comunidades incluem não apenas dificuldades geográficas e de infraestrutura, mas também obstáculos culturais e linguísticos que comprometem a integralidade e a equidade no atendimento.

A ausência de uma formação específica no invólucro das especificidades culturais requeridas para atendimento aos povos indígenas dificulta o atendimento e demais desdobramentos presentes no cotidiano do trabalho profissional. Na dimensão das políticas públicas é imperativo compreender e respeitar as especificidades culturais das populações indígenas. Nessa direção, a falta de ações intersetoriais que integrem diferentes dimensões da vida dessas comunidades agrava ainda mais o quadro das desigualdades.



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

Na filosofia, o conceito de acesso é frequentemente discutido em termos de capacidade de indivíduos ou grupos de alcançar e utilizar recursos e oportunidades, com ênfase em questões de justiça e equidade (Rawls, 1971). Na sociologia, o acesso é examinado sob a ótica das desigualdades estruturais, analisando como fatores como classe social, gênero e etnia influenciam a disponibilidade e a qualidade dos recursos e serviços (Bourdieu, 1986). Aplicado aos povos indígenas, o conceito de acesso revela como barreiras culturais, geográficas e sociais podem limitar a efetividade das políticas públicas e a integração dessas comunidades nos sistemas de saúde e outros serviços essenciais (Santos, 2015). Portanto, a análise do acesso a partir dessas perspectivas destaca a necessidade de estratégias que abordem as desigualdades e promovam a inclusão equitativa desses povos nas esferas sociais e políticas.

Este artigo compreende que a construção de uma cultura política de interesse da população indígena é um passo arenoso, mas que pode iniciar pelo acesso às informações, o respeito às diferenças, o reconhecimento de aspectos socioculturais, mas sobretudo com o mecanismo central da gestão participativa destes povos enquanto usuários de saúde no Sistema Único de Saúde. E, segundo Neves (2013, p.613).

O acesso à informação pública no Brasil é um direito fundamental do cidadão que estabelece a natureza pública e a disponibilidade de toda a informação produzida ou em poder do Estado. A lei admite apenas restrições ao acesso às informações classificadas como sigilosas por razões de segurança e saúde pública, e às pessoais, cuja confidencialidade garante o direito de privacidade.

Faz-se imperioso a criação de uma “nova cultura” (Gramsci, 2000), pautada na compreensão do respeito da convivência com a diferença, com o diverso, o múltiplo, sem perder sua unicidade e suas particularidades diante da diversidade que abrange o território nacional, posto que a luta não é de um povo, mas de uma classe contra a barbárie praticada pela outra classe. “A premissa da nova literatura não pode deixar de ser histórico-política, popular: deve ter como objetivo elaborar o que já existe, não importa se de modo polêmico ou de outro modo; o que importa é que se aprofunde suas raízes no *húmus* da cultura popular tal como ela é, com seus gostos, suas tendências etc, com seu mundo moral e intelectual, ainda que atrasado e convencional” (Gramsci, 2000, p.402).



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

Referências

- ASSIS, M. M. A.; WASHINGTON, L. A. J. de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, nº 17, vol. 11, 2865-2875pp., 2012.
- BASSO, C. A. Políticas públicas e saúde indígena: avanços e desafios. *Revista Brasileira de Políticas Sociais*, v. 22, n. 1, p. 45-59, 2017.
- BRASIL. Lei n.º 8.080, 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. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 ago. 2024
- BRASIL. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre a criação de conselhos de saúde e conferências de saúde. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 20 ago. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/6cnsi>. Acesso em: 23 de janeiro de 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena : relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena**. Brasília/DF : Funasa, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde Dos Povos Indígenas**. 2 ed. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2002
- BOURDIEU, P. *A Distinção: Crítica Social do Julgamento*. São Paulo: Edusp, 1986.
- CARDOSO, A. M. *et al.* "Políticas Públicas de Saúde para os Povos Indígenas". IN: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (orgs.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro/RJ: Editora FIOCRUZ, 2012
- GUSSO, G. F.; OLIVEIRA, R. M.; SILVA, M. P. Saúde indígena e a realidade das políticas públicas. *Revista Brasileira de Política de Saúde*, v. 20, n. 3, p. 214-224, 2014.
- GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere – Maquiavel Notas sobre o Estado e Política*. (Edição Carlos Nelson Coutinho; Co-edição Luiz Sergio Henrique e Marco Aurélio Nogueira) Tradução Luis Sergio Henrique. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, vol. 3, 2000).
- MORITA, I. O profissional de Saúde e a Cidadania: um estudo de caso no Centro de saúde Escola de Botucatu, São Paulo. (Dissertação de Mestrado). São Paulo/SP: PUC-SP, 1994. (mimeo.).
- NEVES, A. V. *Cultura política e democracia participativa: um estudo sobre o orçamento participativo*. Rio de Janeiro: Gramma, 2013
- PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**-Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148p
- PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro – RJ: FIOCRUZ, 2008



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

OLIVEIRA, E. S. RESISTIR PARA EXISTIR: o acesso à saúde do Povo Xakriabá. Orientadora: Carla Agda Gonçalves. 2023, 85 p. Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Serviço Social) - Universidade Federal de Goiás, GOIÁS, 2023.

RAWLS, J. **Uma Teoria da Justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 1971.

SANTOS, M. F.; CARDOSO, J. A.; BASSO, C. A. Desafios no acesso à saúde para populações indígenas: uma análise das políticas públicas. *Revista de Saúde Pública*, v. 49, n. 4, p. 579-588, 2015.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. de. "Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde". IN: GIOVANELLA, L. *et al.* (orgs.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro/RJ: Editora FIOCRUZ, 2012