



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS DE UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA DO TOCANTINS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

MAYRA CANDIDO DA SILVA

**O PROCESSO DO TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE
SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA COM A POPULAÇÃO INDÍGENA XERENTE NO
MUNICÍPIO DE TOCANTINIA**

MIRACEMA DO TOCANTINS, TO

2024

Mayra Candido da Silva

O processo do trabalho do serviço social na política de saúde na atenção básica com a população indígena Xerente no município de Tocantínia

Monografia apresentada à Universidade Federal do Tocantins (UFT), Câmpus Universitário de Miracema, para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientador (a): Prof^a Dr^a Ingrid Karla da Nóbrega Beserra.

Miracema do Tocantins, TO

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

S586p Silva, Mayra Candido da.
O processo do trabalho profissional do serviço social na política de saúde na atenção básica com a população indígena Xerente no município de Tocantinia.. / Mayra Candido da Silva. – Miracema, TO, 2024.
67 f.
Monografia Graduação - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Serviço Social, 2024.
Orientador: Profª Dr.ª Ingrid Karla da Nóbrega Beserra.
1. Povos indígenas. 2. Serviço social. 3. Atuação profissional. 4. Saúde. I.
Título

CDD 360

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

MAYRA CANDIDO DA SILVA

O PROCESSO DO TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE
SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA COM A POPULAÇÃO INDÍGENA XERENTE NO
MUNICÍPIO DE TOCANTINIA

Monografia/Artigo/Relatório apresentado à UFT –
Universidade Federal do Tocantins – Câmpus
Universitário de Miracema, Curso de Serviço Social foi
avaliado para obtenção do título de Graduação e
aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela
Banca Examinadora.

Data de Aprovação:

Banca examinadora:

Prof. (a) Dr.(a). Ingrid Karla da Nóbrega Beserra Orientador (a), UFT

Prof.(a) Dr.(a). Rosemary Negreiros de Araújo Examinador (a), UFT

Prof.(a)Dr.(a).JoseniceFerreira dos Santos Araújo Examinador (a), UFT

A Deus, que se mostrou criador, que foi criativo. Seu fôlego de vida em mim me foi sustento e me deu coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar, a Deus, que fez com que meus objetivos fossem alcançados, durante toda minha trajetória de estudos na universidade.

Ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Tocantins, e às pessoas com quem convivi durante esses anos até concluir. A experiência de uma grande equipe de colegas no espaço da universidade foram a melhor experiência da minha formação acadêmica, todos os meus colegas de turma que conviveram comigo durante essa jornada de formação agradeço pelos companheirismos, simplicidade, parceria e pela troca de experiências foi muito gratificante estar ao lado de todos vocês

A minha gratidão a todos os professores do curso de Serviço Social que permitiram de alguma forma os ensinamentos e conselhos dados ao longo desses anos e ter desempenhado suas funções com muita dedicação.

Agradeço a minha orientadora Ingrid Karla da Nobrega Beserra, que com toda sua paciência vinha mim guiando no meu aprendizado, e pela sua competência e compromisso comigo durante este trabalho, pelas correções e dedicação durante esse percurso em minha formação profissional.

Agradeço a Dayele Castanheira, foi minha supervisora de campo de estágio seu apoio, confiança, e não só como supervisora, mas como base e alicerce, com seus conselhos. Uma pessoa extraordinária e uma profissional dedicada e competente.

A minha mãe Girlene Candido, que me incentivou e lutou para que não desistisse de estudar. Ao meu esposo Neilson Carvalho que sempre esteve comigo nessa caminhada que por todo apoio demonstrado ao longo de todo período que dediquei a esse trabalho para minha formação profissional e meus filhos João Ricardo, Anna Laura e Davi Luccas que a cada dia faz com que eu lute pelos meus objetivos e sonhos. As minhas irmãs Mayara, Fabíola e kamila que de alguma forma me ajudaram sem medir esforços. A minha sogra Helena e meu sogro Raimundo que está sempre presente e que na minha ausência ajuda a cuidar dos meus filhos. As minhas cunhadas Iraneide e Zuleide que nunca mediram esforços, cuidando de seus sobrinhos para que eu possa estudar e não faltar as aulas e estágios, minha imensa gratidão. Também a nossa futura medica Lara que sempre está perto cuidando dos priminhos.

A todos que participaram de alguma forma, direta ou indiretamente na minha vida acadêmica e que de alguma forma enriqueceram o meu processo no aprendizado. Minha palavra hoje é de gratidão!

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar qual a contribuição do trabalho do profissional do Assistente Social que atuam junto aos indígenas a partir da literatura da área do Serviço Social e enquanto objetivos específicos: caracterizar as particularidades teórico-metodológicas da atuação do Assistente Social junto a população indígena Xerente e constatar os obstáculos postos a esse profissional face à sua atuação junto ao mesmo. O mesmo tem por intuito responder a seguinte questão norteadora: Quais as contribuições do trabalho profissional do assistente social na política de saúde na atenção básica com os povo indígena Xerente em Tocantínia? Trata-se do produto de uma pesquisa exploratória, que utilizou a revisão bibliográfica do tipo narrativa. Os dados foram coletados no período de fevereiro a maio de 2024 e tratados através de uma leitura seletiva e crítica. O principal achado da pesquisa sinaliza a invisibilidade do debate da questão indígena na profissão além da incipiência da literatura em relação ao binômio Povos indígenas e Serviço Social.

Palavras-chave: Povos indígenas. Serviço Social. Atuação Profissional.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the contribution of the work of Social Workers who work with indigenous people, based on the literature in the field of Social Service, and as specific objectives: to characterize the theoretical-methodological particularities of Social Workers' work with the indigenous population. Xerente and verify the obstacles placed on this professional in relation to his work with him. It aims to answer the following guiding question: What are the contributions of the professional work of social workers to health policy in primary care with the Xerente indigenous people in Tocantínia? This is the product of exploratory research, which used a narrative-type bibliographic review. The data was collected from February to May 2024 and processed through selective and critical reading. The main finding of the research signals the invisibility of the debate on indigenous issues in the profession in addition to the incipience of literature in relation to the binomial Indigenous peoples and Social Work.

Keywords: Indigenous peoples. Social service. Professional performance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 - Pessoas indígenas em Terras Indígenas - 2022 por município.....	22
Figura 02 - População no Brasil por grandes regiões e unidades da federação.....	22
Figura 03 - Aspectos demográficos.....	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Série histórica da população de Tocantins de 2010 - 2022.....	25
Tabela 2 - População residente por faixa etária.....	25
Tabela 3- População por raça.....	26
Tabela 4 - Atendimento clínico na UBS Dr. Quincas.....	54
Tabela 5 - Atendimento na sala de vacina na UBS Dr. Quincas.....	55
Tabela 6 - Atendimento na fisioterapia UBS Dr. Quincas.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PPGCom	Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Sociedade
UFT	Universidade Federal do Tocantins
APS	Atenção Primária na Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
Lei	Orgânica da Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
PEPSS	Projeto Ético Político Do Serviço Social
PNASPI	Política Nacional de Atenção a Saúde dos povos Indígenas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SasiSUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
1.2	Problema da pesquisa	13
1.1.1	Delimitação de escopo.....	14
1.1.2	Justificativa.....	14
2	OJETIVOS.....	16
2.1	Objetivo Geral.....	16
2.2	Objetivos Específicos.....	16
3	METODOLOGIA	17
4	ASPECTOS DA FORMAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA BRASILEIRA E A POPULAÇÃO INDÍGENA	19
4.1	Questão Social, Aspectos da formação sócio-histórica brasileira e a particularidade dos povos indígenas.	19
4.2	O estado do Tocantins e a particularidade do Povo Xerente, no Município de Tocantínia.....	23
5	A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A PARTICULARIDADE DO SERVIÇO SOCIAL, NO TRABALHO COM A POPULAÇÃO INDÍGENA NA ATENÇÃO BÁSICA	30
5.1	A Política de Saúde no Brasil e o Sistema Único de Saúde (SUS).....	30
5.2	A Organização da Atenção Básica no SUS	34
5.3	O Trabalho com a População Indígena Xerente, na atenção básica, no município de Tocantínia/TO.....	36
6	SERVIÇO SOCIAL E OS PROCESSOS DE TRABALHO NO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO INDÍGENA XERENTE	43
6.1	A inserção do Assistente Social na Atenção Básica junto aos povos indígenas ..	43
6.2	A particularidade de atuação do Assistente Social no município de Tocantínia/TO.....	50
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
	REFERÊNCIAS.....	63
	APÊNDICES	66

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho apresenta uma nova abordagem para proposta investigativa sobre o processo do trabalho do serviço social na política de saúde na atenção básica com a população indígena Xerente no município de Tocantínia. Nesse sentido, este TCC delimitou-se em escolha com a necessidade de conhecer melhor o desempenho do assistente social na política de saúde, voltados aos povos indígenas Xerente no município de Tocantínia – TO.

A experiência proporcionada pelo Estágio Curricular agregou nossa formação acadêmica e possibilitou maior compreensão da relação teórica-prática da atuação do assistente social, contribuindo para a análise crítica do tema abordado no presente Trabalho de Conclusão de Curso, o objeto que desde a nossa entrada no curso de Serviço Social emergia como desafiadora, dado nossa ligação identitária profunda com os povos indígenas.

Assim, o estudo ora apresentado, teve como objetivo geral, analisar quais os desafios postos ao Assistente Social que atua junto aos povos indígenas a partir da literatura da área do Serviço Social e como objetivos específicos, caracterizar as particularidades teórico-metodológicas da atuação do Assistente Social junto aos povos indígenas segundo a literatura da área do Serviço Social e constatar os obstáculos postos ao Assistente Social face a sua atuação junto aos povos indígenas.

Além disso, trata-se de um estudo que busca explicar as especificidades que caracterizam a aproximação do Serviço Social junto às expressões da “questão social” que circundam o povo Xerente, bem como as particularidades presentes em tais expressões se em comparação à sociedade não-indígena, aqui iremos apontar, de forma específica, a realidade social dos não-indígenas historicamente privilegiados, ou seja, a população branca, cisgênero e hétero sexual.

A relevância se coloca como acadêmica em serviço social na medida em que contribui com a produção científica e, põe em evidência as violências vividas pelos povos indígenas no Brasil desde a invasão europeia e que se reproduzem até os dias atuais.

Um das principais demandas é a dificuldade de locomoção dos indígenas visto que muitos residem na aldeias e possuem obstáculos para chegarem a região urbana do município de Tocantínia onde os mesmos terão acesso aos serviços e programas ofertados nas políticas de saúde. A unidade pública da saúde que atende as demandas e necessidades dos indígenas é a Unidade Básica de Saúde (UBS) “Dr. Quincas” do município de Tocantínia que atende suas necessidades na sede do município de Tocantínia.

A Unidade Básica de Saúde foi construída com intuito de atender a demanda de atenção básica da população local. Inaugurado no dia 29/12/2000 pelo Prefeito Rubens Pereira de Araújo. Na gestão seguinte foi modificado a estrutura e assim também passado o nome para Unidade Básica de Saúde Dr.Quincas, pelo Prefeito Márcio de Oliveira Bucar em 12/07/2004.

No dia 23/12/2020, foi inaugurado um novo anexo na Unidade Básica de Saúde, esse anexo servirá para atendimentos médicos, de enfermagem, acolhimento de modo geral, assistência multiprofissional, saúde da gestante, saúde do adolescente, saúde da criança, saúde do idoso, saúde do homem, saúde da mulher, saúde do adulto, saúde mental, saúde sexual e reprodutiva, doenças crônicas como diabetes, hipertensão, e outras, doenças infectuosas e parasitárias, primeiros atendimentos as urgências e emergências, consulta de enfermagem, consulta médica, consulta odontológicas, dispensação de medicamentos básicos, dispensação de preservativos e contraceptivos, exames preventivo como câncer do colo de útero, grupos de educação em saúde, atendimentos domiciliares, disponibilização de exames laboratoriais, teste rápido de gravidez.

Os serviços prestados na unidade básica são: Atendimento Individual e Coletivo; Prestar orientações e/ ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população que ali reside; Visitas domiciliares com o objetivo de conhecer a realidade de vida do usuário procurando não invadir a privacidade dos usuários e esclarecendo os objetivos das mesmas (caso de solicitação de ajuda de custo, acompanhamento de pessoas debilitadas, de pacientes que fazem acompanhamento no CAPS, pessoas com deficiência, entre outros); Apoio e coordenação Mensal em grupos, temos o grupo de tabagismo, planejamento familiar, hiperdia, puericultura. Todos os atendimentos são registrados no sistema eletrônico e- SUS.

O trabalho do Assistente Social deve estar alinhado ao Código de Ética Profissional de 1993, bem como engajado com o projeto ético político da categoria profissional que visa a defesa de uma sociedade sem exploração e sem classes sociais, observando essas reflexões, o atendimento profissional voltado para os povos indígenas deve ser direcionado de acordo com o projeto ético político, atendendo as suas demandas, visando um atendimento pautado do direcionamento critico sem discriminação e preconceito. De acordo com o Código de Ética de 1993 que dispõe dos princípios, destaca-se o empenho na eliminação de todas as formas de preconceito incentivando o respeito a diversidade e a discussão das diferenças respeitando e considerando a participação dos grupos socialmente discriminados.

O Serviço Social na Instituição, trazendo sua trajetória histórica vem com a finalidade dos atendimentos de Serviço Social na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Quincas que se

tem conhecimento são a partir de março 2017. Quando foi incluído Assistente Social na equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que hoje se usa a nomenclatura Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB). A partir deste ano a população conta com o serviço de uma Assistente Social para prestar serviços com a população usuária do serviço público de saúde.

Os instrumentais e atividades realizadas na instituição pela assistente social do NASF-AB são: atendimento (individual e/ ou coletivo) e acompanhamento social às famílias referenciadas pelo NASF-AB; atendimento particularizado por meio de visitas domiciliares, estudos socioeconômicos para identificar quais são as demandas e as necessidades sociais ; realização de encaminhamento para serviços setoriais e/ ou à rede socioassistencial e desenvolvimento de atividades coletivos através de grupos organizados pelo NASF. O Serviço Social atua, contribuindo na melhoria da qualidade de vida da Família.

Para Matos (2009), o Serviço Social se insere inicialmente nos serviços de saúde por meio de um exercício profissional baseado no modelo médico clínico, ou seja, como um trabalhador complementar da atividade médica, por isso também chamado de “paramédico” – profissionais não médicos que atuavam nos serviços de saúde.

Dentro deste contexto, este trabalho procura enfatizar a importância do profissional do assistente social onde o mesmo faz o planejamento e a execução de políticas públicas de saúde e de programas sociais voltados para o bem-estar coletivo e a integração do indivíduo na sociedade.

Podemos observar através deste TCC a importância do assistente social na Atenção Básica é fundamental para o desenvolvimento de ações e programas que promovam a saúde pública, a melhoria da qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades atendidas pela equipe de saúde, sendo também responsável para a garantia do acesso aos serviços de saúde, a articulação e a interação com outras áreas profissionais juntamente com as famílias indígenas Xerente de Tocantínia.

1.2 Problema da pesquisa

Quais as contribuições do trabalho profissional do assistente social na política de saúde na atenção básica com os povos indígenas Xerente em Tocantínia?

1.1.1 Delimitação de escopo

As contribuições do processo do trabalho profissional do assistente social na política de saúde na Atenção Básica com os povos indígenas Xerente no município de Tocantínia entre 2020 á 2022.

1.1.2 Justificativa

Considerando a formação sócio histórica do estado do Tocantins, em específico da cidade de Tocantínia percebe-se uma grande concentração de povos indígenas xerente que residem tanto nas aldeias como na cidade.

Considerando que o trabalho do assistente social em seus diversos campos de atuação profissional que recebem diversas demandas dos povos indígenas Xerente e em específico no município de Tocantínia, percebendo a necessidade de se criar cada vez mais espaços de discussão, reflexões e debates a respeito dessa temática no curso de Serviço Social e sobre a atuação do assistente social visando os atendimentos para os povos indígenas, em específico o atendimento na Unidade Básica de Saúde do Município, isso foi o que despertou o interesse para a realização dessa pesquisa.

O tema chamou atenção para a pesquisa por estar presente nos campos de estágios, no qual o acadêmico passa a conhecer a realidade social dos indígenas. Há uma certa dificuldade enfrentada no campo de estágio e, ao mesmo tempo, a possibilidade de presenciar as demandas apresentadas pelos povos indígenas e de como é a atuação do assistente social referente ao atendimento e enfrentamento dessas demandas. Uma das principais dificuldades é o deslocamento do povo indígena xerente das aldeias para a cidade e outros elementos que dificultam o acesso aos serviços e programas na área da saúde, um deste é a burocratização principalmente no atendimento e funcionamento institucional.

Portanto, é importante apreender e analisar como está sendo a realidades dos indígenas diante dessa situação apresentada quando a procura pela política de saúde localizada na Unidade Básica de Saúde do município de Tocantínia. Dessa forma, compreender a atuação do assistente social voltada para os povos indígenas, entendendo melhor o atendimento e a intervenção que desses profissionais nos espaços de atuação dentro da política de saúde.

Considerando que o tripé da seguridade social se refere a política de saúde que oferta o SUS que dispõe do princípio da universalidade e a política de assistência que é seletiva para

quem dela necessitar, abarca também os povos indígenas xerentes que necessitam dos serviços e programas ofertados.

As atribuições e competências do trabalho do assistente social para atender as demandas apresentadas pelos povos indígenas xerentes devem ser orientadas por respeito e autonomia. Este estudo é importante pois servirá como base para criar tais intervenções e estratégias para investigar como é o trabalho dos assistentes sociais com os povos indígenas xerentes e auxiliar na construção de um projeto de melhoria das condições de vida dos povos indígenas.

2 OJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender as contribuições do trabalho profissional do assistente social na política de saúde na atenção básica com os povos indígenas Xerente em Tocantínia entre o ano de 2020 a 2022.

2.2 Objetivos Específicos

- A) Analisar as particularidades das demandas dos povos indígenas Xerente na política de saúde na atenção básica em Tocantínia.
- B) Conhecer sobre as competências e atribuições profissionais do assistente social na política de saúde para povos indígena xerente.
- C) Identificar os desafios e as possibilidades do trabalho profissional do assistente social na política de saúde junto aos povos indígenas Xerente.
- D) Conhecer os princípios e suas especificidades da atenção básica no município de Tocantínia.

3 METODOLOGIA

Apresentar os procedimentos metodológicos escolhidos e como eles foram utilizados em prol de atender aos objetivos de pesquisa, que residem na compreensão do Processo do Trabalho Profissional na Política de Saúde com a população Indígena no Município de Tocantínia.

Os procedimentos metodológicos podem ser apresentados como um conjunto de métodos utilizados na construção e desenvolvimento de um projeto sendo que neste estudo, em virtude dos questionamentos e objetivos apresentados, optou-se por uma abordagem qualitativa através do uso de pesquisa exploratória.

A pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito, “Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições” (GIL, 2002).

Detendo o intuito de gerar uma base coesa para construção do arcabouço teórico, foram utilizados alguns procedimentos tais como a Pesquisa Bibliográfica e, posteriormente, para compreensão das práticas na área de eventos, a realização de Entrevista Estruturada com profissional que atuam na área, além da aplicação de questionários junto á profissional de Serviço Sociais da UBS Dr.Quincas do município de Tocantínia-TO.

A pesquisa bibliográfica teve como foco explorar a conceituação e as principais no que concerne à compreensão da percepção da profissional de Serviço Social atuante na UBS, foi utilizada a coleta de dados por meio de questionário e, posteriormente, através de entrevista estruturada a ser realizada com uma profissional. Nesta contextualização foi observado os desafios da equipe multidisciplinar da atenção básica para monitorar, conduzir e direcionar o municípe da etnia Xerente, observamos que existe uma predominância na cultura indígena de buscar o atendimento em casos de urgência a UBS, em síntese a equipe multidisciplinar realiza encaminhamentos somente para laqueaduras, não cosnta um censo para formalizar o quantitativo de atendimentos, especificações das demandas, tal censo seria oportuno para futuras discursões com a equipe multidiciplinar para formentar com eficácia a rede de saúde.

O uso concomitante de procedimentos mistos em pesquisas sociais é positivo ao passo que permite a apreensão do fenômeno e do objeto de estudo por vários enfoques, servindo assim para diminuir a incerteza e enriquecer a coleta de dados. Assim, para o tratamento de dados oriundos das entrevistas e questionários, optou-se pela Análise de Conteúdo visando a obter, “por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens,

indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.” (BARDIN, 2011).

Em síntese, o assistente social é um profissional importante na Atenção Básica como um mediador entre as necessidades dos usuários e os serviços disponíveis, buscando garantir que estes sejam efetivos, eficazes e de qualidade, promovendo a cidadania, a participação e o controle social.

4 ASPECTOS DA FORMAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA BRASILEIRA E A POPULAÇÃO INDÍGENA

A primeira parte do TCC apresenta elementos históricos da condição social em que viveram e vivem os povos indígenas brasileiros, os aspectos da formação sócio-histórica brasileira entre suas particularidades dos povos indígenas, ressaltaremos ainda a distribuição dos povos indígenas brasileiros e o número populacional indígena no Brasil.

4.1 Questão Social, Aspectos da formação sócio-histórica brasileira e a particularidade dos povos indígenas.

Os povos indígenas, também chamados de povos originários, e apesar de terem sofrido com a invasão europeia no século XVI, continuam resistindo às sequelas deixadas pelo sistema colonial, bem como contra as expressões da “questão social” advindas do sistema capitalista. Não obstante toda a luta travada, eles permanecem a se organizar e têm uma forte presença no território brasileiro tendo impactos no país, visto que uma de suas principais pautas, a preservação e luta pelo território, tem ação direta em diversos espaços socioeconômicos da sociedade não-indígena (APOINME, 2021)

Desde o início da colonização portuguesa, os povos indígenas foram assistidos pelos missionários às políticas dos governos. No início do século XX, com a expansão das fronteiras econômicas para a região do Centro-Oeste e a construção de linhas telegráficas e ferrovias ocasionaram inúmeros massacres de indígenas, assim elevando o grande índice de mortalidade por doenças transmissíveis que levaram. Em 1910, à criação do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI).

No Brasil, a população indígena, estimada em cerca de 5 milhões de pessoas no início do século XVI, comparável à da Europa nesta mesma época, foi dizimada pelas expedições punitivas às suas manifestações religiosas, mas, principalmente, pelas epidemias de doenças infecciosas, e as mudanças no seu modo de vida impostas pela colonização e cristianização (como escravidão, trabalho forçado, maus tratos, confinamento).

A perda da autoestima, a desestruturação social, econômica e dos valores coletivos tiveram um papel importante na diminuição da população indígena. Até hoje há situações regionais de conflito, em que se expõe toda a trama de interesses econômicos e sociais que configuram as relações entre os povos indígenas, especialmente no que se refere à posse da terra, exploração de recursos naturais e implantação de grandes projetos de desenvolvimento.

Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022, indígena é todo aquele que se reconhece como pertencente a uma comunidade originária e por ela é reconhecido como um de seus membros. Isso então vale tanto para aqueles que vive em seus territórios, nas aldeias, como também para aqueles que vive fora, ou seja, na cidade.

Desde então sobre as histórias registradas no Brasil com a população indígena, que no início eram chamadas de índios, que por sua vez eram invasores do território, que muitos das etnias que ali estavam chegando tiveram então que se adequar ou até mesmo se modificar as situações que não eram do aperfeiçoamento deles mesmo para que tivessem o direito pela terra.

A questão indígena no Brasil revela uma série de desdobramentos na atualidade. Para compreender a dimensão da mesma, se faz necessário recorrer à formação sócio histórica brasileira. Como pressuposto para essa discussão, percebe-se que, precisam ser pensadas antes mesmo da formação do proletariado urbano no capitalismo industrial. Tais expressões se mostravam desde o Período Colonial, através da exploração das populações negras e indígenas e suas formas de resistência a esses processos degradantes.

Para alcançarmos a compreensão do atual cenário, no qual revela diversas contradições, vale a pena considerar (não de maneira exaustiva, pois não é nossa intenção), alguns momentos desde o Período Colonial que nos remete às "raízes latentes" da questão social no Brasil (SILVA, 2013).

Os povos originários ao longo dos anos têm sido subalternizados e violentados por uma lógica perversa, pró-acumulação, favorecendo diversas formas de expropriação como: inserção coercitiva no mercado de trabalho, migrações compulsórias, entrada de populações indígenas na rede de assalariamento e tantas outras formas, que perpassam o controle dos corpos e o apagamento de culturas, como por exemplo, a proibição das línguas nativas, incentivos a miscigenação, proibição de ritos, entre outros (SILVA, 2017).

Dentre os muitos ataques cruéis já no período republicano, é relevante trazer para conhecimento o Massacre do Paralelo 11, que aconteceu no ano de 1960. Neste ataque:

morreram cerca de 3.500 Cinta Larga, envenenados por arsênico. "Esse assassinato em massa dos índios Cinta Larga foi cometido por pistoleiros a mando de empresários sem escrúpulos, com a cobertura de funcionários do então Serviço de Proteção ao Índio (SPI), entre eles o major da Aeronáutica, Luiz Vinhas Neves", lembra o indigenista Ulisses Capozzoli. O Massacre do Paralelo 11 [...] incluiu do roubo ao estupro, passando por grilagem, assassinato, suborno, tortura e outras agressões [...] Segundo Capozzoli, fazendeiros, com ajuda de funcionários do SPI, presentearam os índios com alimentos misturados a arsênico, veneno letal. "Em algumas aldeias aviões atiraram brinquedos contaminados com vírus da gripe, sarampo e varíola", recorda o indigenista, que considera o Massacre do Paralelo 11

como um dos mais sangrentos confrontos acontecidos nas matas da Amazônia brasileira (TERRAS INDÍGENAS DO BRASIL, 2006)

A população indígena do país chegou a 1.693.535 pessoas em 2022, o que representa 0,83% do total de habitantes. Um pouco mais da metade (51,2%) estava concentrada na Amazônia Legal. Em 2010, quando foi realizado o Censo anterior, foram contados 896.917 indígenas no país. Isso equivale a um aumento de 88,82% em 12 anos, período em que esse contingente quase dobrou. O crescimento do total da população nesse mesmo período foi de 6,5% (IBGE,2022).

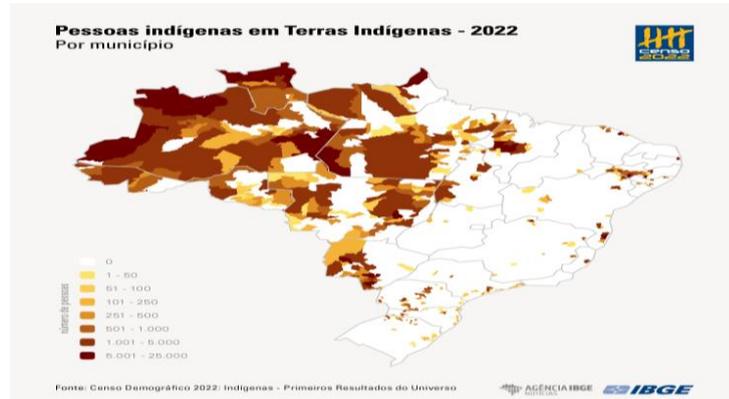
No Censo Demográfico anterior, o quesito de cor ou raça foi aplicado a todas as pessoas recenseadas no país. Quando elas eram residentes das Terras Indígenas oficialmente delimitadas e se declaravam como brancas, pretas, pardas ou amarelas, ou seja, não respondiam que eram indígenas nesse quesito, havia a abertura da pergunta “você se considera indígena?”. Em 2022, houve a extensão dessa pergunta de cobertura para outras localidades indígenas, que incluem, além desses territórios oficialmente delimitados pela Funai, os agrupamentos indígenas identificados pelo IBGE e as outras localidades indígenas, que são ocupações domiciliares dispersas em áreas urbanas ou rurais com presença comprovada ou potencial de pessoas indígenas. No Censo 2022, cerca de 27,6% da população indígena do país assim se declararam por meio dessa pergunta de cobertura (IBGE,2022).

Grande parte dos indígenas do país (44,48%) está concentrada no Norte. São 753.357 indígenas vivendo na região. Em seguida, com o segundo maior número, está o Nordeste, com 528,8 mil, concentrando 31,22% do total do país. Juntas, as duas regiões respondem por 75,71% desse total. As demais têm a seguinte distribuição: Centro-Oeste (11,80% ou 199.912 pessoas indígenas), Sudeste (7,28% ou 123.369) e Sul (5,20% ou 88.097) (IBGE,2022).

Frente a 2010, as maiores variações absolutas no número de indígenas ocorreram no Norte, que teve acréscimo de 410,5 mil, e no Nordeste, onde o aumento foi de 296,1 mil indígenas. No Sul, que teve a menor variação entre as regiões, foram 9,3 mil pessoas indígenas a mais (IBGE,2022).

Nesta figura abaixo tem a possibilidade de visualizar os municípios, de como é distribuída os povos indígenas brasileiros.

Figura 01 – Pessoas indígenas em Terras Indígenas-2022 por município.



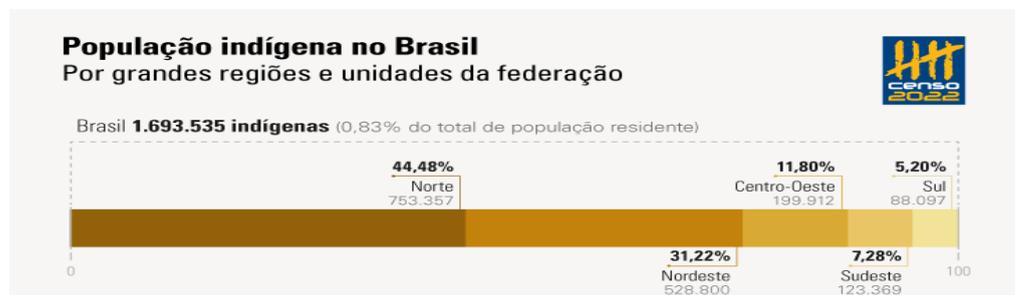
Fonte: IBGE,2022.

De acordo com IBGE em 2022, havia 689.202 habitantes em Terras Indígenas e 90,26% deles (ou 622,1 mil) eram indígenas. O Norte concentrava quase metade (49,12% ou 338,5 mil) do total de habitantes, sendo 93,49% deles indígenas. Já as regiões que tinham, dentro das terras indígenas, o maior percentual de habitantes indígenas eram o Centro-Oeste (97,74%) e o Sudeste (95,01%).

A terra indígena com maior número de habitantes indígenas é a Yanomami (AM/RR): 27.152, ou 4,36% do total de indígenas em terras indígenas. Raposa Serra do Sol (RR) vem a seguir, com 26.176 indígenas e a Terra Indígena Évare I (AM), com 20.177, aparece em terceiro lugar no ranking.

Nesta figura abaixo tem a possibilidade de visualizar a população no Brasil por grandes regiões e unidades da federação, de como é distribuída os povos indígenas brasileiros.

Figura 02- População no Brasil por grandes regiões e unidades da federação.



Fonte: IBGE,2022.

Podemos observar no gráfico acima que a maior região indígena é a região do Norte do Brasil com cerca de 44,48% da população indígena, o segundo lugar podemos observar

com cerca de 31,22% a região Nordeste do Brasil, na terceira posição temos o Centro-oeste do Brasil com cerca de 11,80% da população indígena.

Evidenciamos no próximo tópico que no estado do Tocantins obtém-se a particularidade do Povo Xerente, que é situado no Município de Tocantínia, observaremos os aspectos demográficos, a série histórica da população de Tocantínia de 2010-2022, assim como a população residente por faixa etária e a população por raça, abordaremos ainda economia, saúde e meio ambiente.

4.2 O estado do Tocantins e a particularidade do Povo Xerente, no Município de Tocantínia

O estado do Tocantins possui uma população étnica indígena muito diversificada. São aproximadamente 20.023 pessoas, segundo dados do Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, de 2022. Eles são detentores de costumes, organizações sociais e tradições culturais bastante diversificadas.

No Tocantins, são nove etnias indígenas existentes: Apinajé, Avá-Canoeiros, Akwê Xerente, Iny(Javaé), Karajá, Xambioá, Krahô, Krahô-Canela e Pankararu. Esses povos estão situados, espacialmente, em diferentes regiões tocantinenses nas terras indígenas oficialmente demarcadas. As terras indígenas se subdividem em comunidades tradicionalmente conhecidas como aldeias (IBGE,2022).

A continuidade do uso da língua materna é um dos aspectos que representa e singulariza a diversidade dos povos indígenas do Tocantins. Nos eventos culturais são proporcionado a valorização do artesanato, pinturas corporais e adornos que enfeitam suas festas.

A colonização da região começou com a chegada do Padre Frei Antônio de Ganges, por volta de 1860, com o objetivo de trabalhar e catequizar os índios Xerentes, permanecendo por aqui durante 40 anos. O primeiro nome dado a nossa cidade foi Tereza Cristina, em homenagem a então Imperatriz do Brasil esposa de D. Pedro II, sendo mais tarde substituído por Piabanha, devido a existência de um ribeirão com este nome. Somente em 1936, recebeu o nome de Tocantínia por iniciativa do Deputado João de Abreu, motivado pelo Rio Tocantins. Foi emancipada em 07 de outubro de 1953, rompendo definitivamente sua ligação com o município de Pedro Afonso, conquistando assim sua autonomia política. (TOCANTÍNIA –TO CÂMARA MUNICIPAL,2021).

Em divisões territoriais datadas de 31-XII-1936 e 31-XII-1937, figura no município de Pedro Afonso o distrito de Tocantínia. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 1-VII-1950. Elevado à categoria de município com a denominação de Tocantínia, pela Lei Estadual n.º 798, de 07-10-1953, desmembrado de Pedro Afonso. Sede no antigo distrito de Tocantínia. Constituído do distrito sede. Em divisão territorial datada de 1-VII-1960, o município é constituído do distrito sede. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2021. (TOCANTÍNIA –TO CÂMARA MUNICIPAL,2021).

O município de Tocantínia pertence à região de Saúde Capim Dourada, constituída por 14 municípios, Aparecida do Rio Negro, Fortaleza do Tabocão, Lagoa do Tocantins, Lajeado, Lizarda, Miracema do Tocantins, Miranorte, Novo Acordo, Palmas, Rio dos Bois, Rio Sono, Santa Tereza do Tocantins, São Félix do Tocantins e Tocantínia (COSEMS/TO,2021).

O total da área territorial de todo município de Tocantínia é de 2.609,775 km², a população estimada em 2023 é de 7.459 pessoas, a densidade demográfica por/ hab 2,59hab/km². (IBGE, 2023).

Os serviços de média e alta complexidade para o município estão referenciados para Palmas e Miracema do Tocantins, sendo referência para Urgência e Emergência o Hospital Público de Miracema do Tocantins. A referência em oncologia é feita nos municípios de Araguaína e Palmas, através do Hospital Geral de Palmas, e, Hospital e Maternidade Dom Orione, respectivamente.

Figura 03- Aspectos demográficos



Fonte: IBGE,2023

Tabela01- Série histórica da população de Tocantínia de 2010-2022.



	População
■ 2010	6.736
■ 2020	7.617
■ 2022	7.459

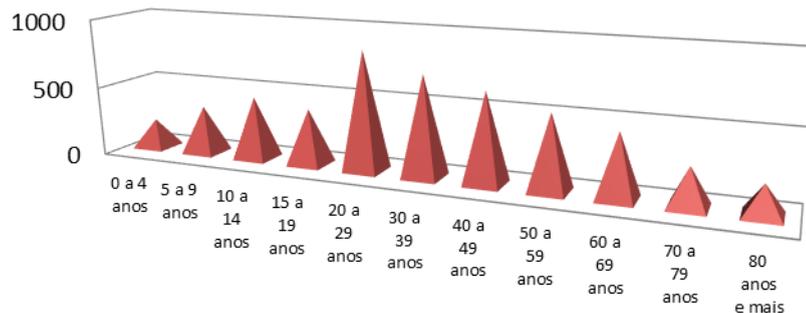
■ 2010 ■ 2020 ■ 2022

Fonte: IBGE,2023

Segundo os dados, acima apresentado no contexto territorial e populacional, o município de Tocantínia apresenta um total de 7.459 habitantes no último censo de 2022. Sendo ainda na série histórica em 2010 com cerca de 6.736 habitantes, no ano de 2020 com 7.617 habitantes.

Tabela 02 - População residente por faixa etária

População Residente



	0 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais
População_residente	209	344	449	400	855	720	640	534	451	271	209

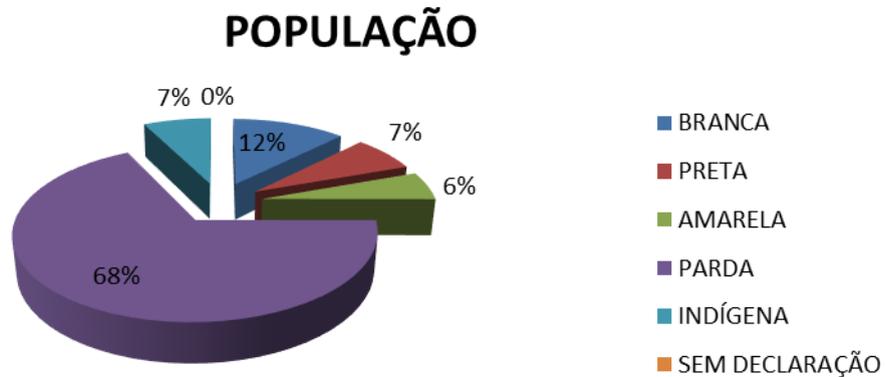
FILTROS: Período: 01/01/2023 a 30/08/2023 | Equipe: Todas | Profissional: Todos | CBO: Todos

Unidade da Federação: Tocantins

Município: 172110 Tocantínia

No gráfico população residente por faixa etária encontramos em primeiro lugar 20-29 anos 855 habitantes, em segundo lugar 30-39 anos com 720 habitantes, em terceiro lugar 40-49 anos com 640 habitantes de acordo com os dados do Ministério da Saúde sistema E-SUS municipal de Tocantínia.

Tabela 03- População por raça



FILTROS: Período: 01/01/2023 a 30/08/2023 | Equipe: Todas | Profissional: Todos | CBO: Todos
 Unidade da Federação: Tocantins. Município: 172110 Tocantínia

Ressaltamos ainda que cerca da população por raça obtemos um total de 68% da população parda, sendo 12% de indígenas no município de Tocantínia. A população do município apresenta uma característica diferenciada por ter 12% da sua população indígena da etnia Xerente vivendo na zona rural distribuídos em mais ou menos 109 aldeias.

Os Xerentes se autodenominam Akwê, que significa “indivíduo”, “gente importante”. Vieram, migrando provavelmente do Nordeste para o Norte. As terras indígenas do povo Xerente encontram-se situadas à margem direita do rio Tocantins. Divididas em duas partes: Terra Indígena Funil e Terra Indígena Xerente, fazem fronteira com a cidade de Tocantínia e correspondem a 183.542 hectares de área demarcada. Sua população é de 3.017 pessoas. Pertencentes também ao grupo linguístico Macro-Jê, são falantes da língua Akwê (FUNASA, 2010).

Pela proximidade de suas terras com as cidades circunvizinhas, esse povo tem um contato intenso com as pessoas destes lugares. Por sua localização, seu território encontra-se atualmente rodeado de projetos de grandes lavouras mecanizadas e outros empreendimentos, como barragens e usinas hidrelétricas, que causaram modificação no cotidiano do povo Xerente, tais como, mudanças nos hábitos alimentares e nas práticas socioculturais .

Bastante hábeis na fabricação de artesanatos com a utilização da palha e fibra do babaçu e capim dourado, produzem desde ornamentos corporais utilizados em suas festas tradicionais, como também materiais a serem comercializados.

De acordo com IBGE o trabalho e rendimento em 2021, o salário médio mensal era de 1,9 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 9,08%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 29 de 139 e 95 de 139, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 2715 de 5570 e 4039 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 48,5% da população nessas condições, o que o colocava na posição 32 de 139 dentre as cidades do estado e na posição 1657 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

Segundo o IBGE a educação em 2010, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade era de 85,7%. Na comparação com outros municípios do estado, ficava na posição 139 de 139. Já na comparação com municípios de todo o país, ficava na posição 5516 de 5570. Em relação ao IDEB, no ano de 2021, o IDEB para os anos iniciais do ensino fundamental na rede pública era 4,6 e para os anos finais, de (não há dados). Na comparação com outros municípios do estado, ficava nas posições 63 e (não há dados) de 139. Já na comparação com municípios de todo o país, ficava nas posições 4347 e (não há dados) de 5570.

A economia em 2021, o PIB per capita era de R\$ 24.892,41. Na comparação com outros municípios do estado, ficava nas posições 70 de 139 entre os municípios do estado e na 2634 de 5570 entre todos os municípios. Já o percentual de receitas externas em 2015 era de 96,9%, o que o colocava na posição 14 de 139 entre os municípios do estado e na 301 de 5570. Em 2017, o total de receitas realizadas foi de R\$ 16.704,51 (x1000) e o total de despesas empenhadas foi de R\$ 15.692,88 (x1000). Isso deixa o município nas posições 57 e 54 de 139 entre os municípios do estado e na 4672 e 4440 de 5570 entre todos os municípios (IBGE,2021).

Na saúde a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 5,88 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de (não há dados) para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 82 de 139 e (não há dados) de 139, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 3829 de 5570 e (não há dados) de 5570, respectivamente (IBGE,2022).

No meio ambiente apresenta 19,6% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 71% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 0% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada,

pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 52 de 139, 88 de 139 e 51 de 139, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 3661 de 5570, 3049 de 5570 e 4835 de 5570, respectivamente (IBGE,2022).

O Povo indígena da etnia Xerente são chamados de Akwê- Xerente localizado no município de Tocantínia do Tocantins, a 70 km do Norte da capital Palmas. A cidade de Tocantínia é marcada pela população não indígena e o Xerente, os não indígenas vivem na cidade e na zona rural do município, os indígenas nas aldeias que fica próximas na cidade, outros indígenas vivem também na cidade. O desenvolvimento e experiências históricas, que distinguem a sua formação do povo, numa história marcada por conflitos e convivência vai construir traços e conhecimento entre suas aldeias onde vivem e o reconhecimento da terra.

Muitos tinham uma realidade diferente, a condição de vida uma condição de escravos e muitos até tiraram sua própria vida por não conseguirem aguentar tanto sofrimento, vinha ao suicídio. Existia ainda os abusos sexuais com as indígenas, que isso foi acabando e tendo um fim que com o passar do tempo foi tendo mais força e poder, o tão sonhado reconhecimento da etnia Xerente.

Desde os anos de 1989, o povo Xerente vem lutando contra o governo e os moradores não indígenas da cidade devido a estrada que não é asfaltada e eles não querem que é isso aconteça a pavimentação das estradas que ligam os territórios vizinhos, entre Lajeado e Tocantínia, um total de 12 km de chão e para que isso aconteça precisa da aceitação da população Xerente porque é o território indígena.

E devido a isso os projetos que precisam ser aceitos não acontece, como por exemplo a produção de grão e Soja e também muitos percursos de caminhões que precisam ir para outras cidades, querem passar e devido à estrada ser acesso ruim e eles não conseguem fazer esse trajeto devido os caminhões serem pesados, pois trafegam muita soja e milho, etc. E com isso dão a volta para outra cidade onde não tem estrada de chão.

No século XVIII Foi um momento de várias descobertas principalmente as minas de ouro. Em 1950 e 1990 Foi um momento das contrações de aldeias que eram financiadas pelo governo na segunda década do século XIX.

Com isso foi que os aldeamentos dos indígenas Xerente foi aceito e com apoio do governo e das forças militares, mas nessa época o Xerente era junto com a etnia Xavante, e eram devido ao contato com os brancos. As duas etnias lutavam, mas separado e ao mesmo tempo junto, e com as forças que tinham para enfrentar a sua resistência e com a separação dessas duas etnias foi através dos aldeamentos que era no município de Tocantínia.

Concluimos este primeiro capítulo com os estudo das condições sociais dos povos indígenas brasileiros, formação sócio- histórica, ressaltaremos ainda a distribuição dos povos indígenas brasileiros e o número populacional indígena no Brasil. Observaremos no capítulo dois a política de saúde no Brasil e a particularidade do serviço social, no trabalho com a população indígena na atenção básica.

5 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A PARTICULARIDADE DO SERVIÇO SOCIAL, NO TRABALHO COM A POPULAÇÃO INDÍGENA NA ATENÇÃO BÁSICA

Neste segundo capítulo consideramos a Política de Saúde no Brasil e o Sistema Único de Saúde (SUS), a Organização da Atenção Básica no SUS, o Trabalho com a População Indígena Xerente na atenção básica no município de Tocantínia/TO.

5.1 A Política de Saúde no Brasil e o Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde - SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2024).

A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2024). A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2024).

Conforme a Constituição Federal de 1988 (CF-88), a “Saúde é direito de todos e dever do Estado”. No período anterior a CF-88, o sistema público de saúde prestava assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, aproximadamente 30 milhões de pessoas com acesso aos serviços hospitalares, cabendo o atendimento aos demais cidadãos às entidades filantrópicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2024).

A evolução histórica das políticas públicas de saúde no Brasil e suas intervenções é caracterizado por cada período histórico que estabelece a ligação entre os movimentos políticos, sociais e econômicos organizando-se de acordo com as necessidades específicas da população ou dos governos.

As conquistas dos direitos sociais, de saúde e previdência social são resultado de muita luta da população, dos trabalhadores, de entidades sociais, e tantas outras organizações, que travaram muitas batalhas no decorrer da História, o que culminou com a conquista dos direitos sociais assegurados pela Constituição Federal de 1988. Direitos estes que vêm sendo ameaçados constantemente pelas fragilidades que o próprio sistema enfrenta, de falta de reajuste dos valores repassados, atrasos nos repasses financeiros, gestão desqualificada em alguns setores, entre outros (POLIGNANO, 2020).

Foram décadas de luta por um sistema mais igualitário e universal, com necessidade de uma estrutura organizativa, participativa e transparente, por meio da elaboração de políticas públicas, formação dos profissionais da saúde, gerenciamento, fiscalização, investimento de recursos e participação da comunidade, para garantir a existência e eficiência de um Sistema Único de Saúde – SUS (HOCHMAN, 2005).

A concepção de Seguridade Social representa um dos maiores avanços da Constituição Federal de 1988, no que se refere à proteção social e as reivindicações da classe trabalhadora. Representa a promessa de direitos sociais em nosso país, as transformações sociopolíticas que se processaram. Nessa direção, destaca-se a Seguridade Social a universalização; a concepção de direito social e dever do Estado; o estatuto de política pública à assistência social; a definição de fontes de financiamento e novas modalidades de gestão democrática e descentralizada com ênfase na participação social de novos sujeitos sociais, com destaque para os conselhos e conferências.

O conceito de seguridade social, defendido pela Carta de Maceió (2000), reforça esse avanço, mas vai além: sustenta um modelo que inclui todos os direitos previstos no artigo 6º da Constituição Federal (educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência e assistência social), de modo a conformar um amplo sistema de proteção, mais consoante às condições gerais dos cidadãos brasileiros (BOSCHETTI, 2007).

Em todo o país, o SUS deve ter a mesma doutrina e a mesma forma de organização, sendo que é definido como único na Constituição um conjunto de elementos doutrinários e de organização do sistema de saúde, os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular.

Podemos entender o SUS da seguinte maneira: um núcleo comum, que concentra os princípios doutrinários, e uma forma e operacionalização, os princípios organizativos.

➤ **Universalização:** a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a

todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

➤ **Equidade:** o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

➤ **Integralidade:** este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.¹

Princípios Organizativos estes princípios tratam, na realidade, de formas de concretizar o SUS na prática.

➤ **Regionalização e Hierarquização:** os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

➤ **Descentralização e Comando Único:** descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

¹ Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/o-que-e-atenaoprimaria>. Acesso em: 22 de abril 2024.

➤ **Participação Popular:** a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde a responsabilidade dos entes que compõem o SUS:

➤ **União** a gestão federal da saúde é realizada por meio do Ministério da Saúde. O governo federal é o principal financiador da rede pública de saúde. Historicamente, o Ministério da Saúde aplica metade de todos os recursos gastos no país em saúde pública em todo o Brasil, e estados e municípios, em geral, contribuem com a outra metade dos recursos. O Ministério da Saúde formula políticas nacionais de saúde, mas não realiza as ações. Para a realização dos projetos, depende de seus parceiros (estados, municípios, ONGs, fundações, empresas, etc.). Também tem a função de planejar, elaborar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS.

➤ **Estados e Distrito Federal** os estados possuem secretarias específicas para a gestão de saúde. O gestor estadual deve aplicar recursos próprios, inclusive nos municípios, e os repassados pela União. Além de ser um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais de saúde, o estado formula suas próprias políticas de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal. Os gestores estaduais são responsáveis pela organização do atendimento à saúde em seu território.

➤ **Municípios** são responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde no âmbito do seu território. O gestor municipal deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo estado. O município formula suas próprias políticas de saúde e também é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal. Pode estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer.

O Conselho de Saúde, no âmbito de atuação (Nacional, Estadual ou Municipal), em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

Cabe a cada Conselho de Saúde definir o número de membros, que obedecerá a seguinte composição: 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de

entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2024).

- **Comissão Intergestores Tripartite (CIT):** Foro de negociação e pactuação entre gestores federal, estadual e municipal, quanto aos aspectos operacionais do SUS.
- **Comissão Intergestores Bipartite (CIB):** Foro de negociação e pactuação entre gestores estadual e municipais, quanto aos aspectos operacionais do SUS.
- **Conselho Nacional de Secretário da Saúde (Conass):** Entidade representativa dos entes estaduais e do Distrito Federal na CIT para tratar de matérias referentes à saúde.
- **Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems):** Entidade representativa dos entes municipais na CIT para tratar de matérias referentes à saúde.
- **Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems):** São reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems na forma que dispuserem seus estatutos.

O SUS é o Sistema Único de Saúde do Brasil é uma grande conquista da sociedade e foi criado para promover a justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da população. O SUS é uma política de Estado que amplia os direitos sociais e busca assegurar a cidadania.

5.2 A Organização da Atenção Básica no SUS

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2024).

Trata-se da principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2024).

No Brasil, a Atenção Primária é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Há diversas estratégias governamentais relacionadas, sendo uma delas a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), por exemplo. Consultas, exames, vacinas, radiografias e outros procedimentos são disponibilizados aos usuários nas USF (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2024).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Um ponto importante é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – eSF) composta por, no mínimo(MINISTÉRIO DA SAÚDE,2024):

- I. médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade;
- II. enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família;
- III. auxiliar ou técnico de enfermagem; e
- IV. agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

Hoje, há uma Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (Casaps) disponível para apoiar os gestores municipais na tomada de decisões e levar à população o conhecimento do que encontrar na APS. Ela envolve outras iniciativas também, como: o Programa Saúde na Hora e o Mais Médicos. Esse trabalho é realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF), nas Unidades de Saúde Fluviais, nas Unidades Odontológicas Móveis (UOM) e nas Academias de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2024).

As equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e as Unidades Básicas de Saúde Fluviais estão direcionadas para o atendimento da população ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul-Mato-Grossense, respectivamente. Considerando as especificidades locais, os municípios podem optar entre dois arranjos organizacionais para equipes de Saúde da Família, além dos existentes para o restante do País:

I. Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR): desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde (UBS) construídas/localizadas nas comunidades pertencentes a regiões à beira de rios e lagos cujo acesso se dá por meio fluvial; e

II. Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF): desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF).

A implantação das equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais segue os mesmos critérios das equipes e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017, o texto normativo passou por alterações, que passaram a denominar “unidade básica de saúde” todos os estabelecimentos de saúde que prestassem ações e serviços de atenção básica.

Posteriormente, em 2019, o Ministério da Saúde instituiu a equipe de Atenção Primária, substituindo o que antes eram conhecidas como equipes de atenção básica. Essas equipes se diferenciam da equipe de Saúde da Família em sua composição: obrigatoriedade restrita a pelo menos médicos e enfermeiros. A carga horária pode ser de 20h semanais para cobrir 50% da população adscrita na modalidade I ou 30h semanais, mas cobrindo 75% da população adscrita na modalidade II.

Em 2020, a novidade mais recente da PNAB foi a criação das Unidades de Saúde da Família (USF). A diferença para a Unidade Básica de Saúde é a exigência de pelo menos uma equipe de Saúde da Família, formada por um auxiliar ou técnico de enfermagem, um enfermeiro, um médico e um agente comunitário da saúde. Houve também a inclusão da teleconsulta.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer viver de modo saudável.

5.3 O Trabalho com a População Indígena Xerente, na atenção básica, no município de Tocantínia/TO

Segundo o Conasems² as diretrizes da PNAB, a Portaria explicita o desenvolvimento da integralidade das ações de atendimento individual, em grupo e domiciliar; as atividades

² Propriamente dito, Conasems (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE) Art. 2º. O CONASEMS é reconhecido pela Lei nº 8080 de 1990 como entidade representativa dos entes municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarado de utilidade pública e de relevante.

coletivas; o apoio matricial; as discussões de casos; o atendimento compartilhado entre profissionais e equipes; a oferta de ações de saúde à distância; a construção conjunta de projetos terapêuticos e intervenções no território; e as práticas intersetoriais, buscando desmistificar falsos antagonismos entre as ações a serem realizadas por tais equipes.³

Conforme disposto na referida portaria existem três modalidades de equipes eMulti, que se diferenciam de acordo com a composição de carga horária e vinculação com números de equipes, sendo elas:

- Equipe Multiprofissional Ampliada (300 horas semanais e 10 a 12 equipes vinculadas);
- Equipe Multiprofissional Complementar (200 horas semanais e 5 a 9 equipes vinculadas);
- Equipe Multiprofissional Estratégica (100 horas semanais e 1 a 4 equipes vinculadas).

As equipes multiprofissionais na APS - eMulti são equipes compostas por profissionais de saúde, de diferentes áreas do conhecimento e categorias profissionais. Elas operam de maneira complementar e integrada às outras equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS):

- Equipe de Saúde da Família - ESF;
- Equipe de Saúde da Família Ribeirinha - ESFR;
- Equipe de Consultório na Rua - ECR;
- Equipe de Atenção Primária - EAP;
- Equipe de Unidade Básica de Saúde Fluvial - UBSF.

Conforme a Portaria GM/MS nº 635 de 22 de maio de 2023, ocorreu o aprimoramento da estratégia. Houve aumento do cofinanciamento federal para as equipes multiprofissionais; foram incluídas novas especialidades médicas (cardiologia, dermatologia, endocrinologia, hansenologia e infectologia) na possibilidade de composição das equipes; acrescentou-se o arranjo de atendimento remoto como ferramenta tecnológica para otimização do processo de

função social e participará como representante institucional das secretarias municipais de saúde nos órgãos deliberativos e consultivos da Direção Nacional do SUS, principalmente no Conselho Nacional de Saúde, na forma da Lei nº 8142, de 1990, com vista a discutir e aprovar a política nacional de saúde e o seu financiamento, defendendo a descentralização das ações e serviços de saúde e a autonomia dos municípios para planejar as suas ações e serviços, aprovar o seu plano de saúde, de acordo com a sua realidade local, com o apoio técnico e financeiro da União e dos Estados, na forma da lei. (Disponível: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/06/Estatuto-CONASEMS-PDF>)

trabalho; e ampliou-se a carga horária dessas equipes, a fim de conformar equipes mais robustas para o fortalecimento da APS e do SUS.

Assim, a eMulti inova e valoriza o cuidado multidisciplinar com o aumento do valor do repasse federal aos municípios credenciados para o custeio dessas equipes, com a incorporação de tecnologias de informação e comunicação (TIC) e a ampliação da lista de composição profissional.

Segundo a NOTA TÉCNICA N° 10/2023-CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS as eMulti possuem a missão de cumprir as seguintes diretrizes e objetivos:

I - facilitar o acesso da população aos cuidados em saúde, por meio do trabalho colaborativo entre profissionais das eMulti e das equipes vinculadas;

II - pautar-se pelo princípio da integralidade da atenção à saúde;

III - ampliar o escopo de práticas em saúde no âmbito da APS e do território;

IV - integrar práticas de assistência, prevenção, promoção da saúde, vigilância e formação em saúde na APS;

V - favorecer os atributos essenciais e derivados da APS, conforme orientado pela Política Nacional da Atenção Básica - PNAB, por meio da atenção interprofissional, de modo a superar a lógica de fragmentação do cuidado que compromete a corresponsabilização clínica;

VI - oportunizar a comunicação, integração e articulação da APS com os outros serviços da RAS e intersetoriais, contribuindo para a continuidade de fluxos assistenciais;

VII - contribuir para aprimorar a resolubilidade da APS; e

VIII - proporcionar que a atenção seja contínua ao longo do tempo, por meio da definição de profissional de referência da eMulti e equipe vinculada, a fim de qualificar a diretriz de longitudinalidade do cuidado.

São ações prioritárias:

I - o atendimento individual, em grupo e domiciliar;

II - as atividades coletivas;

III - o apoio matricial;

IV - as discussões de casos;

V - o atendimento compartilhado entre profissionais e equipes;

VI - a oferta de ações de saúde à distância;

VII - a construção conjunta de projetos terapêuticos e intervenções no território; e

VIII - as práticas intersetoriais.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais (FUNASA,2002).

Esta proposta foi regulamentada pelo Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Medida Provisória n.º 1.911-8, que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios, onde está incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a FUNASA, e pela Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS (FUNASA,2002).

A implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços - voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde -, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Para sua efetivação, deverá ser criada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população. É indispensável, portanto, a adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e a adequação da capacidade do Sistema, tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social. Para que esses princípios possam ser efetivados, é necessário que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. Assim, dever-se-á desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços (FUNASA,2002).

Com base nesses preceitos, foi formulada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, cuja elaboração contou com a participação de representantes dos órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e pela política e ação indigenista do governo, bem como de organizações da sociedade civil com trajetória reconhecida no campo da atenção e da formação de recursos humanos para a saúde dos povos indígenas. Com o propósito de garantir participação indígena em todas as etapas de formulação, implantação, avaliação e aperfeiçoamento da Política, a elaboração desta proposta contou com a participação de representante das organizações indígenas, com experiência de execução de projetos no campo da atenção à saúde junto a seu povo (FUNASA,2002).

Segundo a Funasa para o alcance desse propósito são estabelecidas as seguintes diretrizes, que devem orientar a definição de instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas:

- organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Pólos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;
- preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;
- monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
- articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
- promoção de ações específicas em situações especiais;
- promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
- promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
- controle social.

O conceito utilizado nesta proposta define o Distrito Sanitário como um modelo de organização de serviços - orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado -, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social.

A definição territorial dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverá levar em consideração os seguintes critérios:

- população, área geográfica e perfil epidemiológico;
- disponibilidade de serviços,
- recursos humanos e infra-estrutura;
- vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS;
- relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional;
- distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas.

Para a definição e organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverão ser realizadas discussões e debates com a participação de lideranças e organizações indígenas, do órgão indigenista oficial, de antropólogos, universidades e instituições governamentais e não-governamentais que prestam serviços às comunidades indígenas, além de secretarias municipais e estaduais de Saúde.

Cada distrito organizará uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do Sistema Único de Saúde. As Comissões Intergestores Bipartites são importantes espaços de articulação para o eficaz funcionamento dos distritos.

As equipes de saúde dos distritos deverão ser compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, contando com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas e técnicos considerados necessários. O número, qualificação e perfil dos profissionais das equipes serão estabelecidos de acordo com o planejamento detalhado de atividades, considerando: o número de habitantes, a dispersão populacional, as condições de acesso, o perfil epidemiológico, as necessidades específicas para o controle das principais endemias e o Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde a ser definido conforme a diretriz específica desta política.

Nas aldeias, a atenção básica será realizada por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde, nos postos de saúde, e pelas equipes multidisciplinares periodicamente, conforme planejamento das suas ações.

Na organização dos serviços de saúde, as comunidades terão uma outra instância de atendimento, que serão os Pólos-Base. Os pólo é a primeira referência para os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias. São localizado no município de Tocantínia.

As demandas que não forem atendidas no grau de resolutividade do Pólo-Base deverão ser referenciadas para a rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada Distrito Sanitário Especial Indígena. Essa rede já tem sua localização geográfica definida e será articulada e incentivada a atender os índios, levando em consideração a realidade sócioeconômica e a cultura de cada povo indígena, por intermédio de diferenciação de financiamento.

Deverão ser oferecidos, ainda, serviços de apoio aos pacientes encaminhados à rede do Sistema Único de Saúde, eseses serviços serão prestados pelas Casas de Saúde Indígena, localizadas em municípios de referência dos distritos a partir da readequação das Casas do Índio. Essas Casas de Saúde deverão estar em condições de receber, alojar e alimentar

pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso.

Para a análise do Serviço Social e Saúde na atualidade é necessário recuperar os avanços e lacunas ocorridos na profissão a partir dos anos de 1980. Essa década marca o início da maturidade da tendência hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria – intenção de ruptura – e, com isso, a interlocução real com a tradição marxista. No entanto, os profissionais dessa vertente se inserem, na sua maioria, nas universidades e têm pouca capilaridade nos serviços (NETTO, 1996; BRAVO, 1996)

Na saúde, os avanços conquistados pela profissão no exercício profissional são considerados insuficientes, pois o Serviço Social chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração do trabalho institucional; continua enquanto categoria desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (encaminhamento operacionalizado pela Reforma Sanitária) e insuficiente produção sobre “as demandas postas à prática em saúde” (BRAVO, 1996).

Com o objetivo de garantir o acesso à atenção de média e alta complexidades, deverão ser definidos procedimentos de referência, contra-referência e incentivo a unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas (como os relativos a restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérprete, visita de terapeutas tradicionais, instalação de redes, entre outros) quando considerados necessários pelos próprios usuários e negociados com o prestador de serviço.

6 SERVIÇO SOCIAL E OS PROCESSOS DE TRABALHO NO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO INDÍGENA XERENTE

O propósito da política na atenção básica é garantir a população indígena Xerente o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

6.1 A inserção do Assistente Social na Atenção Básica junto aos povos indígenas

Para acompanhar as ações de saúde desenvolvidas no âmbito do Distrito Sanitário, será organizado o sistema de informações no Sistema de Vigilância em Saúde, voltado para a população indígena. Esse sistema deverá identificar informações que atendam às necessidades de cada nível gerencial, fornecendo subsídios para a construção de indicadores que avaliem a saúde e, a atenção à saúde dos serviços no Distrito Sanitário, à sua cobertura e à sua efetividade.

Essas informações servirão para identificar os fatores determinantes da saúde, estabelecer prioridades na alocação de recursos, facilitando a participação da comunidade no planejamento e na avaliação das ações. Os instrumentos para coleta de dados no território distrital serão propostos por equipe técnica do órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas.

O fluxo de informações será pactuado com os municípios de referência e/ou estados. Os dados gerados nos serviços de referência da rede do SUS serão encaminhados para os distritos. O distrito viabiliza todo o serviço de assistência na sua área de abrangência, o mesmo repassará estas informações para os municípios e/ou estados, a fim de alimentar os bancos de dados nacionais.

Deverá ser facilitado o acesso aos dados para a produção antropológica, de modo a facilitar a qualificação e a análise dos dados epidemiológicos. O Acompanhamento e Avaliação desta política terá como base o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - SIASI- referente à saúde dos povos indígenas.

Os aspectos a serem acompanhados e avaliados incluirão a estrutura, o processo e os resultados da atenção à saúde dos povos indígenas. O SIASI deverá subsidiar os órgãos

gestores e de controle social quanto à indispensável compatibilidade entre o diagnóstico situacional dos problemas de saúde identificados e as prioridades estabelecidas nos níveis técnico, social e político, visando a coerência entre ações planejadas e efetivamente executadas.

Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde (Brasil, 2002, p. 17).

No Brasil, as medidas antissociais vêm colidindo com os pressupostos da Constituição Federal de 1988, principalmente em relação aos direitos territoriais das populações originárias. O Estado brasileiro vem dando margem à expansão dos grandes empreendimentos nos territórios que deveriam ser demarcados como de usufruto dos povos indígenas, favorecendo um processo de rapinagem da identidade territorial e cultural destes.

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).

Na saúde, em que esse embate claramente se expressa, a crítica ao projeto hegemônico da profissão passa pela reatualização do discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção, pela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área, que caminha tanto para a negação da formação original em Serviço Social ou deslancha para um trato exclusivo de estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica. A primeira é a constatação de que ainda existe na categoria segmentos de profissionais que, ao realizarem a formação em saúde pública, passam a não se considerarem como assistentes sociais, recuperando uma autoapresentação de sanitaristas. A segunda tendência, na atualidade com mais vigor, é a de resgatar no exercício profissional um privilegiamento da intervenção no âmbito das tensões produzidas subjetivamente pelos sujeitos e tem sido autodenominada pelos seus executores como Serviço Social Clínico. (CFESS,2009).

Percebe-se, o discurso da necessidade da criação de entidades ou da realização de fóruns de capacitação e debates dedicados a importância da produção do conhecimento sobre o Serviço Social nas diferentes áreas de especialização da prática médica, de forma fragmentada.

Outra preocupação que se coloca é a necessidade de sujeitos históricos individuais e coletivos não caírem no possibilismo, que significa flexibilizar os princípios defendidos no projeto ético-político profissional e na proposta de Reforma Sanitária com vistas a assegurar pequenos ganhos políticos, “a partir de concessões e revisionismos teórico-políticos” (BRAZ, 2004).

Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético político profissional tem de, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (MATOS, 2003; BRAVO; MATOS, 2004).

Considera-se que o Código de Ética da profissão apresenta ferramentas imprescindíveis para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social. Pensar e realizar uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde consiste em:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;

- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;

- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;

- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras. No que se refere aos direitos dos assistentes sociais, o artigo 2º do Código de Ética assegura:

	Garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código;
	Livre exercício das atividades inerentes à profissão;
	Participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais e na formulação e implementação de programas sociais;
	Inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional;
	Desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional;
	Aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código;
	Pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população;
	Ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções;
	Liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos.

No que se refere aos deveres profissionais, o artigo 3º do Código de Ética estabelece:

	Desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor;
	Utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da profissão;
	Abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes.
D	Participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades.

Tendo em vista o disposto acima, o perfil do assistente social para atuar nas diferentes políticas sociais deve afastar-se das abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas, que reforçam as práticas conservadoras que tratam as situações sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidos individualmente.

O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional (conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, 1996), demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais.

A Lei de Regulamentação da Profissão estabelece, no seu artigo 4º, como competências do assistente social:

- elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto à órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
- elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam de âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- 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;
- planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais;
- planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta, indireta, empresas privadas e outras entidades;

- 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;
- planejamento, organização e administração de serviços sociais e de Unidade de Serviço Social;
- realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto aos órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

O atendimento direto aos usuários se dá nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade, a estrutura da rede de serviços brasileira a partir das unidades da Estratégia de Saúde da Família, dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, Centros de Apoio Psicossocial (CAPs), hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual ou municipal.

As ações que predominam no atendimento direto são as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas é fundamental a investigação o planejamento, a mobilização e a participação social dos usuários para a garantia do direito à saúde, bem como a assessoria para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

O trabalho em equipe merece ser refletido e as atribuições do profissional de Serviço Social precisam ficar especificadas e divulgadas para os demais profissionais, resguardando-se, assim, a interdisciplinaridade a ser defendida na saúde.

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde.

A equipe de saúde e/ou os empregadores, frente às condições de trabalho e/ou falta de conhecimento das competências dos assistentes sociais, têm historicamente requisitado a eles diversas ações que não são atribuições dos mesmos, a saber:

- marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes;
- solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta;
- identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar;
- pesagem e medição de crianças e gestantes;

- convocação do responsável para informar sobre alta e óbito;
- comunicação de óbitos;
- emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social;
- montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como a dispensação destes. Estão sendo aqui consideradas como não atribuições dos assistentes sociais aquelas ações que possuem um caráter eminentemente técnicoadministrativo, como também aquelas que demandam uma formação técnica específica (de outras profissões da saúde) não contemplada na formação profissional dos assistentes sociais.

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. Devesse 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, p. 185).

O assistente social tem tido, muitas vezes, dificuldades de compreensão por parte da equipe de saúde das suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde determinadas pelas pressões com relação à demanda e à fragmentação do trabalho ainda existente. Entretanto, essas dificuldades devem impulsionar a realização de

reuniões e debates entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas ações e estabelecimento de rotinas e planos de trabalho.

6.2 A particularidade de atuação do Assistente Social no município de Tocantínia/TO.

As Secretarias Estaduais e Municipais devem atuar de forma complementar na execução das ações de saúde indígena, em articulação com o Ministério da Saúde/FUNASA. É indispensável a integração das ações nos programas especiais, como imunização, saúde da mulher e da criança, vigilância nutricional, controle da tuberculose, malária, doenças sexualmente transmissíveis e aids, entre outros, assim como nos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária a cargo dos gestores estaduais e municipais do SUS que já afetam grande parte da população indígena no país.

O assistente social teve historicamente, seu campo profissional concentrado no espaço urbano. Todavia, esse profissional vem ampliando, ultrapassando as fronteiras urbanas e adquirindo espaço social e profissional. É visível o crescimento da inserção dos povos e comunidades tradicionais, nas políticas sociais brasileiras.

A propósito, um dos objetivos da demarcação das Terras Indígenas é justamente garantir a reprodução sociocultural dos povos indígenas, ou seja, para que suas tradições sejam transmitidas através das gerações de acordo com suas visões de mundo e modelos próprios de vida em sociedade. A terra não é mero suporte físico da sobrevivência. O que ela sustenta é todo o modo de vida indígena, suas relações sociais e o sistema de crenças e conhecimento. A não ser por interferência nossa, a terra não é objeto de propriedade privada – uma noção até então inexistente entre os povos indígenas que vivem de modo tradicional. O acesso aos recursos é coletivo e o resultado do trabalho na terra repartido entre as famílias, que podem acessar águas, solos, árvores, cachoeiras, animais, peixes para retirar seu sustento sem ter que respeitar cercas com arames farpados ou muros. Aliás, somente depois do cerco colonial é que foram impostas fronteiras rígidas aos territórios indígenas, a maioria subtraída de seus limites originais. Cada povo reconhece os limites espaciais do outro: “consideram desrespeitoso e agressivo entrar no território utilizado por outros grupos vizinhos sem lhes dar satisfações, assim como esperam satisfações daqueles que penetram em seu território com boas intenções” (TASSINARI, 1995).

O espaço das aldeias é onde são construídas as habitações, têm vários modelos arquitetônicos raramente um povo indígena está concentrado numa única aldeia. Circundando as casas, mais ou menos próximos da aldeia, estão localizados os roçados. Eles são cuidados

pelas famílias e produzem segundo o sistema da coivara, em que um pedaço de mata é derrubado e queimado para limpeza e geração de adubo. São plantados alguns gêneros principais, como milho e mandioca, e outros secundários, cará, jerimum, fava, pimenta, ananás, maracujá, banana, inhame, batatadoce.

As roças produzem por até dois anos, quando então abrem uma nova em outro lugar, deixando o solo da roça antiga “descansar”. Ali crescerá nova mata (“capoeira”) que atrairá animais de caça, como caititu e preá, que se alimentam dos frutos que continuam a brotar.

A propósito, na visão de mundo indígena, os domínios humano, natural e espiritual não são separados. Árvores, insetos, bichos, enfi m todos os seres vivos têm capacidade de enxergar, sentir e refletir sobre o mundo; são dotados de intenção e se veem como humanos. Portanto, o que para nós é “natureza” inerte, aos olhos indígenas é um universo repleto de seres inter-relacionados e interdependentes. Todos fazem parte de uma imensa rede de trocas cuja quebra por ambição ou ganância pode trazer desequilíbrio e ameaçar a todos com catástrofes e desastres. Por isso, muitos povos dizem que certas plantas ou animais devem ser primeiramente acessados pelos pajés, que obtêm permissão para a comunidade caçar ou coletar disciplinadamente, sem exageros.

A Assistência Social é uma política pública que visa respeitar e promover o respeito à diversidade cultural e étnica. Isso está expresso na PNAS, quando relaciona os indígenas como parcela dos “invisíveis” a quem suas ofertas devem chegar, tanto quanto na NOB-SUAS 2012, como parte dos objetivos do SUAS (Artigo 2º) e um dos princípios éticos para oferta da proteção socioassistencial, ao lado da defesa da liberdade, dignidade, cidadania, protagonismo e autonomia dos usuários (Artigo 6º). O que também está de acordo com a Constituição Federal, cujo Artigo 3º define, dentre os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, a promoção do bem de todos, “sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”, bem como com o Artigo 215, que estabelece que o Estado apoie e valorize as manifestações culturais populares, dentre elas as dos indígenas.

No caso da Proteção Social Básica (PSB), os serviços (em especial o PAIF), programas, projetos e benefícios devem prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Como ressalta Sposati (2009), “proteção” supõe tomar a defesa da vida individual e social, dando apoio, guarda, socorro e amparo; medidas de proteção devem ser vigilantes para que se evite sua destruição.

O protagonismo é relativo à maior ou menor capacidade de autonomia. Refere-se à autodeterminação na gerência dos próprios assuntos e à possibilidade de expressar demandas em esferas públicas para garantia e/ou manutenção de direitos.

O Serviço de Saúde deve promover maior equidade nas relações interétnicas entre indígenas e não indígenas. Isso implica fortalecer a capacidade das famílias e comunidades indígenas para resistir à usurpação material e à desvalorização cultural. Em síntese, para os indígenas, autonomia e protagonismo dependem da proteção do território.

A família é um dos elementos centrais da política de assistência social. Sob a noção de “matricialidade sociofamiliar”, a PNAS a elegeu como núcleo social fundamental para efetivação de ações e serviços do SUAS: “família” é o conjunto de pessoas unidas por laços consanguíneos, afetivos e/ou de solidariedade cuja sobrevivência e reprodução social pressupõem obrigações recíprocas e o compartilhamento de renda e/ou dependência econômica.

Nossa espécie só se desenvolve psicológica e intelectualmente na interação social, sendo a família o núcleo primário de convivência. Conviver é um dos fundamentos antropológicos do ser humano, que encontra nas festas e rituais importantes momentos dinamizadores dos laços entre pessoas e famílias.

A convivência encontra expressão no pertencimento à família, na reciprocidade de afetos, cuidados, valores, na construção da cultura e da coletividade. De acordo com Sposati (2009), convivência é o contraponto do isolamento - que é uma das ameaças à vida relacional. A PNAS estabelece a segurança de convívio associada à proteção das subjetividades coletivas e das construções culturais para por fim às barreiras relacionais criadas pela intolerância e discriminação que são, no caso dos indígenas, particularmente agudas no cerceamento de direitos.

Para trabalhar com as famílias indígenas, é particularmente importante enxergar a vulnerabilidade em suas múltiplas dimensões. Para além da pobreza, a PNAS reconhece que a vulnerabilidade das situações que limitam o acesso a direitos. É preciso focar as capacidades que as famílias e grupos indígenas têm para resistir às situações de eminente risco, não sem antes empreender um diálogo intercultural para diagnosticar os fatores que geram a vulnerabilidade.

Cabe aqui a sensibilidade requerida por Sposati para o devido e respeitoso uso dessa categoria: “do mesmo modo que se pode aplicar o conceito de pobre, carente, excluído como estigmas, também se pode aplicar os conceitos de vulnerabilidade e vulnerável. Trata-se de

uma categoria como designativo de alguém e, por isso, esse alguém abre mão de ser sujeito para ser sujeitado, perdendo a categoria de cidadão” (SPOSATI,2009).

Para a realidade indígena, é demandado um olhar específico que reconheça a história de exclusão e violência a que foram submetidos os povos indígenas e que configura condições particulares de vulnerabilidade e risco, conforme a etnia e região. A vulnerabilidade das populações indígenas está muito ligada à questão da garantia de sua terra, nas quais muitos realizam trabalhos não remunerados que garantem sua subsistência e sua autonomia.

A NOB SUAS 2005 orienta a instalação de CRAS em territórios com maior concentração de famílias com renda per capita mensal de até meio salário mínimo, uma vez que as vulnerabilidades sociais podem ser agravadas pela situação de empobrecimento das famílias que não podem prover a sua sobrevivência por meio do trabalho, seja porque seus membros encontram-se incapacitados, temporariamente fora do mundo do trabalho ou com uma inserção precária. “A pobreza é uma das vulnerabilidades que perpassam as demandas protetivas no campo socioassistencial e face à qual a assistência social opera garantias” (Colin e Jaccoud, 2013). A segurança de sobrevivência pode ser garantida através de programas de transferência de renda (como o Bolsa Família) e benefícios (BPC) àquelas famílias cujos membros têm inserção no mercado de trabalho nula ou frágil para assegurar seu sustento.

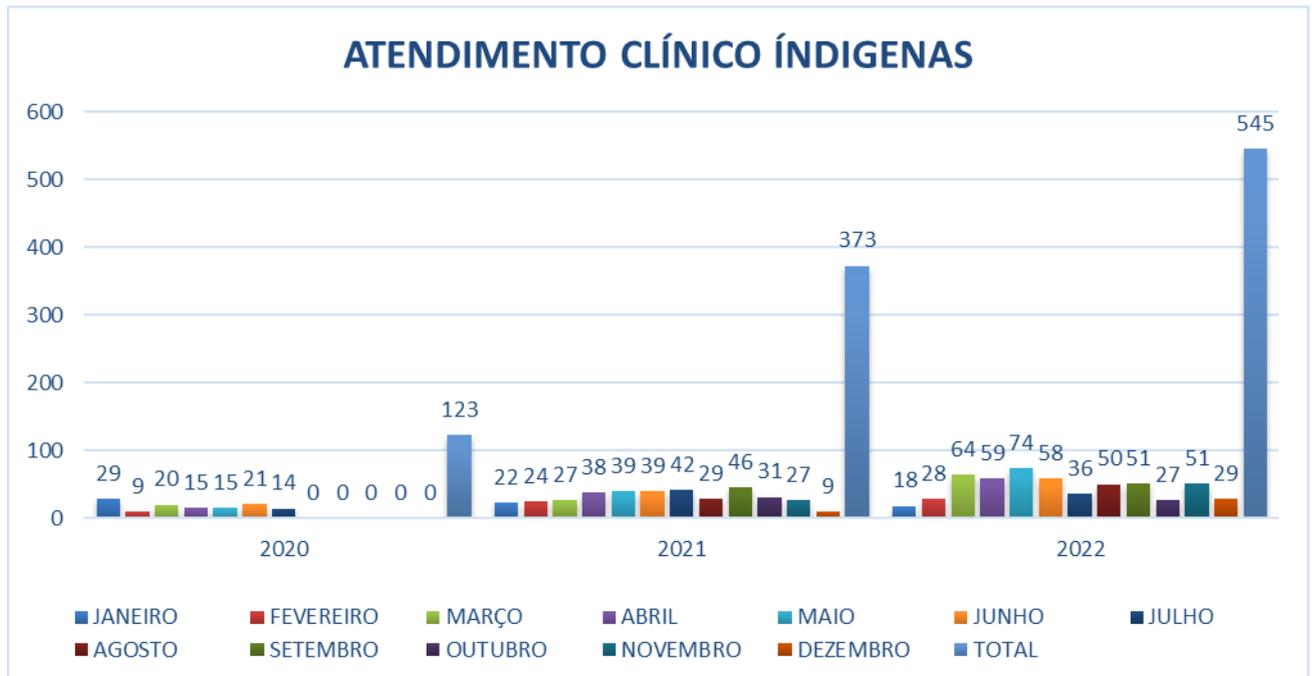
As ações particularizadas também se justificam pela necessidade de aprofundar o conhecimento sobre as dinâmicas sociais que envolvem aquela família indígena específica (relação com outros núcleos familiares, status das pessoas na estrutura social indígena, contatos com o mundo urbano, relacionamento com instituições estatais, inserção no mercado de trabalho formal e informal), visando superar situações de vulnerabilidade e riscos. É com base no estreitamento do vínculo técnico-profissional com as famílias indígenas que será possível prestar atendimento adequado às demandas apresentadas. As informações colhidas devem ser registradas e mantidas em sigilo.

A assistente social do município de Tocantínia trabalha com objetivo de orientar as pessoas em situações de desamparo, vulnerabilidade, hipossuficiente, e assim os atendimentos aos pacientes e usuários dos serviços são ofertados. O Serviço Social da UBS Dr. Quincas tem desenvolvido um papel de efetivar os direitos da população que utiliza os serviços do SUS, através da parceria com a Secretaria Municipal de Saúde sendo reforçado o elo entre paciente e serviço prestado pelo SUS.

Desenvolveu se uma entrevista que consta no apêndice A e B as perguntas, com a técnica de coleta de dados e com a visita técnica nos setores de atendimento da UBS, vacinação e fisioterapia, para efetivar uma sistematização de dados somente da população

índigenas, realizado as perguntas que constam em no apêndice para que as respostas dos profissionais pudessem conduzir o presente trabalho. A entrevista realizada a coleta de dados no mês de abril de 2024.

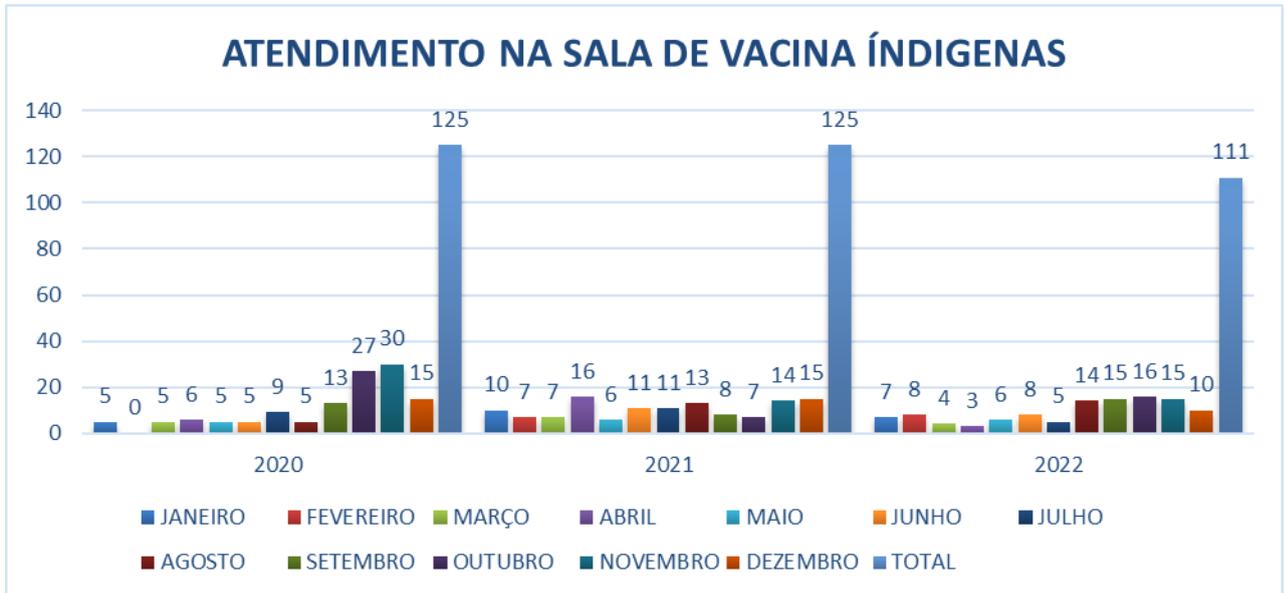
Tabela 04- Atendimento Clínico na UBS DR. Quincas.



Fonte: Cadernno de registro de atendimento Dr. quincas, 2024.

Verificamos na tabela acima o registro de atendimentos clínicos indígenas de forma mensal por cada ano de análise deste estudo, podemos observar que no período do ano de 2020 um ano atípico e pandêmico observamos que obtivemos um total de 123 atendimentos indígenas, ressalta se que neste período pandêmico foram obedecidos todas as regras compostas pela OMS e Ministério da Saúde. Podemos observar ainda que o ano subsequente obtivemos um valor total de atendimentos no valor de 373 atendimentos anuais, no período de 2022 obtivemos um total de 545 atendimentos anuais.

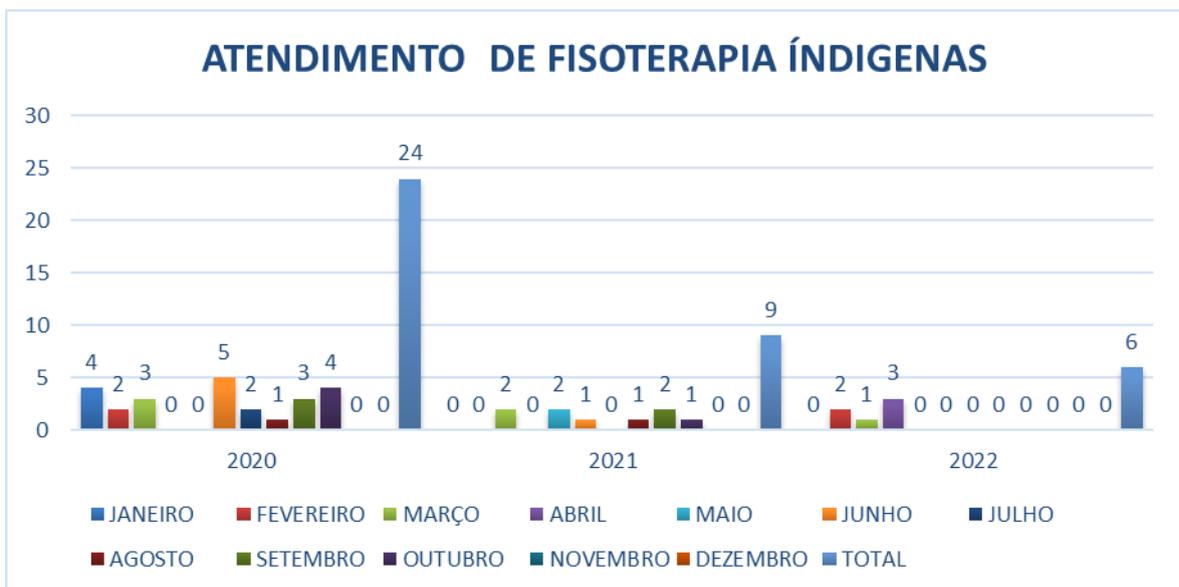
Tabela 05- Atendimento na sala de vacina na UBS Dr. Quincas..



Fonte: Cadernno de registro de vacina Dr. quincas, 2024.

O atendimento indígena na sala de vacina tem a livre demanda do usuário observamos que o Pólo Base da saúde indígena Xerente obtém o esquema vacinal na reserva indígena Xerente mas a UBS tem realizado o esquema vacinal de acordo com a demanda que consta no livro de registro no período de 2020 o total de 125 atendimentos, no período de 2021 o total de 125, no período de 2022 consta o total de 112 usuários vacinados.

Tabela 06- Atendimento na fisioterapia na UBS Dr. Quincas.



Fonte: Cadernno de registro de fisioterapia Dr. quincas, 2024.

O atendimento de fisioterapia nos anos recorrentes de 2020 á 2022 consta o ano em primeiro lugar em atendimento de fisioterapia foi o ano de 2020 com o total de 24 usuários realizando reabilitação, em seguida o ano de 2021 com 9 usuários em atendimento de reabilitação, posteriormente no ano de 2022 com o total de 6 usuários.

A partir do que foi apresentado acima, o estudo tem a modalidade de entrevista aberta, pois o objetivo geral da entrevista é compreender de tal forma como são realizados os atendimentos e as ferramentas que são utilizadas com a povo xerente. O assistente social da unidade atua de forma que possa caracterizar as suas demandas e atende-la corretamente e de acordo com os princípios da lei.

Durante minha pesquisa de campo realizada no dia 24.04.2024, as 10:30, com a assistente social substituta Thambata W. Santos Farias, CRESS N 2873, fui atrás de dados quantitativos, sobre a relação aos atendimentos indígenas e não indígenas, no ano 2020 a 2022, porém a mesma disse que não há esses dados, não tem e que não existe no setor uma tabela que especifique. Que os atendimentos são como um todo tanto os indígenas como os não indígenas são atendidos, mas que não se especifica.

Existe um protocolo para o atendimento da assistente social na unidade básica de saúde de Tocantina que é a livre demanda. Ou seja, é realizado através das procuras ao serviço social, seja por meio de encaminhamento ou da própria procura do paciente.

A entrevista foi realizada na Unidade básica de saúde do município de Tocantina. Após a leitura do Termo do Consentimento Livre Esclarecido e esclarecimentos sobre o objeto geral da pesquisa, e a importância em participar, e assim a concordância do profissional mediante termo.

Para facilitar a exploração do conteúdo da entrevista e maior correção na coleta de dados, elas foram anotadas no caderno e posteriormente foram imediatamente e transcritas, para a leitura e análise.

Baseado na análise realizada durante a entrevista e visita técnica, foi possível constatar que a constituição tem condições específica na estrutura, como uma sala para o atendimento social, que assegura o atendimento adequado para o usuário do SUS conforme visto, a assistente social trabalha no período de funcionamento da UBS Dr. Quinas, sendo 30 hs semanais conforme a Lei.

Inicialmente observamos que o usuário obtém suas necessidades específicas relacionadas ao atendimento do serviço social na saúde. Pesquisado que a assistente social realiza atendimento a população indígena, a população da Zona Rural, Urbana, Chácaras e fazendas.

No que se refere à demanda do serviço social na unidade básica de saúde, a população indígena Xerente obtém uma certa resistência em busca do serviço ofertado pela saúde municipal através do SUS. A unidade Básica de Saúde (UBS) no setor de serviço social atende toda população e todas as faixas etárias não tem especificidades de cor, raça, etnia, tem o dever de atender todos por igual. O Serviço social ofertado não é limitado, mas sim ofertado para todo o público usuário.

O serviço social prestado pelo SUS dirigir-se até as aldeias se possuir ações prestadas a comunidade indígenas. Existem ação especifica para os indígenas nas aldeias que somente os profissionais do DSEI podem realizar o serviço ofertado. As ações ofertadas a toda comunidade do municipio de Tocantínia é o grupo de tabagismo; grupo hiperdia, processo de laqueadura, palestras sobre todos os programas do SUS, acolhimento, orientação familia, palestras sobre planejamento familiar, consulta a noite o dia do homem.

As principais demandas apresentadas no serviço social com os indígena Xerente, está relacionado às mulheres que são mães e que possuem quatro filhos ou mais, esse serviço é ofertado na unidade básica de saúde a usuária é acolhida no setor do serviço social, e encaminhado para a psicologa, posteriormente para a médica clínica e a enfermeira do planejamento familiar, posteriormente a mesma é inserida no sistema de regulação SISREG para realizar o procedimento de laqueadura.

Originando se uma análise da entrevista, sendo uma das perguntas sobre a relação aos serviços ofertados se é somente para a população indígena e se é diferente dos não indígenas?

Cosnta a resposta:

“Os serviços ofertados não são somente para os indígenas, aqui tratamos todos iguais, o mesmo para todos não tem diferença”.
(Assistente Social, entrevista aplicada em 24.04.2024)

Nessa resposta da assistente social podemos observar que os atendimentos são realizado com os principios do SUS.Partindo dessa análise, torna-se relacionar a discussão sobre o acolhimento em saúde que conforme destaca Brasil (2010) se concretiza como:

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. [...] (BRASIL,2010)

Sobre a questão 2 do apêndice B, cita como as habilidades e técnicas são necessárias para ter um bom atendimento. Uma parte da resposta da assistente social é:

“As técnicas são os nossos instrumento. E as técnicas de início é por meio de entrevistas e em seguida depende da demanda que vamos encaminhar para um relatório, um encaminhamento.” (Assistente Social, entrevista aplicada em 24.04.2024)

Dessa forma podemos analisar que as técnicas estão sendo trabalhadas conforme as demandas dos usuários, e que essa forma de trabalhar são seus meios de trabalho. Esse conhecimento faz com que é possível esclarecer e conduzir o trabalho com que é realizado no ato do atendimento.

Dessa forma levando uma linha de raciocínio a fala da assistente social, Yamamoto (2007) ressalta sobre tais instrumentais de trabalho do assistente social como de um modo geral, “tem-se uma visão dos instrumentos de trabalho como arsenal de técnicas, dado como exemplo: as entrevistas, reuniões, encaminhamentos entre outros”.

Diante disso, com a fala da Assistência Social da Unidade Básica de Saúde pode-se dizer e ser identificado que as duas seguem a mesma linha de raciocínio, que então assistente social cita sobre os instrumentos são, encaminhamento, entrevista, relatório entre outros.

Entre as principais instrumentos e atividades da instituição pelo assistente social do eMulti⁴, destacam-se: atendimento (individual e/ ou coletivo) e acompanhamento social às famílias referenciadas pelo eMulti; atendimento particularizado por meio de visitas domiciliares, estudos socioeconômicos para identificar quais são as demandas e as necessidades sociais; realização de encaminhamento para serviços setoriais e/ ou à rede foco assistencial e desenvolvimento de atividades coletivos através de grupos organizados pelo eMulti. O Serviço Social atua, contribuindo na melhoria da qualidade de vida da Família.

O trabalho do assistente social na atenção básica apresenta a política social de saúde, como direito de cidadania e apreende a proposta do SUS (Sistema Único de Saúde) dentro dos princípios da concepção ampliada de saúde, ou seja, reconhecendo a influência das relações sociais, econômicas, das condições de vida e existência nos processos saúde-doença.

A supervisão técnica do Serviço Social na eMulti é entendida como fundamental para fortalecer estratégias de fomento da cidadania e participação social, como também para socialização de informações sobre a compreensão do direito à saúde que não se restringe apenas à ausência de doença. As ações do assistente social junto aos outros profissionais da

⁴ eMulti - Parágrafo único. Para efeitos desta Portaria entende-se por eMulti equipes compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes da Atenção Primária à Saúde - APS, com atuação corresponsável pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a Rede de Atenção à Saúde – RAS (BRASIL)

equipe viabilizam a integralidade, a intersetorialidade e a educação em saúde com caráter democrático e participativo.

O profissional de Serviço Social na eMulti tece a compreensão dos saberes e práticas que são vivenciadas no cotidiano dos sujeitos. Tal conhecimento desvelado num parâmetro de reflexão contribui para a efetivação de um paradigma de atuação mais amplo no que tange à educação em saúde.

Em suma, podemos afirmar que a atenção básica na saúde é um dos espaços profissionais que viabiliza o atendimento direto aos usuários, favorecendo o desenvolvimento de ações socioeducativas pelos assistentes sociais como a sensibilização dos usuários sobre direitos sociais, rotina institucional, promoção da saúde por meios de grupos sistemáticos e continuados.

A realização de atividades socioeducativas nas campanhas preventivas, a mobilização e o incentivo dos usuários para participar no controle social são atividades que enfatizadas fornecem elementos para transformar a realidade.

No entanto, trabalhar nesses rumos significa encarar desafios constantes que se apresentam no cotidiano profissional do Serviço Social. Significa apostar e defender a atualização profissional permanente, acompanhando todas as dinâmicas societárias, tomando como referência a concepção ampliada de saúde, os princípios da reforma sanitária e as diretrizes do SUS que apresentam a atenção integral com prioridades a ações preventivas como eixo fundamental para real efetivação do Sistema Único de Saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado junto aos Akwê-Xerente, localizado no Município de Tocantínia, no estado do Tocantins, possibilitou uma maior compreensão acerca da história desta comunidade. Ao longo de sua história, eles viveram inúmeras situações de conflitos, sejam políticos, sociais, ideológicos, territoriais ou culturais, cuja natureza conduziu a situações de doenças e de muitas mortes.

Assim o histórico das políticas indigenistas desde o Período Colonial deu origem a situações patrimoniais diversas entre os índios assimilados ou em processo de assimilação, sendo tais circunstâncias condicionadas pelo momento histórico-social de incorporação desses povos à sociedade dominante.

Desse modo, no processo de colonização das terras brasileiras, foram evidenciadas às várias normas de leis e as violências contra eles que, por sua vez, aprenderam a lidar e a se defender dos crimes cometidos contra eles. Nesta luta, observamos na história que muitos povos foram extintos, entretanto, os indígenas estão na contramão das teses de extinção total das populações indígenas, continuaram na busca de seus direitos e de reconhecimento de seus territórios.

Na história a participação da população indígena nos movimentos sociais em 1988 onde os mesmos exigiam aprovação do texto da lei que reconhecia aos povos indígenas os direitos sobre as suas terras, e o fim da tutela e da ideia de integração. Em 1988, o governo realizou demarcação de terras indígenas, os povos indígenas continuam convivendo com as oscilações das leis e das políticas públicas do país.

Os povos indígenas tornaram-se sujeitos da luta pelos direitos da sua cultura e de serem respeitados em seu modo de vida. A conjuntura da política do Brasil tem ameaçado esses direitos conquistados, como alguns projetos de leis e emendas parlamentares que trazem propostas devastadoras aos direitos indígenas, principalmente no que diz respeito aos seus territórios. Reorganização, os povos indígenas pós-constituição de 1988 são ativos e participam dos conselhos, ONGs, e associações.

A pesquisa de campo possibilitou conhecer os Akwê-Xerente com sua complexidade organizacional e cultural, resistente com uma população de 3.814 integrantes. Destes, 357 moram na cidade de Tocantínia. Estes indígenas vivem uma relação econômica e política intensa com esse município. Os Akwê-Xerente estão inseridos nas relações das políticas partidárias, assim como as dinâmicas das associações indígenas de captação de projetos com recursos destinados às políticas de gestão de território, meio ambiente e questões afins.

A atuação profissional do Assistente Social na política de saúde junto aos povos indígenas só recentemente passou a ser objeto de reflexões de ordem teórico-metodológica. Apesar das sucessivas e históricas violações pelas quais passam a população indígena, para a bibliografia consultada, o Serviço Social tem ainda uma incipiente produção científica sobre o tema.

O estudo objetivou, atuação do Assistente Social na política da atenção básica que atua junto a população indígena Xerente, segundo a literatura da área do Serviço Social bem como, caracterizar as particularidades teórico-metodológicas da atuação do Assistente Social junto aos povos indígenas e constatar os obstáculos postos ao Assistente Social face a sua atuação junto aos mesmos. A questão norteadora foi: Quais as contribuições do trabalho profissional do assistente social na política de saúde na atenção básica com os povos indígenas Xerente em Tocantínia?

Constatamos que um dos maiores desafios com o qual o Assistente Social têm que lidar é sobretudo a questão da desigualdade estrutural brasileira, uma outra é o perfil focalista e seletivo, de nossas políticas sociais, que corrobora com as dificuldades de acesso dos povos indígenas aos serviços prestados por tais políticas, mas sobretudo o acesso à terra.

Durante o percurso investigativo, com o foco nas leituras realizadas, observamos que os profissionais que implementam as políticas sociais juntamente com os povos indígenas se mostram despreparados em relação às particularidades relativas às várias culturas existentes. Nesse sentido, o vínculo profissional é comprometido e ao mesmo tempo as barreiras de acesso aumentam.

As peculiaridades sinalizadas na atuação do Assistente Social traz a luta contra a invisibilidade dos indígenas e a questão territorial que precisam urgentemente serem introduzidas na base curricular do Serviço Social, na qual as singularidades culturais e identitárias sejam respeitadas. A iniciativa do Conselho do serviço social, só mais recentemente o debate sobre as necessidades sociais dos povos indígenas começou a fazer parte do conteúdo programático dos curso de Serviço Social. Entende-se que haja na formação do Assistente Social a inclusão da discussão sobre as estratégias de mediação profissional em relação às expressões sociais dos povos indígenas.

Desse modo na medida em que foi se finalizar as perguntas da entrevista, foi possível analisar de um modo geral, que o sistema é falho e que visto isso percebe-se que a falta de dados no setor, não tem um Censo, Atlas ou até mesmo um caderno de registro de atendimentos diário realizado, que possa ser registrado o atendimento indígena para que no final possa fazer um quantitativo de dados e ainda assim possa trabalhar de forma que favorece a unidade. Mas

que nos outros setores com a minha visita pude perceber e analisar que se tem um caderno de registro somente para os indígenas. Todos os atendimentos são registrados todos os dias.

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.
- APOINME- **Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo**. Potyrõ: Saberes e lutas coletivas. Recife, 2021.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade Social pública ainda é possível! **Revista Inscrita**, Brasília, nº 10, CFESS, 2007.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília, DF, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da saúde. Disponível: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/o-queeatencaoprimaria#>: Acesso em:22 de abril 2024.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.
- BRAVO Gestão Democrática na Saúde: o potencial dos conselhos. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazonaida (Org.). **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.
- BRAZ, Marcelo. **O governo Lula e o projeto ético-político do Serviço Social**. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, nº 78, Cortez, 2004.
- CEAP- Centro de Educação e Assessoramento Popular; **O SUS e a efetivação do direito humano à saúde**,2017.
- COLIN, Denise e JACCOUD, Luciana. Assistência social e construção do SUAS – balanços e perspectivas: o percurso da Assistência Social como política de direitos e a trajetória necessária. In: Colin, Denise et. al. (orgs.). **20 anos da Lei Orgânica da Assistência Social**. Brasília: MDS, 2013.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social**. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Assistência Social. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais**, nº 1, Brasília: CFESS, 2009.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL 7ª REGIÃO. **Assistente Social: ética e direitos**. Rio de Janeiro: CRESS 7ª Região, 2005.

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. **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. **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.

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

GALLOIS, Dominique. Terras ocupadas? Territórios? Territorialidades? In: RICARDO, Fany (org.). **Terras Indígenas e Unidades de Conservação da natureza: o desafio das sobreposições**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2004

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

G1. TOCANTINS :<http://g1.globo.com/to/tocantins/noticia/2015/09/conheca-historia-dos-xerente-um-dos-povos-participantes-dos-jmi.html>. Acesso em 14 de abril. de 2024.

HOCHMAN, G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educ. Rev.**, 25, p. 127- 141, 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.370>. Acesso em: 6 fev. 2020.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço Social na **Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 11 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

INDICADORES sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. 151 p. Acompanha 1 CD- ROM. (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, n. 28). Acesso em: fev. 2013.

INDICADORES. Disponível: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37565-brasil-tem-1-7-milhao-de-indigenas-e-mais-da-metade-deles-vive-naamazonialegal#>: Acesso em: abril.2024.

MATOS, M. C. de. Assistente social: trabalhador(a) da área da saúde. Reflexões a partir do debate brasileiro. **Revista Interações**, n. 17, 2009.

PAULO NETTO, José Paulo. **Democracia e Transição Socialista**: escritos de teoria e política. Belo Horizonte: Oficina de Livros, 1990.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Disponível em: www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo23p.pdf. Acesso em: 14 jan. 2020.

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: desafios atuais. **Temporalis**. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS/Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios, São Luís, nº 13, ABEPSS, jan./jun. 2007.

SILVA, Ivone Maria Ferreira. Da. Questão Social e Serviço Social na Formação Socio-Histórica Brasileira. **Revista Temporalis**: Brasília (DF), ano 12, n. 25, p. 261-278, 2013.

SILVA, Elizângela Cardoso de Araújo. Povos Indígenas no Brasil e a questão da terra. **Revista de Políticas Públicas e Segurança Social**, [s. l], v. 1, n. 1, p. 182-196, 2017.

SPOSATI, Aldaíza. **Modelo brasileiro de proteção social não contributiva**: concepções fundantes. In: MDS e UNESCO. Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil. Brasília: MDS e UNESCO, 2009.

TASSINARI, Antonella Maria Imperatriz. Sociedades indígenas: uma introdução ao tema da diversidade cultural. In: Silva, Aracy Lopes da e Guprioni, Luís Donisete Benzi (orgs). **A temática indígena na escola: novos subsídios para professores de 1º e 2º graus**. Brasília: MEC/MARI/UNESCO, 1995.

TERRAS INDÍGENAS DO BRASIL. **Massacre do Paralelo 11** extermina 3.500 índios. Disponível em: < <https://terrasindigenas.org.br/noticia/17879>>. Acesso em: 13 jul. 2021.

TOCANTÍNIA (TO). **Câmara Municipal**. Disponível em: <https://tocantinia.to.leg.br/pagina/Historia>. Acesso em: 22 abril. 2024

APÊNDICE

APÊNDICE A –Roteiro da entrevista

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. Em seu ponto de vista como é o diálogo ao atender os indígenas que chega?
2. Você pode me falar um pouco sobre quais as demandas dos povos indígenas Xerente ao chegar na unidade de saúde?
3. Quais são os desafios enfrentados durante a realização do atendimento indígena?
4. Como é suas atribuições profissionais como assistente social na política de saúde e assistência social diretamente para os povos indígenas?
5. Quais os desafios e as possibilidades do trabalho profissional do assistente social na política de saúde junto com os povos indígenas Xerente?
6. Quais os serviços são oferecidos aos indígenas e se são diferentes das outras pessoas não indígenas?
7. Você se sente reprimido aos atendimentos direto com os indígenas? Não () Sim () Porque?
8. Como são resolvidos os atendimentos ao final? Consegue corresponder a demanda no atendimento ofertado?
9. Quais as contribuições você como assistente social da saúde deixaria para esse projeto?
10. Você pode contar sobre sua experiência no atendimento com os Indígenas?

APÊNDICE B –Roteiro da entrevista para o TCC

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Nome Completo:

Idade:

Faculdade que se formou:

Onde trabalha: Unidade básica de saúde Dr. Quincas - Tocantínia - TO

Tempo no serviço:

Religião:

1. Você pode me contar sobre sua experiência no seu trabalho?
2. Quais habilidades e técnicas você acha que são necessárias para ter um bom atendimento?
3. Você pode me contar sobre sua experiência aos atendimentos com indígenas Xerente? É diferente dos não indígenas? Sim. Porque? Não?
4. Como são resolvidos os atendimentos ao final? Consegue corresponder a demanda no atendimento ofertado?
5. Quando faz um estudo de caso e que precisou tomar algumas decisões difíceis, o que inspira você a ajudar outras pessoas?
6. No atendimento com os indígenas o que prioriza mais pra você que é assistente social no atendimento?
7. Teve algum desafio e especificidade presentes na atuação como Assistente Social junto a esses povos indígenas no atendimento? Pode citar algum?
8. Tem alguma pergunta para mim?