



**POVOS INDÍGENAS, SAÚDE E
BEM VIVER: TECENDO
CONEXÕES**

Povos Indígenas, Saúde e Bem Viver: tecendo Conexões

Expediente

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Gestão do Trabalho e
Educação na Saúde (SGTES)
Agência Brasileira de Apoio à Gestão do
Sistema Único de Saúde (AgSUS)

Luiz Inácio Lula da Silva
Presidente da República

Geraldo Alckmin
Vice-Presidente da República

Alexandre Rocha Santos Padilha
Ministro da Saúde

Adriano Massuda
Secretário-Executivo do Ministério da
Saúde

Felipe Proença De Oliveira
Secretário de Gestão do Trabalho e da
Educação na Saúde

André Longo Araújo de Melo
Diretor-Presidente da Agência Brasileira de
Apoio à Gestão do SUS

Luciana Maciel de Almeida Lopes
Diretora de Atenção Integral à Saúde da
Agência Brasileira de Apoio à Gestão do
SUS

Williames Pimentel de Oliveira
Diretor de Operações da Agência Brasileira
de Apoio à Gestão do SUS

Laíse Rezende de Andrade
Gestora Executiva da Unidade de Ensino e
Pesquisa da Agência Brasileira de Apoio à
Gestão do SUS

Flávia Cristiane da Silva
Coordenação de Aperfeiçoamento
Profissional

Rayssa Vieira Brandão Ferreira
Supervisora do AVA AgSUS da Coordenação
de Aperfeiçoamento Profissional

Coordenação editorial:

Alessandra Martins dos Reis
Jaqueline Medeiros Silva Calafate
Rute Anacé

Colaboração técnica:

Alessandra Martins dos Reis
Carlos Henrique Reis
Kledson Sousa
Márcia Cordeiro
Osmário Pitangueira
Rafael Veloso
Sheila Carvalho

Autoria

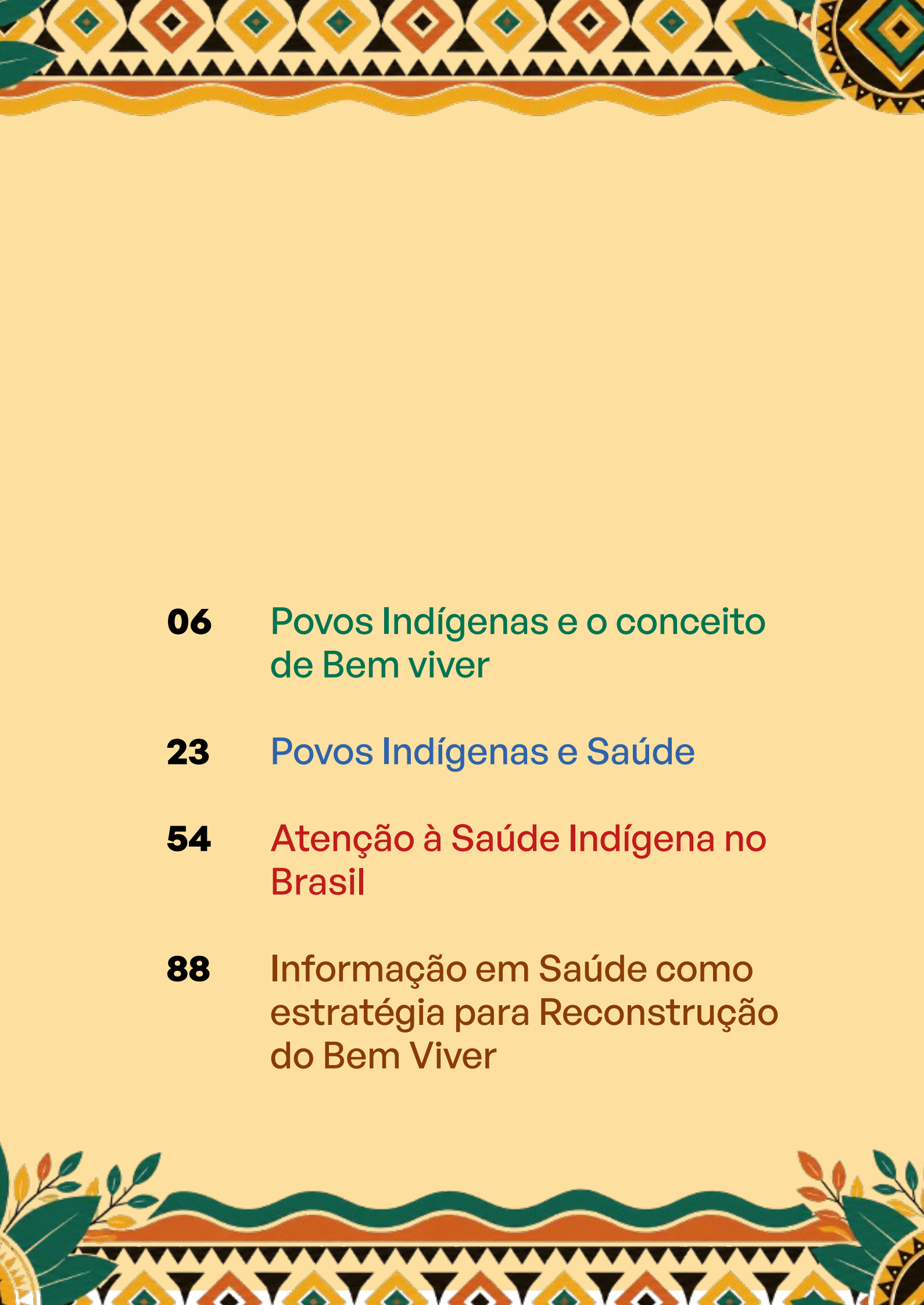
Claudia Dias de Jesus
Jaqueline Medeiros Silva Calafate
Mateus Vinicius dos Anjos Neves
Rute Anacé

Revisão e normalização

Sara Soares Costa

Projeto gráfico e diagramação

Carlos Henrique Reis

- 
- 06** Povos Indígenas e o conceito de Bem viver
- 23** Povos Indígenas e Saúde
- 54** Atenção à Saúde Indígena no Brasil
- 88** Informação em Saúde como estratégia para Reconstrução do Bem Viver




INTRODUÇÃO


O curso *Povos Indígenas e o Conceito de Bem Viver* representa uma iniciativa estratégica para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Em um país marcado pela diversidade étnica, cultural e territorial, a qualificação permanente dos trabalhadores e gestores do SUS é fundamental para a construção de práticas de cuidado mais equitativas, inclusivas e culturalmente sensíveis.

Ao abordar a diversidade dos povos indígenas, seus modos de vida, sistemas próprios de conhecimento, territorialidades e concepções de saúde, o curso contribui para ampliar a compreensão dos profissionais sobre a complexidade do cuidado em contextos interculturais. Mais do que apresentar conceitos e marcos normativos, a formação promove reflexões sobre o respeito à diferença, o enfrentamento ao racismo e a valorização dos saberes tradicionais como elementos essenciais para a efetivação do direito à saúde.

Para a Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde (AgSUS), a oferta desta formação reforça seu compromisso com o fortalecimento das capacidades institucionais do SUS e com a qualificação de trabalhadores e gestores para responder aos desafios contemporâneos da saúde pública brasileira. Ao disseminar conhecimentos sobre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), seus instrumentos de gestão, sua organização e seus marcos legais, o curso contribui para aprimorar processos de planejamento, monitoramento, avaliação e tomada de decisão em diferentes níveis de gestão.

Nos territórios indígenas, a formação possui impacto direto sobre a qualidade da assistência prestada às comunidades, ao fortalecer a compreensão dos profissionais acerca das especificidades socioculturais, ambientais e epidemiológicas que influenciam as condições de saúde desses povos. Trabalhadores mais preparados tendem a desenvolver práticas mais humanizadas, resolutivas e alinhadas aos princípios da interculturalidade, favorecendo a construção de vínculos, a adesão às ações de saúde e o respeito à autonomia das comunidades indígenas.






Sua relevância, entretanto, ultrapassa os limites dos territórios indígenas. Cada vez mais, os serviços de saúde localizados em áreas urbanas atendem indígenas em contexto de mobilidade, estudantes, trabalhadores, famílias e comunidades que vivem fora dos territórios tradicionalmente reconhecidos.

Nesse sentido, a formação contribui para que profissionais de toda a rede SUS estejam aptos a oferecer um atendimento qualificado, livre de preconceitos e capaz de reconhecer as especificidades culturais e os direitos desses cidadãos em qualquer ponto da rede de atenção à saúde.

O curso também fortalece a compreensão sobre o papel estratégico da informação em saúde, do combate à desinformação e do uso de evidências para a formulação e implementação de políticas públicas. Ao discutir temas como infodemia, determinantes sociais da saúde e marcos institucionais relacionados aos direitos dos povos indígenas, a formação amplia a capacidade crítica dos participantes e contribui para o desenvolvimento de ações mais efetivas de promoção, prevenção, vigilância e cuidado.

Investir em formações dessa natureza significa avançar na consolidação de um sistema de saúde mais democrático, equitativo e comprometido com a diversidade que caracteriza a população brasileira. O fortalecimento das competências dos trabalhadores e gestores repercute diretamente na melhoria da assistência, na qualificação das políticas públicas e na redução das desigualdades em saúde, contribuindo para a garantia dos direitos constitucionais e para a construção de uma sociedade mais justa.

Assim, o curso *Povos Indígenas e o Conceito de Bem Viver* constitui uma importante ferramenta de educação permanente em saúde, capaz de promover transformações nas práticas profissionais, fortalecer a gestão pública e ampliar a capacidade do SUS de responder às necessidades de todos os brasileiros, reconhecendo a diversidade como um valor fundamental para a construção do cuidado e da cidadania.





**POVOS INDÍGENAS, SAÚDE
BEM VIVER: TECENDO
CONEXÕES**

**Povos Indígenas e o conceito de
Bem Viver**



Professora. Dra Rute Anacé

Indígena do povo Anacé, do estado do Ceará, é doutora em Ciências Sociais pela Universidade de Salamanca, na Espanha, com distinção cum laude. Atualmente, é doutoranda em Antropologia pela Universidade de Brasília (UnB). Possui dois títulos de mestrado: um em Antropologia Social pela UnB (2023) e outro em Antropologia Ibero-Americana pela Universidade de Salamanca (2022). Coordenadora Geral de Promoção à Justiça Ambiental e Climática, do Departamento de Justiça Climática da Secretaria Nacional de Gestão Ambiental e Territorial Indígena, do Ministério dos Povos Indígenas-MPI.



Lattes: <https://lattes.cnpq.br/1589024985222690>



1. INTRODUÇÃO


A saúde dos povos indígenas no Brasil deve ser compreendida para além do acesso a serviços assistenciais ou da oferta pontual de cuidados biomédicos. Trata-se de um campo atravessado por processos históricos, políticos, territoriais, culturais e ambientais que moldam, de forma profunda, as condições de vida, adoecimento e bem-viver dessas populações.

Desde o período colonial, os povos indígenas enfrentam sucessivas violências estruturais, como expropriação territorial, epidemias, desestruturação sociocultural, racismo institucional e negação de direitos básicos. Esses processos produziram impactos duradouros sobre os modos de viver, cuidar e existir, resultando em importantes desigualdades nos indicadores de saúde quando comparados à população geral (Ribeiro, 1970; Cunha, 1992; Brasil, 2002). Assim, compreender a saúde indígena exige reconhecer que o processo saúde-doença é inseparável das condições sociais e ambientais que configuram os territórios.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) e da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) representou um avanço histórico ao instituir um modelo de atenção diferenciado, territorializado e intercultural, orientado pelos princípios da equidade, da integralidade do cuidado, da participação social e do respeito à diversidade sociocultural. Esse modelo reconhece que o cuidado em saúde deve dialogar com os saberes tradicionais, com as formas próprias de organização comunitária e com a centralidade do território para a reprodução da vida indígena (Brasil, 2002).

Nesse contexto, torna-se fundamental que profissionais que atuam na saúde desenvolvam uma compreensão ampliada dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), reconhecendo como fatores como pobreza, racismo estrutural, degradação ambiental, conflitos territoriais e barreiras institucionais impactam diretamente o bem-estar físico, mental e coletivo. Entre esses determinantes, destaca-se o racismo ambiental, que evidencia a exposição desproporcional de populações indígenas e outros grupos historicamente vulnerabilizados a riscos ambientais, contaminações e violações territoriais, configurando importantes agravos à saúde (Achselrad, 2009; Mello, 2009; Bezerra, 2009).

Este módulo propõe tecer conexões entre história, território, cultura, políticas públicas e práticas de cuidado, oferecendo subsídios teóricos e analíticos para qualificar a atuação profissional no âmbito da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde - MS. Ao articular contribuições da antropologia, da




saúde coletiva e das políticas indigenistas, busca-se fortalecer uma abordagem crítica, sensível e comprometida com a justiça social, com a interculturalidade e com a defesa dos direitos dos povos indígenas.

Mais do que transmitir informações, este material convida à reflexão sobre o papel ético e político dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde na construção de práticas que respeitem os modos de vida indígenas e contribuam para a promoção do bem-viver. Cuidar da saúde indígena é, também, cuidar dos territórios, das memórias, das relações comunitárias e das múltiplas formas de produzir vida.

2. OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final da leitura deste capítulo, espera-se que as(os) participantes sejam capazes de:

1. Compreender o processo histórico, político e social de constituição da saúde indígena no Brasil, reconhecendo os impactos da colonização, das políticas indigenistas e das desigualdades estruturais sobre as condições de vida e saúde dos povos indígenas;
 2. Reconhecer os Determinantes Sociais da Saúde como elementos centrais na produção das iniquidades em saúde, considerando fatores territoriais, ambientais, socioculturais e econômicos que influenciam o processo saúde-doença em contextos indígenas;
 3. Analisar criticamente o racismo estrutural e o racismo ambiental como determinantes que expõem populações indígenas a riscos sanitários, degradação ambiental, insegurança alimentar e violações de direitos;
 4. Identificar a organização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e o papel das instituições responsáveis pela gestão e execução da saúde indígena no âmbito do SUS;
 5. Desenvolver práticas profissionais territorializadas, interculturais e intersetoriais, comprometidas com a equidade, a participação social e a promoção do bem-viver dos povos indígenas.
- 



3. POVOS INDÍGENAS E DIVERSIDADE ÉTNICO-CULTURAL

A compreensão da saúde indígena no Brasil exige, antes de tudo, o reconhecimento da profunda diversidade étnica, cultural, linguística, territorial e cosmológica que caracteriza os povos indígenas. Longe de constituírem um grupo homogêneo, os povos indígenas representam uma multiplicidade de modos de existir, cuidar, produzir conhecimento e se relacionar com a vida, o território e a coletividade.


De acordo com Langdon e Diehl (2007), a saúde indígena deve ser analisada a partir de uma perspectiva intercultural, que reconheça os sistemas próprios de cuidado, as cosmologias, as práticas terapêuticas tradicionais e as formas comunitárias de organização social. Para as autoras, a doença e o cuidado não se restringem a dimensões biológicas, mas integram dimensões espirituais, simbólicas, ambientais e coletivas, que estruturam o bem-estar das comunidades. Assim, pensar saúde indígena implica deslocar o olhar do modelo biomédico individualizante para uma compreensão relacional e territorial do cuidado.

Nesse sentido, o território ocupa papel central. Para muitos povos indígenas, o território não é apenas espaço físico ou recurso econômico, mas condição ontológica da própria existência. A identidade consistiria, ao menos como um horizonte almejado, em ser idêntica a um modelo, supondo, assim, uma essência, enquanto a cultura seria entendida como um conjunto de itens, regras, valores e posições previamente dados. (Cunha, 2009, p. 105). É no Território que se tecem as relações de parentesco, memória, espiritualidade, alimentação, cura e transmissão de saberes. A ruptura com o território, seja por expulsão, invasão, degradação ambiental ou confinamento, representa também a ruptura das bases que sustentam a vida coletiva.

As reflexões de Ailton Krenak (2020) ajudam a compreender essa dimensão ampliada da existência. Segundo o autor,

quem silenciar inclusive os encantados, reduz a uma mímica isso que seria 'espiritar', suprimir a experiência do corpo em comunhão com a folha, com o líquen e com a água, com o vento e com o fogo, com tudo que ativa nossa frequência transcendente (Krenak, 2020, p. 37).

Ao afirmar a inseparabilidade entre corpo, natureza e espiritualidade, Krenak questiona a lógica moderna que fragmenta o ser humano do ambiente e transforma a Terra em objeto de exploração. Para o autor, a crise ambiental e sanitária



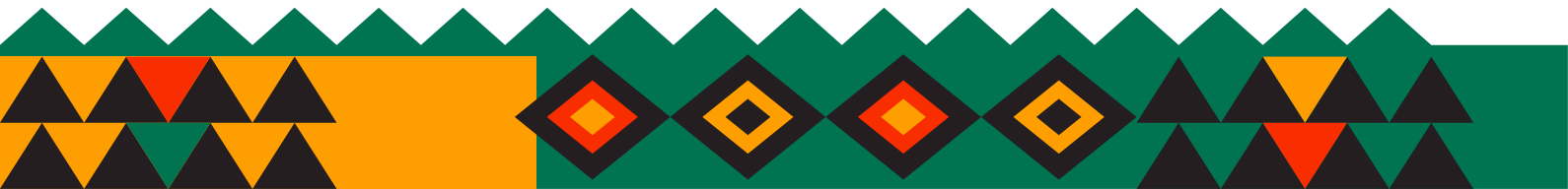
contemporânea é também resultado de uma crise civilizatória, fundada no consumo excessivo, na mercantilização da vida e na objetificação dos territórios. Assim, “salvar o sujeito de sua própria compulsão consumista é salvar o planeta de sua objetificação” (Krenak, 2020).


Essa crítica dialoga com a noção de **colonialidade do poder**, proposta por Aníbal Quijano (2005), que evidencia como a modernidade ocidental impõe hierarquias raciais, culturais e epistêmicas, classificando os saberes indígenas como inferiores ou atrasados. Esse processo produziu não apenas dominação política e econômica, mas também a deslegitimação de cosmologias, práticas de cura e formas próprias de conhecimento. Como consequência, os sistemas tradicionais de saúde foram historicamente invisibilizados ou substituídos por modelos biomédicos universais, frequentemente descontextualizados das realidades indígenas.

No entanto, os povos indígenas têm resistido a esse processo de apagamento cultural por meio de seus movimentos políticos, educativos e comunitários. Daniel Munduruku (2012) destaca o caráter pedagógico do movimento indígena brasileiro, que atua na valorização da memória, da ancestralidade e da autonomia como formas de afirmar identidades e defender direitos. A luta por terra, cultura e saúde é, também, uma luta por reconhecimento epistemológico, isto é, pelo direito de produzir e legitimar outras formas de compreender o mundo e o cuidado.

Essa dimensão identitária e política é igualmente expressa na obra de Eliane Potiguara (2018), ao narrar as experiências de violência, resistência e reconstrução das mulheres indígenas. A autora evidencia que o racismo, o deslocamento forçado e a exclusão social impactam diretamente o corpo e a saúde, produzindo sofrimentos físicos e emocionais que atravessam gerações. Nesse sentido, saúde também é memória, pertencimento e dignidade.

A perspectiva comunitária presente nas cosmologias indígenas e afro-brasileiras também é retomada por Antônio Bispo, conhecido como Nêgo Bispo, (Santos, 2022), ao propor a noção de **confluência** como alternativa à lógica da guerra permanente do capitalismo. Para o autor, viver em confluência significa tecer relações de reciprocidade, responsabilidade coletiva e equilíbrio com os ecossistemas. Trata-se de uma ética do cuidado que compreende a vida como interdependência, e não como competição. Como afirma:






ser confluyente implica sensibilidade em tecer diálogos nas diferenças com responsabilidade e reconhecimento do caráter ecológico da vida (Santos, 2022, p. 70).

Essas concepções desafiam diretamente o modelo hegemônico de desenvolvimento, que privilegia o lucro em detrimento da vida, gerando degradação ambiental, adoecimento coletivo e perda de autonomia territorial. Ao empobrecer as relações sociais e reduzir o humano à lógica produtiva, o capitalismo produz não somente crise ecológica, mas também crise de sentido e de saúde.

Para profissionais que atuam na saúde indígena, reconhecer essa diversidade étnico-cultural é condição fundamental para qualificar o cuidado. Não se trata tão somente de respeitar diferenças culturais de forma superficial, mas de compreender que existem múltiplas racionalidades sobre corpo, doença, cura, tempo, território e espiritualidade. A interculturalidade constitui um princípio ético e metodológico das práticas em saúde ao promover o diálogo entre distintos sistemas de saberes e formas de cuidado (Langdon; Diehl, 2007).

Isso implica escuta qualificada, diálogo com pajés, parteiras, rezadores e lideranças comunitárias, valorização dos saberes locais e construção compartilhada de estratégias de cuidado. Implica, ainda, reconhecer que a saúde indígena está intrinsecamente ligada à defesa do território, à proteção ambiental, à soberania alimentar e ao fortalecimento das identidades coletivas.

Nesse movimento, compreender os povos indígenas em sua diversidade é reconhecer que **o bem-viver não se reduz à ausência de doença, mas envolve equilíbrio entre corpo, espírito, comunidade e natureza**. Essa perspectiva amplia o horizonte das políticas públicas de saúde e convoca profissionais a atuarem como sujeitos técnicos e comprometidos com a justiça social, a dignidade e a continuidade da vida em seus múltiplos significados.





4. RACISMO E SEU ENFRENTAMENTO: A ATUALIZAÇÃO DOS TERMOS E DAS PRÁTICAS NO CONTEXTO INDÍGENA


A análise das desigualdades em saúde que afetam os povos indígenas no Brasil evidencia que tais iniquidades decorrem de processos históricos e estruturais relacionados ao colonialismo, ao racismo e à exclusão social. Nesse cenário, o racismo configura-se como determinante central das vulnerabilidades sanitárias, expressando-se tanto nas interações sociais quanto nos arranjos institucionais e nas dinâmicas de organização das políticas públicas e dos serviços de saúde, conforme apresenta Werneck (2016):

O racismo institucional como uma forma de racismo estrutural que não se restringe a atitudes individuais, estando incorporado às práticas, normas, políticas e aos arranjos organizacionais das instituições, o que resulta em tratamentos, acessos e desfechos desiguais para a população negra no sistema de saúde. Trata-se, portanto, de desigualdades sistemáticas produzidas e reproduzidas institucionalmente, que impactam diretamente a qualidade do cuidado e o acesso aos serviços de saúde (Werneck, 2016, p. 535–549).

Para além de atitudes individuais de preconceito, o racismo deve ser compreendido como estrutura social. Conforme argumenta Quijano (2005), a modernidade latino-americana foi constituída a partir da **colonialidade do poder**, isto é, de um sistema que hierarquizou povos, saberes e culturas segundo critérios raciais, classificando populações indígenas como inferiores ou atrasadas e legitimando sua exploração territorial e política. Esse processo não apenas organizou o trabalho e a economia, mas também produziu a deslegitimação de epistemologias e modos de vida não ocidentais.

Essa hierarquização histórica repercute diretamente no campo da saúde. Ao longo do século XX, políticas indigenistas foram estruturadas sob uma lógica tutelar e assimilacionista, tratando os povos indígenas como incapazes de gerir seus próprios destinos. Os serviços de saúde, por sua vez, frequentemente desconsideram práticas tradicionais de cuidado, impondo modelos biomédicos descontextualizados das realidades culturais e territoriais.

Langdon e Diehl (2007) observam que a atenção à saúde indígena, quando orientada exclusivamente por parâmetros biomédicos universais, tende a invisibilizar os sistemas indígenas de cura e a desqualificar saberes locais,



produzindo conflitos, incompreensões e baixa efetividade das ações. Para as autoras, a saúde indígena requer “o reconhecimento de diferentes racionalidades médicas e formas de produzir cuidado”, condição essencial para a construção de políticas interculturais.

Nesse contexto, ganha relevância a **noção de racismo institucional**, entendida como o conjunto de normas, rotinas administrativas, práticas organizacionais e decisões políticas que, mesmo sem intenção discriminatória explícita, produzem efeitos sistemáticos de exclusão sobre determinados grupos sociais. Trata-se de um fenômeno que opera de forma silenciosa, por meio de barreiras burocráticas, negligência estatal, descontinuidade de serviços e invisibilização de demandas específicas (Carmichael; Hamilton, 1967; Werneck, 2016; Almeida, 2019).

No campo da saúde indígena, tais dinâmicas tornam-se evidentes nas dificuldades de acesso a serviços especializados, na fragmentação do cuidado e na frágil articulação entre os diferentes níveis do SUS. Ao analisar empiricamente essas questões, Thomazinho (2024) demonstra que a descoordenação entre a SESAI e as redes municipais e estaduais de saúde compromete significativamente o acesso das populações indígenas à atenção integral. Segundo a autora,

[...] a ausência de fluxos claros, a indefinição de responsabilidades institucionais e a precariedade da articulação interfederativa resultam em descontinuidades assistenciais que afetam de modo desproporcional os usuários indígenas (Thomazinho, 2024).

A pesquisadora argumenta que tais falhas administrativas não podem ser interpretadas apenas como problemas técnicos de gestão, mas devem ser compreendidas como expressões do racismo estrutural que atravessa as políticas públicas. Quando populações historicamente vulnerabilizadas encontram maiores obstáculos para acessar serviços essenciais, a própria organização do sistema contribui para a reprodução das desigualdades.

Dessa forma, o racismo institucional se manifesta tanto na ausência quanto na precariedade das ações. A demora em garantir transporte sanitário, a falta de intérpretes, a não consideração das especificidades culturais, a rotatividade excessiva de profissionais e a insuficiência de pactuação entre Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e municípios são exemplos de situações que produzem impactos concretos na saúde, ampliando riscos, agravando doenças e gerando



sofrimento evitável.

Para além da gestão, o racismo também atravessa o cotidiano das relações de cuidado. Quando práticas tradicionais são desqualificadas, quando a presença indígena é tratada como problema ou quando a escuta não considera cosmologias próprias, produz-se distanciamento entre usuários e serviços. Isso compromete o vínculo, a adesão ao tratamento e a efetividade das ações de saúde.

Diante desse cenário, a atualização dos termos utilizados no contexto indígena assume importância política e simbólica. A substituição de categorias como “índio” por “povos indígenas”, de “integração” por “autodeterminação” e de “assistência” por “direito” reflete mudanças paradigmáticas que reconhecem a pluralidade cultural e a autonomia dos povos. Entretanto, tais transformações precisam ultrapassar o plano discursivo e materializar-se em práticas concretas.

O enfrentamento do racismo na saúde indígena demanda, portanto, ações integradas. No plano institucional, é fundamental fortalecer a coordenação entre SESAI, estados e municípios, garantir financiamento adequado, consolidar os DSEI e ampliar a participação social por meio dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena. No plano formativo, torna-se imprescindível qualificar profissionais para o trabalho intercultural, promovendo sensibilidade ética, escuta qualificada e diálogo com os sistemas tradicionais de cuidado.


Esse arranjo institucional vai além de uma exigência técnica, trata-se de um compromisso ético-político. **Atuar na saúde indígena implica reconhecer que neutralidade não basta e que é necessário posicionar-se ativamente na defesa da equidade e dos direitos coletivos.**

Portanto, combater o racismo estrutural e institucional é condição indispensável para que a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas se efetive em sua plenitude. Somente com práticas coordenadas, interculturais e socialmente comprometidas será possível construir um cuidado que respeite a diversidade e contribua para o bem-viver dos povos indígenas.



5. BEM VIVER INDÍGENA: COSMOLOGIAS, TERRITÓRIOS E TECNOLOGIAS DO CUIDADO

A discussão sobre saúde indígena não pode ser orientada apenas pela identificação de agravos, indicadores epidemiológicos ou vulnerabilidades sociais. Embora esses elementos sejam fundamentais para o planejamento das políticas públicas, eles não são suficientes para compreender a complexidade dos modos de



vida indígenas. Para além da análise das desigualdades e violências históricas, é necessário reconhecer as concepções próprias de vida, cuidado, território e bem-estar construídas pelos povos indígenas ao longo de gerações.

Nesse sentido, falar em saúde indígena implica também falar em **bem viver**. O bem viver não corresponde apenas a um estado de ausência de doença ou à ampliação do acesso a serviços de saúde. Trata-se de uma concepção ampliada de existência, que articula dimensões físicas, espirituais, ambientais, coletivas e cosmológicas, fundamentando-se em uma ética relacional, fundada na reciprocidade e no equilíbrio entre sociedade e natureza (Acosta, 2016). Diferentemente da racionalidade moderna ocidental, centrada na produtividade, no consumo e no crescimento econômico ilimitado, o bem viver propõe a centralidade da comunidade e do equilíbrio ecológico como princípios orientadores da vida social.


Como argumenta Acosta (2016), o bem viver constitui “uma oportunidade para imaginar outros mundos”, questionando o paradigma desenvolvimentista que transforma a natureza em mercadoria e reduz a vida à lógica da acumulação. Para o autor, não se trata de retornar ao passado, mas de aprender com outras matrizes civilizatórias que colocam a vida e não o lucro no centro das decisões sociais.

Entre os povos indígenas, essa perspectiva ultrapassa a proposição teórica ou projeto político, atingindo uma experiência essencialmente cotidiana. **O território deixa de ser concebido como propriedade privada ou recurso econômico e passa a ser percebido como espaço vivo, onde se entrelaçam relações de parentesco, espiritualidade, alimentação, memória, trabalho e cuidado.** A terra, os rios, a floresta, os animais e os espíritos compõem uma rede de interdependências que sustenta a existência coletiva (Krenak, 2019).

Davi Kopenawa, xamã Yanomami, descreve essa interconexão ao afirmar que a floresta é um organismo vivo e que o destino dos humanos está inseparavelmente ligado ao destino da natureza. Ao narrar os impactos da mineração e da devastação ambiental em seu território, alerta: “A floresta é viva. Se ela morrer, nós morremos com ela” (Kopenawa; Albert, 2015).

Essa afirmação organiza uma concepção profundamente distinta da visão utilitarista moderna. Se a floresta adoecer, os corpos adoecem; se os rios são contaminados, a comunidade enfraquece; se os espíritos são desrespeitados, o equilíbrio do mundo se rompe. Assim, **saúde não é atributo individual, mas condição coletiva e ecológica.**

Essa compreensão dialoga com as reflexões de Antônio Bispo dos Santos (Nêgo Bispo), ao propor a noção de **confluência** como forma de existência baseada



na cooperação, na partilha e na responsabilidade ecológica. Para o autor, as matrizes indígenas, quilombolas e camponesas ensinam modos de viver em que “há dança e não guerra”, isto é, relações de complementaridade, e não de dominação. Como afirma:

ser confluyente implica sensibilidade em tecer diálogos nas diferenças com responsabilidade e reconhecimento do caráter ecológico da vida (Santos, 2015).

Essa ética da confluência se opõe à lógica colonial-capitalista, marcada pela competição, pelo extrativismo predatório e pela fragmentação das relações sociais. Ao empobrecer os vínculos comunitários e transformar a natureza em objeto de exploração, esse modelo produz não apenas crise ambiental, mas também crise sanitária, alimentar e emocional. Nesse contexto, o bem viver pode ser entendido como horizonte de saúde coletiva (Acosta, 2016).


6. BEM VIVER E CONCEPÇÕES AMPLIADAS DE SAÚDE


No campo da saúde pública, essa perspectiva converge com a noção de saúde como processo socialmente determinado (Laurell, 1982). Entretanto, as cosmologias indígenas vão além, ao integrar dimensões espirituais e cosmológicas frequentemente ausentes das abordagens biomédicas (Langdon, 2004; Krenak, 2019).

Para muitos povos, a doença não se restringe a alterações fisiológicas. Ela pode estar associada a desequilíbrios nas relações sociais, à quebra de tabus, à violação de territórios sagrados, à desarmonia espiritual ou à ruptura com ancestrais. Da mesma forma, a cura não se limita a intervenções medicamentosas, mas envolve espíritos, rituais, cantos, rezas, uso de plantas medicinais, práticas corporais, pinturas, cachimbos e recomposição dos vínculos comunitários.

Langdon e Diehl (2007) destacam que os sistemas indígenas de saúde constituem racionalidades próprias, com diagnósticos, etiologias e terapêuticas específicas, que devem ser compreendidas como sistemas médicos completos e não como crenças ou práticas auxiliares. Ignorar essas dimensões compromete a efetividade do cuidado e reforça desigualdades.

A própria Organização Mundial da Saúde, OMS, (2002) reconhece a legitimidade desses saberes ao definir a medicina tradicional como o conjunto de





conhecimentos, práticas e crenças baseadas em terapias físicas, mentais e espirituais, aplicadas para manter o bem-estar e restaurar o equilíbrio do indivíduo e da comunidade.

Nesse sentido, é fundamental reconhecer que cada povo indígena desenvolve **tecnologias próprias de cuidado**:


As tecnologias de cuidado abrangem um amplo conjunto de práticas e conhecimentos construídos coletivamente ao longo de gerações, que articulam manejo sustentável de plantas medicinais, rituais de cura e proteção espiritual, sistemas alimentares tradicionais, práticas de cuidado materno-infantil, saberes sobre os ciclos ambientais e redes comunitárias de solidariedade e apoio mútuo.

Essas tecnologias são profundamente vinculadas às suas cosmologias, modos de vida e formas específicas de organização territorial. Conforme apresentado por João Paulo Tukano (2024), essas tecnologias estruturam-se a partir do território e orientam a organização desde a infância, definindo práticas educativas, alimentares, corporais e espirituais que acompanham os indivíduos ao longo de todo o ciclo de vida:

O cuidado com a alimentação é essencial, pois contribui para a aprendizagem e memorização fácil, o desenvolvimento de um corpo ativo, um espírito intuitivo aguçado e um estado de disposição sem preguiça (Barreto, 2024, p. 2).

O termo tecnologia, aqui, não se refere apenas a equipamentos ou procedimentos biomédicos, mas a saberes sistematizados, técnicas de prevenção, estratégias terapêuticas e modos de organizar o cuidado coletivo. Parteiras, pajés, benzedores, especialistas em plantas medicinais, lideranças espirituais e anciãos exercem funções essenciais na promoção da saúde, no acompanhamento de gestantes, na proteção das crianças, na resolução de conflitos e na manutenção do equilíbrio comunitário.

João Paulo Tukano (2022) ressalta que a medicina indígena deve ser compreendida como sistema de conhecimento complexo, articulando natureza,




espiritualidade, corpo e território. Para o autor, não se trata de alternativa folclórica ao SUS, mas de epistemologia própria, construída historicamente e transmitida intergeracionalmente.

Longe de se restringirem a dimensões simbólicas ou complementares, tais práticas produzem efeitos concretos na prevenção de doenças, na promoção do bem-estar físico, mental e espiritual e na manutenção da autonomia coletiva dos territórios. Reconhecer essas tecnologias implica ampliar o próprio conceito de saúde pública, incorporando os saberes locais como componentes legítimos e estratégicos das políticas de cuidado, em vez de tratá-los como recursos secundários ou alternativos.

Para os profissionais que atuam no âmbito da Saúde Indígena, a incorporação do bem viver como referência orientadora demanda transformações significativas na prática cotidiana. Não se trata apenas de adaptar protocolos clínicos ou ofertar serviços de forma culturalmente sensível, mas de construir efetivo diálogo intercultural, valorizar a atuação de especialistas indígenas, reconhecer a centralidade do território para a produção da saúde, apoiar práticas comunitárias de cuidado, respeitar os tempos e processos socioculturais próprios de cada povo e articular, de maneira colaborativa, o cuidado biomédico aos sistemas indígenas de conhecimento.

Nesse contexto, a interculturalidade não corresponde a uma tolerância passiva diante das diferenças, mas à construção ativa de cooperação entre distintas racionalidades e modos de cuidar. Desse modo, a atuação profissional deixa de ser exclusivamente assistencial e passa a assumir também dimensões educativas, políticas e territoriais. Cuidar da saúde indígena significa, simultaneamente, contribuir para a defesa da terra, da água, da alimentação tradicional, da memória coletiva e das formas comunitárias de viver, reconhecendo que a proteção desses elementos é condição indispensável para a promoção do bem-estar e do bem viver.





REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. **O bem viver:** uma oportunidade para imaginar outros mundos. São Paulo: Autêntica Editora, 2016.

ACSELRAD, Henri. **O que é justiça ambiental?** Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

ALMEIDA, S. L. **Racismo estrutural.** São Paulo: Pólen, 2019.

BARRETO, João Paulo Lima. **Educação indígena para os povos Yepamahsã (Tukano).** Sesc São Paulo, 26 jul. 2024. Disponível em: <https://www.sescsp.org.br/editorial/educacao-indigena-para-os-povos-yepamahsa-tukano/>. Acesso em: 27 jan. 2026.

BEZERRA, G. N. **O que é justiça ambiental?** Rio de Janeiro: Garamond, 2009.


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

CARMICHAEL, S.; HAMILTON, C. V. **Black Power:** The Politics of Liberation. New York: Vintage Books, 1967.

CUNHA, Manuela C. **Cultura com aspas e outros ensaios.** São Paulo: Cosac Naify, 2009.

CUNHA, Manuela Carneiro da (Org.). **História dos índios no Brasil.** São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

KOPENAWA, D.; ALBERT, B. **A queda do céu:** palavras de um xamã yanomami. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.





KRENAK, A. **A vida não é útil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

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

LANGDON, E. J. Diversidade cultural e os desafios da atenção diferenciada à saúde indígena. **Physis**, Rio de Janeiro, 2004.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 19–36, 2007.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. (Orgs.). **Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: UFSC, 2007.

LAURELL, Asa Cristina. **La salud-enfermedad como proceso social**. México: Siglo XXI, 1982.

MELLO, Cecília Campello do Amaral. **O que é justiça ambiental?** Rio de Janeiro: Garamond, 2009.


MUNDURUKU, Daniel. **O caráter educativo do movimento indígena brasileiro**. São Paulo: Cortez, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Traditional medicine strategy 2002–2005. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 26 jan. 2026.

POTIGUARA, E. **Metade cara, metade máscara**. São Paulo: Global Editora, 2018.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. *In*: LANDER,





E. (org.). **A colonialidade do saber**: eurocentrismo e ciências sociais – perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: CLACSO, 2005. p. 116–142.


RIBEIRO, D. **Os índios e a civilização**: a integração das populações indígenas no Brasil moderno. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1970.

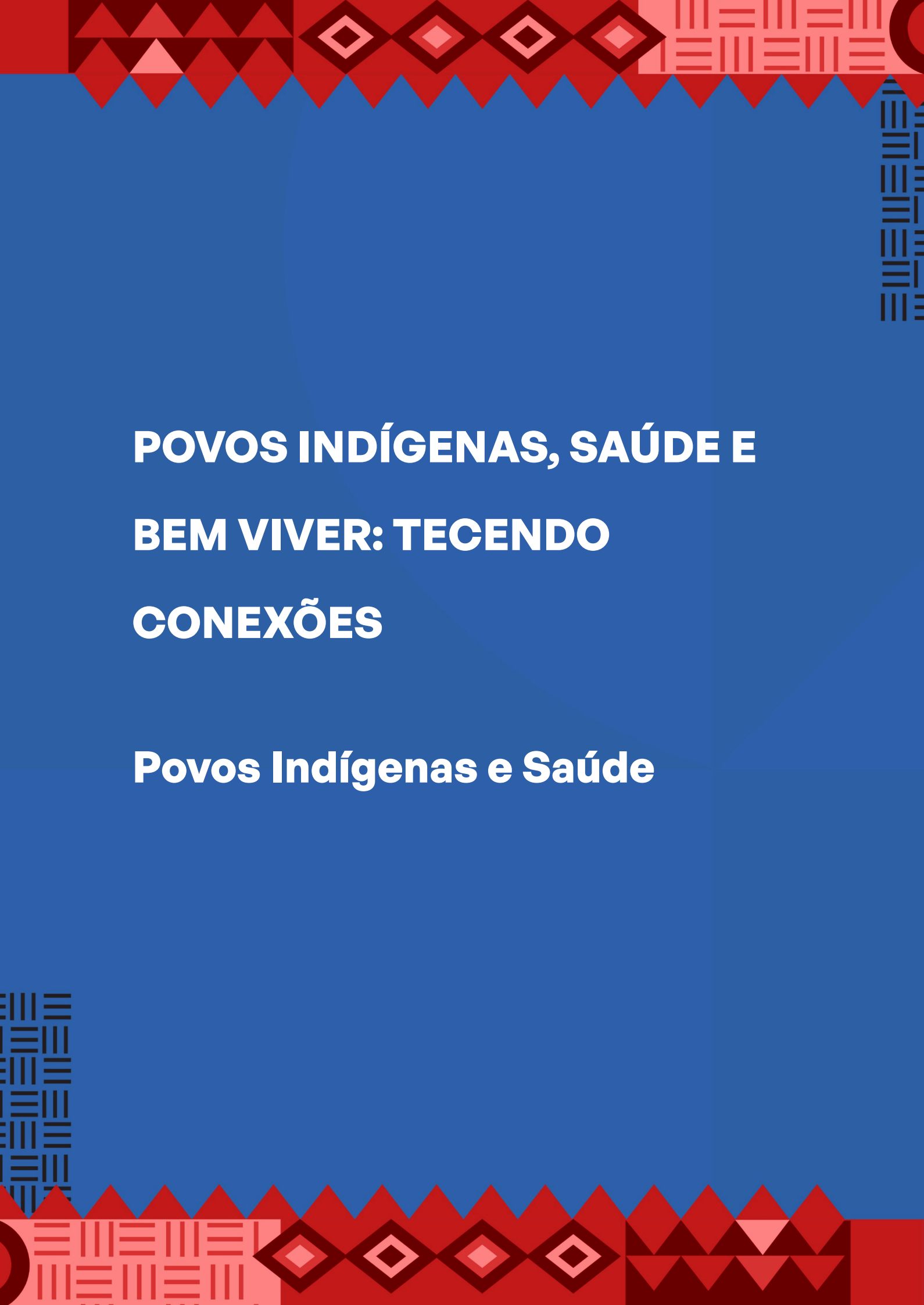
SANTOS, A. B. A **terra dá, a terra quer**: saberes ancestrais, direitos da natureza e ecologia política. São Paulo: Ubu Editora, 2022.

SANTOS, A. B. **Colonização, quilombos**: modos e significações. Brasília: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Inclusão no Ensino Superior e na Pesquisa (INCTI), 2015.

THOMAZINHO, G. Descoordenação a serviço do racismo institucional: considerações sobre o acesso de indígenas à política de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 33, n. 2, 2024. DOI: 10.1590/S0104-12902024230408.

TUKANO, J. P. L. B. *et al.* Práticas da medicina indígena na Amazônia. *In: Trançar, destrançar e tecer na dança e no canto*: práticas da medicina indígena na Amazônia. [S.l.]: [s.n.], 2022.





**POVOS INDÍGENAS, SAÚDE E
BEM VIVER: TECENDO
CONEXÕES**

Povos Indígenas e Saúde

Professora. Jaqueline Medeiros Silva Calafate

Psicóloga. Pós-doutora em Psicologia Social pela UFS (2024), doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela UnB (2022) e mestre em Desenvolvimento Regional e Políticas Públicas de Saúde pela UFT (2014). Especialista em Psicologia Social e Antropologia, Saúde Coletiva e Saúde Indígena. Atuou por 13 anos na saúde indígena, com experiência em território e gestão no SUS e no Ministério da Saúde, incluindo a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Atualmente integra o Núcleo Pedagógico e Científico do Programa Mais Médicos pelo Brasil (SGTES/MS), atuando na elaboração de cursos, conteúdos formativos e documentos técnicos para a Atenção Primária à Saúde. Possui experiência em docência no ensino superior e na produção de materiais didáticos e técnico-científicos para formação em saúde. Pesquisa há cerca de 10 anos temas relacionados a raça, etnia, gênero e interseccionalidades, saúde mental e bem viver indígena.



Lattes: <https://lattes.cnpq.br/7690946320408002>


1. INTRODUÇÃO

Esta aula pretende apresentar um panorama histórico da saúde indígena, evidenciando como a violência colonial, a introdução de doenças infecciosas, a perda territorial, a desestruturação sociocultural e as políticas tutelares e assimilacionistas impactaram profundamente a organização social e os indicadores de saúde dos povos indígenas ao longo dos séculos. Esse percurso histórico permite compreender as limitações dos modelos assistenciais fragmentados e biomédicos que antecederam a criação de uma política específica de saúde indígena.

Na sequência, o texto aborda os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), adotando uma concepção ampliada de saúde que reconhece a influência das condições sociais, econômicas, políticas, culturais e ambientais sobre o processo saúde-doença. No contexto indígena, essa abordagem revela como fatores estruturais como a perda de territórios tradicionais, a degradação ambiental, o racismo estrutural e as barreiras de acesso aos serviços produzem e reproduzem iniquidades em saúde, exigindo respostas diferenciadas e intersetoriais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por fim, esta aula apresenta as principais instituições relacionadas à saúde indígena, destacando o papel do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), da Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI) e do Ministério dos Povos Indígenas (MPI). São discutidas suas competências, formas de articulação e importância para a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), reconhecidos como conquistas históricas do movimento indígena e da Reforma Sanitária brasileira.

Ao articular história, determinantes sociais e institucionalidade, esta aula contribui para uma compreensão integrada da saúde indígena, fundamentada nos



princípios da equidade, da interculturalidade, da participação social e do respeito aos direitos dos povos indígenas, elementos centrais para a consolidação de políticas públicas orientadas por evidências e por direitos.

2. OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final da leitura deste capítulo, espera-se que as(os) participantes sejam capazes de:

- Compreender criticamente o processo histórico de construção da saúde indígena no Brasil, identificando os impactos da colonização, das políticas indigenistas e dos diferentes modelos assistenciais sobre as condições de saúde dos povos indígenas;
- Reconhecer a importância do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) como política pública diferenciada, integrada ao SUS, fundamentada nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e interculturalidade;
- Analisar os Determinantes Sociais da Saúde no contexto indígena, considerando fatores territoriais, ambientais, socioculturais, políticos e institucionais que influenciam o processo saúde–doença dessas populações;
- Identificar as principais instituições envolvidas na política de saúde indígena, compreendendo suas competências, formas de articulação e desafios na implementação da PNASPI e na gestão do SasiSUS;


- Refletir sobre a centralidade do território, da participação social e do diálogo intercultural como elementos fundamentais para a promoção do bem-viver e para a efetivação do direito à saúde dos povos indígenas.

3. PANORAMA HISTÓRICO-CRÍTICO E SISTÊMICO DA SAÚDE INDÍGENA

A saúde indígena no Brasil é inseparável de uma história mais ampla de colonização, opressão e exclusão social que remonta ao início do contato europeu no século XVI. A invasão dos colonizadores portugueses inaugurou um processo contínuo de violência física, cultural e sanitária contra os povos originários.

A introdução de doenças infecciosas como varíola, sarampo e gripe, para as quais as populações indígenas não tinham imunidade, provocou quedas demográficas dramáticas e modificou profundamente as relações sociais e sanitárias nas comunidades indígenas. Em muitos casos, epidemias dizimaram grupos inteiros, um legado de destruição que ecoa nos indicadores de saúde até os dias de hoje (Coimbra Júnior; Santos; Escobar, 2003).

A perda da auto-estima, a desestruturação social, econômica e dos valores coletivos, muitas vezes da própria língua, cujo uso chegava a ser punido com a morte, também 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 e demais segmentos da sociedade nacional, especialmente no que se refere à posse da terra, exploração de recursos naturais e implantação de grandes projetos de desenvolvimento (Coimbra Júnior; Santos; Escobar, 2003).

Desde o período colonial, a atuação do Estado junto aos povos indígenas esteve fortemente associada à ação missionária, integrada às estratégias governamentais de ocupação e controle do território (Beozzo, 1983). No início do século XX, a intensificação da expansão das fronteiras econômicas em direção ao Centro-Oeste, impulsionada pela construção de linhas telegráficas e ferroviárias, resultou em graves conflitos, massacres de populações indígenas e no aumento expressivo da mortalidade por doenças transmissíveis. Esse cenário de violência, extermínio e pressão sobre os territórios indígenas levou o Estado brasileiro a instituir, em 1910, o Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI) (Brasil, 2002b).

Vinculado ao Ministério da Agricultura, o SPI foi criado com o objetivo formal de proteger os povos indígenas; contudo, **sua atuação estava orientada por uma lógica tutelar e assimilacionista**, buscando promover a incorporação gradual dos indígenas e de suas terras ao sistema produtivo nacional. Na base da unificação destas funções estava a **ideia de que o 'índio' era um ser em estado transitório e seu destino seria tornar-se trabalhador rural ou proletário urbano**. Dessa forma, a proteção oferecida pelo órgão coexistia com políticas que visavam à integração forçada e à reorganização dos territórios indígenas segundo interesses econômicos e de desenvolvimento do Estado (Brasil, 1910b; Lima, 2002).

Na década de 1950, em um contexto de expansão territorial e fortalecimento do Estado desenvolvimentista, o Ministério da Saúde criou o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) com o objetivo de ampliar o acesso às ações básicas de saúde em regiões remotas do país, incluindo áreas indígenas e rurais de difícil




acesso. O uso de aeronaves permitia a presença do Estado em territórios até então pouco assistidos, respondendo principalmente à necessidade de controle de doenças transmissíveis (Brasil, 1961).

As ações do SUSA eram centradas em um modelo biomédico e verticalizado, priorizando campanhas de vacinação, atendimento odontológico básico, controle da tuberculose, da malária e de outras endemias (Brasil, 2002b; Costa, 1987). A atuação era pontual e descontínua, sem garantia de acompanhamento regular das comunidades atendidas (Brasil, 2002b).

No caso dos povos indígenas, o SUSA não foi concebido como uma política específica ou diferenciada, **desconsiderando os sistemas tradicionais de cuidado e a participação das comunidades no planejamento das ações** (Brasil, 2002b; Langdon; Garnelo, 2004). Apesar de ter contribuído para a ampliação do alcance territorial da saúde pública, o modelo apresentou limitações importantes, como a falta de continuidade do cuidado e a pouca articulação com outros serviços de saúde.

Em 1967, com a extinção do SPI, foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), por meio da Lei nº 5.371/1967 que foi instituída com a missão de proteger e promover os direitos dos povos indígenas, assumindo as atribuições do SPI. No entanto, manteve-se, em seus primeiros anos, uma **lógica fortemente tutelar e integracionista, alinhada ao projeto desenvolvimentista do Estado brasileiro durante o regime militar** (Lima, 2002; Brasil, 1973).

No campo da saúde, a FUNAI passou a organizar a atenção às populações indígenas inspirada no modelo do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), onde criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS). Essas equipes realizavam atendimentos esporádicos às comunidades indígenas de sua área de atuação, prestando assistência médica, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem (Brasil, 2002b).



As EVS realizavam atendimentos itinerantes e esporádicos nas aldeias, com foco em ações curativas, vacinação e controle de doenças transmissíveis. A atuação era marcada por descontinuidade, pouca infraestrutura, carência de profissionais qualificados e **ausência de um sistema de informação em saúde**. Não havia, nesse período, um modelo de atenção diferenciada nem reconhecimento sistemático dos saberes tradicionais indígenas (Brasil, 2002b; Garnelo, 2012).

A FUNAI, após a crise financeira do Estado brasileiro pós-milagre econômico da década de 70, teve dificuldades de diversas ordens para a organização de serviços de atenção à saúde que contemplassem a grande diversidade e dispersão geográfica das comunidades, como a carência de suprimentos e capacidade administrativa de recursos financeiros, precariedade da estrutura básica de saúde, **falta de planejamento das ações e organização de um sistema de informações em saúde adequado**, além da falta de investimento na qualificação de seus funcionários para atuarem junto a comunidades culturalmente diferenciadas (Garnelo, 2012). Com o passar do tempo, os profissionais das EVS foram se fixando nos centros urbanos, nas sedes das administrações regionais, e a sua presença nas aldeias se tornava cada vez mais esporádica, até não mais ocorrer. Alguns deles, em geral pouco qualificados, ficaram lotados em postos indígenas, executando ações assistenciais curativas e emergenciais sem qualquer acompanhamento além do não reconhecimento dos sistemas tradicionais de cuidado, nem estratégias de diálogo intercultural ou participação indígena no planejamento das ações (Brasil, 2002b).

Em 1986 a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, representou um marco histórico ao inserir de forma estruturada a saúde indígena no


debate da Reforma Sanitária brasileira, em um contexto de redemocratização do país e de questionamento do modelo tutelar então vigente. Pela primeira vez, a especificidade da saúde dos povos indígenas foi tratada como uma questão política e de direitos, e não apenas como ações assistenciais isoladas (Brasil, 2002b; Pontes; Machado; Santos, 2021).

Um dos principais avanços da Conferência foi o reconhecimento explícito da necessidade de um modelo de atenção à saúde diferenciado, capaz de respeitar as particularidades socioculturais, territoriais e epidemiológicas dos povos indígenas.

O debate evidenciou que a simples reprodução do modelo biomédico tradicional era insuficiente para responder às necessidades dessas

populações, especialmente diante da diversidade étnica, linguística e dos sistemas próprios de cuidado existentes (Brasil, 1986; Langdon; Garnelo, 2004).

Em 1988, a Constituição Federal estipulou o reconhecimento e respeito às organizações socioculturais dos povos indígenas, assegurando-lhes a capacidade civil plena, tornando obsoleta a instituição da tutela e estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar da questão indígena (Brasil, 2002a). A Constituição também definiu os princípios gerais do Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente regulamentados pela Lei 8.080/90, e estabeleceu que a direção única e a responsabilidade da gestão federal do Sistema são do Ministério da Saúde. Foi então criada, no Ministério da Saúde, a Coordenação de Saúde do Índio - COSAI, subordinada ao Departamento de Operações - DEOPE - da Fundação Nacional de Saúde, com a atribuição de implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena. No mesmo ano, a Resolução 11, de 13 de outubro de 1991, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), criou a Comissão Intersetorial de Saúde do




Índio (CISI), tendo como principal atribuição assessorar o CNS na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena (Brasil, 2002b).

A II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, realizada em 1993, representou um avanço decisivo na formulação de uma política específica de saúde indígena no Brasil, aprofundando os debates iniciados na Conferência de 1986. Inserida no contexto de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Conferência reafirmou a saúde como direito a todos e dever do Estado, destacando a necessidade de garantir esse direito de forma adequada às realidades dos povos indígenas (Brasil, 1993; Pontes; Machado; Santos, 2021).

O principal eixo da II Conferência foi a defesa da criação de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), organizado de maneira diferenciada dentro do SUS. A proposta reconhecia que a diversidade étnica, cultural e territorial dos povos indígenas exigia um modelo próprio de organização dos serviços, capaz de superar as limitações do atendimento fragmentado e descontínuo até então existente (Brasil, 1993).

Outro aspecto central foi a ênfase na participação e no controle social indígena. **A II Conferência defendeu a inclusão efetiva dos povos indígenas nos processos de planejamento, gestão, monitoramento e avaliação das ações de saúde, fortalecendo a autonomia das comunidades e o caráter intercultural da política.** Como desdobramento desse processo, foram criadas instâncias específicas de participação como os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI), garantindo que representantes indígenas tivessem voz ativa na gestão do subsistema (Brasil, 1993; Brasil, 2002b).

Após um longo processo histórico de mobilização indígena, debates no




âmbito da Reforma Sanitária e críticas aos modelos assistenciais fragmentados e inadequados que marcaram a atenção à saúde indígena ao longo do século XX, foi então criado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), que representa um dos marcos mais importantes da política pública de saúde voltada aos povos indígenas no Brasil (Brasil, 1999; Machado; Santos, 2021).

O SasiSUS foi formalmente instituído pela Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, conhecida como Lei Arouca, em homenagem ao sanitarista e então deputado federal Sérgio Arouca, um dos mais importantes articuladores da Reforma Sanitária brasileira e defensor do direito à saúde dos povos indígenas (Paim, 2008). **A lei alterou a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) para incluir, de forma explícita, a organização de um subsistema específico de saúde indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)** (Brasil, 1999).

A Lei Arouca reconheceu que os povos indígenas possuem realidades socioculturais, territoriais e epidemiológicas próprias, que não poderiam ser plenamente atendidas pelo modelo convencional do SUS. Dessa forma, o SasiSUS foi concebido como um subsistema diferenciado, porém integrado ao SUS, mantendo seus princípios fundamentais: universalidade, integralidade e equidade, mas adaptando sua organização às especificidades indígenas (Brasil, 1999).

O principal eixo organizador do SasiSUS passou a ser os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), definidos como unidades territoriais de gestão, planejamento e execução das ações de saúde, estruturadas a partir dos territórios indígenas e não dos limites político-administrativos de estados e municípios que serão detalhados posteriormente (Brasil, 1999).

A criação do SasiSUS trouxe a base legal para a organização do subsistema, mas evidenciou a necessidade de um marco normativo específico que orientasse a prática da atenção diferenciada. Essa lacuna foi preenchida com a formulação da



Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), aprovada em 2002, formalizada pela Portaria nº 254. A política estabeleceu diretrizes claras para a organização dos serviços de saúde, enfatizando a necessidade de uma abordagem integral e participativa. **A PNASPI reconheceu a importância de integrar os sistemas tradicionais de saúde indígena com o modelo biomédico**, além de promover a participação indígena em todas as etapas do processo de saúde, desde o planejamento até a avaliação (Brasil, 2002b).

Apesar dos avanços representados pelo SasiSUS e pela PNASPI, a gestão da saúde indígena permaneceu, por vários anos, marcada por fragilidades institucionais, especialmente durante o período em que a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) acumulou responsabilidades pela atenção à saúde indígena. Problemas de gestão, dificuldades operacionais e críticas recorrentes dos povos indígenas e de órgãos de controle evidenciaram a necessidade de uma estrutura específica dentro do Ministério da Saúde (Brasil, 2002b).

Como resposta a esse cenário, foi criada, em 2010, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). A SESAI representou um novo patamar de institucionalização da política de saúde indígena, ao estabelecer uma estrutura administrativa própria, com responsabilidade direta pela coordenação do SasiSUS, pela gestão dos DSEI e pela implementação da PNASPI (Brasil, 2010a).

A criação da SESAI fortaleceu a governança do subsistema, **ampliando a capacidade de planejamento, financiamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde indígena**, além de reforçar a centralidade da atenção primária nos territórios indígenas (Brasil, 2010a).

Neste sentido, o subsistema permanece como uma conquista histórica dos povos indígenas, fundamental para garantir o direito à saúde de forma equitativa e culturalmente adequada. **O aprimoramento do SasiSUS depende, hoje, do fortalecimento da gestão, do uso qualificado das informações em saúde e da**


consolidação do diálogo intercultural, elementos centrais para uma política pública efetivamente orientada por evidências e direitos (Garnelo, 2012).

4. DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E SAÚDE INDÍGENA

A saúde, em sua essência, é muito mais do que a simples ausência de doenças. Essa é uma premissa fundamental que tem ganhado cada vez mais reconhecimento no campo da saúde pública. Historicamente, a medicina ocidental focou predominantemente na doença individual, em seus sintomas e tratamentos biológicos. No entanto, a experiência humana e a pesquisa científica demonstram que a saúde de uma pessoa ou de uma população é profundamente influenciada por um vasto leque de fatores que operam fora do consultório médico ou do hospital. É nesse contexto que surge o conceito dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define os DSS como "as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, e o conjunto mais amplo de forças e sistemas que moldam as condições da vida diária" (Organização Mundial da Saúde, 2008, grifo nosso). Essas condições são moldadas por um conjunto mais amplo de forças: econômicas, sociais, políticas e ambientais. Em outras palavras, os DSS são as "causas das causas" das doenças e da saúde. Eles explicam por que algumas pessoas têm mais chances de serem saudáveis do que outras, e por que as iniquidades em saúde persistem.

Essa perspectiva ampliada ganhou força globalmente e no Brasil, culminando na criação da Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) em 2006. Inspirada pela Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), a CNDSS teve como missão investigar, propor e promover ações intersetoriais para reduzir as iniquidades em saúde no




país, reconhecendo que a saúde é um direito social e que suas causas estão profundamente enraizadas nas estruturas da sociedade (Brasil, 2008).

No Brasil, a incorporação do conceito de DSS está diretamente relacionada ao processo de Reforma Sanitária e à criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) reforça essa concepção ao afirmar que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país, reconhecendo explicitamente fatores como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos serviços de saúde como determinantes do processo saúde–doença (Brasil, 1990).

O SUS adota uma abordagem ampliada de saúde, que ultrapassa o cuidado assistencial e incorpora ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância em saúde. Os DSS são considerados elementos centrais para o planejamento, a gestão e a avaliação das políticas públicas, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), que atua de forma territorializada e próxima às realidades sociais das populações (Brasil, 2017a).

A abordagem dos DSS no SUS pressupõe a articulação de diferentes políticas públicas, reconhecendo que o setor saúde, isoladamente, não é capaz de enfrentar as desigualdades que produzem adoecimento. A intersetorialidade torna-se, portanto, um princípio fundamental. Nesse contexto, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) ocupa papel central ao orientar ações voltadas à melhoria das condições de vida, à redução de vulnerabilidades e à promoção da




equidade. A PNPS reconhece que fatores como alimentação inadequada, sedentarismo, violências e contextos sociais adversos produzem adoecimento, e por isso estimula iniciativas que promovam alimentação adequada e saudável, atividade física, enfrentamento das violências e fortalecimento da cultura de paz, atuando diretamente sobre determinantes que antecedem a ocorrência das doenças (Brasil, 2014).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) também é fundamental na abordagem dos DSS, ao fortalecer a Atenção Primária à Saúde como porta de entrada do SUS e como nível de atenção mais próximo do cotidiano das pessoas. A atuação territorializada das equipes de saúde permite identificar vulnerabilidades sociais, econômicas e ambientais presentes nos territórios, estimulando o trabalho multiprofissional, o vínculo com a comunidade e a participação social. Dessa forma, a APS torna-se estratégica para reconhecer e intervir sobre determinantes locais da saúde, articulando ações assistenciais, preventivas e de promoção da saúde (Brasil, 2014).

Já a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) amplia a compreensão dos DSS ao integrar vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e em saúde do trabalhador. Essa integração permite identificar riscos e agravos relacionados às condições de trabalho, ao ambiente, à qualidade da água, dos alimentos e do ar, bem como aos processos produtivos, evidenciando como fatores sociais, econômicos e ambientais impactam diretamente a saúde das populações (Brasil, 2018).

Além das políticas setoriais da saúde, outras políticas públicas exercem influência direta sobre os determinantes sociais. A Política Nacional de Assistência Social (SUAS) atua na proteção social de indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade, contribuindo para a redução da pobreza e da insegurança social (Brasil, 2004). As políticas de Educação ampliam o acesso ao conhecimento, fortalecem a autonomia e influenciam positivamente as oportunidades de trabalho




e renda. As políticas de Habitação e de Saneamento Básico são essenciais para garantir moradia digna, acesso à água potável, esgotamento sanitário e manejo adequado de resíduos, condições indispensáveis para a prevenção de doenças. Por sua vez, a Política de Segurança Alimentar e Nutricional assegura o direito humano à alimentação adequada, impactando diretamente o estado nutricional e a saúde da população. Embora muitas dessas políticas estejam fora do setor saúde, sua articulação é indispensável para o enfrentamento das iniquidades e para a efetiva promoção da saúde (Brasil, 2010b).

No caso dos povos indígenas, os DSS assumem características próprias, profundamente marcadas por processos históricos de colonização, expropriação territorial, violência, discriminação e negação de direitos. As condições de saúde dessa população não podem ser compreendidas sem considerar esses determinantes estruturais e históricos (Coimbra Júnior; Santos; Escobar, 2003).

O território ocupa um lugar central como determinante da saúde indígena. A relação dos povos indígenas com a terra envolve dimensões materiais, culturais, espirituais e identitárias (Langdon, 2007).

Dessa forma, a perda ou a precarização dos territórios tradicionais impacta diretamente a segurança alimentar, o acesso à água, a preservação dos modos de vida, a saúde mental e o equilíbrio ambiental, repercutindo de forma ampla sobre o processo saúde–doença.

Nesse sentido, a criação de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) representou um avanço importante ao reconhecer que os DSS na população indígena exigem respostas diferenciadas. Organizado a partir dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), **o SasiSUS busca articular ações de saúde às especificidades territoriais, culturais e epidemiológicas dos povos indígenas** (Brasil, 1999).



A abordagem intercultural é um elemento primordial nesse contexto, ao promover o diálogo entre os saberes biomédicos e os sistemas tradicionais de saúde indígena. Essa perspectiva amplia a compreensão dos DSS, incorporando dimensões simbólicas, espirituais e coletivas do processo saúde–doença (Ferreira, 2013).

Os DSS que afetam os povos indígenas se manifestam em diversas dimensões, muitas vezes interligadas e com raízes históricas profundas. Abaixo, seguem alguns dos determinantes sociais que mais impactam a saúde indígena no contexto atual.

- **Determinantes Territoriais e Ambientais:**
 - **Perda e Invasão de Terras Tradicionais: a demarcação insuficiente ou a não homologação de terras, bem como a invasão por garimpeiros, madeireiros, fazendeiros e projetos de infraestrutura (hidrelétricas, estradas), resultam em perda de território. Isso desestrutura o modo de vida, a subsistência e o acesso a recursos naturais essenciais para a saúde (Coimbra Júnior; Santos; Escobar, 2003);**
 - **Degradação Ambiental: contaminação de rios e solos por mercúrio (garimpo), agrotóxicos (agricultura extensiva) e esgoto. Isso afeta diretamente a qualidade da água, a pesca e a caça, fontes primárias de alimento e água potável, e causa doenças específicas, como, por exemplo, intoxicação por mercúrio**


(Coimbra Júnior; Santos; Escobar, 2003);


- **Mudanças Climáticas: alterações nos regimes de chuva e temperatura impactam a agricultura tradicional, a disponibilidade de água e a proliferação de vetores de doenças (ex: malária, dengue) (Fiocruz, 2021a).**
- **Impacto na Segurança Alimentar e Nutricional: a perda territorial e a degradação ambiental comprometem a capacidade de caça, pesca, coleta e agricultura tradicional, levando à insegurança alimentar. Isso se reflete na desnutrição infantil, mas também na transição nutricional com o aumento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) devido à dependência de alimentos industrializados (Brasil, 2010b).**

- **Determinantes Socioculturais e Políticos:**

Racismo Estrutural e Institucional: a discriminação e o preconceito permeiam as relações sociais e os serviços públicos, incluindo a saúde. Isso se manifesta em barreiras de acesso, atendimento inadequado, desvalorização das medicinas tradicionais e estigmatização, gerando desconfiança e afastamento dos serviços (Fiocruz, 2021b);

- **Desestruturação Cultural e Linguística: a imposição de valores ocidentais, a perda da língua materna e a desvalorização dos conhecimentos tradicionais enfraquecem os sistemas de cura próprios, a coesão social e a identidade cultural, que são pilares do bem-estar indígena (Langdon; Garnelo, 2004; Ferreira, 2013; Brasil, 2002b);**

- 
- **Violência e Conflitos:** conflitos por terra, violência contra lideranças e comunidades, e a presença de grupos criminosos geram traumas, problemas de saúde mental e dificultam o acesso a serviços básicos (Conselho Indigenista Missionário, 2023);
 - **Falta de Autonomia e Participação Efetiva:** embora a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) preconize a participação, a efetividade dos mecanismos de controle social (como os Conselhos Distritais de Saúde Indígena - CONDISI) ainda é um desafio, limitando a capacidade dos povos indígenas de influenciar as políticas que os afetam (Garnelo, 2012; Brasil, 2002b).
 - **Determinantes de Acesso e Qualidade dos Serviços de Saúde:**
 - **Barreiras Geográficas e Logísticas:** a grande extensão dos territórios indígenas e a falta de infraestrutura (estradas, transporte) dificultam o acesso das equipes de saúde às aldeias e o transporte de pacientes para serviços de média e alta complexidade (Garnelo, 2012; Brasil, 2002b);
 - **Recursos Humanos e Materiais:** a escassez de profissionais de saúde qualificados e culturalmente sensíveis, a alta rotatividade das equipes, a falta de medicamentos, equipamentos e insumos básicos comprometem a qualidade e a continuidade do atendimento (Garnelo, 2012; Brasil, 2002b);
 - **Inadequação Cultural dos Serviços:** a persistência de um modelo biomédico hegemônico que não integra ou respeita as práticas de saúde tradicionais, a falta de intérpretes e a comunicação inadequada geram desconfiança e ineficácia no cuidado (Ferreira, 2013; Brasil, 2002b).




Os Determinantes Sociais da Saúde constituem um eixo fundamental para a compreensão das desigualdades em saúde no Brasil e para a formulação de políticas públicas orientadas pela equidade. No âmbito do SUS, a incorporação dos DSS reafirma a saúde como um direito social e exige ações integradas, intersetoriais e territorializadas (Brasil, 2017a).

No caso da população indígena, os DSS evidenciam a necessidade de reconhecer as especificidades históricas, culturais e territoriais que moldam as condições de vida e saúde desses povos. Avançar na superação das iniquidades em saúde indígena implica fortalecer políticas diferenciadas, garantir direitos territoriais, combater o racismo estrutural e valorizar o bem-viver indígena (Brasil, 2002b; Garnelo; Pontes, 2012).

5. INSTITUIÇÕES RELACIONADAS À SAÚDE INDÍGENA

5.1 FUNDAÇÃO NACIONAL DOS POVOS INDÍGENAS - FUNAI

A Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI) é o órgão indigenista oficial do Estado brasileiro e desempenha papel histórico e estratégico na proteção e promoção dos direitos dos povos indígenas. Criada por meio da Lei nº 5.371, de 5 de dezembro de 1967 (Brasil, 1967), atualmente vinculada ao Ministério dos Povos Indígenas, sua relação com a saúde indígena se constrói ao longo do tempo. Até a década de 1990, a FUNAI, vinculada ao Ministério da Justiça, acumulava atribuições diversas, incluindo a execução direta de ações de atenção à saúde indígena, em um contexto marcado pela falta de articulação das políticas públicas e pela ausência de um sistema nacional de saúde estruturado (Brasil, 2002b). A partir da consolidação



do Sistema Único de Saúde (SUS) e da institucionalização de um modelo específico de atenção à saúde indígena, esse cenário começou a se redefinir, abrindo caminho para uma abordagem mais integrada e territorializada.

Atualmente, a FUNAI concentra sua atuação na proteção e promoção dos direitos dos povos indígenas, com impactos diretos sobre a organização e a efetividade das ações de saúde nos territórios indígenas (Brasil, 2023a). **Entre suas atribuições centrais estão a identificação, demarcação, regularização e proteção das terras indígenas, a defesa dos direitos coletivos e a proteção de povos indígenas em situação de isolamento voluntário ou de recente contato.** Essas ações exigem articulação permanente com o Ministério da Saúde, especialmente com a Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), bem como com a Coordenação de Acompanhamento à Saúde Indígena (COASI), no âmbito da FUNAI. Essa articulação é fundamental, uma vez que a atuação em saúde nesses contextos demanda protocolos específicos, planejamento conjunto, monitoramento das ações e estrita observância das normativas de proteção aos povos indígenas, em especial àqueles em situação de maior vulnerabilidade (Brasil, 2017b; Brasil, 2023a).

Na saúde indígena, a relação entre FUNAI e SESAI se dá, sobretudo, por meio da cooperação institucional e da articulação intersetorial, respeitadas as competências de cada órgão. **A FUNAI atua como instância de apoio e mediação institucional para a presença do Estado em terras indígenas, contribuindo para viabilizar ações de saúde,** especialmente em contextos sensíveis, como áreas de difícil acesso, situações de emergência e territórios com povos isolados ou de recente contato (Brasil, 2017b; Brasil, 2023a).

A atuação da FUNAI ocorre em articulação com diferentes órgãos e políticas públicas, fortalecendo a governança da saúde indígena. Destacam-se o Ministério dos Povos Indígenas (MPI), ao qual a FUNAI está vinculada e que

exerce papel de coordenação da política indigenista; o Ministério da Saúde, por meio da SESAI, responsável pela gestão do SasiSUS; além de outros órgãos federais, como os ministérios da Justiça e Segurança Pública, do Meio Ambiente, dos Direitos Humanos e da Cidadania, e da Educação, conforme a natureza das ações nos territórios indígenas (Brasil, 2002b; Brasil, 2016).

Nesse arranjo, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) reconhece explicitamente a necessidade de articulação com a política indigenista e com outros setores do Estado, reforçando que a atenção à saúde indígena exige atuação integrada, coordenação institucional e respeito aos direitos dos povos indígenas. Assim, embora não execute ações de saúde, a FUNAI permanece como ator estratégico na efetividade da política de saúde indígena, contribuindo para a articulação entre instituições, para a proteção dos povos indígenas e para a garantia das condições necessárias à atuação do SUS em territórios indígenas (Brasil, 2002b; Brasil, 2016).

5.2 MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS

A atuação do Estado brasileiro na saúde dos povos indígenas passou por profundas transformações ao longo do tempo, acompanhando mudanças políticas, institucionais e conceituais sobre os direitos indígenas e o papel das políticas públicas. O Ministério da Saúde ocupa posição central nesse processo, especialmente a partir da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do reconhecimento da necessidade de um modelo específico de atenção à saúde indígena.

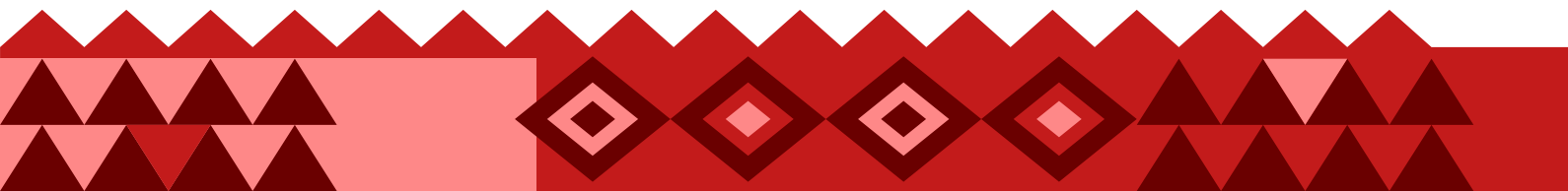
Inicialmente, a Fundação Nacional do Índio (Funai) assumia ações de saúde dentro de um modelo tutelar e assistencialista, pouco articulado com o Sistema Único de Saúde (SUS). Entre 1991 e 2010 a gestão da saúde indígena no Ministério da

Saúde esteve vinculada à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), buscando avançar na organização dos então recém-criados Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). No entanto, ao longo dos anos, tornaram-se evidentes os limites desse arranjo institucional, especialmente no que se refere à capacidade de gestão, à complexidade das ações e à necessidade de maior articulação política e técnica com o SUS (Brasil, 2002b; Funasa, 2002).

Como desdobramento desses desafios e a partir de reivindicações históricas do movimento indígena e de gestores da área, foi criada, em 2010, a Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), por meio do Decreto nº 7.336/2010. **A criação da SESAI representa um marco fundamental na gestão da saúde indígena no Brasil, ao instituí-la como o órgão responsável pela implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e pela gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS)** (Brasil, 2010a).

Nesse sentido, compete à SESAI planejar e coordenar as ações de saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), organizar a atenção primária à saúde indígena, articular-se com a rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurar o financiamento das ações, gerir o trabalho e a educação na saúde indígena, bem como fortalecer a participação social por meio dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Brasil, 2010). Esses elementos contribuem para a consolidação de uma estrutura de governança mais alinhada às necessidades e às especificidades socioculturais das comunidades indígenas.

Atualmente, a Secretaria de Saúde Indígena (SESAI/MS) organiza a estrutura de atendimento e a força de trabalho responsável pela atenção à saúde indígena em todo o território nacional, no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS).




Um aspecto central dessa força de trabalho é a expressiva participação de profissionais indígenas, o que se mostra fundamental para a efetividade das ações de saúde nos territórios. Esses profissionais, entre eles os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e os Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN), desempenham papel estratégico na comunicação intercultural, no fortalecimento do vínculo com as comunidades e na continuidade do cuidado. Sua atuação abrange ações de atenção primária à saúde, vacinação, vigilância epidemiológica, promoção, prevenção e educação em saúde, contribuindo para a adequação cultural dos serviços e para a integralidade do cuidado ofertado (Brasil, 2025).

A trajetória da gestão da saúde indígena no Brasil, desde a atuação da Fundação Nacional do Índio (Funai) até a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), é marcada por avanços institucionais e desafios persistentes.

Entre os principais avanços, destaca-se a consolidação do modelo distrital de organização da atenção à saúde indígena, estruturado a partir dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), inicialmente fortalecidos durante a gestão da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) (Brasil, 2002b). Esse arranjo contribuiu para a ampliação do acesso aos serviços de saúde nos territórios indígenas e para o fortalecimento da atenção primária como eixo organizador do cuidado. Ademais, a institucionalização da saúde indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ampliou o debate e a incorporação dos princípios da equidade e da interculturalidade nas políticas públicas, reconhecendo as especificidades socioculturais dos povos indígenas e a necessidade de modelos de atenção diferenciados (Garnelo, 2004).

No entanto, segundo Garnelo (2012), persistem desafios relacionados à complexidade da gestão em territórios extensos e diversos, à articulação com estados e municípios, à sustentabilidade do financiamento e à necessidade de qualificação permanente da gestão e da força de trabalho. A garantia da integralidade do cuidado ainda enfrenta barreiras geográficas e logísticas, além de



exigir uma articulação efetiva com a rede do SUS para garantir a continuidade do cuidado em níveis de média e alta complexidade. A participação social, de acordo com Garnelo (2012), embora fortalecida, ainda enfrenta desafios na sua efetivação, especialmente no que tange à operacionalização dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) e à inclusão das vozes indígenas nas decisões de saúde.

5.3 MINISTÉRIO DOS POVOS INDÍGENAS - MPI

A criação do Ministério dos Povos Indígenas (MPI) através do Decreto nº 11.355 de 1º de janeiro de 2023, representa um marco recente, mas relevante na trajetória das políticas públicas voltadas aos povos indígenas no Brasil, com impactos diretos e indiretos sobre a política de saúde indígena. Diferentemente de outros órgãos que atuam de forma setorial, o MPI nasce com a finalidade de exercer um papel estratégico de articulação, coordenação e fortalecimento das políticas indigenistas no âmbito do Estado brasileiro (Brasil, 2023b).

Historicamente, até a criação do MPI, a política indigenista esteve concentrada em órgãos específicos, como a FUNAI, vinculada a diferentes ministérios ao longo do tempo, o que resultou em limitações na capacidade de coordenação intersetorial e na inserção das pautas indígenas no centro da agenda governamental. Embora avanços importantes tenham ocorrido com a Constituição Federal de 1988 e com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), a atuação do Estado em relação aos povos indígenas permaneceu, em grande medida, fragmentada entre diferentes setores. (Brasil, 2002a; Brasil, 1990; Brasil, 2023b).

Nesse contexto, **o Ministério dos Povos Indígenas foi criado com a missão de coordenar, articular e integrar as políticas públicas voltadas aos povos indígenas, reconhecendo a transversalidade das demandas indígenas e a necessidade de uma atuação governamental mais integrada.** O MPI assume,

assim, um papel político e institucional distinto daquele desempenhado por órgãos executores, como o Ministério da Saúde e a FUNAI.

No campo da saúde indígena, o MPI não atua como órgão executor de ações ou serviços de saúde, atribuição que permanece sob responsabilidade do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI). O papel do MPI consiste em fortalecer a articulação interministerial, promover a transversalidade da pauta indígena nas políticas públicas e contribuir para a coerência e o alinhamento das ações governamentais que impactam a saúde dos povos indígenas.

A atuação do MPI na saúde indígena se dá por meio do diálogo e da articulação com o Ministério da Saúde, a SESAI, a FUNAI e outros ministérios e órgãos federais, como aqueles responsáveis por políticas de educação, meio ambiente, assistência social, segurança alimentar, saneamento e direitos humanos.

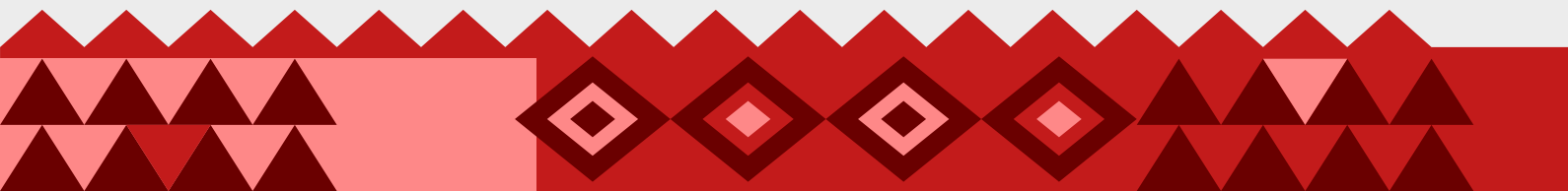
Essa articulação busca assegurar que as políticas setoriais considerem as especificidades dos povos indígenas e estejam alinhadas aos marcos legais e às diretrizes da política indigenista.

O Ministério dos Povos Indígenas (MPI) tem um papel importante de articulação e diálogo entre diferentes áreas do governo, sem executar diretamente ações ou serviços de saúde. Sua atuação busca garantir que as políticas públicas considerem as realidades, os direitos e os modos de vida dos povos indígenas, fortalecendo a presença dessa pauta nas decisões do Estado brasileiro.

Em relação à saúde indígena, o MPI atua em parceria com o Ministério da Saúde e com a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), contribuindo para o alinhamento entre a política de saúde indígena e outras políticas públicas que impactam diretamente a saúde, como território, meio ambiente, segurança alimentar, saneamento, educação e direitos humanos. Dessa forma, o Ministério

ajuda a integrar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) a uma visão mais ampla e intersetorial de cuidado.

Assim, o MPI contribui para fortalecer a atuação do Estado de forma mais articulada, criando condições institucionais mais favoráveis para a garantia do direito à saúde dos povos indígenas. Ao reforçar o diálogo entre setores e a centralidade da pauta indígena na agenda governamental, o Ministério apoia a construção de políticas públicas mais sensíveis, integradas e adequadas às especificidades dos povos indígenas.



REFERÊNCIAS

BEOZZO, José Oscar. **Leis e regimentos das missões:** política indigenista no Brasil. São Paulo, 1983.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Organizado por Cláudio Brandão de Oliveira. Rio de Janeiro: Roma Victor, 2002a. p. 320, BRASIL. **Decreto nº 50.877, de 29 de junho de 1961.** Dispõe sobre a organização do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) da Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Brasília, 1961.

BRASIL. Lei nº 5.371, de 5 de dezembro de 1967. Cria a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 dez. 1967.

BRASIL. **Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973.** Dispõe sobre o Estatuto do Índio. Brasília, DF: Presidência da República, 1973.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e organiza o Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Presidência da República, 1990.

BRASIL. **Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999.** Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Brasília, DF: Presidência da República, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).** Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Vigilância em Saúde.** Brasília:



Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio**. Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas**. Brasília, 1993.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA).

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: FUNASA, 2002.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004. Brasília: MDS, 2004.


GARNELO, Luiza.

Política de saúde indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de saúde indígena. In: COIMBRA JR., Carlos E. A.; SANTOS, Ricardo Ventura; ESCOBAR, Ana Lúcia (org.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. p. 107-126.

LANGDON, Esther Jean. **A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica**. In: BARUZZI, Roberto G.; JUNQUEIRA, Carmen (org.). *Saúde e povos indígenas*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007. p. 115-134.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). **Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). **Painel Oficial da SESA/MS: Estrutura de Atendimento e Força de Trabalho em Saúde Indígena**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em:



<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/sesai>.

Acesso em: 13/01/2026

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília: MDS, 2010b.

GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia (org.). **Saúde indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: Ministério da Educação; SECADI, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas: guia para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Fundação Nacional do Índio (FUNAI). **Portaria nº 281, de 20 de abril de 2017**. Estabelece diretrizes para a atuação da FUNAI no acompanhamento das ações de saúde indígena. Brasília: FUNAI, 2017b.

BRASIL. Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI). **Competências institucionais e estrutura organizacional**. Brasília: FUNAI, 2023a.

BRASIL. Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI). **Regimento Interno e atribuições institucionais**. Portaria nº 1.412, de 29 de dezembro de 2023b.

BRASIL. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

COIMBRA JÚNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (Orgs.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). **Relatório Violência contra os Povos Indígenas no Brasil: dados de 2022**. Brasília: CIMI, 2023.

COSTA, Dilene Raimundo do Nascimento.

Política indigenista e assistência à saúde: Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 388–401, out./dez. 1987.

FERREIRA, L. O. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 203-219, jan./mar. 2013.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Mudanças climáticas, saúde e populações vulnerabilizadas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021a.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Racismo institucional e saúde da população indígena no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021b.

GARNELO, L. (Org.). **Saúde indígena:** uma introdução ao tema. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

LANGDON, E. J.; GARNELO, L. Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1712-1720, 2004.

LIMA, A. C. S. **Um grande cerco de paz:** poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Closing the gap in a generation:** health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PONTES, A. L. M.; MACHADO, F. R. S.; SANTOS, R. V. (Orgs.). **Políticas antes da política de saúde indígena.** Rio de Janeiro:

Editora Fiocruz, 2021.



**POVOS INDÍGENAS, SAÚDE E
BEM VIVER: TECENDO
CONEXÕES**

**Atenção à Saúde Indígena no
Brasil**

Professor Mateus Vinicius dos Anjos Neves

Atua na área de monitoramento e avaliação da saúde indígena no âmbito da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), contribuindo para a análise de indicadores, produção de relatórios técnicos e qualificação dos instrumentos de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Possui experiência no acompanhamento de resultados dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), apoio à elaboração de planos e relatórios de gestão e fortalecimento do uso estratégico de dados para subsidiar a tomada de decisão no SUS. É residente egresso em Vigilância em Saúde e mestrando em Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia, pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)



Lattes: <https://lattes.cnpq.br/1827980191837844>

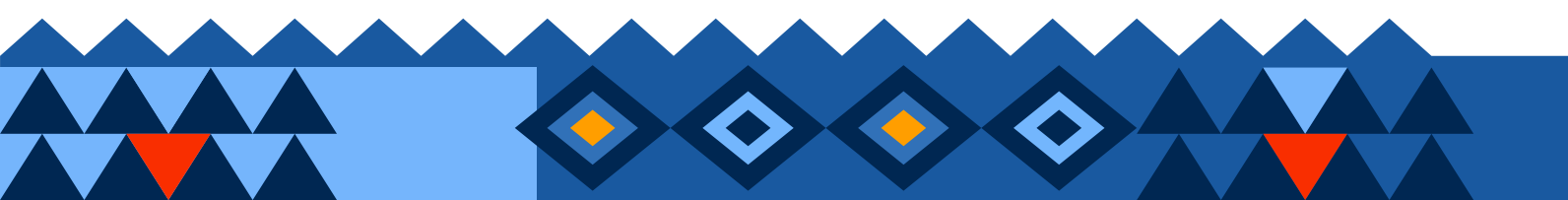


1. INTRODUÇÃO

A Atenção à Saúde Indígena no Brasil está organizada a partir de um conjunto de normas, políticas, estruturas e instrumentos de gestão que buscam garantir o direito à saúde dos povos indígenas, respeitando suas especificidades culturais, sociais e territoriais. Compreender esse arranjo é fundamental para entender como a saúde indígena é planejada, executada, monitorada e avaliada no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 1988; Brasil, 1999).

Ao longo do tempo, o SUS avançou na construção de um modelo específico para a atenção à saúde dos povos indígenas, reconhecendo que o modelo geral de organização do sistema não era suficiente para responder às realidades vivenciadas por essas populações. Esse processo resultou na criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, na definição de uma política nacional específica e no desenvolvimento de instrumentos próprios de gestão.


Nesta aula, serão apresentados os principais marcos históricos e normativos da Atenção à Saúde Indígena, a organização do SasiSUS, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, os instrumentos de gestão utilizados no planejamento, monitoramento e avaliação das ações, bem como a atuação institucional por meio de contratos de gestão. Esses conteúdos são essenciais para compreender como os dados e as informações em saúde apoiam uma gestão baseada em evidências no contexto da saúde indígena (Brasil, 2002; Tamaki *et al.*, 2012).





2. OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta aula, espera-se que o estudante seja capaz de:

- **Reconhecer** o papel do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) e sua organização territorial na garantia da atenção diferenciada aos povos indígenas;
 - **Identificar** a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) como eixo orientador do planejamento, da gestão e da avaliação das ações de saúde indígena;
 - **Conhecer** os principais instrumentos de gestão da Atenção à Saúde Indígena e compreender como eles se articulam no ciclo de planejamento, monitoramento e avaliação;
 - **Entender** como o contrato de gestão com a Agsus contribui para o fortalecimento da gestão da saúde indígena e para o uso de dados e informações na tomada de decisão.
- 

3. PERSPECTIVA HISTÓRICA DO SUS E DO SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA (SasiSUS), Lei 8.080/1990 e Lei 9.836/1999

A Lei nº 9.836/1999 definiu que o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deveria funcionar de forma integrada ao SUS, garantindo o acesso dos povos indígenas aos diferentes níveis de atenção à saúde, desde a atenção básica até os atendimentos de maior complexidade. Ao mesmo tempo, a lei reforçou a importância de considerar as especificidades culturais, territoriais e sociais dos povos indígenas na organização e na execução das ações de saúde.

A criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) representou um marco importante na história da saúde pública brasileira.

Esse avanço normativo estabeleceu bases legais para a organização, o planejamento e a gestão das ações de saúde indígena, fortalecendo o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das ações desenvolvidas. A partir desse marco, a atenção à saúde indígena passou a ser estruturada de forma mais clara e alinhada às necessidades reais das comunidades indígenas.

Por que um subsistema? O modelo geral do SUS não era suficiente para atender às especificidades culturais, territoriais e epidemiológicas dos povos indígenas, o que levou à criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

4. O SASISUS

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, conhecido como SasiSUS, foi criado para organizar a atenção à saúde dos povos indígenas dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele parte do reconhecimento de que os povos indígenas vivem em contextos sociais, culturais e territoriais muito diferentes da população em geral, o que exige uma forma específica de organização dos serviços de saúde. O SasiSUS não substitui o SUS, mas faz parte dele, funcionando de maneira integrada e articulada. A criação do SasiSUS ocorreu por meio da Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, que acrescentou dispositivos à Lei nº 8.080/1990. Essa lei estabeleceu que a atenção à saúde dos povos indígenas deveria obedecer às diretrizes do SUS, mas com uma organização própria, capaz de considerar as realidades locais e as especificidades culturais dessas populações. Dessa forma, o SasiSUS passou a ser reconhecido como um componente do SUS, com regras e estruturas específicas (Brasil, 1999).

Uma das principais características do SasiSUS é a sua organização baseada nos territórios indígenas. Diferentemente do modelo tradicional do SUS, que se organiza principalmente a partir dos municípios, **o SasiSUS considera a localização das comunidades indígenas, suas formas de ocupação do território e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde.** Essa organização territorial facilita o planejamento das ações, o acompanhamento da população atendida e a identificação de problemas de saúde que afetam de forma específica cada comunidade (Brasil, 1999; Cunha *et al.*, 2023).

Outro aspecto central do SasiSUS é o princípio da atenção diferenciada. Esse princípio significa que a atenção à saúde dos povos indígenas deve respeitar seus modos de vida, suas práticas culturais, seus saberes tradicionais e suas formas próprias de organização social. Na prática, isso envolve reconhecer que o cuidado em saúde vai além do atendimento clínico e deve considerar também os aspectos culturais e sociais que influenciam o processo saúde-doença.



Atenção diferenciada na prática: a atenção diferenciada significa planejar e ofertar serviços de saúde considerando os modos de vida, os saberes tradicionais e a organização social dos povos indígenas.

A atenção diferenciada também implica no diálogo entre os conhecimentos indígenas e o sistema biomédico. Isso não significa substituir um saber pelo outro, mas buscar formas de cuidado que respeitem as práticas tradicionais e, ao mesmo tempo, garantam o acesso às ações e aos serviços de saúde oferecidos pelo SUS. Esse diálogo é fundamental para tornar o cuidado mais adequado e mais aceito pelas comunidades indígenas, embora nem sempre seja um processo simples.

Mesmo possuindo uma organização própria, o SasiSUS não funciona de maneira isolada. Ele está integrado à rede de serviços do SUS, que atua como referência para os atendimentos de média e alta complexidade. Quando uma necessidade de saúde não pode ser resolvida no âmbito do território indígena, a pessoa indígena é encaminhada para outros serviços do SUS, garantindo a continuidade do cuidado em todos os níveis de atenção (Brasil, 1999).

Além da organização dos serviços, o SasiSUS prevê a participação dos povos indígenas nos processos de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde. Essa participação ocorre por meio de espaços institucionais de controle social e contribui para que as decisões relacionadas à saúde indígena estejam mais próximas das necessidades reais das comunidades. A participação indígena fortalece a gestão, melhora o uso das informações em saúde e favorece processos mais transparentes de tomada de decisão. De modo geral, o SasiSUS representa um avanço importante na organização da atenção à saúde no Brasil, ao reconhecer que os povos indígenas precisam de um modelo específico de atenção. Esse subsistema passou a orientar o planejamento, a organização e a gestão das ações



de saúde indígena, criando bases para o monitoramento, a avaliação e o uso das informações em saúde no apoio à gestão pública (Brasil, 1999; Brasil, 2002).

Imagem 1 - Reunião de alguns povos indígenas para tomada de decisões



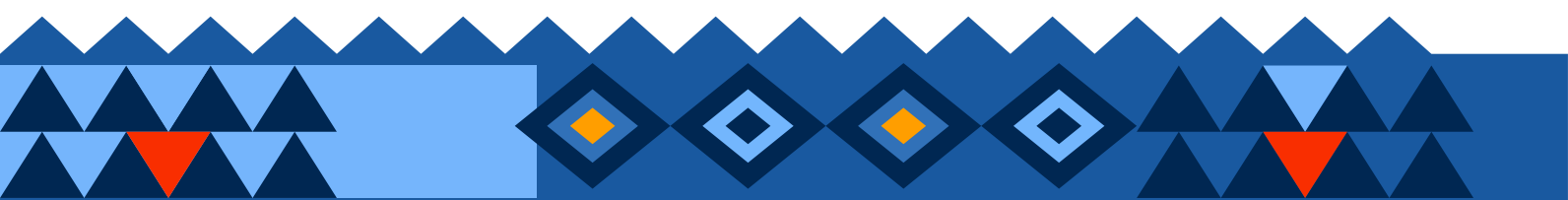
Fonte: Kanindé (2025).



5. PNAPSI

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) foi instituída para orientar a organização da atenção à saúde indígena no Brasil, definindo princípios e diretrizes que devem ser considerados no planejamento, na execução e na avaliação das ações de saúde. A política surge como um desdobramento do reconhecimento legal do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e tem como objetivo central garantir que as ações e os serviços de saúde respeitem as especificidades culturais, sociais e territoriais dos povos indígenas. Embora tenha sido publicada no início dos anos 2000, a PNASPI permanece como referência central para a gestão da saúde indígena, sendo continuamente operacionalizada por meio de instrumentos de gestão, processos de monitoramento e práticas institucionais mais recentes (Brasil, 2002; Cunha *et al.*, 2023).

A PNASPI funciona como um eixo orientador da organização dos serviços e da atuação dos gestores no âmbito da saúde indígena. Ela estabelece princípios que devem orientar toda a atenção à saúde indígena no país, entre eles a atenção diferenciada, que reconhece que os povos indígenas possuem formas próprias de compreender a saúde, a doença e o cuidado. Na prática da gestão, esse princípio exige que o planejamento e a organização dos serviços não sejam padronizados de forma rígida, mas adaptados às realidades locais, considerando os modos de vida, os saberes tradicionais e as condições territoriais específicas das comunidades indígenas (Brasil, 2002; Mendes *et al.*, 2018).



Política viva: mesmo instituída no início dos anos 2000, a PNASPI continua orientando o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações de saúde indígena por meio de instrumentos de gestão e práticas institucionais atuais.

Outro aspecto central da PNASPI é o seu papel na organização da gestão da saúde indígena. A política orienta como os serviços devem ser planejados, executados, acompanhados e avaliados, reforçando a importância do planejamento territorializado e da articulação entre os diferentes níveis de gestão. Estudos mais recentes sobre planejamento e gestão no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena mostram que a efetivação da política depende diretamente da capacidade dos gestores de utilizar instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação de forma integrada e contínua (Cunha *et al.*, 2023; Carvalho *et al.*, 2012).

Imagem 2 - Plenária de povos indígenas para discussão de necessidades regionais



Fonte: Kanindé (2025).

Nesse sentido, a PNASPI destaca o planejamento em saúde como um processo permanente, que deve estar articulado às necessidades reais das

populações indígenas. Esse planejamento precisa utilizar informações e dados produzidos pelos serviços de saúde para orientar as ações e melhorar a qualidade da atenção prestada. O uso sistemático de informações, indicadores e sistemas de informação é fundamental para o monitoramento e a avaliação das ações, permitindo identificar avanços, dificuldades e a necessidade de ajustes ao longo do tempo, além de subsidiar a tomada de decisão na gestão (Brasil, 2002; Carvalho *et al.*, 2012; Lima *et al.*, 2015).

Função da PNASPI: a PNASPI funciona como um eixo orientador permanente da gestão da saúde indígena, conectando o marco legal, a organização do SasiSUS e os instrumentos de gestão.

A política também valoriza o controle social e a participação dos povos indígenas nos processos de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde. A participação social é reconhecida como elemento essencial para garantir que as decisões estejam alinhadas às necessidades das comunidades e para fortalecer a legitimidade das ações desenvolvidas. Estudos apontam que a participação qualificada contribui para o melhor uso dos instrumentos de gestão, para o fortalecimento da governança e para maior transparência nos processos decisórios no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SCALCO; NUNES; LOUVISON, 2020; Cunha *et al.*, 2023).

Além disso, a PNASPI atua como um eixo de articulação entre a política e os instrumentos de gestão da atenção à saúde indígena. Ela orienta a elaboração dos planos, das programações e dos relatórios, garantindo que esses instrumentos estejam alinhados às diretrizes da política e às necessidades dos povos indígenas. Dessa forma, **a PNASPI contribui para que os instrumentos de gestão não sejam apenas documentos formais, mas ferramentas efetivas para o monitoramento, a avaliação e a tomada de decisão baseada em evidências** (Brasil, 2002; Brasil, 1999).



Aldear a saúde: a PNASPI reconhece o controle social como elemento central para garantir que as ações de saúde estejam alinhadas às necessidades reais das comunidades indígenas.

A PNASPI conecta o marco legal, a organização do SASISUS e os instrumentos de gestão, funcionando como um eixo orientador permanente que dá sentido às ações, ao planejamento, ao monitoramento e à avaliação da atenção à saúde indígena (Brasil, 2002; Carvalho *et al.*, 2012; Cunha *et al.*, 2023).

A PNASPI conecta o marco legal, a organização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e os instrumentos de gestão, funcionando como um eixo orientador permanente

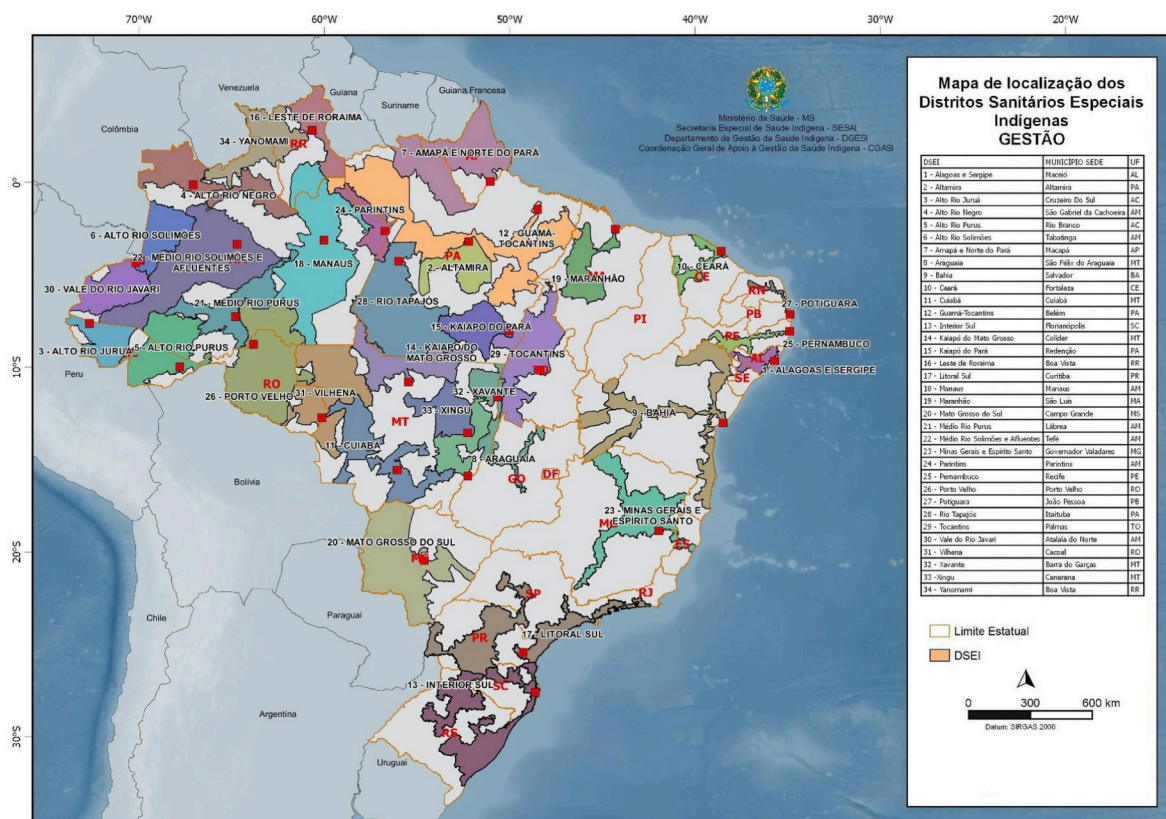
6. ORGANIZAÇÃO DO SASISUS (DSEI, PÓLO BASE, UBSI e CASAI).

A organização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) foi pensada para garantir que as ações e os serviços de saúde cheguem aos povos indígenas de forma adequada às suas realidades. Diferentemente da organização tradicional do SUS, que se baseia principalmente nos limites administrativos dos municípios, o SasiSUS se organiza a partir dos territórios indígenas. Essa forma de organização permite considerar aspectos como a localização das comunidades, as distâncias geográficas, as dificuldades de acesso e as especificidades culturais presentes em cada território (Brasil, 1999; Brasil, 2002).

A principal unidade organizativa do SasiSUS é o Distrito Sanitário Especial Indígena, conhecido como DSEI. Os DSEI são responsáveis por planejar, organizar, executar e avaliar as ações de saúde destinadas às populações indígenas em uma determinada área territorial. Cada DSEI abrange um conjunto de terras indígenas e comunidades, levando em conta critérios geográficos, culturais e populacionais, e funciona como base para a gestão da atenção à saúde indígena (Brasil, 1999; Brasil, 2002).

DSEI como unidade de gestão: os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) são as principais unidades de planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de saúde indígena nos territórios.

Imagem 3 - Mapa de localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas



Fonte: Distrito [...] (2021).

Dentro da organização dos DSEI, os Polos Base desempenham um papel importante na estrutura do SasiSUS. Os Polos Base são unidades responsáveis por apoiar a organização das ações de saúde em áreas específicas do território do distrito. Eles podem estar localizados em aldeias ou em áreas urbanas e têm a função de articular as equipes de saúde, organizar o atendimento às comunidades e apoiar o planejamento das ações no nível local.

As Unidades Básicas de Saúde Indígena, conhecidas como UBSI, são os espaços que funcionam como unidades assistenciais onde ocorre a maior parte das ações de atenção básica à saúde nos territórios indígenas. Nessas unidades são realizadas atividades como atendimentos clínicos, ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e acompanhamento das condições de saúde da população indígena. As UBSI fazem parte da organização do SasiSUS e atuam de forma integrada com as Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (Brasil, 2002).

As Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) reúnem profissionais

de diferentes formações e atuam de acordo com a realidade de cada território, podendo trabalhar de forma fixa ou itinerante. No dia a dia, realizam diversas atividades, como: atendimentos clínicos, visitas às comunidades e ações coletivas, como vacinação e atividades de educação em saúde. Quando é necessário um cuidado mais complexo, os encaminhamentos são feitos para os Polos Base, para as Casas de Saúde Indígena (CASAI) ou para a rede do SUS, sempre em articulação com a gestão do DSEI.

Outro componente importante da organização do SasiSUS são as Casas de Saúde Indígena, conhecidas como CASAI. As CASAI estão localizadas, geralmente, em municípios de referência e têm a função de acolher indígenas que necessitam de atendimento fora de suas comunidades. Nessas unidades são oferecidos serviços como hospedagem, alimentação, apoio ao tratamento e acompanhamento durante consultas, exames ou internações na rede do SUS. As CASAI contribuem para garantir a continuidade do cuidado e o acesso aos serviços de maior complexidade.

Imagem 4 - Modelo de organização das estruturas que compõem o SasiSUS



Fonte: Gomes (2021).

A organização do SasiSUS busca garantir a articulação entre esses diferentes componentes, de modo que o atendimento à saúde indígena ocorra de

forma integrada e contínua. DSEI, Polos Base, UBSI e CASAI atuam de maneira complementar, permitindo que as ações de saúde sejam planejadas, executadas e acompanhadas de forma mais próxima da realidade das comunidades indígenas. Essa estrutura favorece o uso das informações em saúde e apoia os processos de planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas (Brasil, 2002).

Rede de atenção à saúde indígena: Polos Base, UBSI e CASAI atuam de forma integrada para garantir o acesso aos serviços de saúde e o acompanhamento da população indígena.

De forma geral, a organização do SASISUS representa um esforço para **adaptar a estrutura do SUS às especificidades dos povos indígenas**. Ao considerar os territórios, os modos de vida e as necessidades das comunidades, o SasiSUS cria condições mais adequadas para a oferta dos serviços de saúde e para o fortalecimento da gestão da atenção à saúde indígena (Brasil, 1999; Brasil, 2002).

Nesse contexto de organização dinâmica do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Indígena (SAMU Indígena – SAMUI) representa uma atualização importante da rede de atenção, alinhada às diretrizes da PNASPI e à lógica territorial do SasiSUS. A entrega do primeiro SAMU 192 Indígena, com atendimento 24 horas e atuação de profissionais bilíngues, evidencia a capacidade do subsistema de incorporar novas estratégias assistenciais para responder às necessidades específicas dos povos indígenas, especialmente em situações de urgência e emergência. Essa iniciativa reforça que o SasiSUS não é uma estrutura estática, mas um arranjo institucional em permanente adaptação, no qual novos serviços podem ser integrados à sua organização, desde que respeitem os princípios da atenção diferenciada, da articulação com a rede do SUS e do planejamento territorializado previstos na PNASPI (Brasil, 2025).



Imagem 5 - Ambulância do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Indígena (SAMU Indígena – SAMUI)




Fonte: Miranda (2025).

7. CONCEITO DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO: PDSI, RAG, PASI, ENTRE OUTROS

A gestão da Atenção à Saúde Indígena envolve um conjunto de processos que permitem planejar, organizar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas nos territórios indígenas. Esses processos são operacionalizados por meio de instrumentos de gestão, que ajudam a transformar diretrizes políticas e normativas, como a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, em ações concretas realizadas no cotidiano dos serviços de saúde. No contexto do Sistema Único de Saúde, esses instrumentos estão diretamente relacionados ao orçamento público, pois é por meio deles que se define como os recursos públicos serão planejados, distribuídos, executados e avaliados no âmbito da saúde indígena. Dessa forma, os instrumentos de gestão são fundamentais para orientar o trabalho das equipes, apoiar a tomada de decisão e promover maior eficiência, transparência e responsabilidade na utilização dos recursos públicos (Brasil, 1990; Tamaki *et al.*, 2012; Carvalho *et al.*, 2012).

Planejamento e orçamento caminham juntos: os instrumentos de gestão organizam não apenas as ações de saúde, mas também o planejamento, a execução e a avaliação do uso dos recursos públicos.

No campo do planejamento em saúde, os instrumentos de gestão permitem analisar a situação de saúde da população, definir prioridades, estabelecer metas e acompanhar os resultados alcançados. Eles contribuem para que a gestão não seja baseada apenas em percepções individuais ou experiências isoladas, mas em



informações sistematizadas, indicadores e dados produzidos no cotidiano dos serviços. Esse uso estruturado das informações fortalece os processos de monitoramento e avaliação, favorecendo ajustes contínuos nas ações desenvolvidas e a melhoria da qualidade da atenção prestada (Carvalho *et al.*, 2012; Pereira; Tomasi, 2016).

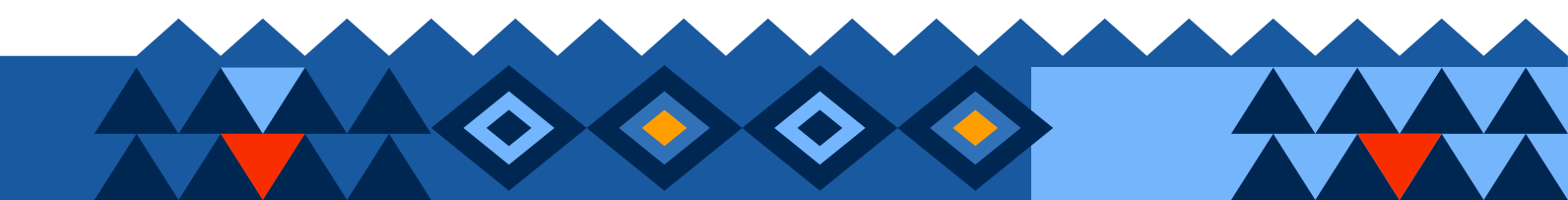
No caso da Atenção à Saúde Indígena, os instrumentos de gestão assumem papel ainda mais relevante, pois precisam considerar as especificidades socioculturais, territoriais e epidemiológicas dos povos indígenas. Estudos sobre o processo de trabalho no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena demonstram que a efetividade do planejamento e da avaliação depende da integração entre os instrumentos e da utilização qualificada das informações produzidas nos territórios. Essa integração contribui para que as ações planejadas estejam mais próximas das necessidades reais das comunidades indígenas (Brasil, 2002; Cunha *et al.*, 2023; Reis *et al.*, 2022).

Ciclo de gestão:

Planejar → Executar → Monitorar → Avaliar → Replanejar.

Esse ciclo orienta a gestão da Atenção à Saúde Indígena.

Os instrumentos de gestão da saúde indígena fazem parte de um ciclo contínuo, no qual o planejamento orienta a execução das ações, o monitoramento acompanha o desenvolvimento das atividades e a avaliação analisa os resultados alcançados. Esse ciclo permite identificar avanços, dificuldades e necessidades de mudança, contribuindo para uma gestão mais qualificada e baseada em evidências. Nesse sentido, os instrumentos não devem ser vistos como documentos isolados



ou apenas como exigências formais, mas como partes interligadas de um mesmo processo de gestão, que envolve tanto decisões técnicas quanto decisões orçamentárias (Carvalho *et al.*, 2012; Tamaki *et al.*, 2012).

Gestão baseada em evidências: os instrumentos de gestão permitem que decisões não sejam tomadas apenas por percepção, mas com base em dados, indicadores e informações produzidas pelos serviços de saúde.

A seguir, serão apresentados os principais instrumentos de gestão utilizados na Atenção à Saúde Indígena, destacando sua finalidade e a forma como se articulam entre si no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

7.1 PLANO PLURIANUAL (PPA)

O Plano Plurianual (PPA) é o principal instrumento de planejamento governamental de médio prazo e constitui a base do orçamento público no Estado brasileiro. Ele define as diretrizes, os objetivos e as metas do governo federal para um período de quatro anos, orientando como os recursos públicos devem ser direcionados para as diferentes políticas públicas, incluindo a atenção à Saúde Indígena. O PPA está previsto na Constituição Federal e orienta a atuação do Estado de forma integrada entre planejamento e orçamento (Brasil, 1988; Brasil, 1990).

No âmbito da saúde indígena, o PPA garante que as ações voltadas aos povos indígenas estejam previstas no planejamento nacional e vinculadas ao orçamento público, assegurando continuidade às políticas públicas e maior previsibilidade na alocação de recursos. Ao estabelecer programas, objetivos e indicadores, o PPA permite acompanhar se os recursos planejados estão sendo



utilizados para alcançar os resultados esperados nos territórios indígenas (Brasil, 1990; Brasil, 2002).

Dentro da lógica do PPA, o planejamento orçamentário é detalhado anualmente por meio da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA). A LDO tem a função de orientar a elaboração do orçamento de cada ano, definindo prioridades, metas fiscais e regras para a execução das despesas públicas, garantindo coerência entre o planejamento de médio prazo estabelecido no PPA e o orçamento anual.

A Lei Orçamentária Anual (LOA), por sua vez, detalha os recursos que serão efetivamente autorizados para execução em cada exercício financeiro. No caso da Atenção à Saúde Indígena, a LOA define quanto será destinado às ações previstas nos planos e programações, permitindo que o planejamento se transforme em execução concreta. Dessa forma, PPA, LDO e LOA funcionam de maneira integrada, articulando planejamento, orçamento e execução das ações de saúde indígena (Brasil, 1990; Brasil, 2002).

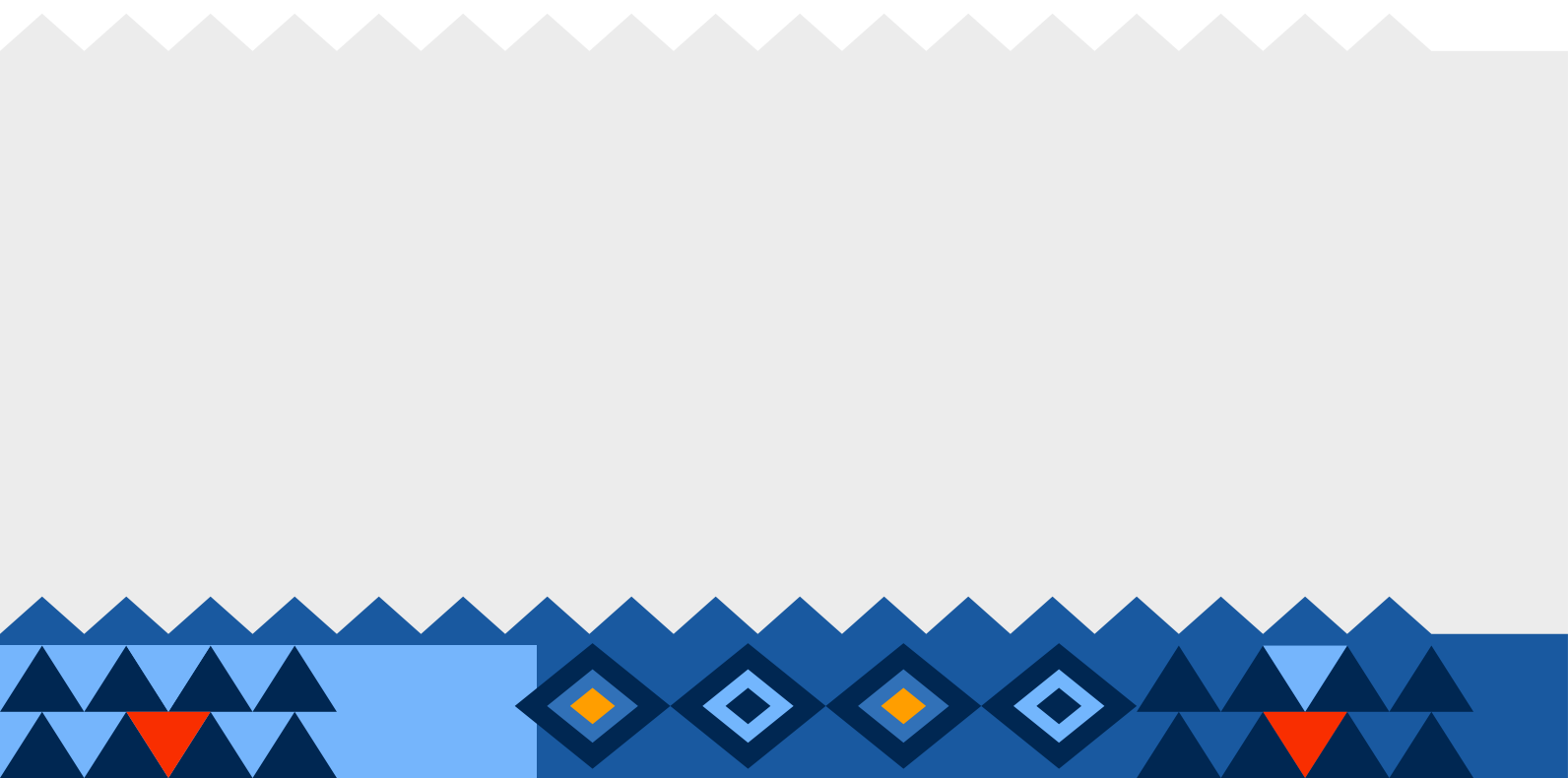


Imagem 6 - Fluxograma das diferentes fases do orçamento público e a Lei Orçamentária Anual (LOA)



Fonte: Curso [...] (2025).

Do plano a execução: o PPA define prioridades de médio prazo, a LDO orienta o orçamento anual e a LOA autoriza os recursos, permitindo que o planejamento se transforme em ações concretas nos territórios indígenas.

7.2 PLANO NACIONAL DE SAÚDE (PNS)

O Plano Nacional de Saúde (PNS) é o instrumento que orienta a atuação do Ministério da Saúde em um período de quatro anos. Ele define prioridades, objetivos, metas e indicadores para o Sistema Único de Saúde, incluindo ações específicas voltadas à saúde indígena. O PNS traduz as diretrizes mais gerais do PPA para o campo da saúde e orienta a formulação dos planos em níveis mais próximos da execução (Brasil, 1990; Brasil, 2002).

No contexto da saúde indígena, o PNS reforça princípios como a atenção diferenciada, a integralidade do cuidado e a redução das desigualdades em saúde. Ele serve como referência para que os Distritos Sanitários Especiais Indígenas organizem suas ações de forma alinhada às diretrizes nacionais do SUS e da PNASPI (Brasil, 2002; Carvalho *et al.*, 2012).

7.3 PLANO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA (PDSI)

O Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) é o principal instrumento de planejamento da saúde indígena no nível dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Ele é elaborado a partir da análise da situação de saúde da população indígena do território, considerando dados epidemiológicos, características socioculturais e condições geográficas (Brasil, 2002; Brasil, 2024).

O PDSI define prioridades, metas, estratégias e indicadores para um período de quatro anos e orienta a organização dos serviços e das ações de saúde no território. Esse instrumento também fortalece a participação social, pois envolve o Conselho Distrital de Saúde Indígena no acompanhamento e na avaliação das ações planejadas (Brasil, 2002; Cunha *et al.*, 2023).





7.4 PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE INDÍGENA (PASI)

A Programação Anual de Saúde Indígena (PASI) detalha, ano a ano, as ações previstas no PDSI. Ela transforma o planejamento de médio prazo em atividades concretas a serem executadas no cotidiano dos serviços de saúde indígena (Brasil, 2002).

A PASI define metas anuais, ações prioritárias e indicadores de acompanhamento, permitindo monitorar a execução das ações ao longo do ano. Esse instrumento facilita ajustes conforme as necessidades identificadas nos territórios e aproxima o planejamento da realidade vivida pelas equipes de saúde indígena (Brasil, 2002; Pereira; Tomasi, 2016).

7.5 RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (RAG)

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é o instrumento utilizado para avaliar a execução das ações de saúde ao longo de um ano. Ele apresenta informações sobre o que foi realizado, os resultados alcançados e o comportamento dos indicadores definidos nos instrumentos de planejamento (Brasil, 1990; Brasil, 2002).

O RAG permite comparar o que foi planejado com o que foi executado, identificar avanços e desafios e subsidiar o replanejamento das ações. Além disso, fortalece o controle social, pois é analisado pelas instâncias de participação social, contribuindo para uma gestão mais transparente e participativa (Brasil, 2002; Lima *et al.*, 2015).




Imagem 7 - Modelo lógico da apresentação do PDSI com relação aos RAG e PASI durante um quadriênio (2024-2027)



Fonte: próprio autor

7.8 PLANO DE EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA (PEO)

O Plano de Execução Orçamentária (PEO) organiza a utilização dos recursos financeiros destinados à saúde indígena. Ele detalha como os recursos aprovados no orçamento serão utilizados para viabilizar as ações previstas na PASI, garantindo coerência entre planejamento e execução financeira (Brasil, 1990; Brasil, 2024).

O PEO é fundamental para assegurar transparência, eficiência e acompanhamento da aplicação dos recursos públicos. Ele permite identificar dificuldades na execução orçamentária e apoiar a tomada de decisão para o ajuste das ações planejadas (Brasil, 2024; Carvalho *et al.*, 2012).

Imagem 8 - Relação do Plano de Execução Orçamentária (PEO) com demais instrumentos de gestão

Instrumentos	Relação com o PEO
PPA (Quadrienal)	Estabelece metas nacionais e diretrizes gerais; o PEO precisa estar compatível.
PNS (Quadrienal)	Define prioridades da política de saúde; recursos devem apoiar essas linhas.
PDSI (Quadrienal)	O PEO financia as estratégias e metas distritais do PDSI.
PASI (Anual)	O PEO é quem viabiliza, financeiramente, o que está previsto no PASI.
RAG (Anual)	O PEO alimenta o RAG, pois registra o que foi executado.

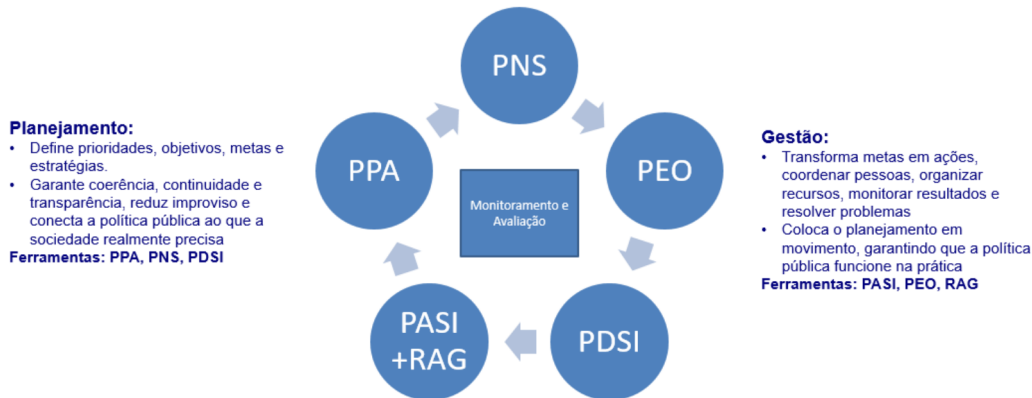


Fonte:
próprio
autor

7.9 INTEGRAÇÃO ENTRE OS INSTRUMENTOS DE GESTÃO

Os instrumentos de gestão da Atenção à Saúde Indígena funcionam de forma integrada e complementar. O PPA define prioridades de médio prazo, o PNS orienta as diretrizes nacionais, o PDSI organiza o planejamento territorial, a PASI detalha as ações anuais, o PEO garante a execução financeira e o RAG permite avaliar os resultados alcançados. Esse encadeamento fortalece o monitoramento, a avaliação e o uso de dados e informações para a tomada de decisão baseada em evidências na gestão da saúde indígena (Brasil, 1990; Brasil, 1999; Brasil, 2002; Tamaki *et al.*, 2012).

Imagem 9 - Articulação entre os instrumentos e os processos de planejamento e gestão na saúde indígena



Fonte: próprio autor

8. A AGÊNCIA BRASILEIRA DE APOIO À GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (AGSUS) E SUA RELAÇÃO COM A GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA

Os instrumentos de gestão da Atenção à Saúde Indígena, como o Plano Distrital de Saúde Indígena, a Programação Anual de Saúde Indígena, o Plano de Execução Orçamentária e o Relatório Anual de Gestão, organizam o planejamento, a execução, o monitoramento e a avaliação das ações desenvolvidas nos territórios indígenas. No entanto, para que esses instrumentos sejam utilizados de forma integrada e produzam resultados concretos, é necessário um arranjo institucional que organiza responsabilidades, define metas e estabelece formas de acompanhamento e prestação de contas entre os diferentes atores envolvidos na gestão da saúde indígena. No contexto desta aula, esse arranjo é materializado pelo contrato de gestão firmado entre a Agência Brasileira de Apoio à Gestão do

Sistema Único de Saúde (AgSUS) e a Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) (Brasil, 2002; Carvalho *et al.*, 2012).

O que é um contrato de gestão? O contrato de gestão é um acordo formal que define metas, responsabilidades, indicadores e formas de acompanhamento entre as instituições envolvidas.

Dessa forma, **o contrato de gestão da Agsus surge como um mecanismo que fortalece a articulação entre o planejamento e a execução das ações.** O contrato de gestão pode ser compreendido como um acordo formal, no qual são definidos objetivos, metas, responsabilidades e critérios de acompanhamento. Ele estabelece de forma clara o que deve ser feito, como será feito e como os resultados serão monitorados e avaliados ao longo do tempo (Carvalho *et al.*, 2012; Tamaki *et al.*, 2012).

Por meio desse instrumento, são pactuadas ações voltadas ao fortalecimento da gestão, do planejamento, do monitoramento e da avaliação das ações desenvolvidas no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Esse arranjo contribui para organizar a execução das atividades e para alinhar as ações às diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e aos instrumentos de gestão já existentes (Brasil, 2002; Cunha *et al.*, 2023).

O funcionamento do contrato de gestão está diretamente relacionado ao uso de metas e indicadores. As metas pactuadas devem dialogar com os objetivos definidos nos planos e programações, enquanto os indicadores permitem acompanhar o desempenho das ações e avaliar os resultados alcançados. Esse acompanhamento contínuo contribui para identificar avanços, dificuldades e necessidades de ajuste, fortalecendo a tomada de decisão baseada em



informações e evidências (Carvalho et al., 2012; Lima et al., 2015).

Reduzindo a distância entre planejar e executar: o contrato de gestão ajuda a garantir que o que foi planejado nos instrumentos de gestão seja efetivamente executado nos territórios indígenas.

Outro aspecto importante do contrato de gestão é a definição das responsabilidades entre as partes envolvidas. **Enquanto a gestão pública mantém a coordenação da política e o acompanhamento institucional, a entidade executora assume compromissos relacionados à execução das ações pactuadas e à prestação de informações sobre os resultados alcançados.** Essa definição de responsabilidades contribui para maior clareza nos processos de trabalho e para o fortalecimento da governança na saúde indígena (Carvalho *et al.*, 2012; Cunha *et al.*, 2023).

O contrato de gestão também se articula com os instrumentos de monitoramento e avaliação já utilizados na Atenção à Saúde Indígena. As informações produzidas durante a execução do contrato subsidiam a elaboração de relatórios, o acompanhamento de indicadores e a avaliação dos resultados, dialogando diretamente com instrumentos como o Relatório Anual de Gestão. Esse processo contribui para fortalecer a cultura de monitoramento e avaliação no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Tamaki *et al.*, 2012; Reis *et al.*, 2022).

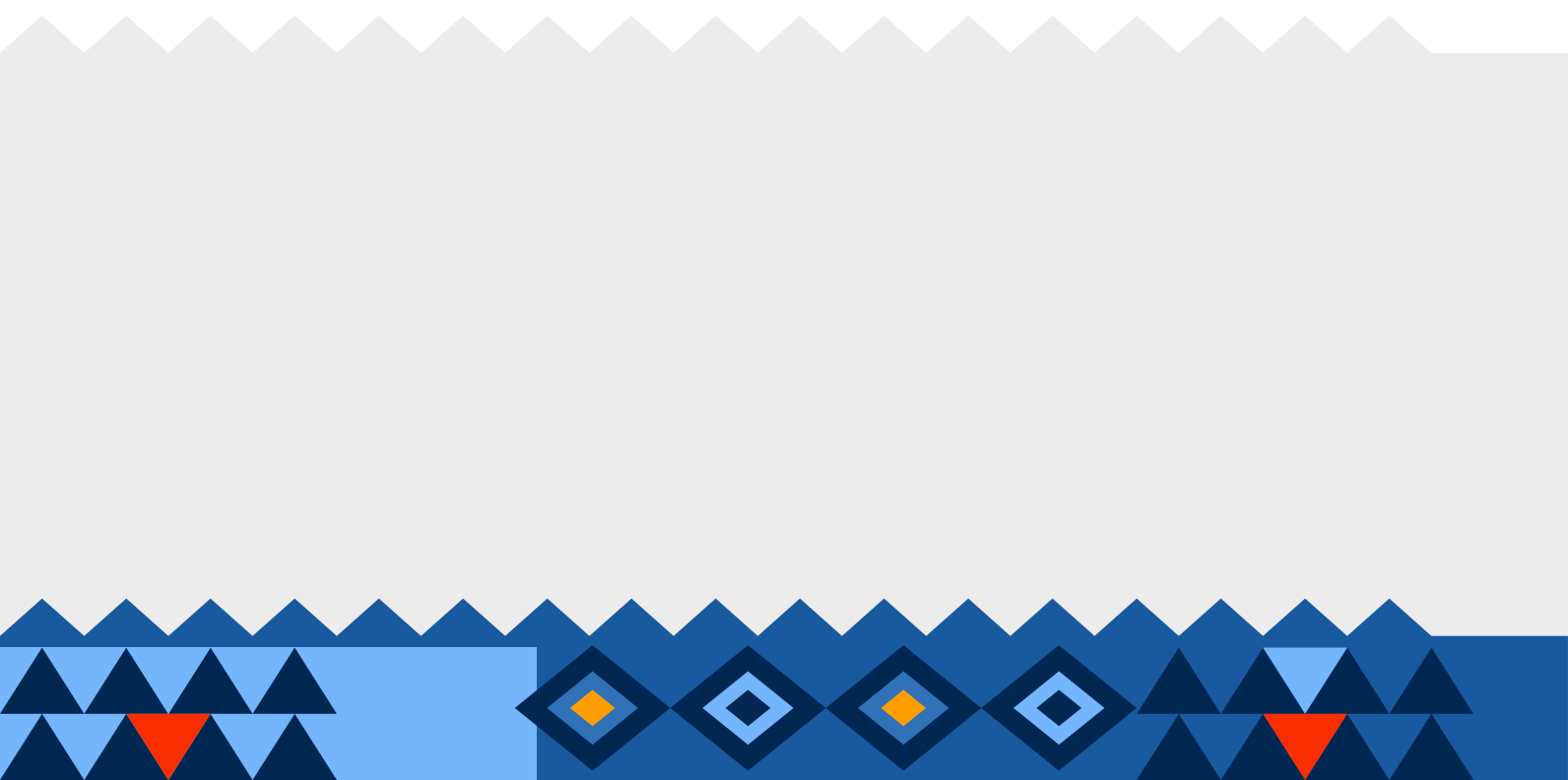
Além disso, o contrato de gestão se relaciona com o controle social, uma vez que os resultados das ações e o desempenho da gestão devem ser apresentados e discutidos nas instâncias de participação social. Estudos sobre controle social na



saúde indígena destacam que a transparência e o acesso às informações são fundamentais para fortalecer a participação dos povos indígenas e para qualificar os processos de acompanhamento e avaliação das ações de saúde (Scalco; Nunes; Louvison, 2020).

Monitorar e avaliar para melhorar: por meio do contrato de gestão, os resultados das ações podem ser acompanhados e avaliados de forma sistemática, fortalecendo a gestão baseada em evidências.

De forma geral, a atuação da AgSUS por meio do contrato de gestão contribui para integrar planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de saúde indígena. Ao articular metas, indicadores, responsabilidades e mecanismos de acompanhamento, **o contrato de gestão fortalece a gestão baseada em evidências e contribui para a qualificação das ações desenvolvidas no âmbito da Atenção à Saúde Indígena** (Carvalho *et al.*, 2012; Cunha *et al.*, 2023).



REFERÊNCIAS

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**.

Brasília, DF:Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 24 set. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.


BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Indígena. **Contrato de Gestão n. 02/2024**. Brasília, DF, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil inaugura primeiro SAMU 192 indígena com atendimento 24h e profissionais bilíngues. **Portal Gov.br**, Brasília, ago. 2025.

Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/agosto/brasil-inaugura-primeiro-samu-192-indigena-com-atendimento-24h-e-profissionais-bilingues>.

Acesso em: 28 jan. 2026.



CARVALHO, A. L. B. de; SOUZA, M. de F.; SHIMIZU, H. E.; SENRA, I. M. V. B.; OLIVEIRA, K. C. de. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 901–911, 2012.

CUNHA, M. L. S.; CASANOVA, A. O.; CRUZ, M. M. da; SUÁREZ-MUTIS, M. C.; MARCHON-SILVA, V.; SOUZA, M. S.; PEITER, P. C. Planejamento e gestão do processo de trabalho em saúde: avanços e limites no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 1, e220127pt, 2023.


CURSO Avançado de Orçamento Público disponível no Portal do Senado. Brasília: Senado Federal, 2025. Disponível em: <https://intranet.capes.gov.br/noticias/10562-curso-avancado-de-orcamento-publico-disponivel-no-portal-do-senado> Acesso em: 18 fev. 2025.

DISTRITO Sanitário Especial Indígena. Ministério da Saúde. Brasília: MS, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/estrutura/dsei> Acesso em: 18 fev. 2026.

GOMES, S. L. **Modelo Assistencial dos DSEI**. Projeto 10 - Governança e Gestão das contratações na SESAI. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://dintegcgcin.saude.gov.br/attachments/596> Acesso em: 18 fev. 2026.

MIRANDA, F. **Lançamento Samu Indígena**. Mato Grosso do Sul: Secretaria de





Saúde Indígena (Sesai), 2025. Disponível em:
<https://www.flickr.com/photos/sesai/54718302886/in/album-72177720328353063>
Acesso em: 18 fev. 2026.


KANINDÉ, C. **XXIX Assembleia Estadual dos Povos Indígenas do Ceará**. Ceará: SESAI/MS, 2025. Disponível em:
<https://www.flickr.com/photos/sesai/54653071538/in/album-72177720327513836/>
Acesso em: 18 fev. 2026.


LIMA, K. W. S. de; ANTUNES, J. L. F.; SILVA, Z. P. da. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 61–71, 2015.

MENDES, A. M.; LEITE, M. S.; LANGDON, E. J.; GRISOTTI, M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 42, p. e184, 2018.

PEREIRA, B. D. S.; TOMASI, E. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 411–418, 2016.

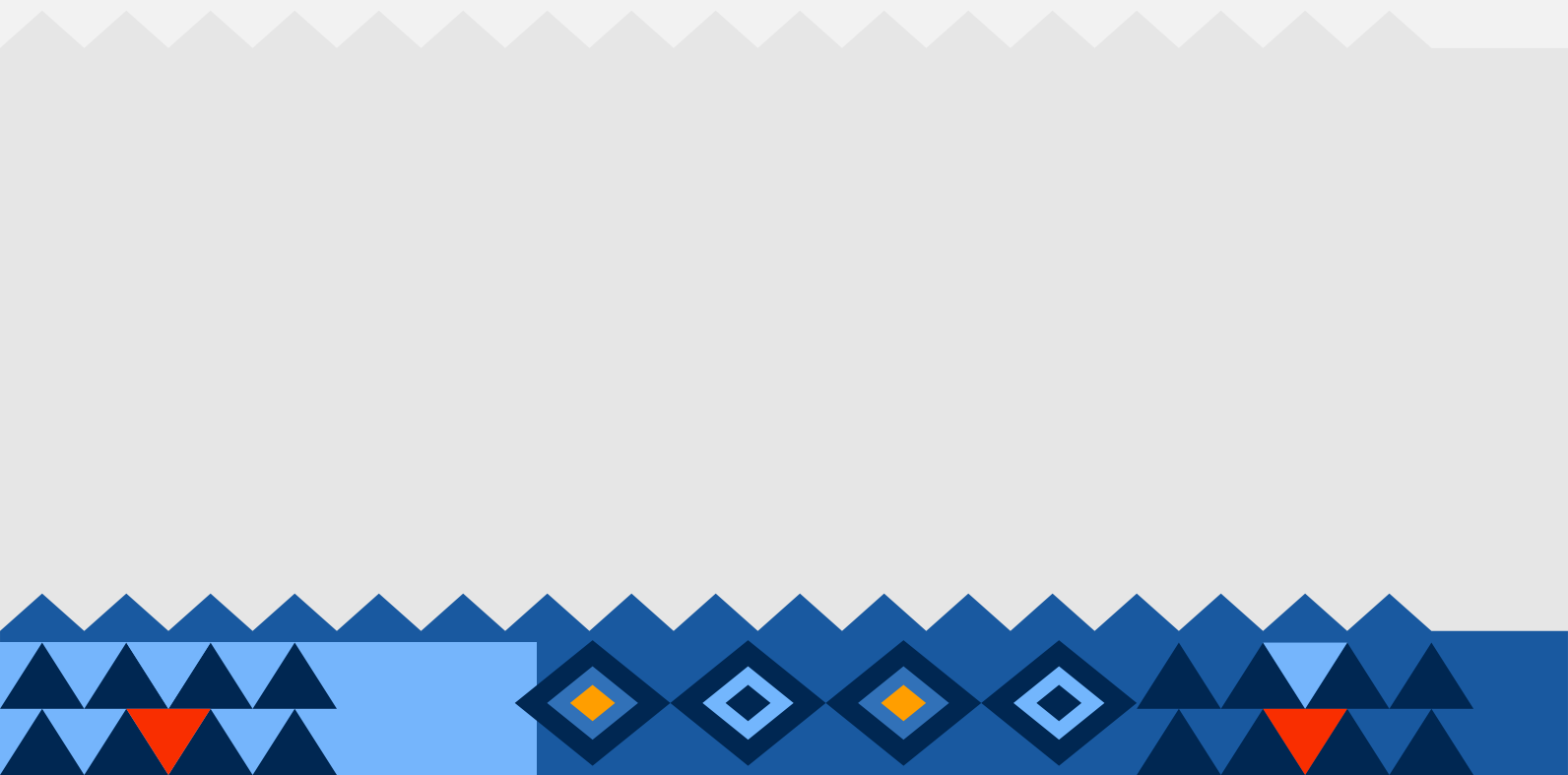
REIS, A. C.; CASANOVA, A. O.; CRUZ, M. M. da; CUNHA, M. L. S.; GOMES, M. de F.; SUÁREZ-MUTIS, M. C.; ALVES, M. de S. Estudo de avaliabilidade do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena: potencialidades e desafios para apoiar a gestão em saúde no nível local. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, 2022.





SCALCO, N.; NUNES, J. A.; LOUVISON, M. Controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: uma estrutura silenciada. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, p. e200400, 2020.

TAMAKI, E. M.; TANAKA, O. Y.; FELISBERTO, E.; ALVES, C. K. de A.; DRUMOND JUNIOR, M.; BEZERRA, L. C. de A.; MIRANDA, A. S. de. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 839–849, 2012.





POVOS INDÍGENAS, SAÚDE E BEM VIVER: TECENDO CONEXÕES

**Informação em Saúde como
estratégia para a Reconstrução
do Bem Viver**



Professora. Claudia Dias de Jesus

Atuou na implementação do monitoramento e avaliação das ações e serviços do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), no âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) pelo Ministério da Saúde, na Secretaria de Saúde Indígena (SESAI). Sua atuação envolve a análise de dados e indicadores de saúde, o acompanhamento de resultados e o apoio ao planejamento e à qualificação da gestão em saúde indígena. Ainda no âmbito da SESAI, participou do grupo de trabalho para a revisão da PNASPI em 2025. É pós-graduada em Gestão em Saúde Pública e em Urgência e Emergência e graduada em Enfermagem pela Universidade Anhanguera de São Paulo.



Lattes: <https://lattes.cnpq.br/4672238081301054>

1. INTRODUÇÃO

A circulação de informações sempre esteve presente nos processos de cuidado em saúde. No entanto, com a expansão das tecnologias digitais e das redes sociais, o volume e a velocidade com que informações são produzidas e compartilhadas aumentaram de forma significativa. Esse cenário, conhecido como infodemia, tem intensificado a disseminação de informações falsas, imprecisas ou fora de contexto, dificultando o acesso a orientações confiáveis e comprometendo a tomada de decisões informadas em saúde.

No campo da saúde indígena, os efeitos da infodemia e da desinformação assumem contornos ainda mais complexos. Desigualdades históricas, barreiras de acesso à informação qualificada, diversidade cultural e linguística e a persistência de preconceitos e estigmas contribuem para ampliar os impactos da desinformação sobre o cuidado, a relação entre comunidades e serviços de saúde e a confiança nas instituições públicas. Além disso, narrativas que deslegitimam saberes tradicionais e invisibilizam a diversidade dos povos indígenas reforçam práticas de racismo institucional e dificultam a efetivação de uma atenção à saúde diferenciada e intercultural.

Diante desse contexto, a Aula 4 propõe discutir a infodemia e a desordem informacional como fenômenos que afetam diretamente a saúde indígena, analisando seus impactos no cuidado, na comunicação em saúde e na participação social. A aula também aborda o uso das evidências como estratégia fundamental para o enfrentamento da desinformação, destacando o papel dos profissionais de saúde, da gestão e dos marcos institucionais na reconstrução do bem viver, a partir do fortalecimento de direitos, da participação social e do diálogo intercultural.

2 OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final da leitura deste capítulo, espera-se que as(os) participantes sejam capazes de:

- **Compreender os conceitos de infodemia, desinformação e desordem informacional, reconhecendo suas diferenças e relações no campo da saúde pública;**
- **Analisar os impactos da desinformação no contexto da saúde indígena, considerando desigualdades históricas, barreiras culturais e a diversidade dos povos indígenas;**
- **Reconhecer como a desinformação pode reforçar preconceitos, racismo institucional e dificuldades no acesso e na qualidade do cuidado em saúde indígena;**
- **Identificar o papel das evidências em saúde como estratégia para o enfrentamento da desinformação e para a qualificação da gestão baseada em evidências;**
- **Compreender a importância da comunicação intercultural no uso das evidências, respeitando os saberes tradicionais e as especificidades socioculturais dos territórios indígenas;**

Relacionar o uso qualificado da informação e das evidências ao fortalecimento da confiança institucional, da participação social e dos marcos institucionais de apoio à reconstrução do bem viver.

3. INFODEMIA E DESORDEM INFORMACIONAL

A Infodemia caracteriza-se pela circulação acelerada, contínua e massiva de informações, potencializada sobretudo pelas plataformas digitais e redes sociais, que permite que conteúdos sejam produzidos e compartilhados por qualquer pessoa, em tempo real, alcançando rapidamente grandes públicos. O excesso do volume de informações dificulta a distinção entre conteúdo baseado em evidências científicas e informações falsas, imprecisas ou enganosas, **comprometendo a capacidade das pessoas de compreender riscos, avaliar recomendações e tomar decisões informadas em saúde** (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020).

Em outros tempos, a informação em saúde era mediada principalmente por instituições especializadas como serviços de saúde, universidades e meios de comunicação tradicionais, **o ambiente digital ampliou a circulação de discursos não verificados, opiniões pessoais e narrativas ideologizadas**. Nesse cenário virtual, informações sem respaldo científico podem adquirir legitimidade social, especialmente quando associadas a emoções como medo, desconfiança ou indignação, características frequentemente exploradas em conteúdos desinformativos (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020).

A infodemia integra um universo mais amplo denominado **Desordem Informacional**, conceito que permite compreender a complexidade das informações problemáticas que circulam na sociedade. Esse ecossistema abrange, ao menos, três categorias principais: **misinformation**, que corresponde a informações incorretas compartilhadas sem intenção deliberada de enganar; **disinformation**, caracterizada pela produção e disseminação intencional de informações falsas com objetivos políticos, econômicos ou ideológicos; e **malinformation**, que envolve informações verdadeiras ou parcialmente verdadeiras utilizadas de forma descontextualizada, enviesada ou com o objetivo de causar dano (Derakhshan; Wardle, 2017; Tandoc Júnior; Lim; Ling, 2018).

No campo da saúde pública, a desordem informacional assume especial gravidade, pois interfere diretamente na percepção de riscos, na confiança nas instituições e na adesão às recomendações sanitárias. A circulação de informações falsas ou distorcidas pode levar à adoção de práticas ineficazes ou perigosas, à recusa de medidas preventivas, como a vacinação, e ao enfraquecimento das políticas públicas de saúde, afetando tanto indivíduos quanto coletividades (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020).

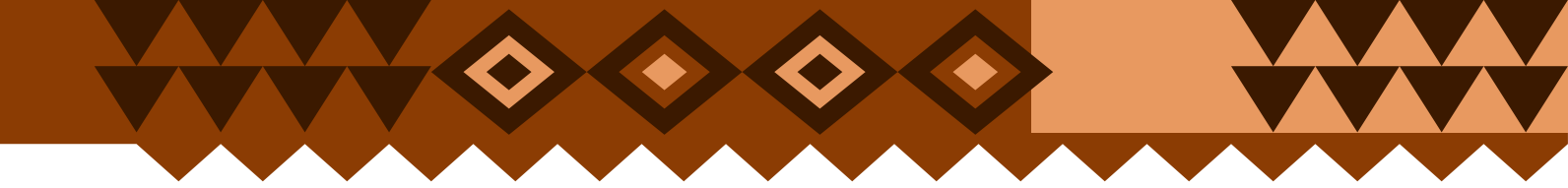
Em contextos de emergência sanitária, como epidemias e pandemias, os efeitos da infodemia podem ser ainda mais graves. A incerteza científica inicial, aliada ao medo e à urgência por respostas, cria um ambiente propício à proliferação de desinformação. Nesses cenários, grupos historicamente vulnerabilizados como os povos indígenas são afetados de forma desproporcional, seja pela maior exposição a conteúdos desinformativos, seja pelas barreiras de acesso a informações qualificadas e culturalmente adequadas (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020).

Assim, compreender a infodemia e a desordem informacional é passo fundamental para fortalecer estratégias de comunicação em saúde, qualificar o uso de dados e **subsidiar processos de monitoramento e avaliação que sustentem decisões baseadas em evidências**, especialmente no âmbito da saúde indígena.

3.1 SAÚDE INDÍGENA E DESINFORMAÇÃO: PRECONCEITO, RACISMO E IMPACTOS NO CUIDADO

A compreensão da saúde indígena na atualidade exige reconhecer que a desinformação sobre os povos indígenas e seus modos de vida continua a produzir efeitos concretos no acesso e na qualidade do cuidado em saúde. Mesmo após avanços normativos e institucionais, persistem na sociedade brasileira representações estigmatizadas que **associam os povos indígenas a ideias de atraso, incapacidade, homogeneidade cultural ou resistência irracional às práticas biomédicas**. Essas narrativas, alimentadas pela falta de informação qualificada, constituem formas de desinformação que reforçam o racismo e a exclusão no atendimento à saúde (Barreto, 2016; Gonzaga, 2022; Martins *et al.*, 2025).

Ainda existe pouco conhecimento da diversidade étnica, cultural e linguística dos povos indígenas, bem como suas formas próprias de organização social, de cuidado e de compreensão do processo saúde-doença.



Essa lacuna informacional contribui para a reprodução de preconceitos que se manifestam tanto no senso comum quanto nas práticas institucionais, influenciando a forma como profissionais e serviços de saúde se relacionam com usuários indígenas (Martins *et al.*, 2025).

Na saúde indígena, a desinformação se expressa, em muitos casos, na desvalorização ou incompreensão dos sistemas tradicionais de saúde indígenas. Práticas terapêuticas baseadas em saberes ancestrais, cosmologias próprias e no uso de plantas, rituais e conhecimentos transmitidos entre gerações são frequentemente vistas como ineficazes, supersticiosas ou incompatíveis com o cuidado em saúde, em vez de serem compreendidas como sistemas legítimos de conhecimento (Silveira, 2004). Essa visão hierarquizante dos saberes produz barreiras ao diálogo intercultural e compromete a atenção diferenciada prevista nas políticas de saúde indígena.

Além disso, a circulação de informações distorcidas sobre o modo de vida indígena como a **ideia de que todos os povos indígenas compartilham as mesmas crenças, hábitos e necessidades reforça abordagens padronizadas e inadequadas no atendimento à saúde**. O desconhecimento da diversidade e da especificidade cultural pode resultar em práticas que desconsideram línguas, costumes, territórios e formas próprias de organização social, afetando diretamente a adesão aos cuidados e a efetividade das ações em saúde (Martins *et al.*, 2025).

Segundo Martins *et al.* (2025), a desinformação atua simultaneamente como violência simbólica e material, pois reforça estereótipos, deslegitima saberes ancestrais e compromete o acesso a políticas públicas. **Esse processo não se restringe à circulação ativa de informações falsas, mas inclui também o silenciamento e a ausência de narrativas produzidas a partir das próprias perspectivas indígenas**, mecanismos que operam de forma estrutural e contribuem para a reprodução do racismo institucional e das desigualdades no campo da saúde.

Nesse sentido, a desinformação não apenas alimenta preconceitos sociais, mas também se materializa no cotidiano dos serviços de saúde, contribuindo para o racismo institucional, a desconfiança entre usuários indígenas e equipes de saúde e a reprodução de desigualdades no acesso, na qualidade e nos resultados do cuidado. **Reconhecer e enfrentar a desinformação é fundamental para fortalecer práticas de atenção à saúde indígena baseadas no respeito, no diálogo intercultural e no uso qualificado de informações e dados.**

4. ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO À DESINFORMAÇÃO NA SAÚDE INDÍGENA: O USO DAS EVIDÊNCIAS

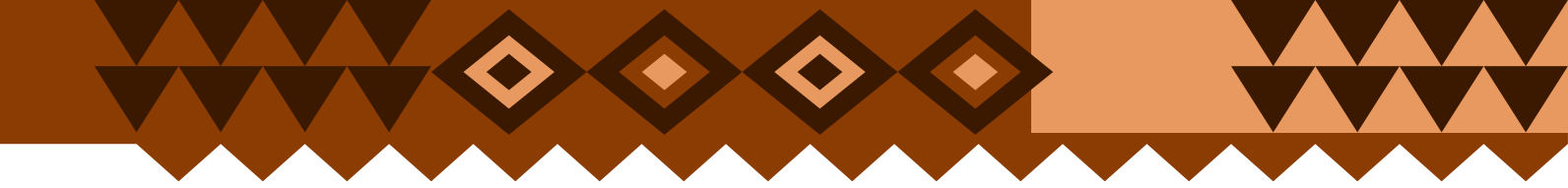
4.1 DESINFORMAÇÃO EM SAÚDE E SEUS IMPACTOS NO CONTEXTO DA SAÚDE INDÍGENA

Desinformação em saúde é a circulação de informações falsas, imprecisas ou fora de contexto que dificultam o acesso a orientações confiáveis e baseadas em evidências.

A desinformação em saúde pode ser entendida como a circulação de informações falsas, imprecisas ou fora de contexto, que dificultam o acesso das pessoas a orientações confiáveis e baseadas em evidências. Esse fenômeno se intensifica em situações de crise sanitária e está diretamente relacionado ao aumento do volume de informações disponíveis, muitas vezes contraditórias, o que caracteriza a chamada infodemia. Nesse cenário, torna-se mais difícil identificar fontes seguras e compreender corretamente as orientações em saúde, o que pode levar a decisões inadequadas e comportamentos de risco (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020).

Por que a desinformação é um problema de saúde? A desinformação em saúde dificulta o acesso a informações confiáveis e pode levar a decisões equivocadas sobre prevenção, cuidado e uso dos serviços de saúde. Em contextos indígenas, seus impactos são ampliados por desigualdades históricas, barreiras culturais e dificuldade de acesso à informação qualificada.

No contexto da saúde indígena, os impactos da desinformação são ainda mais complexos, pois se somam a desigualdades históricas, barreiras de acesso à informação qualificada e desafios relacionados à diversidade cultural e linguística. A circulação de informações falsas ou distorcidas pode gerar desconfiança em relação aos serviços de saúde, comprometer ações de prevenção e dificultar a



adesão a medidas sanitárias. Além disso, a desinformação pode reforçar estigmas e narrativas equivocadas sobre os povos indígenas, aprofundando vulnerabilidades sociais e sanitárias já existentes (Martins *et al.*, 2025)

Na saúde indígena, os efeitos da desinformação são ampliados por desigualdades históricas, barreiras culturais, diversidade linguística e dificuldades de acesso à informação qualificada. Isso pode gerar desconfiança nos serviços de saúde e dificultar a adesão às ações de prevenção e cuidado.

A ausência de informações claras e contextualizadas contribuem para que rumores e conteúdos enganosos se espalhem com maior facilidade, especialmente por meio de redes sociais. Esse cenário evidencia a necessidade de estratégias institucionais que enfrentem a desinformação de forma local, considerando as especificidades dos territórios indígenas e a importância da informação como elemento central para a proteção da saúde coletiva (Domingues, 2021).

4.2 EVIDÊNCIAS EM SAÚDE: CONCEITO E PAPEL NA GESTÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS

As evidências em saúde correspondem a informações produzidas a partir da análise sistemática de dados, pesquisas acadêmicas, registros de serviços, documentos emitidos por órgãos de saúde e outras fontes confiáveis e validadas, utilizadas para orientar decisões no campo da saúde. Diferentemente de opiniões sem embasamento, achismos ou informações não verificadas, as evidências são construídas com base em métodos científicos e critérios técnicos próprios, o que permite maior segurança na definição de prioridades em saúde e no planejamento das ações (Domingues, 2021).

A gestão em saúde baseada em evidências consiste na incorporação de informações qualificadas, utilizando as ferramentas da epidemiologia, da metodologia científica e dos sistemas de informações, por exemplo, nos processos de tomada de decisão. Esse modelo de gestão busca reduzir incertezas, aumentar a eficiência e qualificar as ações desenvolvidas no âmbito do sistema de saúde. No contexto institucional, o uso de evidências contribui para decisões mais coerentes com as necessidades da população e com os princípios das políticas públicas de saúde (Sacramento, *et al.*, 2024).



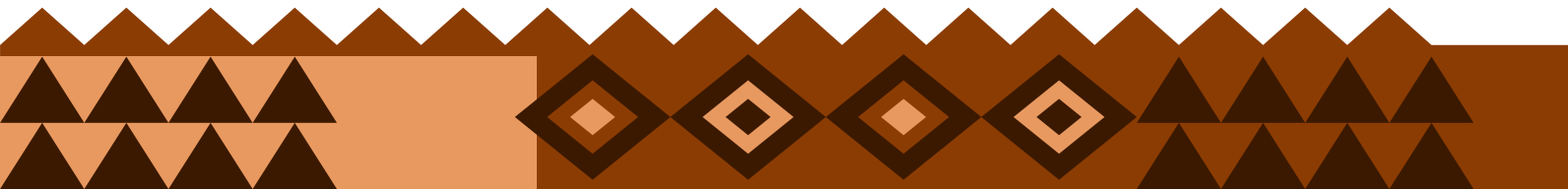
Evidências em saúde: são informações produzidas a partir de dados confiáveis, estudos científicos e registros dos serviços de saúde.

Para os profissionais de saúde indígena, compreender o papel das evidências em saúde significa reconhecer a importância de utilizar informações confiáveis no cotidiano de trabalho, evitando a reprodução de conteúdos sem verificação, mas sabendo conciliar às próprias práticas do território. Essa prática é fundamental para enfrentar a desinformação, fortalecer a credibilidade das ações em saúde e fazer com que o usuário crie aderência ao próprio serviço de saúde; mesmo que esse acesso às informações qualificadas exijam algum esforço adicional e aprendizagem contínua (Araujo; Fachin; Araújo, 2025).

Gestão baseada em evidências: utilizar as informações para planejar, decidir e avaliar ações em saúde de forma mais eficiente e segura.

4.3 O USO DAS EVIDÊNCIAS COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO À DESINFORMAÇÃO

O uso das evidências em saúde é uma estratégia central para o enfrentamento da desinformação, pois permite substituir informações imprecisas por conteúdos fundamentados em dados confiáveis e análises técnicas. Em contextos onde circulam muitas informações contraditórias, as evidências ajudam a orientar o conhecimento disponível e a oferecer respostas mais seguras para profissionais e usuários dos serviços de saúde. De tal forma, **as decisões deixam de ser baseadas apenas em percepções individuais e passam a se apoiar em informações qualificadas**, muita das vezes já validadas, o que contribui para reduzir a propagação de boatos e interpretações equivocadas sobre temas, principalmente na área da saúde (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020).



Gestão baseada em evidências não é só técnica, é também relacional

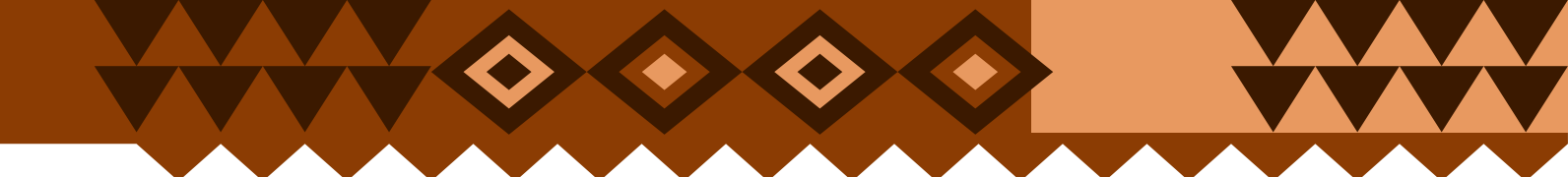
Na saúde indígena, essa estratégia assume um papel de muita importância, uma vez que a utilização de evidências contribui para o fortalecimento da confiança da população nas orientações emitidas pelos serviços de saúde. Quando profissionais e gestores utilizam informações baseadas em evidências, demonstram compromisso com a efetividade, segurança e com a proteção da saúde coletiva, o que favorece a adesão às ações propostas e reduz resistências/medos gerados por informações falsas ou distorcidas (Martins *et al.*, 2025).

Usar dados confiáveis melhora a relação entre serviços e comunidades

Além disso, o enfrentamento da desinformação por meio das evidências depende da capacidade dos profissionais de saúde de acessar, avaliar e aplicar corretamente essas informações no seu dia-a-dia de trabalho. Esse processo está associado ao desenvolvimento da competência em informação, que é a habilidade de reconhecer a necessidade da informação naquele território, avaliar de forma crítica, refletir e usá-la de forma responsável e reproduzi-la com o objetivo de construir conhecimento e intervir na realidade da própria população. Ao adotar essa postura crítica e sistemática, os profissionais contribuem para interromper a circulação de informações falsas e para promover uma gestão mais responsável e alinhada aos princípios do SUS e com as necessidades dos territórios (Almeida; Silva; Lucca, 2023).

4.4 COMUNICAÇÃO E USO DAS EVIDÊNCIAS EM CONTEXTOS INTERCULTURAIS

O uso das evidências em saúde vai além do consumo de informações técnicas, sendo fundamental considerar a forma como essas informações são comunicadas, publicizadas e compreendidas nos diferentes contextos socioculturais. Na saúde indígena, a comunicação baseada em evidências necessita de uma atenção especial porque precisa levar em conta a diversidade de línguas, costumes, formas de organização social e modos próprios de compreender o processo saúde-doença de cada povo. Quando as informações são apresentadas de maneira excessivamente técnica ou descontextualizada, há o risco de dificultar a



compreensão e limitar o uso dessas evidências pelos profissionais e pelas comunidades, o que pode reduzir sua efetividade no enfrentamento da desinformação, fazendo com que a tática da comunicação não seja assertiva (Organização Pan-Americana da Saúde, 2021).

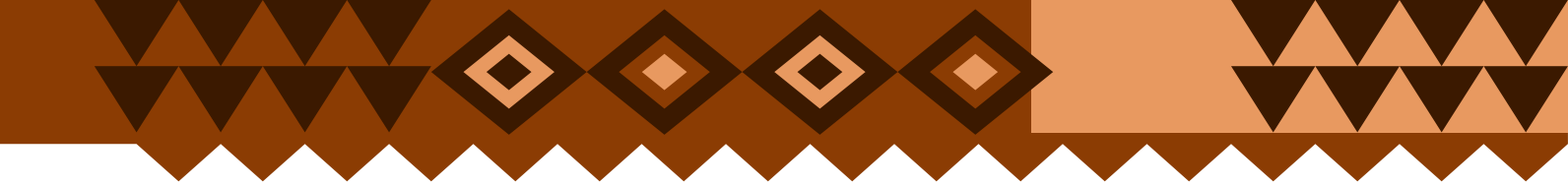
A comunicação das evidências em contextos interculturais necessita da valorização do diálogo com os povos e o respeito aos saberes tradicionais. Isso significa que as informações baseadas em dados e estudos devem ser traduzidas para uma linguagem acessível, clara e adequada à realidade local, sem perder o rigor técnico necessário. Essa mediação contribui para que as evidências sejam aceitas de forma mais fácil, refletindo na sua efetividade, evitando interpretações equivocadas e fortalecendo a confiança nas orientações transmitidas pelos serviços de saúde, ainda que esse processo demande tempo e adaptações constantes por parte das equipes de profissionais de saúde indígena (Martins *et al.*, 2025).

Comunicação intercultural importa: evidências só são eficazes quando são comunicadas de forma clara, acessível e adequada às realidades culturais e linguísticas dos povos indígenas.

Além disso, estratégias de comunicação que valorizam o indivíduo mas também a clareza, a transparência e o diálogo tendem a reduzir a circulação de conteúdos falsos ou distorcidos, pois são informações com mais aderência. Ao reconhecer a importância da comunicação intercultural, a gestão em saúde amplia o potencial das evidências como instrumento de enfrentamento da desinformação e de apoio às decisões em contextos marcados por diversidade social e cultural (Sacramento *et al.*, 2024).

4.5 EVIDÊNCIAS, CONFIANÇA INSTITUCIONAL E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

O uso consistente das evidências em saúde contribui diretamente para o fortalecimento da confiança institucional, que é quando existe a credibilidade e legitimidade das pessoas para as instituições públicas, serviços de saúde ou aos profissionais que atuam em nome do Estado. Esse aumento de credibilidade se dá especialmente quando as informações utilizadas na gestão e nos serviços são claras, coerentes e adaptadas à realidade da população envolvida. Quando profissionais e gestores utilizam evidências de forma transparente, reduzem a



percepção de arbitrariedade nas decisões e ampliam a credibilidade das ações desenvolvidas nos territórios. No contexto da saúde indígena, essa confiança é fundamental para a adesão às orientações em saúde e para a construção de relações mais estáveis entre serviços de saúde, gestão e os povos dos territórios, sobretudo em cenários marcados pela circulação de informações falsas ou contraditórias (Organização Pan-Americana da Saúde, 2021; Martins *et al.*, 2025).

Confiança institucional é a credibilidade que a população atribui aos serviços de saúde e às decisões tomadas pelos profissionais e gestores.

A confiança institucional também está relacionada à possibilidade de participação social qualificada, uma vez que o acesso a informações baseadas em evidências permite que lideranças, conselhos e comunidades compreendam melhor as decisões tomadas e acompanhem as ações em saúde. Evidências bem apresentadas favorecem o diálogo nos espaços de controle social, pois oferecem subsídios objetivos para a discussão e para o acompanhamento das políticas públicas. Dessa forma, a participação social deixa de se basear apenas em percepções individuais e passa a incorporar informações mais consistentes, ainda que nem sempre sejam facilmente compreendidas em um primeiro momento (Organização Pan-Americana da Saúde, 2021; Sacramento *et al.*, 2024).

O fortalecimento da confiança e da participação social por meio do uso das evidências exige que os profissionais de saúde atuem como mediadores da informação, apoiando a compreensão dos dados e esclarecendo dúvidas de forma acessível. Essa prática contribui para reduzir a desinformação e para ampliar a corresponsabilização dos diferentes atores envolvidos na gestão da saúde indígena. Ao integrar evidências, comunicação clara e participação social, a gestão em saúde avança na construção de decisões mais compartilhadas e alinhadas às necessidades dos territórios, mesmo que esse processo envolva desafios e ajustes ao longo do tempo (Sacramento *et al.*, 2024).

Evidências podem fortalecer a participação social: informações baseadas em evidências favorecem o diálogo, o controle social e a participação das comunidades nas decisões em saúde.

5. MARCOS INSTITUCIONAIS DE APOIO À RECONSTRUÇÃO DO BEM-VIVER

A reconstrução do bem viver no contexto da saúde indígena não se limita ao enfrentamento pontual da desinformação ou à qualificação das estratégias comunicacionais. Embora essas ações sejam fundamentais, elas se mostram insuficientes quando dissociadas de marcos jurídicos, políticos e institucionais que assegurem direitos coletivos, proteção territorial e participação efetiva dos povos indígenas nos processos decisórios.

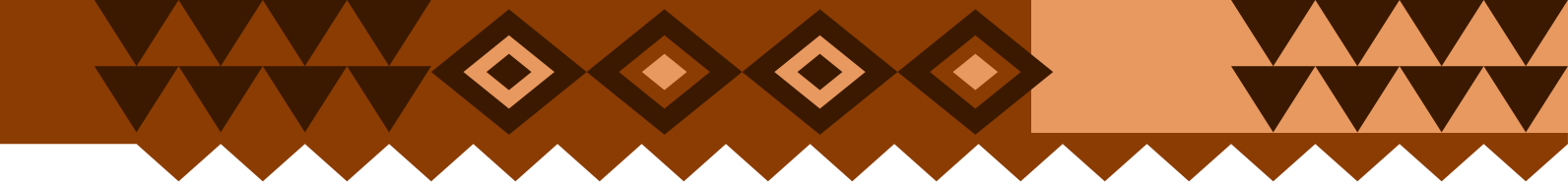
O acesso à informação de qualidade, a produção de conhecimentos confiáveis e a autonomia para decidir sobre a própria saúde dependem, em última instância, das condições estruturais que sustentam a vida comunitária. Nesse sentido, a saúde indígena deve ser compreendida como parte de um conjunto mais amplo de garantias sociais e territoriais.

A Constituição Federal de 1988 representa um marco fundamental ao reconhecer os povos indígenas como sujeitos de direitos originários sobre suas terras, culturas, línguas, crenças e formas próprias de organização social. Conforme estabelece o artigo 231 da Constituição, são reconhecidos aos povos indígenas “os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens” (Brasil, 1988).

Tal reconhecimento não se restringe à dimensão fundiária, mas cria as bases materiais e simbólicas para a continuidade dos modos de vida indígenas, condição indispensável à saúde coletiva. No campo sanitário, a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) e da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) materializa essa diretriz ao propor um modelo de atenção diferenciado, territorializado e intercultural.

A própria política afirma que a atenção à saúde indígena deve considerar “as especificidades epidemiológicas, socioculturais e geográficas de cada povo, respeitando seus sistemas tradicionais de cuidado” (Brasil, 2002). Tal orientação reconhece que o cuidado não pode ser padronizado, mas precisa dialogar com os contextos locais e com as formas próprias de organização do bem viver.

Em âmbito internacional, a Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) fortalece essa perspectiva ao assegurar o direito à consulta prévia, livre e informada sempre que medidas administrativas ou legislativas possam afetar diretamente os povos indígenas. O texto da Convenção estabelece que os



governos devem consultar os povos interessados, mediante procedimentos apropriados e por meio de suas instituições representativas (Organização Internacional do Trabalho, 1989, art. 6º, 1, a):

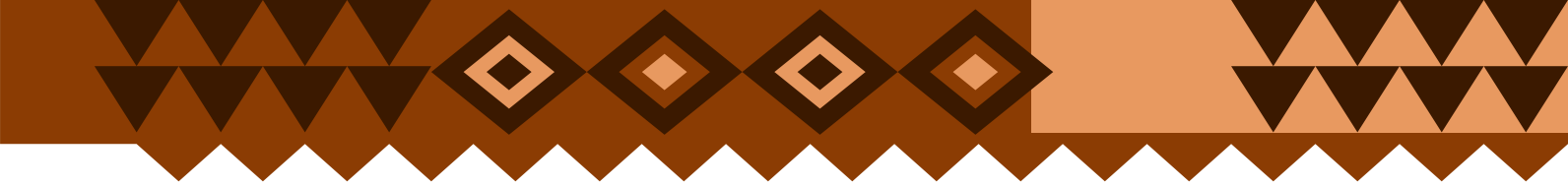
consultar os povos interessados, mediante procedimentos apropriados e, particularmente, através de suas instituições representativas, cada vez que sejam previstas medidas suscetíveis de afetá-los diretamente (Organização Internacional do Trabalho, 1989).

Esse princípio reafirma o protagonismo das comunidades na produção de decisões que impactam seus territórios e modos de vida, além de contribuir para a circulação de informações mais transparentes, contextualizadas e culturalmente adequadas. A literatura latino-americana sobre o bem viver ajuda a compreender a relevância desses marcos institucionais para além do plano jurídico. Para Acosta (2016, p. 43), o bem viver constitui “uma proposta para reorganizar a vida coletiva a partir da centralidade da comunidade, do equilíbrio com a natureza e da superação das lógicas de exploração”.

Nessa perspectiva, políticas públicas que assegurem território, participação e autonomia configuram medidas administrativas fundamentais para sustentar outras formas de existir e produzir saúde. Destacam-se, nesse contexto, as políticas voltadas à gestão territorial e ambiental, como a Política Nacional de Gestão Territorial e Ambiental de Terras Indígenas (PNGATI), que integra a proteção ambiental, a segurança alimentar, a valorização cultural e a sustentabilidade dos modos de vida tradicionais.

Instituída pelo **Decreto nº 7.747, de 5 de junho de 2012**, (Brasil, 2012), a PNGATI estabelece diretrizes para a proteção, conservação e uso sustentável dos territórios indígenas, além de fortalecer a autonomia e a participação dos povos indígenas na gestão de suas terras. Ao reconhecer que saúde, ambiente e território constituem dimensões interdependentes, essa política contribui diretamente para a promoção do bem viver, ao reforçar que a integridade dos ecossistemas é condição essencial para o equilíbrio físico, social e espiritual das comunidades.

O **Ministério dos Povos Indígenas (MPI)** reativou o **Comitê Gestor da PNGATI**, um órgão composto por representantes indígenas e do governo que o órgão responsável **coordena, articula, monitora, acompanha e propõe ações para a implementação da política** (Brasil, 2002). A participação indígena ocorre de forma **paritária**, sendo composta por metade dos membros representantes dos povos indígenas e metade de instituições governamentais, conforme previsto no

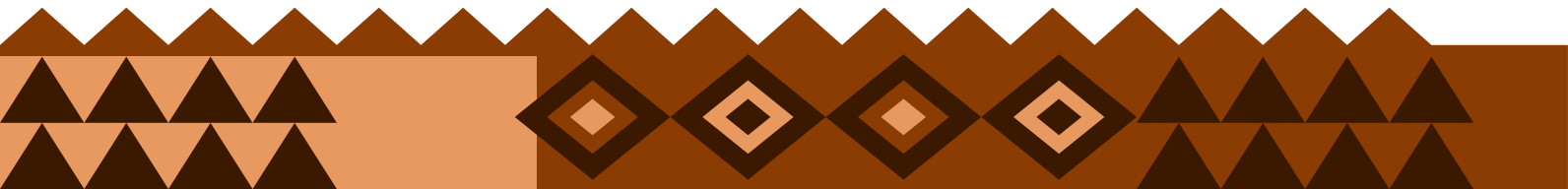


Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Brasil, 1999; Brasil, 2012b). Nesse sentido, além dos instrumentos normativos, ganham relevância as **formas autônomas de organização comunitária**, como os Protocolos de Consulta, fundamentados na Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho, e os espaços de participação social, a exemplo dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena-CONDISI. (Organização Internacional do Trabalho, 1989; Langdon; Diehl, 2007).

A execução da Política Nacional de Gestão Territorial e Ambiental de Terras Indígenas (PNGATI) se dá também por meio de projetos e **Planos de Gestão Territorial e Ambiental (PGTAs)**, elaborados em conjunto com as comunidades indígenas, com o objetivo de orientar o uso sustentável dos recursos naturais e fortalecer a gestão tradicional dos territórios (Brasil, 2012b; Brasil, 2013). Esses mecanismos fortalecem o controle social, ampliam a legitimidade das decisões institucionais e favorecem a produção de informações baseadas nas experiências e necessidades concretas dos territórios. Nesse processo, a informação deixa de ser apenas transmissão de conteúdos técnicos e passa a constituir prática política de escuta, diálogo e corresponsabilidade.

Dessa forma, o enfrentamento da infodemia e da desinformação na saúde indígena demanda e exige ambientes institucionais capazes de garantir direitos, promover participação e valorizar os conhecimentos produzidos nas comunidades. Quando há segurança territorial, reconhecimento cultural e políticas públicas estruturadas, criam-se condições mais favoráveis para a circulação de informações confiáveis, para o fortalecimento de vínculos comunitários e para a tomada de decisões mais qualificadas em saúde.

De tal maneira, os marcos constitucionais, normativos e participativos devem ser compreendidos como dispositivos legais que possibilitam a reconstrução do bem viver. Fortalecer esses instrumentos significa sustentar as bases sociais, políticas e culturais que asseguram a autonomia dos povos indígenas e a continuidade de seus modos próprios de cuidar, viver e existir.



REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. **O bem viver:** uma oportunidade para imaginar outros mundos. São Paulo: Elefante, 2016.

ALMEIDA, R. S.; SILVA, E. C. S.; LUCCA, D. M. Competência em informação como ferramenta crítica para o combate à desinformação na era da pós-verdade. **Biblos: Revista do Instituto de Ciências Humanas e da Informação**, Rio Grande, v. 37, n. 2, p. 80–85, jul./dez. 2023. DOI: 10.14295/biblos.v37i2.16194.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Entendendo a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19: guia para gestores e profissionais de saúde.** Washington, D.C.: OPAS, 2020.

BARRETO, João Paulo Lima. **Bahserikowi – Centro de Medicina Indígena da Amazônia: conhecimentos tradicionais e práticas de cura entre os povos indígenas do Alto Rio Negro.** Manaus: EDUA – Editora da Universidade Federal do Amazonas, 2016.

GONZAGA, Amanda Caroline de Oliveira. **Racismo estrutural e saúde indígena no Brasil: desafios para a equidade no Sistema Único de Saúde.** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 3, p. 214-226, 2022.

ARAÚJO, N. C.; FACHIN, J.; ARAÚJO, R. F. Fake news e desinformação em saúde no Brasil. **Asklepion: Informação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 1–21, 2025.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto nº 7.747, de 5 de junho de 2012. Institui a Política Nacional de Gestão Territorial e Ambiental de Terras Indígenas (PNGATI). **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 jun. 2012a.

BRASIL. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 set. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 755, de 18 de abril de 2012**. Dispõe sobre a organização, funcionamento e atribuições dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI). Brasília, 2012b.

BRASIL. Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI). **Plano de Gestão Territorial e Ambiental de Terras Indígenas (PGTA)**. Brasília: FUNAI, 2013.

DERAKHSHAN, H.; WARDLE, C. **Information disorder**: toward an interdisciplinary framework for research and policymaking. Strasbourg: Council of Europe, 2017.

DOMINGUES, Larissa. Infodemia: uma ameaça à saúde pública global durante e após a pandemia de Covid-19. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde (Reciis)**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 12–17, 2021.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 19–36, 2007.

MARTINS, A. V. *et al.* Desinformação e saúde dos povos indígenas: perspectiva histórica e social, da colonização à pandemia da Covid-19. *In*: Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, 48., 2025, Vitória. **Anais [...]**. Vitória: Intercom, 2025.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Convenção nº 169 sobre povos indígenas e tribais**. Genebra: OIT, 1989.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Infodemia**: impactos na saúde pública e estratégias de enfrentamento. Brasília: OPAS, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Infodemia e povos indígenas**. Brasília: OPAS, 2021.

SACRAMENTO, I. *et al.* **Enfrentamento à desinformação em saúde**: guia para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2024.

SILVEIRA, E. M. Saberes tradicionais e práticas de cura indígena: diálogos possíveis com a biomedicina. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 83–98, 2004.