



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

GENIVALDO WAÊNÊ XERENTE

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA
DO POVO AKWÊ XERENTE

MIRACEMA DO TOCANTINS, TO

2026

Genivaldo Waênê Xerente

A atuação do assistente social na promoção da saúde indígena do povo Akwê-Xerente

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

Orientadora: Profa. Dr^a Ingrid Karla da Nóbrega Beserra.

Miracema do Tocantins, TO

2026

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

- X6a Xerente, Genivaldo Waênê.
 A atuação do assistente social na promoção da saúde indígena do povo
 Akwê-Xerente. / Genivaldo Waênê Xerente. – Miracema, TO, 2026.
 64 f.
 Monografia Graduação - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus
 Universitário de Miracema - Curso de Serviço Social, 2026.
 Orientadora : Ingrid Karla da Nóbrega Beserra
 1. Serviço social. 2. Saúde Indígena. 3. Akwê-Xerente. 4. Atuação
 profissional. I. Título

CDD 360

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

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

GENIVALDO WAÊNÊ XERENTE

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA DO
POVO AKWÊ-XERENTE

Monografia apresentada à UFT – Universidade Federal do Tocantins – Campus Universitário de Miracema, Curso de Serviço Social foi avaliado para a obtenção do título de Graduação e aprovado em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

Data de aprovação: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Profa. Dra. Ingrid Karla da Nóbrega Beserra - Orientador, UFT

Profa. Dra. Rosemary Negreiros de Araújo – Examinadora, UFT

Profa. Dra. Láina Jennifer Carvalho Araújo – Examinadora, UFT

Tudo posso naquele que me fortalece.
Filipenses 4:13.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Waptokwazawre (Deus) em que acredito, por me conceder saúde, força, sabedoria e perseverança para todos os desafios enfrentados ao longo da minha trajetória acadêmica, tornando possível a conclusão desta importante etapa da minha vida.

A minha família, em especial aos meus pais, a minha saudosa mãe Iracema Sekwai Xerente, que não se encontra mais neste mundo, mas que sempre incentivou, sempre se preocupou com todos os seus filhos e me proporcionou uma educação da qual ela não pôde ter; ao meu pai Teodoro Pasiku Xerente, que sempre incentivou a estudar, a ser alguém na vida, independentemente da situação financeira, sempre acreditou nessa pessoa que eu hoje estou. A eles o mérito desse ciclo se encerra.

Aos meus 4 irmãos, Júnior Sromnê Xerente, Romilson Romkre Xerente, Cláudio Sitmôwê Xerente e Josivaldo Sakruikawê Xerente, grato pelo apoio, companheirismo, pelo incentivo, compreensão, em todos os momentos estiveram comigo. Sem vocês por perto seria mais difícil ainda alcançar esse objetivo.

Aos meus tios, tias, meus primos sempre acolheram durante essa trajetória acadêmica e confiaram no meu potencial. Tênharêê!

Aos meus amigos, colegas de curso e a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para minha caminhada e pessoal, meus sinceros agradecimentos pelo apoio, pelas trocas de experiências e pelos momentos compartilhados durante essa jornada.

Aos meus sogros, que estiveram comigo em algum momento durante essa caminhada, e me ajudaram a seguir para estar aqui no objetivo alcançado, tênharêê!

A minha esposa, Maiara Ktidi Xerente e minha filha Raylla Asatedi Xerente, grato, pelo apoio, paciência, companhia, sempre estiveram comigo durante a caminhada acadêmica, momentos difíceis e em momentos felizes, esse objetivo alcançado é de vocês também, agradeço a Deus por ter vocês na minha vida.

A Universidade Federal do Tocantins - UFT, ao curso de Serviço Social e a todos (as) professores que fizeram parte da minha formação acadêmica, pelos conhecimentos compartilhados, pelos ensinamentos críticos e pelo compromisso com uma formação profissional voltada para a defesa dos direitos sociais e da justiça social.

Agradeço a Pablícia, minha supervisora de campo de estágio (UBS de Tocantínia-Equipe eMulti) pela acolhida, apoio, dedicação e pelos conhecimentos compartilhados durante o período de estágio. Sua experiência profissional, compromisso com a saúde pública e

contribuição para minha formação acadêmica foram fundamentais para o desenvolvimento da minha trajetória no Serviço Social.

À minha orientadora Profa. Dra. Ingrid Karla da Nóbrega, expresso minha profunda gratidão pela orientação, paciência, dedicação e contribuições fundamentais durante a construção deste Trabalho de Conclusão de Curso, auxiliando no desenvolvimento da pesquisa e no aprimoramento do conhecimento científico.

Ao povo Akwê-Xerente, minha sincera gratidão pela resistência, pela preservação de seus conhecimentos ancestrais, de sua língua, cultura e formas próprias de organização social. A realização deste estudo representa também um conhecimento da importância dos povos originários e da necessidade de fortalecer o respeito à diversidade cultural e a garantia de seus direitos.

A minha aldeia Rio Sono Ktëkakâ, comunidade, minha família, onde nasci e cresci, obtive conhecimentos, só tenho de agradecer de coração, tênharêê!

A aldeia Karêhu, na pessoa do cacique Valdez Mârawê Xerente, e a toda comunidade, Tênharêê, durante o percurso acadêmico, me ajudou e contribuiu bastante para mim, com a UFT - Campus de Miracema, que essa aldeia e comunidade continue sendo acolhedor.

Por fim, agradeço a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para realização deste trabalho, que representa não só apenas a conclusão de uma etapa acadêmica, mas também o compromisso com a valorização dos povos indígenas, a defesa dos direitos sociais e o fortalecimento do Serviço Social na saúde indígena.

Meu muito obrigado. Tênharêê.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como tema a atuação do assistente social na promoção da saúde indígena do povo Akwẽ-Xerente, considerando as particularidades socioculturais e os desafios enfrentados na efetivação do direito à saúde indígena. O estudo busca compreender a importância do Serviço Social no contexto da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, destacando o papel do assistente social na garantia de direitos, no fortalecimento da participação social e na mediação entre os serviços de saúde e as comunidades indígenas. A pesquisa fundamenta-se em revisão bibliográfica e análise documental, abordando aspectos históricos dos povos originários no Brasil, as políticas públicas voltadas à saúde indígena e as especificidades do povo Akwẽ-Xerente. Os resultados apontam que a atuação profissional contribui para o acesso aos serviços de saúde, para o enfrentamento das vulnerabilidades sociais e para a valorização das práticas culturais tradicionais, promovendo uma atenção integral e intercultural à saúde. Conclui-se que o Serviço Social desempenha papel estratégico na defesa dos direitos dos povos indígenas, na promoção da equidade e no fortalecimento das ações de saúde desenvolvidas pelo Distrito Sanitário Especial Indígena do Tocantins (DSEI-TO).

Palavras-chaves: Serviço Social. Saúde Indígena. Akwẽ-Xerente.

ABSTRACT

This Final Course Project focuses on the role of social workers in promoting the health of the Akwẽ-Xerente indigenous people, considering their sociocultural particularities and the challenges faced in realizing the right to indigenous health. The study seeks to understand the importance of Social Work within the context of the National Policy for Indigenous Peoples ' Health Care, highlighting the role of social workers in guaranteeing rights, strengthening social participation, and mediating between health services and indigenous communities. The research is based on a literature review and document analysis, addressing historical aspects of the original peoples in Brazil, public policies focused on indigenous health, and the specificities of that Akwẽ-Xerente people. The results indicate that professional practice contributes to access to health services, addressing social vulnerabilities, and valuing traditional cultural practices, promoting comprehensive and intercultural health care. It is concluded that Social Work plays a strategic role in defending the of indigenous peoples, promoting equity, and strengthening health actions developed by the Special Indigenous Health District of Tocantins (DSEI-TO).

Keywords: Social Service. Indigenous Health. Akwẽ-Xerente.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Quadro 1 – Principais desafios de saúde e determinantes entre os Akwê-Xerente	33
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Princípios éticos do Serviço Social aplicados à atuação junto aos povos indígenas.....	45
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	
AIS	Agente Indígena de Saúde
AISAN	Agente Indígena de Saúde de Saneamento
CASAI	Casas de Saúde Indígena
CBASS	Congresso Brasileiro de Serviço Social
CEP	Código de Ética Profissional
CEULP	Centro Universitário Luterano de Palmas
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CONDISI	Conselho Distrital de Saúde Indígena
CONSEPE	Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
EMSI	Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IBAMA	Instituto Brasileiro do Meio Ambiente
IBGE	Instituto Brasileiro Geografia e Estatística
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
PEPSS	Projeto Ético-Político de Serviço Social
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PPC	Projeto Pedagógico de Curso
SASI	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SUS	Sistema Único de Saúde
SPI	Serviço de Proteção Indígena
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UFT	Universidade Federal do Tocantins
UTL	Unidade Técnico Local

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	16
2.1	Objetivo geral.....	16
2.2	Objetivo específico.....	16
3	METODOLOGIA.....	17
3.1	Metodologia da pesquisa.....	17
3.2	Procedimentos metodológicos.....	17
4	PARTICULARIDADE DOS POVOS ORIGINÁRIOS NO BRASIL E CONTEXTO DA SAÚDE.....	19
4.1	Panorama histórico dos povos indígenas no Brasil	19
4.2	Políticas públicas de saúde indígena: evolução e desafios	22
4.3	O povo Akwê-Xerente: história, cultura, organização social e demografia.....	27
4.4	Problemas de Saúde e vulnerabilidade específicas da população Akwê-Xerente...	31
5	O SERVIÇO SOCIAL E ATUAÇÃO PROFISSIONAL NO CONTEXTO INDÍGENA	35
5.1	O Serviço Social: fundamentos, princípios e diretrizes	35
5.2	Especificidades da atuação de assistentes sociais junto aos povos originários	42
5.3	Estratégias de intervenção social no contexto da saúde indígena	47
5.4	Ética profissional e respeito às especificidades culturais.....	50
6	ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO DSEI-TO E ANÁLISE DOCUMENTAL	53
6.1	Distrito Sanitário Especial Indígena: estrutura, funções e políticas.....	53
6.2	O papel do assistente social na promoção da saúde indígena do povo Akwê-Xerente	54
6.3	Análise documental: instrumento, relatórios e registros utilizados.....	56
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
	REFERÊNCIAS	60
	ANEXOS	64

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa busca compreender o papel do (a) Assistente Social na promoção da saúde indígena, com foco na realidade do povo Akwê-Xerente, concentrado no estado do Tocantins, pertencente aos municípios de Tocantínia e Pedro Afonso-TO. Possui uma rica organização social, cultural e histórica, preservando costumes, tradições e formas próprias de compreender o processo saúde-doença. O trabalho aborda os desafios e as práticas profissionais no contexto da saúde indígena, considerando os direitos sociais, a interculturalidade e as especificidades socioculturais deste povo. A realidade enfrentada por este povo evidencia desafios históricos e contemporâneos, como a realidade do acesso a serviços, o racismo institucional e a falta de políticas públicas adequadas às suas especificidades culturais.

A saúde indígena constitui um importante campo de atuação das políticas públicas brasileiras, especialmente após a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), que reconhece a necessidade de uma atenção diferenciada aos povos originários, respeitando suas especificidades culturais, sociais e territoriais. Nesse contexto, o Serviço Social desempenha papel fundamental na promoção da saúde, na garantia de direitos e no fortalecimento da cidadania dos povos indígenas, atuando de forma articulada com equipes multiprofissionais e comunidades tradicionais.

Entretanto, apesar dos avanços legais conquistados nas últimas décadas, essa população ainda enfrenta diversos desafios relacionados ao acesso aos serviços de saúde, às condições socioeconômicas, as dificuldades de deslocamento entre aldeias e centros urbanos e às desigualdades historicamente construídas no processo de formação da sociedade brasileira.

Diante dessa realidade, torna-se relevante analisar a atuação do Assistente Social no contexto da saúde indígena, considerando sua contribuição para a promoção da saúde, o acesso aos direitos sociais e fortalecimento das políticas públicas voltadas aos povos originários. A prática profissional envolve ações de acolhimento, orientação, encaminhamento, articulação intersetorial, mobilização comunitária e defesa de direitos, buscando responder às demandas sociais que impactam diretamente às condições de vida e saúde das populações indígenas.

O estudo tem como objetivo compreender a atuação do Assistente Social na promoção da saúde indígena do povo Akwê-Xerente, destacando os desafios, as estratégias de intervenção e as contribuições do Serviço Social no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena do Tocantins (DSEI-TO), a partir da análise documental e da reflexão sobre os instrumentos utilizados na prática profissional, buscando compreender os impactos desta na promoção da saúde indígena e na garantia dos direitos do povo Akwê-Xerente.

A pesquisa fundamentou-se no método dialético crítico, por possibilitar a compreensão da realidade social em sua totalidade e em suas múltiplas determinações históricas, econômicas, políticas e culturais. Quanto aos procedimentos metodológicos, trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, desenvolvida por meio de revisão bibliográfica e análise documental de legislações, políticas públicas, documentos institucionais e produções acadêmicas relacionadas à saúde indígena, ao Serviço Social e ao povo Akwê-Xerente.

A relevância da proposta está em contribuir para a compreensão do papel desempenhado pelo Serviço Social no contexto da saúde indígena, especialmente no âmbito do DSEI-TO. O Assistente Social atua na mediação entre usuários e instituições, na orientação sobre direitos sociais, no fortalecimento da participação comunitária e na articulação com a rede de proteção social, ações que impactam diretamente as condições de vida e saúde das comunidades indígenas.

A complexidade da temática decorre da necessidade de compreender a saúde indígena para além de seus aspectos biológicos, considerando fatores históricos, territoriais, econômicos, políticos e culturais que influenciam o processo saúde-doença. Conforme afirma Langdon (2013), a atenção à saúde indígena deve reconhecer a diversidade cultural dos povos indígenas e promover o diálogo entre os saberes tradicionais e os conhecimentos técnico-científicos, fortalecendo uma abordagem intercultural da saúde.

A aplicabilidade desta pesquisa está na possibilidade de produzir conhecimentos que possam subsidiar a prática profissional dos assistentes sociais e demais trabalhadores da saúde indígena, contribuindo para o aprimoramento das estratégias de intervenção social e para o fortalecimento das ações desenvolvidas junto ao povo Akwê-Xerente. Além disso, os resultados poderão servir como referência para futuras pesquisas e para a formulação de ações voltadas à promoção da saúde e à garantia dos direitos sociais.

A viabilidade do estudo fundamenta-se na utilização de revisão bibliográfica e análise documental, permitindo o acesso a legislações, políticas públicas, documentos institucionais e produções acadêmicas relacionadas ao Serviço Social, à saúde indígena e ao povo Akwê-Xerente. Dessa forma, torna-se possível desenvolver uma análise consistente acerca da atuação profissional no contexto estudado.

O diferencial consiste em abordar especificamente a atuação do assistente social junto ao povo Akwê-Xerente, tema ainda pouco explorado na produção acadêmica. Ao relacionar Serviço Social, saúde indígena e realidade sociocultural, o estudo pretende contribuir para a ampliação do conhecimento sobre as particularidades da intervenção profissional em contextos

indígenas e para o fortalecimento de práticas comprometidas com a defesa dos direitos dos povos originários.

Conforme destaca Iamamoto (2009), o Serviço Social possui compromisso ético-político com a defesa dos direitos sociais e com a construção de estratégias de enfrentamento das expressões da questão social. Nesse sentido, a motivação para a realização desta pesquisa está relacionada à importância de fortalecer o debate sobre a saúde indígena e de evidenciar o papel do assistente social na promoção da cidadania, da equidade e do respeito à diversidade cultural do povo Akwê-Xerente.

Do ponto de vista do referencial teórico, a análise parte da compreensão de que a saúde dos povos indígenas está diretamente relacionada aos determinantes sociais, culturais, históricos e territoriais que influenciam suas condições de vida.

No que se refere à questão indígena no Brasil, destaca-se as contribuições de Darcy Ribeiro (1996), que analisa os impactos da colonização sobre os povos originários e a resistência indígena diante dos processos de expropriação territorial e cultural. O autor demonstra que a formação da sociedade brasileira ocorreu em meio à violência colonial, resultando em profundas desigualdades que ainda afetam os povos indígenas.

A discussão sobre a colonialidade e permanência das estruturas de dominação é fundamentada em Aníbal Quijano (2005), que desenvolve o conceito de colonialidade do poder, evidenciando as relações coloniais continuam produzindo exclusão e subalternização dos povos originários como mesmo após fim do colonialismo formal.

No campo da saúde coletiva, os estudos de Sérgio Arouca (2003) contribuem para a compreensão da saúde como direito social e dever do Estado, princípio que orienta a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa perspectiva é fundamental para compreender a organização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) e a necessidade de garantir acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.

A análise da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) apoia-se em documentos do Ministério da Saúde e da Fundação Nacional de Saúde, que estabelece os princípios da atenção diferenciada, do respeito à diversidade cultural e da participação indígena na gestão das ações de saúde.

Em relação ao Serviço Social, a pesquisa fundamenta-se nas contribuições de Marilda Villela Iamamoto (2009), que compreende a profissão como inserida nas relações sociais e comprometida com o enfrentamento das expressões da questão social. A autora destaca a importância do projeto ético-político profissional na defesa dos direitos sociais e da cidadania.

Também são utilizadas as contribuições de José Paulo Netto (2011), que analisa o processo de renovação crítica do Serviço Social brasileiro e o compromisso profissional com a transformação social. Suas reflexões auxiliam na compreensão do papel do assistente social na garantia dos direitos dos povos indígenas.

Para discutir a ética profissional e o respeito às especificidades culturais, utiliza-se o Código de Ética do Assistente Social (CFESS, 1993), que orienta a atuação profissional baseada nos princípios da liberdade, da justiça social, da defesa dos direitos humanos e do combate a todas as formas de discriminação e preconceito.

Dessa forma, o referencial teórico adotado permitiu compreender a saúde indígena como um direito social historicamente construído e a atuação do assistente social como elemento fundamental na promoção da cidadania, na mediação do acesso às políticas públicas e na defesa dos direitos do povo Akwê-Xerente.

Dentro desse contexto, espera-se que este trabalho contribua para o fortalecimento das discussões sobre a saúde indígena e o Serviço Social, evidenciando a importância da atuação profissional nas promoções da saúde, na defesa dos direitos sociais e no respeito às especificidades culturais dos povos originários, especialmente do povo Akwê-Xerente

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Compreender e analisar a atuação do Assistente Social na promoção da saúde do povo Akwẽ-Xerente, concentrado no Estado do Tocantins, pertencente aos municípios de Tocantínia e Pedro Afonso-TO, identificando os desafios, as estratégias e as possibilidades no âmbito da política de saúde indígena

2.2 Objetivos específicos

- Compreender a contribuição do Serviço Social para garantia dos direitos sociais e o fortalecimento da atenção diferenciada à saúde indígena;
- Analisar as estratégias de intervenção desenvolvidas pelo Assistente Social junto ao povo Akwẽ-Xerente;
- Caracterizar o contexto histórico, social e cultural do povo Akwẽ-Xerente e sua relação com a saúde indígena;
- Descrever as atribuições e competência do Assistente Social no contexto da saúde indígena;

3 METODOLOGIA

3.1 Metodologia da Pesquisa

A presente pesquisa esteve fundamentada a partir do método dialético-crítico, por possibilitar a compreensão da realidade social em sua totalidade, considerando as múltiplas determinações históricas, econômicas, políticas, sociais e culturais que permeiam a atuação do Assistente Social no contexto da saúde indígena. Esse método permitiu analisar os fenômenos sociais de forma dinâmica e contraditória, compreendendo as relações existentes entre as políticas públicas, os direitos sociais e as condições de vida dos povos indígenas.

Segundo Minayo (2001), a pesquisa social deve considerar os processos históricos e os significados construídos pelos sujeitos em suas relações sociais. Nesse sentido, a escolha do método dialético-crítico possibilitou uma análise aprofundada da atuação do Serviço Social junto ao povo Akwê-Xerente, considerando as particularidades culturais e os desafios presentes na efetivação da política de saúde indígena.

A pesquisa caracteriza-se como aplicada, pois buscou produzir conhecimentos voltados para a compreensão de uma realidade concreta e para o fortalecimento das práticas profissionais desenvolvidas no contexto da saúde indígena. Conforme Gil (2008), a pesquisa aplicada tem como finalidade gerar conhecimentos para a solução de problemas específicos da realidade social.

A pesquisa foi de abordagem qualitativa, uma vez que buscou compreender fenômenos sociais relacionados à atuação do Assistente Social e à promoção da saúde indígena, valorizando aspectos culturais, históricos e sociais que não podem ser quantificados. De acordo com Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com significados, valores, crenças e relações humanas presentes na realidade social.

Quanto aos objetivos, a pesquisa é classificada como descritiva e exploratória. Descritiva porque identificou e caracterizou a atuação do Assistente Social no contexto da saúde indígena do povo Akwê-Xerente. Exploratória porque ampliou os conhecimentos sobre uma temática ainda pouco investigada, proporcionando maior familiaridade com o objeto de estudo.

3.2 Procedimentos Metodológicos

Os procedimentos metodológicos adotados foram a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental.

A pesquisa bibliográfica foi desenvolvida por meio da análise de livros, artigos científicos, dissertações, teses e documentos oficiais que abordam os temas Serviço Social, saúde indígena, políticas públicas de saúde, direitos dos povos indígenas e realidade sociocultural do povo Akwẽ-Xerente. Foram utilizados autores como Iamamoto (2009), Langdon (2013), Ribeiro (1996), entre outros que discutem a temática.

A pesquisa documental foi realizada a partir da análise de legislações, normativas, relatórios institucionais, documentos do Ministério da Saúde, da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), DSEI-TO e demais documentos relacionados à política de atenção à saúde dos povos indígenas.

CAPÍTULO I

4 PARTICULARIDADE DOS POVOS ORIGINÁRIOS NO BRASIL E CONTEXTO DA SAÚDE

Este capítulo tem como objetivo apresentar aspectos históricos, sociais e culturais dos povos indígenas no Brasil, destacando os processos de colonização, expropriação territorial e as desigualdades que marcaram suas trajetórias ao longo da história. Busca-se compreender como esses processos influenciam as condições de vida e saúde das populações indígenas, bem como os desafios enfrentados na garantia de seus direitos. Além disso, serão abordadas as políticas públicas de saúde voltadas para os povos originários, enfatizando a construção do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e a importância do reconhecimento das especificidades culturais na formulação e execução das ações de saúde.

4.1 Panorama histórico dos povos indígenas no Brasil

Antes da colonização europeia, o território que hoje constitui o Brasil era habitado por uma imensa diversidade de povos originários, que possuem os seus próprios modos de organização social, sistemas de conhecimento, espiritualidade e práticas de cuidado com a saúde e com o ambiente. Segundo Ribeiro (1996), estima-se que havia mais de 1 mil povos indígenas distribuídos em diferentes regiões, falantes de centenas línguas e portadores de uma rica diversidade étnica e cultural. Esses povos mantinham uma natureza, compreendendo o corpo, a terra e o coletivo como dimensões inseparáveis da vida.

Com a chegada dos colonizadores portugueses em 1500, iniciou-se um processo de violenta desestruturação social e cultural, marcada pela escravização, pelas imposições religiosas e pela exploração econômica. As epidemias trazidas pelos europeus como varíola, sarampo e gripe, devastaram as populações inteiras, uma vez que os povos indígenas não possuíam imunidade a essas doenças. Além das epidemias, as guerras, o trabalho forçado e a perda dos territórios tradicionais contribuíram para um cenário de extermínio étnico e cultural.

Torna-se a compreender que esse processo está profundamente marcado por estruturas de poder instauradas desde a chegada dos colonizadores europeus. Para além da dominação territorial, o período colonial inaugurou um sistema duradouro conhecido como colonialidade, conceito que se refere a permanência de lógicas coloniais mesmo após o fim formal do

colonialismo. Essas lógicas se expressam na produção de desigualdades, na hierarquização racial e cultural e na negação dos modos de vida dos povos originários.

Nesse contexto, ocorreu um intenso epistemicídio caracterizado pela deslegitimação, silenciamento e destruição dos conhecimentos, cosmologias e práticas tradicionais indígenas. Esse apagamento não foi apenas simbólico, mas também material, impondo um modelo eurocêntrico de sociedade, educação, religião e organização política, considerando superior e universal. Assim, o eurocentrismo operou como base ideológica que sustentou a ideia de que os saberes indígenas eram inferiores ou atrasados, justificando políticas assimilacionistas e de integração forçadas.

Essa lógica também alcançou o campo da saúde, configurando a chamada colonialidade da saúde, que se manifesta quando modelos biomédicos ocidentais são impostos sem considerar as concepções próprias do corpo, território, espiritualidade e cura presentes entre os povos indígenas. A colonialidade da saúde está diretamente relacionada ao epistemicídio indígena, na medida em que historicamente desqualificou as práticas tradicionais de cuidado, os conhecimentos dos pajés, as ervas medicinais e as formas comunitárias de prevenção, tratando-as como superstição ou atrasadas.

Contrastando com as doenças consideradas autóctones (nativas), há evidências de que aqueles que ocasionaram elevados níveis de depopulação (redução populacional), com a morte de milhares de indígenas nos primeiros tempos de contato, como a varíola, sarampo e a gripe, foram introduzidas nas Américas a partir da colonização europeia, trazidas de outras partes do mundo. Sobre esse ponto, o naturalista Karl Friedrich P. von Martius, com base em sua viagem pelo Brasil de 1817 a 1820, escreveu o seguinte:

[...] a varíola era completamente desconhecida pelos índios, antes do povoamento português. Agora, porém, com a mais tremenda rapidez alastra-se até aos mais remotos ermos, e cada tribo conhece e teme essa doença, como se fosse o mais pernicioso veneno para seu sangue. [...] Assim, a varíola representa na raça vermelha o mesmo papel da peste ocidental. Onde explode, separam-se os membros da família; muitas vezes os pacientes são deixados ao desamparo; os sãos, dominados por cego terror e desnorteados, fogem, em debandada, para as matas (MARTIUS, 1979, p. 75-76).

Constituição Federal de 1988, reconhece os direitos dos povos indígenas, inclusive suas especificidades étnicas e culturais, abrindo precedentes para políticas públicas que considerassem tais diversidades. Desde o período colonial, esses povos sofreram invasões territoriais, disseminação de epidemias e políticas de extermínio, o que gerou um legado de desigualdades estruturais que ainda hoje comprometem seu acesso à saúde.

A chamada política indigenista, ou seja, a política do estado dirigida às populações indígenas, foi caracterizada, ao longo da história do Brasil, pela forte interveniência do poder público, ainda que consorciado a entidades religiosas e civis, com vistas a promover a assimilação dos povos indígenas a sociedade brasileira.

A atuação direta das instituições públicas na política indigenista se deu inicialmente através do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), que foi substituído a partir de 1967 pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), uma entidade estatal criada pela ditadura militar. Ambos os órgãos tinham como atribuições a prestação de assistência aos povos indígenas nos mais diversos campos da vida social tais como saúde, educação, direito fundiários, proteção aos conhecimentos tradicionais, desenvolvimento econômico e outros (GARNELO, 2012)

No início da década de 1990, um conjunto de decretos da Presidência da República retirou da FUNAI boa parte de suas atribuições, nas áreas de saúde, educação e de preservação cultural. Tais responsabilidades foram repassadas para os ministérios equivalentes, os quais já tinham ingerência sobre essas políticas públicas para o conjunto da população brasileira. A medida ampliou o conjunto de instituições de governo atuantes na questão indígena, tornando mais complexo o cenário político indigenismo (GARNELO; MACEDO e BRANDÃO, 2003).

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

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

Grande parte dos indígenas do país (44,48%) está concentrada no Norte. São 753.357 indígenas vivendo na região. Em seguida, com o segundo maior número, está o Nordeste, com

528,8 mil, concentrando 31,22 % do total do país. Juntas, as duas regiões respondem por 75,71 % desse total. As demais têm a seguinte distribuição: Centro-Oeste (11,80% ou 199.912 pessoas indígenas), Sudeste (7,28% ou 123.369) e Sul (5,20% ou 88.097), (IBGE, 2022).

A mobilização indígena e a participação em conferências nacionais foram fundamentais para a articulação de uma política diferenciada. Em 1986, por meio da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Indígenas, surgiu o entendimento de que o Estado deveria garantir localmente a organização, gestão e controle das ações de saúde, respeitando as especificidades etnoculturais (Cadernos de Saúde Pública. RJ. 5(4): 441-450, out/dez, 1989.).

No entanto, apesar das violências históricas, os povos indígenas resistiram e continuam resistindo, reafirmando suas identidades e lutando pela preservação de suas terras, línguas e modos de vida. Krenak (2019), destaca que essa resistência é também uma forma de reafirmar uma visão de mundo que contrapõe a lógica colonial e mercantil da sociedade ocidental, defendendo a vida em relação com o território e o coletivo. Essa luta foi essencial para que, nas últimas décadas, o Estado brasileiro reconhecesse a necessidade de políticas públicas específicas para esses povos.

Dessa forma, compreender o panorama histórico dos povos indígenas no Brasil é essencial para analisar o contexto atual das políticas públicas e reconhecer que a efetivação do direito a essas políticas depende do respeito à diversidade cultural e a autonomia dos povos originários. O enfrentamento das desigualdades históricas exige a valorização dos saberes tradicionais e a consolidação de políticas públicas interculturais e participativas.

4.2 Políticas públicas de saúde indígena: evolução e desafios

A formulação da política de saúde indígena no Brasil está diretamente vinculada ao reconhecimento dos direitos diferenciados assegurados aos povos originários pela Constituição Federal de 1988, em seu art. 231, são reconhecidos aos indígenas sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens, e no art. 232, os indígenas, suas comunidades e organizações são partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo. Esses dispositivos legais estabelecem que é dever do Estado proteger e respeitar a diversidade cultural e garantir condições para reprodução física, social e simbólica dos povos indígenas. Além disso, asseguram autonomia para a defesa de seus direitos

e reafirmam a responsabilidade estatal na promoção de políticas adequadas às suas especificidades.

No campo da saúde, esse reconhecimento constitucional abriu caminho para a construção de um modelo próprio de atenção, materializado na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), instituída em 2002. O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

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

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

A PNASPI é o principal marco de organização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), que deu origem e moldou o subsistema de saúde indígena. Este deve ser entendido, tal como expresso em sua designação, como um subproduto do SUS (GARNELO, 2012).

O SUS é o sistema público de prestação de serviços de saúde para a população brasileira, que compreende atividades dirigidas a pessoas e coletividades, desenvolvidas no âmbito federal, estadual e municipal. As ações do SUS são voltadas para a promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, além de intervenções sobre o ambiente onde se vive e trabalha. Suas atribuições preveem ainda o controle da qualidade e desenvolvimento de

pesquisa e produção de medicamentos, equipamentos e outros insumos necessários à realização das ações sanitárias do país (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

O SUS é produto de uma reforma técnica e política no campo da saúde, iniciada na década de 1980, que ficou conhecida como Reforma Sanitária. Entre as propostas relevantes da Reforma Sanitária, ganhou destaque a recomendações de ofertar atenção à saúde de qualidade para todos os grupos populacionais que habitam no país, incluindo-se a população que vive em situação de pobreza e em regiões de difícil acesso, como é o caso da maior parte da população indígena (ESCOREL, 2008).

Na forma original como o SUS foi concebido, a população indígena não representava uma de suas prioridades, posto que, à época, a prestação de cuidados à saúde desses grupos ainda estava sob a responsabilidade do órgão indigenista.

Para grupos culturalmente diferenciados, tais dificuldades se avolumam. Até 1990, a política indigenista, aí incluídas as ações de saúde, estava a cargo da FUNAI. Por consequência, o Ministro da Saúde não acumulou experiência no desenvolvimento de políticas de saúde específicas para as minorias étnicas até o final do século XX. Somente após a criação do subsistema de saúde indígena, 1999, as autoridades sanitárias passaram a se dedicar ao tema.

O reconhecimento de que o modo de vida indígena tem singularidades que devem ser respeitadas e de que o SUS não dispunha de preparo adequado para atender a elas levou à proposta de organização de sistema de saúde específico para os povos indígenas. Como o arcabouço jurídico-político instituído pela reforma sanitária enfatizava a ideia de um único sistema de saúde, vingou a proposta de criar um subsistema do SUS, garantindo assim uma vinculação hierárquica entre essas instâncias. Sob essa configuração o subsistema de saúde indígena foi criado em 1999 pela Lei 9.836, conhecida como Lei Arouca, em homenagem ao grande sanitarista e deputado Sérgio Arouca, que propôs e viabilizou a aprovação dessa lei no Congresso Nacional (GARNELO; MACEDO e BRANDÃO, 2003; SANTOS et al., 2008).

No ano de 2010 foi publicado decreto o N° 7.336/MS que formalizou a decisão governamental de repassar a gestão do subsistema de saúde indígena para a recém-criada Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), que recebeu as atribuições anteriormente desenvolvidas pela Fundação Nacional da Saúde (FUNASA).

O modelo de gestão de um sistema de saúde é um meio para prover atendimento adequado à população. Em saúde pública é praxe que a programação das ações de atendimento seja ordenada segundo um modelo de assistência que orienta seu desenvolvimento no plano local. No caso do subsistema de saúde indígena o modelo de assistência está baseado nos chamados Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs).

O subsistema de saúde indígena, implantado oficialmente em 1999, com a responsabilidade de prestar atendimento a toda população aldeada em terras indígenas, o subsistema organizou suas unidades de ação segundo a proposta dos DSEIs. Estes se caracterizam como uma rede interconectada de serviços de saúde, capaz de oferecer cuidados de atenção primária à saúde, adequados às necessidades sanitárias da maioria da população. Aos Distritos Sanitários caberia, tais como o grupo materno-infantil e os idosos. Outras ações possíveis nesses sistemas locais de saúde seriam monitoramento das condições de alimentação e nutrição, bem como a saúde dos ambientes, educação em saúde, remoção de emergência e outros serviços que contribuam para o bem-estar dos grupos étnicos atendidos no subsistema (Santos et al., 2008).

A distribuição dos DSEIs nas unidades federadas obedeceu às características culturais e à distribuição das terras indígenas bem como a critérios demográficos que contribuíram para a definição de suas localizações e áreas de abrangência. Cada DSEI conta com uma rede de serviços, ou seja, com um conjunto de unidades sanitárias onde o atendimento é realizado segundo nível diferenciado de complexidade técnica das ações de saúde ali desenvolvidas. Tipicamente, um DSEI deve ser organizado de acordo com um modelo, posto de saúde, pólo base, casa de saúde indígena e referências.

De acordo com este modelo, o posto de saúde seria a unidade mais simples do DSEI. Assim, nos postos de saúde indígena do povo Akwê-Xerente, atua um técnico de enfermagem e um agente indígena de saúde, dependendo de uma região que ali possui a população no território indígena(na aldeia). No entanto, a equipe, composta por médico, enfermeiro e odontólogo(a), passam mensalmente nas comunidades, nos postos de saúde e nas aldeias para fazerem atendimento, consultas e visitas para os pacientes com doenças crônicas.

O nível seguinte de complexidade é representado pelo Polo-Base, uma unidade de saúde que deve contar com médicos, odontólogos(as), enfermeiros e técnicos de enfermagem, os quais se responsabilizam pelo atendimento das aldeias geograficamente próximas a ele. A vinculação de uma unidade de saúde a um território e população específicos constitui aquilo que é chamado em saúde pública de área de abrangência da unidade de saúde.

A análise do modelo da rede de serviços de saúde, observa-se nele a existência das Casas de Saúde Indígena, sucedâneas das antigas Casas dos Indígenas. De modo geral elas estão implantadas em sedes municipais e devem acolher os doentes encaminhados das aldeias e polos bases ou repouso em recuperação, para receber algum tipo de tratamento da saúde na cidade. As Casas de Saúde Indígena são uma especificidade do subsistema de saúde indígena, pois esse tipo de unidade não é adotado no SUS como um todo. Seu principal atendimento é o apoio ao

paciente indígena em trânsito, para exames ou tratamento, substituindo o suporte familiar ou social com que os indígenas não contam quando se deslocam para o espaço urbano. Esse perfil de atuação caracteriza a Casa de Saúde do Índio como um modelo misto de albergue e centro de atendimento aos casos de doença.

O último tipo de unidade de saúde é a Unidade de Referência. Esse termo é usado para designar um ambulatório ou hospital especializado, sediado, em geral, nas grandes cidades, para onde o paciente indígena é encaminhado para receber o tratamento médico mais complexo, que não pode ser ofertado por DSEI. Segundo o modelo de organização do Subsistema de Saúde Indígena, as unidades especializadas de referência representam um nível organizativo que já está fora do Distrito Sanitário, ou seja, essas unidades já são parte dos sistemas municipais e estaduais de saúde que devem interatuar com o subsistema de saúde indígena.

Essas diretrizes técnicas orientam a operacionalização do DSEI. Porém, um modelo não pode, por si só, garantir a qualidade do cuidado em saúde prestado nas unidades de saúde. A qualidade de assistência é influenciada por muitas outras variáveis que têm igual peso no produto final das ações distritais.

As políticas de saúde indígena evoluíram de assistência esporádica e tutelar para reconhecimento de saúde integral e do direito à atenção diferenciada, fundamentada na Constituição Federal de 1988 e consolidada pela criação da PNASPI (2002) e do SASI-SUS em 1999.

A criação do SASI-SUS, em 1999, representou um marco histórico na consolidação dos direitos dos povos indígenas no Brasil. Instituída pela Lei nº 9.836/1999, o SASI-SUS integra o SUS, mas com um modelo diferenciado de atenção voltado às especificidades culturais, territoriais e sociais das populações indígenas.

Segundo Ministério da Saúde (2018), o subsistema surgiu a partir das reivindicações dos movimentos indígenas e da necessidade de garantir o acesso universal, integral e equitativo aos serviços de saúde, considerando as práticas tradicionais e os saberes próprios de cada povo. Para Langdon e Garnelo (2004), a criação do SASI-SUS significou o reconhecimento da pluralidade étnica e da importância do diálogo intercultural na formulação das políticas públicas de saúde.

Nesse contexto, os DSEIs foram instituídos como unidades descentralizadas de gestão e execução das ações de saúde indígena. Cada DSEI corresponde a um território etnocultural e tem como finalidade organizar a atenção primária à saúde nas aldeias, respeitando a diversidade e as especificidades locais. Os DSEIs contam com Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e com Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agente Indígena de Saúde de

Saneamento (AISAN), que atuam como pontes entre profissionais não indígenas e as comunidades. De acordo com Garnelo (2012), a importância dos DSEIs está na articulação entre o conhecimento técnico-científico e os saberes tradicionais indígenas, o que fortalece uma atenção integral e culturalmente sensível à saúde.

Apesar dos avanços conquistados com o SASI-SUS, ainda persistem inúmeros desafios. Entre os avanços destacam-se a ampliação do acesso aos serviços de saúde, a implantação de equipes multidisciplinares, melhoria na vigilância epidemiológica e no acompanhamento de gestantes e crianças, o reconhecimento da saúde indígena como política pública específica e a valorização da participação indígena nos conselhos locais de saúde, na gestão e no controle social. Esses aspectos contribuíram para reduzir desigualdades históricas e ampliar o protagonismo indígena nos espaços de gestão. No entanto, desafios estruturais e institucionais ainda comprometem a efetividade da política, como a falta de recursos financeiros, dificuldades logísticas (transporte, infraestrutura precária e longas distâncias), alta rotatividade de profissionais de saúde e barreiras culturais e linguísticas entre os trabalhadores e as comunidades indígenas. Segundo Pontes e Garnelo (2012), tais fatores evidenciam a necessidade de fortalecer o SASI-SUS com investimentos, formação continuada e maior autonomia indígena nos processos de decisão e execução das ações de saúde.

Portanto, as políticas públicas de saúde indígena representam um avanço significativo no reconhecimento dos direitos dos povos originários, mas ainda exigem compromisso político e social para garantir uma atenção de saúde intercultural, participativa e sustentável, que respeite plenamente as formas próprias de viver, cuidar e se relacionar com o território.

4.3 O povo Akwē-Xerente: história, cultura, organização social e demografia

A história de contato dos povos indígenas Akwē-Xerente como a sociedade nacional corresponde aproximadamente a mais de 250 anos. Este povo, no geral e no seu cotidiano utilizam da cosmovisão para interpretar o mundo ao seu redor. Analogamente a cosmologia desse povo está diretamente relacionada às experiências e saberes humano, animal, e sobrenatural, integrados na totalidade de natureza para explicar as ordens das coisas no mundo.

O Akwē-Xerente, autodenominado Akwē, é do tronco linguístico Macrô-Jê, da família Jê, sua língua falada é Akwē. Este povo é conhecido como o povo das metades, pela sua organização social em duas metades de elementos da natureza: Wahirê e Doi. É uma sociedade patrilinear, pois culturalmente as crianças pertencem a família do pai, sendo o tio uma figura de importância entre eles.

Os clãs da metade Wahirê: Wahirê, Krozake, Krãiprehi; e os da metade Doi: Kuzâ, Kbazi, Krito.

Lopes da Silva Faria (2000), esclarece que,

Os Xerente chamam todos os grupos sociais como identidade própria e que articulam em contexto específicos de “partidos”, no sentido de uma totalidade (conjunto de membros de uma aldeia) partida, dividida em subgrupos. Assim, são “partidos” que para antropologia são clãs, metades, classes de idades, metades rituais etc. E os “partidos” são identificados pela pintura corporal que seus membros ostentam (SILVA; FARIAS 2000, p. 90).

No trabalho de Guimarães (2002), foi apresentado um histórico da etnografia do Akwê-Xerente, tendo como destaque três estudos e momentos históricos:

1. Nimuendajú em 1930 e 1937, trabalho esse que foi traduzido para o inglês Lowie e impresso em 1942;
2. Estudo do antropólogo Maybury-Lewis, que esteve com Akwê-Xerente em 1955 e 1963;
3. Estudo do antropólogo brasileiro Farias (1990) do seu trabalho em conjunto com Lopes da Silva.

Esse povo está reorganizando sua política e cultura, pois estudos mais atuais como os de De Paula (2000) e Schroeder (2010) trazem análises interessantes acerca da política de parentesco e de facciosismo relacionado às influências da política externa e nas formações de aldeias e/ou na reorganização do território.

A respeito da cultura, a leitura de alguns indígenas é, sobretudo, que,

A cultura viva, assim nos dias de comemoração da festa cultural, no cotidiano a gente vive de roupa, mas no dia da festa todos estão pintados, a língua Akwê é 100% falada dentro do território. Aqui dentro da aldeia é 100% materno, as orientações e a educação dentro da aldeia na cultura. Na cidade nós falamos português, mas os universitários e os que moram na cidade, talvez deva ter colocado na cabeça que precisa falar até mesmo com os índios na cidade na universidade em português, mas quando eles vêm para cá eles o comportamento é dentro da cultura. Nós sabemos que a cultura é dinâmica a cada ano que passa por um período de mudança. Então isso depende de cada grupo, as influências de indígenas, a televisão, as tecnologias que entram na aldeia (Professor Indígena, novembro de 2015).

Este povo tradicionalmente habitante da região de médio rio Tocantins, no atual Estado do Tocantins, especialmente nos municípios de Tocantínia e Pedro Afonso-TO. O território tradicional Xerente é composto por duas terras indígenas reconhecidas: a Terra Indígena Xerente e a Terra Indígena Funil. Especificamente entre os rios Tocantins e do Sono, a primeira área demarcada, chamada de “Área Grande”, foi identificada pela FUNAI em 1972 com uma superfície total de que somam aproximadamente 167.542.1058 hectares, já a demarcação da Terra Indígena Funil, com superfície total de 15.703.7974 hectares (FERREIRA, 2017). Essas

terras abrangem uma área de cerrado, rica em biodiversidade e de importância vital para a vida física, espiritual e cultural do povo Akwẽ.

A origem do povo Akwẽ-Xerente remonta ao antigo grupo Akwẽ, do qual também fazem parte os Xavante e Xakriabá da família Jê. De acordo com os registros históricos e a tradição oral, ambos os povos compartilham uma origem comum, mas se separaram em tempos antigos, migrando para diferentes regiões do Brasil Central. Os Xavantes fixaram-se no atual Estado do Mato Grosso, enquanto os Xerentes permaneceram nas margens do rio Tocantins, preservando suas práticas culturais, cosmologia e língua própria (RIBEIRO, 1986).

O povo Akwẽ-Xerente é caracterizado pelo dualismo que marca os aspectos sociais e cosmológicos, por meio da divisão em metades. Nimuendajú, na década de 1940, os destaca como uma sociedade peculiar por apresentar: metades exogâmicas matrilineares, clãs patrilineares divididos em metades, sistema de descendência paralela, princípios de nomenclatura e classes de idades. Os estudos de Barroso (2009, p. 41) nos possibilitam entender:

A sociedade divide-se em duas metades, definidas pelo povo como metade do sol e metade da lua. A metade do norte chama Sadakra associada a lua, e a metade sul Siptato, associada ao sol. De um lado está o sol e do outro, a lua. Assim, poderiam ser localizados os clãs na estrutura física da formação da aldeia, que corresponde ao desenho de uma ferradura onde as casas estão dispostas com uma única entrada e uma única saída para o lado oeste. As duas metades compõem seis clãs. É importante ressaltar que para os Xerente, os clãs são chamados de “Partidos”. (BARROSO, 2009, p. 41).

A organização social desse povo é baseada em uma estrutura dualista, dividida em dois clãs principais, são exogâmicos, ou seja, os casamentos devem ocorrer entre membros de clãs diferentes. E, através desses clãs, vem o respeito do que é passado dos anciãos para os mais novos. Essa organização é essencial para a coesão social e para a realização dos rituais e cerimônias tradicionais. Os rituais de passagem, com as cerimônias de iniciação e a corrida de tora, representam momentos de aprendizagem, fortalecimento coletivo e reafirmação da identidade Akwẽ (GIACCARIAS & HEIDE, 1984).

A língua Akwẽ, pertencente à família Jê, é amplamente falada entre as comunidades e representa um elemento central na preservação de sua cultura. O bilinguismo é comum, e muitos Xerentes dominam tanto o Akwẽ, língua materna quanto o português, principalmente nas relações com o Estado e instituições externas.

Em relação aos dados demográficos, segundo uma pesquisa recente com a FUNAI e Unidade Técnico Local (UTL), localizado no município de Tocantínia-TO, a população Akwẽ-Xerente conta com aproximadamente 5.000 pessoas, distribuídas em 116 aldeias ativas, atualmente. A maioria das 110 aldeias pertencem ao município de Tocantínia, outras 6 aldeias

pertencem ao município de Pedro Afonso-TO, a partir dos anos de 2013. As aldeias se organizam de forma comunitária e colaborativa, mantendo laços de parentesco e solidariedade entre si, além de práticas agrícolas tradicionais e uso sustentável dos recursos naturais.

O território ultrapassa a noção de espaço geográfico ou de posse da terra. Trata-se de um espaço de construção histórica, cultural, espiritual e social, no qual são estabelecidas as relações de pertencimento, identidade e reprodução da vida coletiva. O território constitui um elemento central para a manutenção dos modos de vida, das práticas tradicionais, dos saberes ancestrais e da organização comunitária dos povos originários.

Segundo João Pacheco de Oliveira, os territórios indígenas representam espaços fundamentais para a reprodução física e cultural dos povos, estando diretamente relacionados à preservação de suas identidades coletivas. Nessa perspectiva, a relação dos povos indígenas com a terra não se limita ao uso econômico dos recursos naturais, mas envolve vínculos simbólicos, espirituais e históricos construídos ao longo de gerações.

Para o povo Akwê-Xerente, o território possui papel essencial na preservação da cultura, da língua, das tradições e das formas próprias de organização social. A proteção do território garante condições para a realização de práticas tradicionais de alimentação, caça, pesca, coleta e utilização de plantas medicinais, aspectos diretamente relacionados à promoção da saúde e o bem-estar coletivo.

A literatura sobre saúde indígena demonstra que os processos de perda territorial, degradação ambiental, expansão do agronegócio, uso intensivo de agrotóxico e contaminação de rios podem produzir impactos significativos sobre as condições de vida e saúde das populações indígenas. Tais situações favorecem o surgimento de agravos à saúde, insegurança alimentar, vulnerabilidades sociais e dificuldades na manutenção dos modos tradicionais de vida.

Nesse sentido, compreender a dimensão do território enquanto pertencimento e identidade é fundamental para analisar os determinantes sociais da saúde do povo Akwê-Xerente. A promoção da saúde indígena exige o reconhecimento de que a garantia dos direitos territoriais constitui também uma estratégia de proteção da saúde, da cultura e da autonomia dos povos originários.

Para esse povo a terra possui um significado espiritual profundo, sendo compreendida como espaço vivo que abriga os antepassados, as forças da natureza e os conhecimentos tradicionais. A relação com a terra está diretamente ligada à saúde e ao bem-estar coletivo, pois dela provém os alimentos, ervas medicinais, a água e os elementos utilizados nos rituais de cura. Os cuidados com a saúde entre este povo envolvem tanto práticas tradicionais, como os

banhos de ervas, rezas e cantos, quanto o diálogo com a medicina ocidental, evidenciando uma visão intercultural da saúde indígena, centrada no equilíbrio entre o corpo, espírito e natureza (BRASI, 2019).

4.4 Problemas de saúde e vulnerabilidades específicas da população Akwê-Xerente

A compreensão dos problemas de saúde e das vulnerabilidades que afetam a população Akwê-Xerente exige uma abordagem que ultrapassa fatores individuais e considere os determinantes sociais da saúde. Esses determinantes incluem condições estruturais como, acesso à terra, saneamento básico, renda, educação, políticas públicas e serviços de saúde, preservação do território e relações sociopolíticas mais amplas (BUSS; FILHO, 2007). Para os povos indígenas, tais determinantes assumem uma expressão particular, pois estão diretamente vinculados ao processo histórico de colonização, a expropriação territorial e as desigualdades estruturais que persistem até hoje.

Essas vulnerabilidades não podem ser analisadas sem considerar o racismo estrutural e o racismo ambiental, categorias essenciais para compreender a reprodução das desigualdades que atingem os povos originários no Brasil. Almeida (2019), define o racismo estrutural como um mecanismo histórico e institucional que organiza a sociedade e produz desigualdades persistentes. Segundo Herculano (2008), o racismo ambiental não se configura apenas por meio de ações que tenham uma intenção racista, mas igualmente por meio de ações que tenham impacto racial, não obstante a intenção que lhes tenha dado origem. Já Bullard (1993), pioneiro no debate sobre racismo ambiental, demonstra como populações racializadas são expostas desproporcionalmente a riscos ambientais, realidade vivida pelas comunidades indígenas Xerente em função da expansão do agronegócio no entorno de seus territórios.

A intensificação do agronegócio e o uso massivo de agrotóxico nas áreas próximas às Terras Indígenas Xerente têm sido objetos de denúncias comunitárias e debates entre lideranças dessas comunidades. Estudos como os de Carneiro (2015), mostram que agrotóxicos geram impactos significativos para a saúde humana e para os ecossistemas, afetando a qualidade da água, do solo e da alimentação tradicional.

No território Xerente relatos apontam contaminação de rios e redução de pescas. Caso recente é a contaminação por agrotóxico que afeta uma aldeia, Kâkaka, município de Tocantínia-TO, que teve grande visibilidade a partir de 2023. Naquela época, a denúncia de contaminação do rio Gorgulho deixou a comunidade sem água potável e sem poder pescar.

Embora o incidente de janeiro de 2023 tenha sido um marco recente e grave, os indígenas naquele momento relatam que as denúncias de contaminação por agrotóxico nas proximidades de suas terras são feitas há anos. A aldeia fica muito perto de grandes plantações de monocultura (soja e cana-de-açúcar), e a proximidade com essas lavouras é a principal causa da contaminação da água e do solo por defensivos agrícolas.

A população Akwē, assim como outros povos indígenas no Brasil, enfrenta vulnerabilidades e problemas de saúde complexos, resultantes de fatores históricos, sociais, econômicos e culturais. As principais questões estão relacionadas à transição alimentar, marcada pela substituição de alimentos tradicionais por produtos industrializados, o que tem contribuído para o aumento de doenças crônicas como diabetes, hipertensão e outros. Soma-se a isso o alcoolismo e o consumo precoce de tabacos especialmente adolescentes e jovens, fatores que têm gerado impactos significativos na saúde física e mental dessa população.

Outro aspecto relevante diz respeito à saúde reprodutiva e sexual que também exige atenção especial diante da vulnerabilidade das mulheres indígenas desse povo, da falta de informações adequadas e do limitado acesso aos serviços de planejamento familiar, à vulnerabilidade histórica e a deficiências nas políticas públicas. A distância das unidades de saúde, a carência de transporte também agrava essas situações.

A vulnerabilidade desse povo se reflete ainda nas condições instáveis de saneamento básico, essa comunidade ultimamente tem enfrentado dificuldades no acesso à abastecimento de água nas aldeias em suas residências. Fatores que contribuem e que se torna um risco ainda maior no período chuvoso, pela contaminação e consequentemente doenças de veiculação hídrica e outras doenças relacionadas ao ambiente. Essa realidade evidencia a deficiência na implementação de políticas públicas efetivas e integradas, capazes de respeitar as especificidades socioculturais desse povo e garantir o direito à saúde como determina a Constituição Federal de 1988 e a PNASPI.

O povo Akwē-Xerente utiliza a palavra em língua materna “Hâze” que vem da dor (corporal e mental), a partir de alguma doença que a pessoa pode estar, que não se sente bem ou passa por um mal-estar. Outro ponto que destaco na língua materna é “Rowëki” o bom, estar bem, que não está doente, que não estar passando por mal-estar.

O emprego do substantivo “Hâze” (doença) para designar uma série de sintomas, mal-estares e dores pelos quais esse povo pode passar. Trata-se de uma categoria ampla que apresenta em seu escopo doenças ou mal-estar inscritos no repertório biomédico, mas também padecimentos ou enfermidades localizadas à margem dessa concepção.

A partir dessa associação “Hâze” que se aproxima do conceito de doença utilizado por Jean Langdon (2001; 2010; 2014) em seus trabalhos nos quais ela aparece não como,

[...] um evento primariamente biológico, mas é concebido em primeiro lugar como um processo vivido cujo significado é elaborado através dos contextos culturais e sociais, e, em segundo lugar, como um evento biológico. A doença não é um estado estático, mas um processo de interação que requer interpretação e ação no meio sociocultural, o que implica uma negociação de significados na busca da cura. (LANGDON, 2014, p. 1024).

As narrativas e experiências dos sujeitos aparecem aqui fundamentais para pensarmos em um modelo etiológico dos Xerente e em sua construção por meio de processos que envolvem a autoatenção, esse primeiro cuidado no qual as pessoas em microgrupos identificam padecimentos (Menendez, 2003) e os percursos, deslocamentos ou itinerários terapêuticos (Cabral et al, 2011) que dele decorrem e que são utilizados pelo grupo para aliviar, curar, prevenir e amenizar mal estares e enfermidades que comprometem sua reprodução biossocial.

Quadro 1 - Principais desafios de saúde e determinantes entre os Akwê-Xerente

Desafios de Saúde	Determinantes associadas
Doenças infecciosas (diarréias, infecções respiratórias, verminoses)	Saneamento básico, contaminação ambiental
Doenças crônicas (diabetes, hipertensão)	Mudança alimentar, sedentarismo
Problemas respiratórios	Queimadas e degradação ambiental
Saúde mental e sofrimento psicossocial	Discriminação, racismo estrutural, alcoolismo
Descontinuidade de equipes de saúde, acompanhamento, ações preventivas	Rotatividade profissional e insuficiência de recursos no DSEI-TO

Fonte: Elaborado pelo autor, 2026.

Os relatórios do DSEI-TO, da SESAI, do CONDISI e do Ministério da Saúde. O DSEI-TO, responsável pela atenção básica e pela gestão local da saúde indígena, evidenciam desafios estruturais persistentes:

- Transporte sanitária limitado, afetando diretamente o atendimento de urgência e a continuidade do cuidado;
- Descontinuidade de ações preventivas, especialmente em saúde materno-infantil, imunização e controle de doenças crônicas;

- E outros.

Essas limitações estruturais aparecem de forma recorrente nos relatórios da SESAI, que tem que ser reconhecidas essa insuficiência de recursos humanos, logísticos e de infraestrutura como fatores que impedem a plena efetivação da atenção diferenciada, prevista na legislação brasileira.

O CONDISI, espaço deliberativo e de participação social indígena, registra em suas atas e diagnóstico comunitárias demandas históricas do povo Akwẽ-Xerente, como:

Melhoria da qualidade da água;

Regularidade no transporte e abastecimento de equipes;

Reforça na vigilância ambiental frente a contaminação por agrotóxico;

Ampliação da assistência em saúde mental;

Melhoria da comunicação entre aldeia, pólo-base e coordenação distrital.

Essas preocupações locais dialogam com os dados nacionais divulgados pelo Ministério da Saúde.

A análise das condições de saúde e vulnerabilidades enfrentadas por esse povo, evidencia que os desafios atuais não podem ser compreendidos isoladamente, mas como parte de um processo histórico marcada pela colonialidade, pela fragilização territorial e pelo racismo estrutural continua impactando a vida nos territórios indígenas. A precarização das condições ambientais, somando as desigualdades no acesso à saúde, reafirma a necessidade de políticas efetivamente diferenciadas, culturalmente adequadas e territorialmente sensíveis. Diante disso, destaca-se a relevância da atuação do Serviço Social no contexto do SASI-SUS. O Assistente Social contribui para a defesa de direitos coletivos, o fortalecimento da participação social, a mediação das demandas junto às políticas públicas, a articulação intersetorial e o enfrentamento das desigualdades que incidem sobre os povos indígenas. No caso do povo Akwẽ-Xerente, essa situação torna-se ainda mais necessária para transformar vulnerabilidades em processos de resistência, participação e autonomia, conectando a discussão histórica e atual à luta por condições dignas de vida e saúde.

CAPÍTULO II

5 O SERVIÇO SOCIAL E ATUAÇÃO PROFISSIONAL NO CONTEXTO INDÍGENA

Este capítulo discute os fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos do Serviço Social, relacionando-os à atuação profissional junto aos povos indígenas. Parte-se da compreensão de que o assistente social desempenha papel fundamental na defesa dos direitos sociais e no enfrentamento das expressões da questão social que atingem as populações indígenas. Nesse sentido, serão analisadas as contribuições da profissão para a promoção da cidadania, do acesso às políticas públicas e do respeito à diversidade cultural, considerando os desafios e as particularidades presentes no contexto da saúde indígena.

Inicialmente, cabe enfatizar que o Serviço Social é uma profissão regulamentada no Brasil por meio da Lei nº 8.662, de 1993, a qual estabelece as competências e atribuições dos/as Assistentes Sociais, assim como os requisitos obrigatórios para o exercício profissional. Igualmente, o Serviço Social pauta-se em um Código de Ética, também de 1993, que visa os princípios, os direitos e deveres de cada profissional em suas relações com os usuários das políticas públicas e sociais.

5.1 O Serviço Social: fundamentos, princípios e diretrizes

O Serviço Social iniciou seu processo de institucionalização no Brasil como curso de formação superior no final da década de 1930 do século XX, com a criação da primeira Escola de Serviço Social em São Paulo, no ano de 1936 e no Rio de Janeiro, em 1937, sendo estas duas escolas as responsáveis pela formação dos assistentes sociais brasileiros, durante décadas.

A profissão, pela sua origem ligada ao movimento católico, teve como modelo do ensino o da ação profissional o Europeu, mais precisamente o franco-belga (Serviço Social francês e belga). A hegemonia deste modelo, na profissão, vai do seu início até aproximadamente 1947 quando os assistentes sociais passam a adotar de forma hegemônica o modelo norte americano. O primeiro período, de inspiração franco-belga, é denominado de Doutrinário. Denominação utilizada principalmente por Yazbek (1977) e Baptista (s/n).

Para identificar que a Doutrina que dava sustentação tanto a formação quanto a ação profissional dos assistentes sociais brasileiros eram da Igreja Católica denominamos este período de Doutrinário Católico.

[...] Surge no início do século XX, em um contexto marcado por profundas transformações sociais, políticas e econômicas decorrentes do processo de industrialização e urbanização do país. Nesse ambiente, o Serviço Social se desenvolveu como uma profissão alinhada aos interesses do Estado e das classes dominantes, adotando uma prática voltada para a adaptação dos indivíduos ao sistema social vigente, sem questionar as causas profundas das desigualdades (IAMAMOTO; CARVALHO, 2004, p. 161).

As primeiras escolas de Serviço Social eram, então, vinculadas à Igreja Católica e eram norteadas pelos postulados neotomistas. A noção de dignidade humana, perfectibilidade humana e bem comum caracterizavam o neotomismo. Primeiro curso de Serviço Social foi dirigido por Mademoiselle Adèle de Loneaux, professora da École Catholique de Serviço Social de Bruxelas, tendo objetivo o “estudo e a difusão da doutrina social da Igreja e a ação social dentro da mesma diretriz” (AGUIAR, 2011, p. 43).

O Brasil experimentou um período de urbanização e modernização no século XX. O chamado período desenvolvimentista congregou uma política de crescimento industrial, econômico e de infraestrutura, trazendo “áreas de modernidade” para a sociedade. Contudo, esse desenvolvimento não significa uma melhoria das condições de vida das classes subalternas, o que ocorre é um fenômeno denominado “hipertrofia das expressões da questão social”.

Segundo Yazbek (2009), o conservadorismo católico que caracterizou os anos iniciais do Serviço Social brasileiro começa especialmente a partir dos anos 1940, a ser tecnificado ao entrar em contato com Serviço Social norte-americano e suas propostas de trabalho permeados pelo caráter conservador da teoria social positivista. Aguiar (2011, p. 80) afirma que “na segunda metade da década de 1940 e no início da década de 1950, constatamos a presença da filosofia tomista aliada às técnicas norte-americanas”.

A profissão agregou o Desenvolvimento da Comunidade às metodologias utilizadas pelo Serviço Social, compondo uma tríade metodológica:

- O Serviço Social de Caso - era voltado para a personalidade do cliente;
- O Serviço Social se grupo - abordagem para grupos a partir de uma perspectiva educacional.
- Desenvolvimento da Comunidade - macroatuação educativa e articulada junto a comunidades com intuito de desenvolvê-las.

No contexto da autocracia burguesa, ocorre o chamado Movimento de Reconceituação do Serviço Social no Brasil (1965-1979). Trata-se de um movimento que visou repensar o Serviço Social, adequando-o teórico, metodológico-operativamente à realidade latino-americana, dada a influência norte-americana no Serviço Social. Foi um momento ímpar na história do Serviço Social no Brasil e na América Latina.

Segundo Netto (2015), erodida a base do Serviço Social tradicional, a reflexão profissional se desenvolveu em três direções no processo de renovação: Modernização do Conservadorismo, Reatualização do Conservadorismo e Intenção de Ruptura.

Um marco histórico para o Serviço Social que culminou com novos rumos para a nossa profissão foi III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), que ficou conhecido como o “Congresso da Virada”. O evento ocorreu em 1979, em São Paulo. O acontecimento representou uma ruptura da categoria profissional com a sua herança conservadora.

Nesse mesmo período, especificamente, o Brasil, como outros países da América do Sul, passou pela experiência de um regime ditatorial na segunda metade do século XX (Ditadura Militar), especificamente entre os anos de 1964-1985), tempo de violações sistemáticas e maciças dos direitos humanos, de negação de valores democráticos e de arbítrio do Estado.

Fim da ditadura militar (1964-1985) e a redemocratização (1985) do país, o Serviço Social passou por um processo de consolidação de ideias práticas desenvolvidas durante o Movimento de Reconceituação. A promulgação da Constituição Federal de 1988, que trouxe avanços significativos na garantia de direitos sociais, foi um marco importante para a valorização do papel dos (as) assistentes sociais na defesa desses direitos (SILVA, 1995). A prática profissional, agora orientada por uma perspectiva crítica e interdisciplinar, passou a focar a análise das estruturas sociais e a atuação junto aos movimentos sociais, buscando a emancipação das classes oprimidas e a transformação das condições sociais que geram desigualdade.

No que tange ao Serviço Social no contexto do Estado Tocantins, segundo Denia Tranqueira Silva e Alcides do Nascimento Moreira (2017), em meios a avanços e lutas da categoria profissional, os assistentes sociais do Tocantins também fizeram parte desta trajetória, em 1995, os profissionais já se articulavam realizando atividades e encontros para discutir o exercício profissional no Estado. Em 1998, foi instituído em Palmas-TO a Delegacia Seccional de GO/TO 19ª Região, ligada ao CRESS de Goiás, com diretoria provisória. O Conselho Regional de Serviço Social foi Tocantins-CRESS/TO 25ª Região integra o Conjunto CFESS/CRESS, criado quando a profissão de Assistente Social foi regulamentada, pela Lei nº 3.252/57 e pelo Decreto nº 994/62 (hoje alterada para Lei 8.662/93 como uma exigência constitucional para todas as atividades profissionais regulamentadas por lei.

Registra-se que no ano de 1998 foi criada a Seccional Tocantins ligada ao CRESS 19ª - GOIÁS. Desde então, é histórica a luta da categoria do Estado do Tocantins pela emancipação (17 anos). O CRESS 25ª Região foi criado em 10 de dezembro de 2007 pela Resolução do

CFESS n° 514 e em 05 de janeiro de 2008 passa a ter existência legal (SILVA, D. T. e MOREIRA, Alcides Do Nascimento, 2017).

A primeira escola de formação em Serviço Social no Estado do Tocantins, foi o Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP), que inicia suas atividades no recém-criado Estado da federação, no ano de 1993, com a implantação dos cursos de graduação em Administração, Pedagogia e Letras (PDI, 2005). Durante os anos 1990, houve a implantação da Fundação Universidade do Tocantins (UNITINS) pelo Decreto Estadual n. 872/96 e 874/96.

A partir de agosto de 2010, a UNITINS passa a ofertar o curso de Serviço Social, na modalidade presencial, segundo autorização do Conselho Curador, sob Resolução n.º 003/2010.

Os anos 2000 marcaram a criação da Universidade Federal do Tocantins (UFT), como terceira universidade pública federal da Região Norte e primeira no Estado do Tocantins, sob Lei n.º 10.032, de 23 de outubro de 2000. Após 6 (seis) anos da criação da UFT, o Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE) autoriza a criação do curso de Serviço Social, mediante Resolução n. 003/2006, de maio de 2006 e reconhecido pela Portaria MEC n. 487, de 20 de dezembro de 2011.

Diante desse cenário, a implantação do curso de Serviço Social na UFT vem reforçar a concepção de ensino superior de qualidade e público, atendendo a uma demanda de formação de assistentes sociais na Região Norte, bem como, terá o compromisso com a capacitação constante de profissionais graduados que se encontram atuando profissionalmente em todo o Estado do Tocantins.

O curso de Serviço Social na UFT reafirma esse compromisso colocado pelas Diretrizes Curriculares e traz intrínseca essa concepção: o redimensionamento da formação profissional face às novas configurações sociais em que a questão social e os processos de trabalho devem apontar a direção social consubstanciada na leitura crítica da dimensão histórica e cultural da profissão. Nesse sentido, esse projeto pedagógico, através dos seus componentes curriculares, objetiva a qualidade da formação do egresso.

O contexto histórico da formação em Serviço Social na Região Norte e no Estado do Tocantins demonstra a importância da expansão do ensino superior público para atender às demandas sociais, econômicas e culturais da região. Conforme o Projeto Pedagógico do Curso de Serviço Social da UFT, a criação do curso ocorreu em meio ao processo de fortalecimento do ensino público federal, buscando formar profissionais comprometidos com a realidade social regional, com a defesa dos direitos sociais e com o projeto ético-político da profissão.

Nesse aspecto, têm as comunidades indígenas do Estado do Tocantins, a atuação do Serviço Social junto a esses povos, especialmente a etnia Xerente, torna-se fundamental, considerando as múltiplas expressões da questão social vivenciadas por este povo. Questões relacionadas ao acesso à saúde, educação, assistência social, territorial, segurança alimentar e garantia de direitos exigem profissionais qualificados, sensíveis à especificidades culturais e preparados para atuar de forma crítica e interdisciplinar

É importante ressaltar também, à presença de indígenas nos cursos de graduação da UFT que representa um avanço importante no processo de democratização do ensino superior. Estudantes indígenas que ingressam por meio das políticas de ações afirmativas e permanência estudantil, possibilitando não apenas o acesso à formação acadêmica, mas também a construção de profissionais comprometidos com as necessidades de suas próprias comunidades.

Atualmente, na UFT no campus de Miracema do Tocantins, quanto aos estudantes do povo Akwẽ-Xerente 58 estudantes estão matriculados no curso de Serviço Social e 12 já se formaram, dados obtidos através da secretária acadêmica do Campus. Aqueles que já concluíram, já atuam profissionalmente em áreas como saúde, educação, assistência social e outros, contribuindo diretamente para fortalecimento das políticas públicas voltadas aos povos originários.

Como destaca o Projeto Pedagógico de Curso (PPC) de Serviço Social da UFT, a formação profissional deve considerar as particularidades regionais e as necessidades humanas presentes no contexto amazônico e tocantinense, formando assistentes sociais críticos, capazes de compreender a realidade social em seus aspectos históricos, econômicos, políticos e culturais. Nesse sentido, a atuação junto ao povo Akwẽ-Xerente reafirma o compromisso social da profissão com a construção de uma sociedade mais justa, igualitária e respeitosa à diversidade étnica e cultural.

A história do Serviço Social deve ser compreendida a partir do entendimento que a profissão é intimamente ligada às relações sociais, surgindo enquanto necessidade no contexto de aprofundamento do capitalismo e suas contradições. O Serviço Social é uma profissão que já tem mais de 80 anos e passou por processo dialético de constituição de suas bases teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. Assim, Iamamoto descreve que:

O Serviço Social brasileiro contemporâneo apresenta uma feição acadêmico-profissional e social renovada, voltada à defesa do trabalhador e dos trabalhadores, do amplo acesso à terra para produção de meios de vida, ao compromisso com a afirmação da democracia, da liberdade e da justiça social no terreno da história. Nessa direção social, a luta pela afirmação dos direitos de cidadania, que reconheça as efetivas necessidades e interesses dos sujeitos sociais, é hoje fundamental como parte

do processo de acumulação de forças em direção a uma forma de desenvolvimento social inclusiva para todos os indivíduos sociais. (IAMAMOTO, 2009, p. 5)

Segunda autora, o Serviço Social atua diretamente nas expressões da questão social, mediando as relações entre Estado, as políticas públicas e a população usuária dos serviços sociais. No entanto, a profissão assume um compromisso ético e político com a defesa dos direitos humanos, da justiça social e da democracia: “o assistente Social atua no campo das políticas sociais, lidando diretamente com as expressões da questão social presente na vida da população” (IAMAMOTO, 2009).

No Brasil constitui-se como uma profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho, voltada para a intervenção nas expressões da questão social. Sua atuação está vinculada à defesa dos direitos, à promoção da cidadania e ao fortalecimento das políticas públicas, especialmente junto às populações em situação de vulnerabilidade social, como as comunidades tradicionais, povos indígenas e demais grupos historicamente marginalizados. Dessa forma, a intervenção profissional do Assistente Social ocorre por meio de ações que buscam garantir o acesso da população aos direitos sociais.

O Serviço Social, enquanto profissão inserida no campo das políticas sociais, têm um papel fundamental na promoção e garantia de direitos sociais, especialmente junto à população historicamente vulnerabilizada. No contexto brasileiro, os povos indígenas enfrentam diversas desigualdades sociais, econômicas e políticas que impactam diretamente suas condições de vida. Dessa forma, a atuação do assistente social torna-se essencial na construção de estratégias que contribuam para a promoção da saúde, o fortalecimento da cidadania e o respeito às especificidades culturais desses povos

Nesse sentido, a atuação do assistente social está diretamente relacionada às políticas sociais, especialmente nas áreas de saúde, educação, assistência social, habitação e outras. Segundo José Paulo Netto (2011), o Serviço Social passou por um importante processo de renovação crítica a partir da década de 1970, quando a profissão passou a incorporar uma perspectiva crítica e comprometida com a transformação social. O autor destaca que esse movimento foi fundamental para a construção de um projeto profissional orientado pela defesa dos direitos humanos e da justiça social.

Os fundamentos do Serviço Social estão baseados em referenciais teóricos, éticos e políticos que orientam a prática profissional, esses fundamentos incluem a compreensão crítica da realidade social, o compromisso com a democracia e a defesa da ampliação dos direitos sociais. Conforme aponta Yolanda Guerra (2010), o trabalho profissional do assistente social

exige uma análise crítica das condições sociais e das desigualdades estruturais que afetam a população, exigindo competências teóricas e ético-políticas para a intervenção profissional.

A profissão é orientada por princípios éticos estabelecidos no Código de Ética da Profissão, documento fundamental que define valores e compromisso da atuação profissional. O Código de Ética do Assistente Social foi aprovado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em 1993. Apresenta 11 princípios fundamentais, que orientam a atuação profissional:

1. Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação, e plena expansão dos indivíduos sociais;
2. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
3. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras,
4. Defesa do aprofundamento da democracia enquanto a socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
5. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure a universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
6. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, a participação de grupos socialmente discriminados e a discussão das diferenças;
7. Garantia do pluralismo, através das correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com constante aprimoramento intelectual;
8. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero;
9. Articulação com movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as;
10. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com aprimoramento intelectual e na perspectiva da competência profissional;
11. Exercício do Serviço Social sem discriminar e sem ser discriminado, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física.

Destaca-se o princípio relacionado ao combate às formas de preconceito e discriminação, fundamental para a atuação junto aos povos indígenas. Conforme estabelece o Código de Ética do Serviço Social: “empenho na eliminação de todas as formas de preconceito,

incentivando o respeito à diversidade, a participação de grupos socialmente discriminados e a discussão das diferenças”. (CFESS, 2012, p. 23).

Este princípio possui grande relevância no contexto da saúde indígena, pois orienta o assistente social a desenvolver práticas profissionais baseadas no respeito às diferenças culturais e na valorização das identidades dos povos originários. No caso do povo Akwê-Xerente, o reconhecimento das práticas culturais, da organização social e dos saberes tradicionais torna-se fundamental para a construção de ações de saúde que dialoguem com a realidade da comunidade.

A atuação do assistente social na saúde indígena ocorre principalmente no âmbito do SASI-SUS, que busca garantir atendimento diferenciado e intercultural às comunidades indígenas. Nesse cenário, a profissão atua na mediação entre as políticas públicas, os serviços de saúde e as comunidades indígenas, contribuindo para efetivação dos direitos sociais e para o fortalecimento das práticas de cuidado que respeitem as culturas e modos de vida tradicionais.

Conforme afirma Raquel Raichelis (2015), “a atuação do Serviço Social nas políticas públicas deve estar orientada pela defesa da cidadania e pela construção de processos democráticos que ampliem o acesso da população aos direitos sociais”.

Portanto, os fundamentos, princípios e diretrizes do Serviço Social constituem a base que orienta a atuação profissional em diferentes espaços institucionais. No contexto da saúde indígena, esses elementos tornam-se ainda mais relevantes, pois exigem do assistente social uma postura ética, crítica e comprometida com o respeito à diversidade cultural e com a promoção da justiça social.

Assim, compreender os fundamentos do Serviço Social, as especificidades da atuação profissional junto aos povos indígenas e os desafios presentes nesse campo é fundamental para analisar a contribuição do assistente social na promoção da saúde indígena.

5.2 Especificidades da atuação de assistentes sociais junto aos povos originários

A atuação do Serviço Social junto aos povos indígenas no Brasil está relacionada ao próprio desenvolvimento das políticas sociais e as expressões da questão social na sociedade brasileira. Historicamente, a profissão passou por diferentes momentos teóricos e políticos, refletindo também mudança na forma de compreender a questão indígena no país.

O surgimento do Serviço Social brasileiro, na década de 1930, ocorreu em um contexto marcado pela expansão do capitalismo e pelo aprofundamento das desigualdades sociais. Inicialmente, a profissão possuía forte influência conservadora e filantrópica, vinculada à Igreja

Católica e as ações assistencialistas do Estado. Nesse período, a questão indígena era tratada de maneira limitada, predominando práticas integracionistas e tutelares em relação aos povos originários. A partir do regime de 1930 e do plano urbano-industrial estimulado pelo Estado brasileiro. Sob suas ideias, de bases positivistas-funcionalistas, as populações indígenas necessitam ser vinculadas à sociedade nacional de forma “pacífica”, através de um processo “civilizatório” que, aos poucos, os adquire aos padrões do “cidadão de bem”. Essa metodologia se encaixava de forma ideal ao projeto econômico do Estado que para efetivar essa realização, demandava, entre outros fatores, a desocupação de terras, com o objetivo de ampliar as fronteiras agrícolas (CORNE, 2023).

Corne (2023), descreve que, no contexto do colapso da ordem democrática durante o período 1964-1985, a política em relação aos povos indígenas no Brasil se traduziu em medidas extremamente prejudiciais, incluindo práticas como escravidão, tortura e, em alguns casos, até mesmo o genocídio de várias comunidades indígenas:

[...] Nessa época, o próprio Estado tomou parte ativa no processo etnocida, não só aprofundamento a omissão em saúde ou controle de corrupção, também no favorecimento dos grandes interesses privados, sempre afetando negativamente os direitos dos povos indígenas” (TRINIDAD, 2018, p. 274).

Essas ações se intensificam conforme foram promulgados os atos institucionais no cenário dos anos de 1960, em um seguimento de relativização da liberdade pessoal e dos direitos civis e, se tratando dos povos indígenas, em uma reconstrução do processo colonizador (CORNE, 2023, p. 36).

No contexto do regime ditatorial os povos indígenas enfrentam não apenas a invasão de seus territórios, a construção de rodovias, a exploração mineral, massacre e ameaças, mas também a obrigação de se submeterem ao governo vigente no país. De acordo com relatório da Comissão Nacional da Verdade (2014), aqueles que apoiavam a causa indígena ou demonstravam simpatia por ela eram rotulados como ameaçados, subversivos e comunistas, tornando-se alvos do governo. Os abusos de poder e uso da força contra essa população não eram eventos isolados, mas sim reflexos de regime político prevalecente na época (CORNE, 2023, p. 43).

A compreensão da questão social no Brasil exige situá-la no âmbito da questão social, entendida como o conjunto das desigualdades produzidas pelas relações sociais no modo de produção capitalista. Nesse sentido, a realidade vivenciada pelos povos indígenas não pode ser analisada de forma isolada ou culturalista, mas como parte das múltiplas expressões das contradições estruturais da sociedade brasileira. Conforme destaca José Paulo Netto, “a questão

social é constitutiva da ordem burguesa e se manifesta nas mais diversas formas de desigualdade e exclusão” (NETTO, 2001, p. 41), o que inclui as condições de vida impostas às populações indígenas.

Outro ponto a ser destacado é o racismo estrutural que constitui elemento fundamental na análise da questão indígena. A discriminação histórica contra os povos originários contribui para a reprodução de desigualdades e para a invisibilização de suas demandas no âmbito das políticas públicas. Nesse sentido, o racismo atua como mecanismo de manutenção das hierarquias sociais, reforçando a exclusão desses grupos e dificultando o acesso a direitos básicos.

Outro aspecto relevante refere-se aos conflitos territoriais, que configuram uma das principais expressões da questão social indígena. A disputa por terras, frequentemente associada à expansão do agronegócio, mineração e outros interesses econômicos, coloca os povos indígenas em situação de constante vulnerabilidade. A perda ou ameaça aos territórios tradicionais impacta diretamente suas formas de vida, organização social e reprodução cultural, agravando ainda mais suas condições de existência.

No campo das políticas públicas, observa-se que, embora haja avanços legais, como reconhecimento de direitos na Constituição Federal de 1988, a efetivação desses direitos ainda é limitada. O acesso aos serviços públicos, especialmente na área da saúde, permanece desigual e insuficiente, refletindo a persistência de barreiras estruturais. Essa realidade evidencia que a questão indígena está diretamente vinculada às limitações do Estado em garantir direitos sociais de forma universal e equitativa.

No contexto do Estado Tocantins, onde se localiza a Terra Indígena Funil e Xerente, os impactos dessas desigualdades são evidentes. A limitação no acesso à serviços públicos, aliada à insuficiência de políticas específicas e culturalmente adequadas, contribui para a manutenção de condições de vulnerabilidade social. As desigualdades sociais também se manifestam no acesso à saúde indígena. Apesar dos avanços legais e institucionais, como a criação de políticas específicas voltadas aos povos indígenas, ainda persistem desafios relacionados à efetivação do atendimento integral e intercultural. A distância geográfica, a escassez de recursos e a inadequação cultural dos serviços são fatores que dificultam o acesso da população Akwẽ-Xerente a uma atenção em saúde de qualidade.

A análise da questão indígena no Brasil demanda sua inserção no campo da questão social, compreendida como expressão das desigualdades estruturais produzidas no modo de produção capitalista. Nessa perspectiva, a realidade vivenciada pelos indígenas, especialmente

povo Akwê-Xerente, no Estado do Tocantins deve ser interpretada como parte constitutiva das contradições sociais que marcaram a formação sócio-histórica brasileira.

Tabela 1 – Princípios éticos do Serviço Social aplicados à atuação junto aos povos indígenas

Princípios Ético	Fundamentação no Código de Ética	Aplicação no contexto indígena Akwê-Xerente
Defesa dos direitos humanos;	Defesa intransigente dos direitos humanos;	Garantia do acesso da população indígena a saúde, assistência social e demais políticas públicas;
Respeito à diversidade;	Eliminação de todas as formas de preconceito e valorização da diversidade;	Respeito às tradições, cultura, espiritualidade e organização social Akwê-Xerente;
Compromisso com a justiça social;	Posicionamento em favor da equidade e justiça social	Enfrentamento das desigualdades sociais que atingem os povos indígenas;
Democratização do acesso aos direitos;	Aplicação e consolidação da cidadania;	Fortalecimento do acesso da comunidade indígena às políticas públicas;
Combate ao preconceito e discriminação;	Incentivo ao respeito às diferenças;	Enfrentamento ao racismo estrutural contra os povos indígenas;
Compromisso com a autonomia dos sujeitos;	Reconhecimento da liberdade como valor ético central;	Valorização da autonomia e do protagonismo do povo Akwê-Xerente;

Fonte: Elaborado pelo autor com base no Código de Ética Profissional do Assistente Social (CFESS, 1993).

A atuação profissional junto aos povos indígenas exige, portanto, uma prática pautada na ética, no respeito à diversidade cultural e no compromisso com os direitos dessas populações. Para o Serviço Social, compreender a realidade indígena como expressão da questão social

significa reconhecer as desigualdades historicamente produzidas pelo capitalismo brasileiro e atuar na defesa de políticas públicas inclusivas, democráticas e culturalmente sensíveis.

Atualmente, a atuação profissional junto aos povos indígenas ocorre em diferentes espaços sócio-ocupacionais como:

- Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI);
- Hospitais e unidades básicas;
- Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS);
- Escolas Indígenas e não indígenas;
- Universidades;
- Políticas de assistência social;
- Movimentos sociais e defesa de direitos;
- E outros.

Nos últimos 40 anos, o Serviço Social brasileiro apresenta uma trajetória histórica marcada, principalmente, pelos avanços na construção de um projeto ético-político profissional pautado na defesa das classes historicamente subalternizadas, bem como no empenho pela eliminação de todas as formas de opressão, exploração e preconceito (CFESS, 2016).

Ainda mais recente, se evidencia a questão indígena como uma pauta fundamental que passa a ser progressivamente debatida no interior da nossa categoria. Mais do que um tema a ser inserido na formação e nas orientações do exercício profissional das (os) assistentes sociais, a questão indígena passa a ser assumida como uma das bandeiras de luta do conjunto da categoria profissional, principalmente no âmbito das nossas entidades representativas, (CORNE, 2023).

No povo Akwẽ-Xerente, no Estado do Tocantins, a atuação do Serviço Social possui relevância significativa diante das desigualdades sociais, das dificuldades de acesso às políticas públicas e dos desafios relacionados à saúde indígena e à proteção territorial. Assim, o trabalho deve estar fundamentado no respeito à diversidade cultural, na defesa dos direitos humanos e no fortalecimento da autonomia dos povos indígenas, conforme orientações do Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Dessa forma, compreender a questão indígena como expressão da questão social implica reconhecer que as desigualdades vivenciadas por esses povos são produzidas e reproduzidas no interior das relações capitalistas, articuladas a fatores históricos, políticos e culturais. Para o Serviço Social, essa compreensão é fundamental, pois orienta uma atuação profissional

comprometida com a defesa dos direitos humanos, a justiça social e o respeito à diversidade cultural, especialmente no contexto da saúde indígena.

5.3 Estratégias de intervenção social no contexto da saúde indígena

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

De forma geral, com a criação da Lei 8080/1990, os indígenas foram considerados em sua integralidade em saúde, em especial com o estabelecimento do SASI-SUS. Esse subsistema é composto por 34 DSEIs no país espalhados pelos Estados.

No contexto da saúde indígena do povo Akwê-Xerente, as estratégias de intervenção social devem considerar as especificidades culturais, territoriais, históricas e sociais que atravessam o processo saúde-doença dessas comunidades. A atuação dos profissionais da saúde, especialmente do assistente social, precisa ocorrer de forma articulada, crítica, interdisciplinar, humanizada e pautada no respeito à autonomia dos povos originários, conforme os princípios do SUS, PNASPI e do Projeto Ético-Político do Serviço Social.

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

As características da saúde indígena no Tocantins se assemelham a outras realidades brasileiras, mas com distinções quanto a organização dos povos, disponibilidade e captação de recursos financeiros, representatividade de lideranças, condições estruturais de aldeias, existência de equipes de saúde e insumos, frota de veículos e, sobretudo, o perfil epidemiológico. São aspectos que aumentam os desafios em assistir essa população, pois dentro

do mesmo contexto indígena do Tocantins há disparidades de acesso em saúde, as quais influenciam o processo saúde-doença e a implementação de práticas de cuidado.

Na comunidade indígena, especificamente da etnia Xerente, a medicina tradicional indígena é bastante presente e a principal referência terapêutica para várias condições de saúde. Esse conhecimento ancestral, em alguns casos, sofreu perdas significativas, com falecimento de anciãos, pajés, mesmo realizando o compartilhamento dos saberes, muitas gerações não conseguiram conservar e em alguns casos tem mais olhares para medicina-ocidental. É importante destacar que muitas doenças e agravos que afligiam esses povos no passado e compreendiam a rotina de cuidado dos curandeiros, foram transpostos por condições de maior gravidade e preocupação como, doenças crônicas, alcoolismo e outros.

Nesse sentido, intervenção social no contexto da saúde indígena exige uma atuação profissional sensível às especificidades culturais, sociais e territoriais dos povos originários.

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

Em 2020, já no período pandêmico, o CFESS debateu acerca da atuação profissional nas aldeias nesse período de crise sanitária brasileira e ressaltou a importância de profissionais indígenas atuando nessa área. As contribuições são mais precisas porque partem de um/a 32 assistente social que conhece de perto a realidade, podendo elaborar projetos e programas que atendam com maior eficiência às necessidades dessa população. (CFESS, 2020)

No entanto, as estratégias de intervenção social no contexto da saúde indígena do povo Akwẽ-Xerente devem considerar as especificidades culturais, territoriais, históricas e sociais vivenciadas pelas comunidades localizadas nas Terras Indígenas Xerente e Funil, no Estado do Tocantins. Diante das vulnerabilidades apresentadas anteriormente, como o aumento de doenças crônicas, alcoolismo, dificuldades de acesso aos serviços de saúde (falta de combustível, transporte), precariedade no saneamento básico (como abastecimento de água nas aldeias), torna-se fundamental a construção de ações intersetoriais e culturalmente sensíveis.

Nesse contexto, a atuação profissional possui papel essencial na garantia de direitos sociais e no fortalecimento das políticas públicas voltadas aos povos indígenas. Buscando

assegurar acesso à saúde, assistência social, transporte, saneamento, segurança alimentar e demais direitos previstos na Constituição Federal de 1988 na PNASPI.

As principais estratégias de intervenção, destaca-se o fortalecimento da atenção básica nas aldeias, por meio da ampliação das equipes multidisciplinares de saúde indígena e garantia de transporte adequado e permanente para atendimentos, exames, consultas, atendimento, urgência e emergência. Sobretudo as aldeias mais distantes, ter mais atenção. Pois, a distância das aldeias em relação aos centros urbanos dificulta o acesso aos serviços especializados, tornando necessária a implementação de políticas permanentes de logística e mobilidade para as comunidades. No caso, das aldeias distantes da cidade, seria a permanência de frotas em cada unidade básica dentro do território, essa questão é muito debatida entre as comunidades e lideranças, pois, em alguns casos teve perdas de vida durante o socorro.

Outra estratégia importante refere-se à promoção de ações educativas em saúde, respeitando os saberes tradicionais desse povo. Essas ações devem abordar temas como prevenção de doenças crônicas, saúde sexual e reprodutiva, prevenção ao uso abusivo de álcool e tabaco, alimentação saudável e valorização da cultura alimentar tradicional indígena. O diálogo intercultural entre profissionais de saúde e lideranças indígenas é fundamental para que as ações tenham efetividade e respeitem os modos próprios de viver e compreender o processo saúde-doença.

Também é necessário fortalecer políticas de saneamento básico e abastecimento de água potável nas aldeias, considerando que a ausência desse serviço contribui para as doenças de veiculação hídrica e agrava as condições de saúde das famílias indígenas, especialmente crianças e idosos. A intervenção social deve articular órgãos públicos, DSEI, município e lideranças deste povo na construção de soluções coletivas e permanentes.

A expansão do agronegócio no Estado do Tocantins tem gerado impactos significativos sobre os territórios indígenas, especialmente nas Terras Indígenas Xerente e Funil. O uso intensivo em áreas próximas às aldeias representa um risco à saúde humana, à segurança alimentar, aos recursos hídricos e à preservação ambiental. Nesse contexto, estratégias de intervenção consistem no fortalecimento da vigilância em saúde ambiental e da vigilância popular dos territórios. Isso envolve o monitoramento contínuo da qualidade de água, do solo e dos alimentos consumidos pelas comunidades, com participação ativa das lideranças e instituições de pesquisa. Também é fundamental a realização de estudos técnicos, para subsidiar denúncias aos órgãos competentes, como Ministério Público, FUNAI, Instituto Brasileiro do Meio Ambiente (IBAMA) e Defensoria Público da União.

A outra, é a valorização da língua e da cultura Akwê-Xerente também constitui uma estratégia importante no cuidado em saúde. Os conceitos tradicionais relacionados ao adoecimento e ao bem-estar, como “Hâze” e “Rowêki”, demonstram a compreensão indígena sobre ultrapassar a dimensão biomédica, envolvendo aspectos físicos, espirituais, emocionais e comunitários. Dessa forma, o atendimento em saúde deve reconhecer e respeitar os conhecimentos tradicionais, promovendo uma atenção humanizada e intercultural.

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

A intervenção social no contexto da saúde indígena exige compromisso ético, defesa dos direitos humanos e combate às desigualdades históricas enfrentadas pelos povos originários. O Serviço Social, ao atuar junto ao povo Akwê-Xerente, contribui para o fortalecimento da autonomia indígena, da participação social e da construção de políticas públicas mais inclusivas, democráticas e respeitosas às especificidades culturais desse povo.

5.4 Ética profissional e respeito às especificidades culturais

Os povos indígenas do Brasil apresentam distintas formas de se relacionar com a sociedade nacional, têm modos de vida peculiares, inclusive em relação ao processo saúde-doença e cuidado (COIMBRA JR. CEA, et al., 2007). No país os indígenas brasileiros estão distribuídos em mais de 250 etnias, apresentam cerca de 180 línguas faladas, com 35 grupos linguísticos (GERSEM LS, 2006). São diferentes, sob a perspectiva de renda, acesso à educação, saúde, trabalho e à situação de exclusão em que vivem (IBGE, 2010; COIMBRA JR. CEA, 2014).

A saúde indígena no Brasil é uma temática complexa que vem sendo construída por um histórico caracterizado por conflitos fundiários, acompanhados por expansão das fronteiras demográficas nacionais, degradação ambiental, e por vezes, com omissão por parte do Estado. Para os povos indígenas isso reverbera em retrocessos de avanços sociais verificados no país

ao longo das últimas décadas, nos campos da saúde, educação, habitação e saneamento básico (COIMBRA JR. CEA, 2014).

O Projeto Ético-Político do Serviço Social brasileiro defende princípios como a liberdade, a justiça, a democracia, a defesa dos direitos humanos e o respeito à diversidade. Nesse sentido, a atuação profissional junto aos povos indígenas exige sensibilidade cultural e compromisso ético para evitar práticas discriminatórias, etnocêntrica e impositivas. O Assistente Social precisa compreender que os modos de vida indígena possuem formas próprias de organização social, espiritualidade, cuidado e concepção de saúde e doença.

As reflexões do autor Antonio Roberto Oliveira (2012) podem contribuir para compreender como a ética orienta a prática profissional, especialmente em contextos de diversidade social e cultural, como ocorre no trabalho com povos indígenas.

Segundo o autor, a ética profissional está relacionada ao conjunto de valores, princípios e normas que orientam a conduta do profissional no exercício da sua atividade, garantindo que sua atenção esteja comprometida com o respeito à dignidade humana, à justiça social e aos direitos dos sujeitos atendidos. Dessa forma, a ética não se limita ao cumprimento de regras institucionais, mas envolve uma postura crítica e responsável diante das realidades sociais em que o profissional atua.

Nesse contexto, o respeito às especificidades culturais significa compreender e valorizar práticas tradicionais de cura, liderança comunitárias, crenças espirituais, organização coletiva e o vínculo dos povos indígenas com o território. O profissional deve atuar de forma articulada com lideranças e demais representantes comunitários, promovendo ações que fortaleçam a autonomia e a participação social indígena nas políticas públicas.

Aplicando essa perspectiva ao campo do Serviço Social, a ética profissional exige que o assistente social desenvolva uma atuação baseada no respeito às diferenças culturais, religiosas e sociais das populações atendidas. No caso das comunidades indígenas, isso significa reconhecer que cada povo possui formas próprias de organização social, crenças, e práticas culturais, que devem ser considerados no processo de intervenção profissional.

A ética é indispensável ao profissional, porque na ação humana o “fazer” e o “agir” estão interligados. O fazer refere-se a competência, e eficiência que todo profissional deve possuir para exercer bem a sua profissão; o agir refere-se a conduta do profissional, ao conjunto de atitudes que deve assumir no desempenho de suas funções. (OLIVEIRA, 2012, p. 51).

A reflexão apresentada por Oliveira (2012) contribui para compreender que a ética profissional envolve tanto a competência técnica quanto a conduta do profissional no exercício de suas funções. No contexto da saúde indígena, essa perspectiva é fundamental para orientar a

atuação do assistente social de forma responsável e respeitosa diante das especificidades culturais dos povos indígenas, como ocorre no trabalho com o povo Akwẽ-Xerente.

CAPÍTULO III

6 A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO DSEI-TO E ANÁLISE DOCUMENTAL

Este capítulo aborda a atuação do assistente social no DSEI-TO, com ênfase nas ações desenvolvidas junto ao povo Akwê-Xerente. Inicialmente, serão apresentadas a estrutura, objetivos e o funcionamento do DSEI, enquanto principal instância responsável pela organização da atenção à saúde indígena no território. Em seguida, por meio da análise documental e da revisão bibliográfica, busca-se compreender as atribuições do assistente social, os desafios encontrados no exercício profissional e sua contribuição para a efetivação do direito à saúde, considerando as especificidades socioculturais e territoriais das comunidades indígenas atendidas.

6.1 O Distrito Sanitário Especial Indígena: estrutura, funções e políticas

O subsistema de Atenção à Saúde Indígena foi instituído no Brasil com objetivo de garantir atenção diferenciada aos povos originários, considerando suas especificidades culturais, territoriais e sociais. A partir da criação da PNASPI, os DSEIs passaram a constituir a principal estrutura organizacional responsável pela execução das ações de saúde indígena no país.

O DSEI-TO tem uma abrangência em toda a extensão do Estado do Tocantins, abrangendo 14(quatorze) municípios, sendo 13(treze) no Estado do Tocantins com terras indígenas e 01(um) no Sul do Estado do Pará no município de Santa Maria das Barreiras. O acesso às Terras e Territórios Indígenas ocorre pelos modais terrestre e fluvial, em extensão territorial de 147.570 km².

A estrutura organizacional do DSEI-TO é composta por 06(seis) Polos Base Indígena (PBI); 02 (duas) Bases de Apoio; 31 Unidade Básica de Saúde Indígena e 02 (duas) Casas de Saúde Indígena (CASAI) localizados nos municípios de Araguaína e Gurupi, além de conta com o atendimento improvisado de uma CASAI na sede do Distrito em Palmas-TO, por ausência de uma estrutura física adequada.

O DSEI-TO possui papel fundamental na promoção da saúde indígena dos povos indígenas do Estado, incluindo o povo Akwê-Xerente, localizado nos territórios indígenas Xerente e Funil, nos municípios de Tocantínia e Pedro Afonso. A atuação do DSEI-TO ocorre por meio de equipes multidisciplinares compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de

odontólogos (as), psicólogos (as), nutricionistas e assistentes sociais, que desenvolvem ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde.

De acordo com a FUNASA, órgão que anteriormente coordenava a saúde indígena no país: “o Distrito Sanitário como um modelo de organização de serviços orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado” (FUNASA, 2002, p. 13).

Posteriormente, a criação da SESAI, vinculada ao Ministério da Saúde, fortaleceu a gestão do subsistema indígena e ampliou a responsabilidade estatal na garantia da atenção diferenciada aos povos indígenas.

A estrutura organizacional do DSEI-TO envolve pólos-base, unidades básicas de saúde indígena e Casas de Saúde Indígena (CASAI) que funcionam como suporte para indígenas encaminhados aos serviços de médio e alta complexidade. Essa organização busca assegurar o acesso das comunidades indígenas aos serviços de saúde, respeitando as características culturais e territoriais de cada povo.

No contexto do povo Akwê-Xerente, o DSEI-TO enfrenta diversos desafios relacionados às condições geográficas, às distâncias entre aldeia e centro urbanos, às dificuldades de transporte e a limitação de recursos materiais e humanos. Muitas aldeias localizam-se em áreas de difícil acesso, dificultando a realização de visitas domiciliares, atendimentos emergenciais e acompanhamento contínuo das famílias.

6.2 O papel do assistente social na promoção da saúde indígena do povo Akwê-Xerente

A atuação do assistente social no contexto da saúde indígena envolve múltiplas dimensões relacionadas à garantia de direitos, fortalecimento da cidadania e mediação entre usuários e instituições públicas. No âmbito do DSEI-TO, o profissional de Serviço Social desenvolve ações voltadas à promoção da saúde, acompanhamento social das famílias, orientação sobre direitos sociais e encaminhamentos para políticas públicas.

O trabalho profissional junto a essas comunidades, exige compreensão crítica da realidade social, econômica, cultural e histórica das comunidades indígenas. Dessa forma, o assistente social necessita desenvolver práticas pautadas no respeito à diversidade cultural e no reconhecimento das especificidades dos povos originários. Como destaca Iamamoto (2000), “o assistente social atua nas expressões da questão social, formulando e implementando propostas para seu enfrentamento”. Nesse contexto, a questão social manifesta-se por meio das

desigualdades de acesso à saúde, da vulnerabilidade social, das dificuldades de mobilidade territorial e da insuficiência de políticas públicas adequadas às populações indígenas.

Assim, podemos destacar papel do profissional no contexto do DSEI-TO:

- Acolhimento e escuta qualificada dos usuários indígenas;
- Realização de entrevistas e estudos sociais;
- Orientação sobre benefícios sociais e previdenciários;
- Acompanhamento de pacientes encaminhados para tratamento fora do domicílio;
- Mediação institucional entre comunidade indígena e serviços públicos;
- Desenvolvimento de ações educativas e preventivas;
- Fortalecimento da participação comunitária e do controle social.

A atuação profissional também se relaciona à defesa do direito à saúde enquanto direito universal garantido pela Constituição Federal de 1988. Conforme o artigo 196 da Constituição: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas e econômicas” (BRASIL, 1988).

No caso do povo Akwẽ-Xerente, o assistente social contribui para construção de estratégias que possibilitam acesso aos serviços de saúde sem desconsiderar os valores culturais e formas próprias de organização da comunidade. O profissional atua de maneira interdisciplinar junto às equipes multiprofissionais, articulando ações de prevenção e promoção da saúde.

Outro aspecto relevante refere-se ao acompanhamento das famílias em situação de vulnerabilidade social. Muitas comunidades indígenas enfrentam dificuldades relacionadas à insegurança alimentar, falta de transporte, acesso limitado aos serviços especializados e insuficiência de recursos públicos. Assim, o profissional deve buscar fortalecer redes de apoio e desenvolver intervenções voltadas à proteção social às famílias indígenas. Outro papel importante é os programas que devem ser oferecidos (exercício físico, dança, e outros respeitando as culturas) às comunidades indígenas mais vulneráveis como idosos dentro das aldeias, devido que a maioria fica presa no sedentarismo.

De acordo com o Código de Ética Profissional do Assistente Social: “são princípios fundamentais a defesa intransigente dos direitos humanos e o respeito à diversidade” (CFESS, 2012, p. 23).

Assim, a prática junto ao povo Akwẽ-Xerente deve estar fundamentada no compromisso ético-político da profissão, valorizando a autonomia dos sujeitos, o respeito às tradições culturais e à defesa dos direitos coletivos indígenas.

6.3 Análise documental: instrumento, relatórios e registros utilizados

A análise documental constitui importante procedimento metodológico para compreensão da atuação profissional no contexto da saúde indígena. Por meio dos documentos institucionais, é possível identificar demandas sociais recorrentes, estratégias de intervenção, encaminhamentos realizados e principais desafios enfrentados no cotidiano profissional. Segundo Gil (2008, p. 51): “a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda tratamento analítico.”

No contexto do DSEI-TO, diversos instrumentos e registros são utilizados pelos profissionais de Serviço Social para acompanhamento das demandas indígenas e sistematização das ações desenvolvidas. Entre os principais documentos utilizados destacam-se:

- Prontuários sociais;
- Relatórios de acompanhamento;
- Fichas de atendimento;
- Estudos sociais;
- Pareceres sociais;
- Registros de visitas domiciliares;
- Encaminhamento institucionais;
- Relatórios de viagem e acompanhamento de pacientes;
- Documentos administrativos do DSEI.

Esses instrumentos possibilitam ao assistente social registrar informações relacionadas às condições de vida das famílias indígenas, dificuldades de acesso aos serviços públicos, situações de vulnerabilidade social e necessidades de intervenção profissional.

Os relatórios do povo Akwê-Xerente, os documentos analisados evidenciam desafios relacionados ao acesso aos serviços de saúde, deslocamento entre aldeias e centros urbanos, insuficiência de transporte sanitário, dificuldades de acesso à exames especializados e limitações estruturais enfrentadas pelas equipes de saúde indígena.

Os registros documentais também demonstram a importância interdisciplinar no contexto da saúde indígena. O trabalho conjunto entre diferentes profissionais possibilita atendimento mais integral às necessidades das comunidades indígenas.

A sistematização das informações por meio dos documentos institucionais permite ainda identificar limites estruturais da política de saúde indígena, como insuficiência de recursos financeiros, dificuldades logísticas e precarização dos serviços ofertados. Dessa forma a análise

documental contribui para reflexão crítica sobre a realidade vivenciada pelas comunidades indígenas e sobre a atuação profissional do assistente social.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Trabalho de Conclusão de Curso ora apresentado teve como objetivo compreender e analisar a atuação do assistente social na promoção da saúde indígena do povo Akwê-Xerente, considerando as especificidades culturais, territoriais e sociais que permeiam a realidade dessas comunidades. A partir da revisão bibliográfica e da análise documental realizada, foi possível compreender que a saúde indígena deve ser entendida de forma ampliada, envolvendo não apenas aspectos biológicos, mas também fatores históricos, culturais, ambientais e sociais que influenciam diretamente as condições de vida e bem-estar dos povos originários.

Ao longo do estudo, verificou-se que os povos indígenas enfrentam desafios históricos decorrentes do processo de colonização, da perda de territórios, das desigualdades sociais e das dificuldades de acesso às políticas públicas. Tais fatores repercutem diretamente na garantia do direito à saúde, exigindo a construção de estratégias de atenção diferenciada que respeitem os modos de vida, os conhecimentos tradicionais e a autonomia dos povos indígenas.

Além dos aspectos discutidos ao longo da pesquisa, destaca-se a necessidade de refletir sobre os impactos do avanço do agronegócio nos territórios indígenas e em seu entorno. No caso do povo Akwê-Xerente, a expansão das atividades agrícolas e o uso intensivo de agrotóxico nas áreas próximas às Terras Indígenas Xerente e Funil tem gerado preocupações relacionadas à contaminação ambiental, à qualidade da água, à segurança alimentar e as condições de saúde das comunidades. Tais processos pode contribuir para o agravamento de problemas de saúde e para a fragilização dos modos tradicionais de vida, evidenciando que a promoção da saúde indígena está diretamente vinculada à proteção do território e dos recursos naturais.

Nesse contexto, constatou-se que o Serviço Social possui papel fundamental na efetivação dos direitos sociais e na mediação entre as comunidades indígenas e as políticas públicas. A atuação do assistente social no âmbito do DSEI-TO contribui para o fortalecimento do acesso aos serviços de saúde, para a orientação dos usuários acerca de seus direitos e para a articulação intersetorial necessária ao enfrentamento das demandas sociais apresentadas pelas comunidades.

A pesquisa evidenciou ainda que a prática profissional do assistente social deve estar fundamentada nos princípios éticos da profissão, no respeito à diversidade cultural e na defesa intransigente dos direitos humanos. Dessa forma, torna-se imprescindível que as ações desenvolvidas junto ao povo Akwê-Xerente considerem suas especificidades socioculturais,

fortalecendo o protagonismo indígena na construção das políticas e estratégias de cuidado à saúde.

Conclui-se, portanto, que a atuação do assistente social representa importante instrumento de promoção da cidadania e de garantia do direito à saúde indígena. Entretanto, permanecem desafios relacionados à ampliação dos recursos institucionais, à qualificação permanente das equipes multidisciplinares e ao fortalecimento das políticas públicas voltadas aos povos indígenas, aspectos fundamentais para a consolidação de uma atenção à saúde integral, intercultural e socialmente referenciada, conforme garante a Constituição Federal de 1988 e PNASPI.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. **Serviço Social e Filosofia: Das origens a Araxá.** São Paulo: Cortez, 2011.

ALMEIDA, Sílvio Luiz de **Racismo estrutural**/Silvio Luiz de Almeida. – São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista:** contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

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

BAPTISTA, Myrian V. **Projeto A Construção do conhecimento do Serviço Social no Brasil.** São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social. s.d. 16f. (datilografado)

BARROSO, Lúcia Soraya Liberato. **Ãzê Sicutõri para não esquecer:** a oralidade e o conhecimento da escrita. Fortaleza, 2009. Tese (Doutorado). Faculdade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira – Ceará. BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília, 2002.

BRASIL, Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** 2ª edição – Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESA. **Relatório Anual de Gestão da SESA.** Brasília: Ministério da Saúde, vários anos.

BULLARD, Robert D. (Ed.) **Confronting environmental racism:** voices from the grassroots. Boston: South End Press, 1993.

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva** , Rio de Janeiro, v.16, n. 11, p. 4433-4442, Nov. 2011.

CADERNOS de Saúde Pública. RJ. 5(4): 441-450, out/dez, 1989.

CARNEIRO, Fernando Ferreira (Org.) **Dossiê ABRASCO:** um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde / Organização de Fernando Ferreira Carneiro, Lia Giraldo da Silva Augusto, Raquel Maria Rigotto, Karen Friedrich e André Campos Búrigo. - Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015.

CFESS. **Código de Ética Profissional do Assistente Social.** Brasília, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde.** Brasília: CFESS, 2010.

CFESS, **Histórico.** Disponível em: <https://cfess.org.br/pagina/view/4/o-cfess>. Acesso em: mai.2026.

CFESS, **Lança Manifesto pelo dia da luta indígena.** Disponível em: Fonte: CFESS <https://share.google/p1GDtR2vhjSMtU2iP>. Acesso em: mai.2026.

COIMBRA JR. CEA, et al. Processo saúde-doença. In: BARROS DC, SILVA, et al (organ.). **Vigilância alimentar e nutricional para a saúde humana indígena** [online]. Vol. 1. Rio de Janeiro: Editora. FIOCRUZ, 2007; pp. 47-74.

COIMBRA JR. CEA. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2014; 30(4): 855-859.

DSEI-TO – Distrito Sanitário Especial Indígena do Tocantins. **Relatório Técnico Anual do DSEI Tocantins.** Tocantins: DSEI-TO/SESAI/Ministério da Saúde, diversos anos.

FARIAS. Agenor José T. P. Pintura corporal e sociedade: os “partidos” Xerente. In: VIDAL, Lux (Org). **Grafismo Indígena:** Estudos de antropologia estética. São Paulo: 2000. p. 89-116.

FERREIRA. A. D. **Caminhos e sujeitos de aprendizado sobre a cura e adoecimento nos Akwe Xerente.** 2017. (Apresentação de Trabalho/congresso).

FUNAI. Fundação Nacional Dos Povos Indígenas. **Dados sobre terras e povos indígenas.** Disponível em: <http://www.gov.br/funai>. Acesso em: out.2025.

GARNELO, Luiza. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre o processo de formulação. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, 2012.

GERSEM LS. **O Índio Brasileiro:** o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006.

GIACCARIA, Bruno; Adalberto. **Xerente:** Povo do Médio Tocantins. São Paulo: CEDI, 1984.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**/Antônio Carlos Gil. – 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L.et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, 1097 p. ISBN: 978-85-7541-349-4. <https://doi.org/10.7476/9788575413494>.

HISTÓRIA da assistência social. Disponível em: <https://blog.gesuas.com.br/historia-da-assistencia-social>. Acesso em: mai.2026.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. CENSO DEMOGRÁFICO 2010. **Características da população e dos domicílios**. Resultados do Universo. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf. Acesso em: 20/05/2026.

IBGE, 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38719-censo-2022-pela-primeira-vez-desde-1991-a-maior-parte-da-populacao-do-brasil-se-declara-parda>. Acesso em: out.2025.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). **Povo Xerente (Akwe)**. Enciclopédia dos Povos Indígenas do Brasil. 2023. Disponível em: <https://www.pib.socioambiental.org>. Acesso em: out. 2025.

LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza. Articulação entre serviços de saúde e povos indígenas: reflexões sobre políticas públicas no Brasil. **Revista de Antropologia Social**, v.8, n. 1, 2004.

LANGDON, Esther Jean. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1019-1029, Apr. 2014.

KRENAK, Ailton. **Ideias para o fim do mundo** / Ailton Krenak. – 1º ed. – São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

LAKATOS, Maria Cecília; MARCONI, Maria de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 2017.

MARTIUS, K. F. von. **Natureza, doenças, medicina e remédios dos índios brasileiros**. 2. ed. São Paulo: Cia. Ed. Nacional, 1979.

MENENDEZ, Eduardo L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003.

OLIVEIRA, João Pacheco de. **A viagem da volta: etnicidade, política e reelaboração cultural no Nordeste indígena**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1999.

PAULO NETTO, José. O Movimento de Reconceituação: 40 anos depois. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, ano XXVI, n. 84, 2005.

PAULO NETTO, José. **Ditadura e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2011.

PONTES, Ana Lúcia, GARNELO, Luiza. Desafios na atenção à saúde indígena no Brasil: entre a política e a prática. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 25, n. 10, p. 3857-3866, 2020.

QUIJANO, Aníbal. **Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina**. 2005.

RELATORIO Situacional Do Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena Tocantins. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/chamamentos-publicos/2023/chamamento-publico-sesai-ms-no-2-2023/anexo-xvi-relatorio-situacional-dsei-tocantins.pdf>. Acesso em: abr.2026.

REVISTA multidebates. Disponível em: <https://revista.faculdadeitop.edu.br/index.php/article/view/15>. Acesso em: mai.2026.

REVISTA de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente - v. 3, n. 1, Artigo 2, jan./ abril 2008. www.interfacehs.sp.senac.br. O Clamor por Justiça Ambiental e Contra o Racismo Ambiental. Selene Herculano.

RIBEIRO, Darcy. 1922 - **Os índios e a civilização**: a integração das populações indígenas no Brasil moderno / Darcy Ribeiro – São Paulo: Companhia de Letras, 1996.

RIBEIRO, Darcy. **O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

SERVIÇO Social no Brasil [livro eletrônico]: A história de resistência e de ruptura com o conservadorismo/Maria Liduína de Oliveira e Silva (org.)São Paulo: Cortez, 2017. Disponível em: https://universityenterprise.com.br/wp-content/uploads/2025/05/M11_especializacao_Saude_Indigena.pdf. Acesso em: 05/11/2025.

YAZBEK, Maria C. **Estudo da Evolução Histórica da Escola de Serviço Social de São Paulo no Período de 1936 a 1945**. 1977. 104f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1977.

YAZBEK, M. C. Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade. In: **Serviço Social, Direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

RELATORIO Situacional Do Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena Tocantins. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/chamamentos-publicos/2023/chamamento-publico-sesai-ms-no-2-2023/anexo-xvi-relatorio-situacional-dsei-tocantins.pdf>. Acesso em: abr.2026.

ANEXO - ATRIBUIÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE INDÍGENA



ANEXO III Descrição de requisitos, atribuições, salário e jornada

VAGA	REQUISITOS	ATRIBUIÇÃO	SALÁRIO	JORNADA
Analista Técnico de Saúde Indígena	Ensino Superior Conclusão de curso de nível superior em qualquer área de formação em instituição de ensino reconhecida pelo MEC; Experiência mínima de 01 (um) mês em atividades relacionadas à saúde pública.	Elaborar relatórios e análises sobre a saúde indígena, apoiar a gestão e melhoria da atenção no SUS, auxiliar no planejamento estratégico e revisar processos e normas para otimizar os serviços do DSEI ou CASAI.	R\$7.060,00	40h
Analista Especializado de Saúde Indígena	Ensino Superior Conclusão de curso de nível superior na área da Saúde (saúde coletiva, medicina, enfermagem) em instituição de ensino reconhecida pelo MEC; Experiência mínima de 01 (um) mês em atividades relacionadas à saúde pública.	Planejar, coordenar e executar ações de saúde para populações indígenas, atendendo demandas médicas, promovendo saúde pública, educação sanitária e políticas de saúde. Monitorar e desenvolver estratégias, orientar profissionais, garantir conformidade com legislações, realizar ações educativas, mobilizar a comunidade e colaborar na gestão de projetos e políticas públicas.	R\$9.047,00	40h
Antropólogo	Ensino Superior, Diploma de formação superior em Antropologia emitido por instituição superior de educação reconhecida pelo Ministério da Educação	Elaborar estudos e pesquisas etnológicas e sócio-culturais das populações indígenas, analisar peças técnicas para identificação de áreas com ocupação tradicionalmente indígena, realizar trabalhos de campo: elaborar e analisar relatórios circunstanciados, laudos, pareceres de contraditório; coordenar levantamentos fundiários em terras indígenas; analisar documentação processual referente à terra indígena contestada.	R\$7.060,00	40h

Anexo III - Descrição de Requisitos e Atribuições (0137494) SEI AGSUS 008334/2025-98 / pg. 4

Apoiador Técnico de Saneamento	Ensino Superior Diploma de formação superior em Engenharia (Civil, Elétrica, Sanitária ou Ambiental), Química, Ciências Biológicas, Geologia, Arquitetura e demais cursos cujas atribuições estejam relacionadas às atividades de edificações e saneamento emitido por instituição superior de educação reconhecida pelo Ministério da Educação; Registro no respectivo Conselho de Classe, do Estado de atuação	Fornecer informações ao coordenador distrital, apoiar a gestão de informações e planejamento de ações de saúde indígena, mediar a construção de objetivos e pactuação de compromissos, monitorar a qualidade da água e gerenciamento de resíduos, apoiar demandas administrativas e judiciais, coordenar projetos e ampliar a capacidade institucional. Elaborar o Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos do Serviço de Saúde (PGRSS).	R\$12.903,00	40h
Apoiador Técnico em Saúde	Ensino Superior Diploma de formação superior em cursos da área da saúde emitido por instituição superior de educação reconhecida pelo Ministério da Educação.	Articular e promover a melhoria da gestão e atenção no SUS, focando na saúde indígena e fortalecendo o SASISUS. Apoiar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, facilitando a interlocução com gestores municipais e estaduais, e promovendo a integração da rede de saúde. Apoiar na organização de espaços coletivos, mediar a construção de objetivos comuns e garantir o cumprimento de compromissos pactuados entre os envolvidos.	R\$8.820,00	40h
Arquiteto e Urbanista	Ensino Superior Diploma de formação superior em Arquitetura e Urbanismo emitido por instituição superior de educação reconhecida pelo Ministério da Educação; Registro no Conselho Regional de Arquitetura e Urbanismo do estado de atuação.	Elaborar projetos arquitetônicos para estabelecimentos de saúde e administrativos, segundo a legislação vigente, criar manuais e normas, fiscalizar obras, propor soluções para conforto térmico, luminoso e acessibilidade, auxiliar em reformas e ampliações, e gerenciar resíduos sólidos em aldeias indígenas. Disponibilidade para viagens aéreas, terrestres ou fluviais.	R\$12.903,00	40h
Assistente Social	Ensino Superior Diploma de formação superior em Serviços Sociais emitido por instituição superior de educação reconhecida pelo Ministério da Educação; Registro no Conselho Regional de Serviço Social do estado de atuação	Atender indígenas nos territórios, facilitar o acesso ao SUS, acompanhar pacientes no tratamento e otimizar consultas. Coordenar informações entre aldeias e serviços de saúde, elaborar relatórios e articular acesso a políticas públicas e assistência social.	R\$7.060,00	30h

Anexo III - Descrição de Requisitos e Atribuições (0137494) SEI AGSUS 008334/2025-98 / pg. 5

Assistente Social	Ensino Superior Diploma de formação superior em Serviços Sociais emitido por instituição superior de educação reconhecida pelo Ministério da Educação; Registro no Conselho Regional de Serviço Social do estado de atuação	Atender indígenas nos territórios, facilitar o acesso ao SUS, acompanhar pacientes no tratamento e otimizar consultas. Coordenar informações entre aldeias e serviços de saúde, elaborar relatórios e articular acesso a políticas públicas e assistência social.
--------------------------	---	---