

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Péricles Stehmann Nunes

**O PAPEL DA GESTÃO ESTADUAL DE SAÚDE NA PREVENÇÃO A VIOLÊNCIAS
AOS POVOS INDÍGENAS SOB A PERSPECTIVA DESCOLONIAL**

**Porto Alegre
2021**

Péricles Stehmann Nunes

**O PAPEL DA GESTÃO ESTADUAL DE SAÚDE NA PREVENÇÃO A VIOLÊNCIAS
AOS POVOS INDÍGENAS SOB A PERSPECTIVA DESCOLONIAL**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara.

Porto Alegre
2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Carlos André Bulhões Mendes

Vice-reitora: Profa. Dra. Patrícia Helena Lucas Pranke

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato

Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Coordenador Geral: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Coordenador de Ensino: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Stehmann Nunes, Péricles. O papel da gestão estadual de saúde na prevenção a violências aos povos indígenas sob a perspectiva descolonial / Péricles Stehmann Nunes. – 2021.

Orientador(a): Guilherme Dornelas Camara.

Monografia (Especialização) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Administração, Porto Alegre, BR – RS, 2021.

1. Direito Sanitário. 2. Direitos indígenas. 3. SUS. 4. SasiSUS. 5. Perspectiva descolonial. 6. Gestão em Saúde. I. Dornelas Camara, Guilherme e. II. O papel da gestão estadual de saúde na prevenção a violências aos povos indígenas sob a perspectiva descolonial.

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico

CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS

Telefone: 3308-3801

E-mail: gestaoemsaude@ufrgs.br

Péricles Stehmnn Nunes

**O PAPEL DA GESTÃO ESTADUAL DE SAÚDE NA PREVENÇÃO A VIOLÊNCIAS
AOS POVOS INDÍGENAS SOB A PERSPECTIVA DESCOLONIAL**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em 15 de dezembro de 2021.

Banca Examinadora

Examinador(a): Bruno Silva Kauss

Examinador(a): Ronaldo Bordin

Orientador: Guilherme Dornelas Camara

AGRADECIMENTOS

A minha companheira da vida Thaís Ruaro, que está ao meu lado em todas as situações, apoiando e incentivando.

Aos docentes do curso de Especialização em Gestão em Saúde, da Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul por compartilharem seus conhecimentos.

Aos tutores do curso, em especial à Camila Guaranha, pela condução dos fóruns, pelos debates e por todo apoio durante o percurso da especialização.

Por fim, aos meus colegas de Secretaria Estadual de Saúde/RS, especialmente aos da Divisão de Políticas de Promoção da Equidade/DAPPS, por toda determinação em prol de um SUS mais forte e igualitário.

RESUMO

Introdução: A questão dos direitos indígenas em qualquer país é, em geral, marcada pelas relações coloniais de poder. A saúde é um direito humano e fundamental, garantido pela Constituição Brasileira de 1988 que, em relação a povos indígenas, pretende se efetivar por meio de um subsistema específico de atenção à saúde. Todavia, dados demonstram que esse subsistema não gera uma efetiva transformação na saúde indígena, especialmente pela manutenção da postura colonial do Estado brasileiro em relação aos indígenas. **Objetivo:** Analisar o papel da gestão estadual de saúde na redução das iniquidades em saúde, com foco na prevenção às violências aos povos indígenas no Rio Grande do Sul é o objetivo do presente trabalho. **Método:** revisão integrativa da literatura. **Discussão:** O reconhecimento de que a violência exerce um forte impacto, tanto social quanto econômico no SUS e que as ações e as intervenções com foco na promoção da saúde precisam ser qualificadas. **Conclusão:** partindo dos pressupostos da ineficácia do subsistema de saúde indígena e postura colonialista do Estado Brasileiro, este trabalho apresenta que a gestão pública de saúde tem papel fundamental no enfrentamento e prevenção de violências sofridas pelos povos indígenas.

Palavras-chave: Direitos indígenas. Direito Sanitário. Gestão em Saúde. Perspectiva descolonial. SUS. SasiSUS.

The role of state health management in preventing violence to indigenous peoples from a decolonial perspective

ABSTRACT

Introduction: The issue of indigenous rights in any country is, in general, marked by colonial power relations. Health is a human and fundamental right, guaranteed by the Brazilian Constitution of 1988 which, in relation to indigenous peoples, intends to be carried out through a specific subsystem of health care. However, data show that this subsystem does not generate an effective transformation in indigenous health, especially due to the maintenance of the Brazilian State's colonial posture in relation to indigenous peoples. **Aim:** Analyzing the role of state health management in reducing health inequities, with a focus on preventing violence against indigenous peoples in Rio Grande do Sul. **Methods:** The methodology is an integrative literature review. **Discussion:** As violence has a great social and economical impact in SUS, actions and interventions that focus on the promotion of health need to be qualified. **Conclusion:** based on the assumptions of the inefficiency of the indigenous health subsystem and the colonial posture of the Brazilian State, public health management has a fundamental role in confronting and preventing violence suffered by Indian people.

Keywords: Decolonial perspective. Health Law. Health Management. Indigenous rights. SUS. SasiSUS.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 CONTEXTO DE ESTUDO	10
3 OBJETIVOS	12
3.1 OBJETIVO GERAL	12
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
4 MÉTODOS	13
5 DESCRIÇÃO DOS DOCUMENTOS PESQUISADOS	15
6 ANÁLISE DE RESULTADOS	28
6.1 DOS DIREITOS AOS POVOS INDÍGENAS À SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DESCOLONIAL	28
6.2 O PAPEL DA GESTÃO EM SAÚDE NA REDUÇÃO DAS INEQUIDADES PARA COM OS POVOS INDÍGENAS NO BRASIL	33
7 CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS	43

1 INTRODUÇÃO

Os direitos dos povos indígenas à saúde no Brasil passaram por avanços normativos importantes. A Constituição de 1988 aflora uma concepção inclusiva e participativa, que reconhece a diversidade presente na sociedade. Assim, este trabalho propõe investigar os direitos humanos e os direitos sanitários em alinhamento com a teoria descolonial, pois, acredita-se que parte daí a garantia da transformação da sociedade reprimida pelo modelo colonial.

Partindo da ideia de que há um descompasso entre norma e realidade, que evidencia as violências cotidianas sofridas pelas populações vulneráveis, especialmente, pelos povos indígenas, em que se potencializa o caráter colonial e eurocêntrico ainda vigentes no país, considera-se que o papel das políticas públicas na redução das iniquidades em saúde é por diversas vezes alheio à realidade na qual os povos indígenas vivem, sendo o Estado, por diversas vezes, omissivo e ineficaz ao tentar conciliar normas de saúde e direitos humanos dos povos indígenas.

O Estado adota um papel de total abandono no enfrentamento de crises sanitárias, principalmente quando voltadas para as populações indígenas. Há uma inefetividade do subsistema de atenção à saúde indígena, que é aliada à uma conduta marcadamente colonialista no estado brasileiro. Assim, uma via de conformação entre as normas de saúde e as normas de direito indígenas se daria através de subsidiar as estratégias de gestão pública de saúde ao monitorar e avaliar as políticas sociais de promoção, equidade e prevenção à violência para com os povos indígenas.

Portanto, abordando a questão dos direitos indígenas, reconhecendo que a matéria é marcada por relações coloniais de poder, e partindo do pressuposto de que a saúde é um direito humano garantido constitucionalmente, este trabalho buscou estimular a reflexão sobre o papel da gestão estadual de saúde na promoção da equidade e na prevenção à violência aos povos indígenas, visando a efetivação de Direitos Humanos e Direitos Sanitários no Brasil.

2 CONTEXTO DE ESTUDO

Abordar a temática de direitos indígenas remete a uma matéria marcada por aquilo que o sociólogo Aníbal Quijano denomina de “paradigma da colonialidade” (1992, p. 438). O conceito de colonialidade remete ao fenômeno da subordinação colonial, caracterizando uma imposição política e econômica exercida pelo Estado. Quijano (1992, p. 139) explica que o termo “colonialidade” dá fim ao paradigma das relações de dominação constitutivas da modernidade a partir da expansão da Europa no século XVI, estando até os tempos atuais em vigor. Esse paradigma situa a questão das violências vivenciadas pelos povos indígenas no país, especialmente no que diz respeito à saúde, e por mais que tenha havido avanços significativos no plano normativo a esta população, não houve a necessária descolonialidade no Brasil.

Destacando a importância da aproximação de instituições que primam pelo bem estar da sociedade, o trabalho teve o intuito de trazer reflexões propiciadas pelos aspectos práticos da gestão pública da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS), especificamente da Divisão de Políticas de Promoção da Equidade (POPES) do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPPS) da SES-RS que abrange diferentes políticas de saúde¹, dentre elas a Política de Saúde aos Povos Indígenas, que foi fruto de análise deste trabalho.

A pesquisa pretendeu demonstrar estratégias de potencializar políticas públicas de promoção da equidade e de prevenção a violências, especialmente à saúde indígena. Para tal, pretendeu-se exibir o direito à saúde no Brasil, garantido na constituição de 1988, que compreende uma concepção ampliada de saúde, articulada com os determinantes socioambientais de saúde e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). O Brasil possui um sistema de proteção dos Direitos Humanos que integra ao ordenamento jurídico nacional as proteções oferecidas pelas normas jurídicas de direito internacional.

¹ Política de Saúde LGBT; Política de Saúde a População Negra; Política de Saúde a População de Migrantes Internacionais; Política de Saúde a População em Situação de Rua; Política de Saúde a População Privada de Liberdade; Política de Saúde a População Cigana; Política de Saúde a População de Campo, das Florestas e das Águas; e, Política de Saúde aos Povos Indígenas.

No que se relaciona à saúde dos povos indígenas, em 2010 o Ministério da Saúde cria a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) que propôs uma nova estrutura organizacional que nasceu carregando a expectativa histórica de uma assistência à saúde de qualidade, que coordena a gestão Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O tratamento jurídico à saúde dos povos indígenas passou por notáveis avanços, contudo, é necessário refletir se, estes avanços correspondem à mudança que se espera do poder estatal, no sentido do rompimento homogeneizante e monocultural, que se atrela a relação colonial de poder que sempre exerceu sobre os povos indígenas.

Para tal, se faz necessário trazer ao debate pensadores(as) que trazem à tona a opção descolonial² como significado em identidade e política, como propõe o movimento da *desobediência epistêmica*. Será abordado o paradigma da construção da modernidade e dos direitos humanos fazendo análise do quando reflete nas violências cometidas aos povos indígenas, especialmente no que diz respeito ao acesso à saúde. Para tal, o projeto abordará a temática por meio do pensamento de, Aníbal Quijano, Walter D. Mignolo, e demais que se aprofundam na temática.

Por fim, abordando a questão dos direitos indígenas, reconhecendo que a matéria é marcada por relações coloniais de poder, e partindo de que a saúde é um direito humano garantido constitucionalmente. Este trabalho propõe-se analisar políticas públicas que têm o foco na redução das iniquidades em saúde, apontando a importância do Estado para o enfrentamento de violências. Especialmente em período de crises sanitárias, sob um viés descolonial há expectativa de traçar estratégias para a construção, monitoramento e avaliação das políticas sociais de promoção da equidade e de prevenção à violência aos povos indígenas visando a efetivação de Direitos Humanos e Direitos Sanitários no Brasil.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o papel da gestão estadual de saúde na redução das iniquidades em saúde, com foco na prevenção às violências aos povos indígenas no Rio Grande do Sul, sob o viés descolonial.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Apresentar o sistema de saúde como um Direito Humano fundamental pelo direito brasileiro e a consolidação do Direito Sanitário no Brasil;
- b) Examinar as competências do SUS e a integração entre os seus componentes, especialmente o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS);
- c) Estudar a perspectiva descolonial dos direitos aos povos indígenas;
- d) Verificar o papel da gestão estadual da saúde na redução das iniquidades em saúde para uma gestão intercultural de saúde, com efetivação da equidade e a prevenção da violência de populações indígenas.

² Para Mignolo descolonial significa pensar a partir da exterioridade e em uma posição epistêmica subalterna vis-à-vis à hegemonia epistêmica que cria, constrói, erege um exterior a fim de assegurar sua interioridade (MIGNOLO, 2008, p. 287).

4 METÓDOS

O método de abordagem dessa pesquisa parte da crítica descolonial à ontologia hegemônica. A ontologia eurocêntrica se fundamenta na perspectiva do “progresso moral, psicológico, político, econômico, religioso e cultural do ser humano tendo como espelho de referência o homem europeu e a perspectiva de controle e domesticação da natureza não humana” (MARTINS, BENZAQUEN, 2017). O conceito de colonialidade auxilia na compreensão desta ontologia, na medida em que explica os efeitos culturais e ideológicos na organização dos povos colonizados e, conseqüentemente, explorados.

Nessa perspectiva da colonialidade, há uma lógica hierárquica, excludente e opressora que opera no padrão das relações sociais institucionalizadas. Assim, o trabalho buscou aprofundar o desenvolvimento de uma matriz metodológica que pudesse trazer a articulação de saberes conectados com as mudanças sociais. Dessa forma, esta metodologia objetivou equalizar diferentes saberes na produção de uma crítica social consistente, analisando a questão dos direitos indígenas como uma matéria marcada pelas relações coloniais de poder.

O desafio empreendido no trabalho foi no sentido de reconhecer à saúde como um direito humano e fundamental, garantidos pela Constituição e com desdobramentos em direito sanitário no âmbito da construção do subsistema de atenção à saúde aos povos indígenas, com o intuito de avaliar o papel da gestão estadual de saúde na redução das iniquidades em saúde, com o foco de redução e prevenção a violências aos povos indígenas no Brasil.

As técnicas de pesquisa utilizadas no trabalho foram a revisão bibliográfica tais como a teoria descolonial, o direito constitucional, o direito sanitário e os direitos humanos, além da pesquisa em fontes documentais como arquivos públicos, políticas públicas e legislação, em especial as que correspondem à matéria de direito à saúde de populações específicas. Ainda, não se utilizou descritores pois foi utilizada a metodologia narrativa que “é uma forma de experiência narrativa” (CLANDININ; CONNELLY, 2011, p. 49).

O método monográfico “tem como princípio que o estudo de um caso em profundidade pode ser considerado representativo de muitos outros o mesmo de todos os casos semelhantes” (PRODANOV, 2013, p. 39). Nessa perspectiva será estudado o papel da gestão em saúde na redução das iniquidades em saúde,

especialmente, aos povos indígenas, buscando analisar um compilado de políticas que trazem à tona essa discussão.

Para ampliar os materiais teóricos de estudo da pesquisa, pretende-se trazer aspectos práticos da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS), Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPPS), Divisão de Políticas de Promoção da Equidade (POPES), setor no qual desenvolvo minhas atividades laborais e que também serviram de base para as reflexões aqui apresentadas.

O estado da arte entre a relação ao tema correlacionadas com a efetivação de direitos humanos na perspectiva descolonial, para construir essa linha teórica, será trabalhado com autores(as) críticos as situações de opressão e injustiças advindas do modelo colonial, como Aníbal Quijano, Walter Dignolo, Santiago Castro-Gómez e teses e artigos relacionados ao Núcleo de Direitos Humanos (NDH) da Unisinos liderado pela Profa. Dra. Fernanda Bragato que podem ser acessados pelo Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil da plataforma Lattes, pelo Projeto “Fundamentação Ética dos Direitos Humanos”.

No intuito de proporcionar estratégias de promoção da equidade e de prevenção à violência de populações vulneráveis no âmbito da gestão estadual de saúde, a bibliografia base foi em artigos científicos do campo da saúde coletiva, cuja busca se efetivou de forma geral em sites de cunho acadêmico confiáveis como o Google Scholar, SciELO, consultas na base de dados de teses e dissertações da CAPES e da UFRGS, ainda no material disponibilizado pela Pós Graduação de Gestão em Saúde da UFRGS, sendo que todo material foi coletado dentro do período de 2020 a 2021, sendo analisados e fichados.

5 DESCRIÇÃO DOS DOCUMENTOS PESQUISADOS

O modelo teórico abordado no trabalho versou sobre a questão dos direitos dos povos indígenas à saúde, que é um campo marcado pelas relações coloniais de poder. O ponto de partida é analisar os marcos do tratamento jurídico dado à temática de direito sanitário, buscando apresentar um breve retrospecto histórico dos aparatos constitucionais ligados à consolidação dos direitos humanos, com o propósito de reconhecer a saúde como um direito internacionalmente protegido. Ainda, traçaremos os conceitos, objetivos, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, com o foco em apresentar as normativas e políticas públicas de saúde voltadas aos povos indígenas, como a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), publicada no ano de 2002, e a Lei 9.836, de 1999, que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), no SUS.

Após a demonstração do tratamento jurídico dado à temática da saúde aos povos indígenas, buscará verificar que esses avanços legais não correspondem uma efetiva transformação da realidade indígena, que é marcado por violências que geram inúmeras iniquidades no SUS, afirmando o descompasso entre o marco normativo e a realidade que carrega uma postura colonial ainda vigente no Estado brasileiro em relação a populações em situações de vulnerabilidade. O objetivo de trazer essa perspectiva é demonstrar o desalinhamento entre a realidade das violências sofridas pelos povos indígenas e o ordenamento jurídico, no qual, não operou ainda a descolonialidade do Estado brasileiro em relação aos direitos indigenistas.

Nesta sucinta apresentação do modelo teórico que são base do trabalho, buscará ser abordado um compilado de políticas públicas que operam na redução das iniquidades em saúde com populações específicas, especialmente, com os povos indígenas, sendo abordadas metodologias de construção de políticas sociais no Brasil, como a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde do Rio Grande do Sul (2020), a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002), entre outras. Também há o intuito de se demonstrar a violência sofrida pelos povos indígenas no Rio Grande do Sul, que se comporta como arena estruturante da vida e das relações sociais materiais e simbólicas, operando de forma multiescalar e

interseccional (AKOTIRENE, 2018), por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Assim, buscar-se-á demonstrar a importância de um Estado que não tenha uma percepção colonizadora, monocultural e eurocêntrica, especialmente em tempos de crises sanitárias. Assim, com o intuito de efetivar essa afirmação, a pesquisa tentará apresentar a gestão estadual de saúde que tem o intuito na prevenção à violência de populações vulneráveis e melhorias de acesso a saúde dos povos indígenas, traçando expectativas que não se reduzem ao mero cumprimento das formalidades jurídicas exigidas, mas como uma busca de alteridade mesclando os saberes e as práticas de diversos atores políticos e sociais envolvidos no compromisso com a atitude descolonial.

O Direito à saúde é garantido pela Constituição Federal de 1988 e também por Tratados e Declarações internacionais, estando protegidos por meio de Direitos Humanos que integram o ordenamento jurídico nacional. O Brasil segue um modelo que integra automaticamente às disposições internas às normas internacionais de proteção de Direitos e garantias fundamentais, como refere o artigo 5º, § 2º, “os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte” (BRASIL, 1988). Tal dispositivo estipula a validade interna de todas as normas internacionais de proteção dos Direitos e garantias fundamentais ratificadas pelo Brasil.

Assim, se uma disposição de Direitos Humanos Internacional não estiver de acordo com o ordenamento interno, estaria assim revogando as normas incompatíveis com os Tratados Internacionais, porém, esta solução torna-se complexa uma vez que uma disposição internacional contraria um princípio constitucional. A solução está na Emenda Constitucional nº 45, de 30 de dezembro de 2004, que oferece solução ao caso em tela através do novo parágrafo 3º inserido no art. 5º da Constituição: “os tratados e convenções internacionais sobre Direitos Humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais” (BRASIL, 1988).

Portanto, quando um Tratado Internacional ou Convenção que verse sobre Direitos Humanos, e com o foco na temática do projeto, incluindo aquelas voltadas à

proteção do direito à saúde, for referendado pelo Congresso Nacional, as normas jurídicas serão incorporadas ao ordenamento jurídico interno. O Brasil se mantém aberto “ao fenômeno da internacionalização do Direito, sobretudo no que se refere à internacionalização da proteção dos Direitos Humanos, dentre eles o Direito à saúde” (AITH, 2019, p. 32). Cabe destacar alguns documentos internacionais que reconhecem à saúde como um Direito Humano.

Pós período da Segunda Guerra Mundial fora criada a Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945, no qual, com a Carta das Nações Unidas, há um avanço ‘na positivação dos Direitos Humanos no plano internacional, apresentando Direitos Humanos e liberdades fundamentais que deveriam ser garantidos por todos os Estados” (AITH, 2019, p. 33). Logo após veio a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, que traz elementos como a universalidade, indivisibilidade e a interdependência dos Direitos Humanos. A partir do artigo XXIII, dispõe sobre os direitos econômicos, sociais, culturais, à segurança social, que advém dos direitos trabalhistas, de previdência, de saúde, de educação, entre outros. No que se refere à saúde a Declaração (1948) dispõe, em seu artigo XXV, 1:

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.

O Brasil em 10 de dezembro de 1948 assinou a Declaração Universal de Direitos Humanos, e mesmo possuindo somente força declaratória, esse documento é uma das principais fontes dos princípios gerais do Direito Internacional moderno. No que tange matéria de direito e saúde, em 22 de julho de 1946 foi elaborado o texto para a criação, dentro da estrutura das Nações Unidas e no âmbito internacional, uma instituição de proteção da saúde no mundo como no que se refere ao Direito Sanitário³.

³ O Direito Sanitário é um dos diferentes ramos do direito que compõem a Ciências Jurídicas, possui objeto, princípios, diretrizes e foco de atuação ligado ao tema saúde pública. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) conceitua da seguinte forma: direito Sanitário é um ramo do Direito Público onde o Estado, visando à proteção e à promoção da saúde pública, assume, ativamente, o papel regulador e controlador dos bens, dos produtos, dos serviços e das atividades que podem colocar em risco a saúde da população. Essa multiplicidade de coisas encontra-se reguladas em extenso e complexo volume de normas sanitárias (federais, estaduais e municipais),

A Organização Mundial de Saúde (OMS), é uma agência especializada da ONU cujo objetivo, estabelecido no artigo 1º de sua Constituição, é possibilitar para todos os povos o melhor nível de saúde possível. No preâmbulo da Constituição da OMS, os Estados-partes declaram seguir os seguintes princípios para a felicidade, relação harmoniosa e segurança de todos os povos:

a) saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças ou enfermidades; b) o gozo do maior padrão de saúde desejado é um direito fundamental de todos os seres humanos, sem distinção de raça, religião, opção política e condição econômica e social; c) a saúde de todos os povos é fundamental para a consecução da paz e segurança e depende da cooperação dos indivíduos e dos Estados; d) o sucesso de um país na promoção e proteção da saúde é bom para todos os países; e) o desenvolvimento iníquo em diferentes países para a promoção da saúde e controle de doenças, especialmente as contagiosas, é um perigo comum; f) o desenvolvimento da saúde da criança é de importância básica; g) a extensão para todos os povos dos benefícios advindos dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para atingir a saúde; h) opinião informada e cooperação ativa do público são de importância crucial na melhoria da saúde da população; i) governos têm a responsabilidade pela saúde de seus povos, que pode ser garantida apenas através da adoção de medidas sociais e de saúde adequadas (OMS, 1946).

Esses “princípios são os grandes pilares que regem o Direito internacional no que se refere à área da saúde, ou, em outras palavras, o Direito Sanitário Internacional” (AITH, 2019, p. 39). A OMS possui 194 Estados-membros, no qual é governada por meio da Assembleia Mundial de Saúde, composta por representantes destes mesmos Estados, cujas funções são estabelecer as diretrizes programáticas bienais do órgão, aprovar o seu orçamento e definir as grandes ações a serem empregadas. Desde a fundação da OMS vem elaborando normas jurídicas internacionais de Direito Sanitário, no qual, geram uma grande importância na medida em que vivemos época de grandes epidemias mundiais, uma destas trata-se do Regulamento Sanitário Internacional.

O Regulamento Sanitário Internacional (RSI), ainda em vigor, foi adotado pela 22ª Assembleia Mundial de Saúde, em 25 de julho de 1969 e revisado pela 58ª Assembleia Mundial de Saúde em 23 de maio de 2005. No Brasil o texto revisado foi

que disciplinam quase todas as atividades humanas, já que praticamente todas as atividades podem, de uma forma ou outra, causar algum dano à saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA). Ainda se destaca que deste conceito é possível depreender que o Direito Sanitário é um ramo da Ciência Jurídica diretamente atrelado ao ramo do Direito Público que traz ao Estado a obrigação de atuar de forma a proporcionar proteção e promoção da saúde pública. Para tanto possui como competência o papel de regulador e controlador sobre a circulação de bens, produtos, serviços e atividades que possam colocar em risco a saúde das pessoas” (NETO, 2014, p. 105).

promulgado pelo Decreto nº 10.212, de 30 de Janeiro de 1920. A finalidade deste Regulamento (OMS, 2005) é:

conseguir a máxima segurança contra a propagação internacional de doenças com um mínimo de obstáculos para o tráfego mundial de bens, produtos, serviços e pessoas. Diante da crescente importância que hoje se concede à vigilância epidemiológica, como meio de descobrir e combater as doenças transmissíveis, o Regulamento tem por objetivo estimular a aplicação dos princípios epidemiológicos no plano internacional, descobrir, reduzir ou eliminar as fontes de propagação das infecções, melhorar as condições de saneamento nos portos, aeroportos e suas imediações, impedir a difusão de vetores e, em termos gerais, fomentar as atividades epidemiológicas nacionais para reduzir, ao máximo possível, o risco de entrada de infecções procedentes do exterior (AITH, 2019, p. 40).

Essa revisão supracitada foi executada com o intuito de enfrentar os novos desafios do século XXI, notadamente no que se refere às novas realidades de mobilidade de bens, produtos, serviços e pessoas existentes no globo. De acordo com o RSI os países deverão desenvolver, fortalecer e manter “as capacidades para detectar, avaliar, notificar e informar eventos que possam representar riscos de doenças ou agravos à saúde, em especial os riscos associados às epidemias” (AITH, 2019, p. 41), devido ao potencial de disseminação de doenças e agravos à saúde.

No Continente Americano organizou-se a Primeira Conferência Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas em 1902. Constituiu-se a partir de então o Escritório Sanitário Internacional formado por sete oficiais de saúde, estabelecidos em cinco países “a quem foram atribuídos a responsabilidade de receber e distribuir todas as informações sobre as condições de saúde nas Repúblicas americanas, bem como de formular acordos e regulamentos internacionais referentes à saúde pública” (AITH, 2019, p. 42). Em 1923, o Escritório Sanitário Internacional se transformou no Escritório Sanitário Pan-Americano, e já em 1924 foi aprovado e assinado o Código Sanitário Pan-Americano em Havana, Cuba.

Já em 1947 foi criada a Organização Sanitária Pan-Americana e designou o Escritório Pan-Americano com sua agência operadora, assim foi aprovado os termos gerais de um acordo com a OMS, entrando em operação em 1949, que pelos seus termos, a Conferência Sanitária e o Conselho Diretor Pan-Americanos passaram a servir também como Escritório Regional da Organização Mundial de Saúde para as Américas. Em 1950 a Organização dos Estados Americanos (OEA) e o Escritório

Sanitário Pan-Americano assinam um acordo do qual a Organização Sanitária Pan-Americana foi reconhecida como uma Organização Interamericana Especializada, e por fim, em 1958 na XV Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em San Juan, Porto Rico, foi modificado o nome da Organização Sanitária Pan-Americana para Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Dessa forma, a OPAS⁴ contribui para o fortalecimento da saúde nos países Americanos, auxiliando na execução de programas de saúde. As atividades da OPAS são “dirigidas à busca da equidade nas ações que beneficiem grupos mais vulneráveis, em especial, as mães e as crianças, os trabalhadores, os mais pobres, os mais velhos, os refugiados e os desabrigados” (AITH, 2019, p. 43).

O reconhecimento da saúde como um Direito Humano fundamental está fundamentado em vários instrumentos internacionais, e está expresso na Constituição brasileira declarando a saúde como um Direito Social em seu artigo art. 6º, “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988). O direito à saúde possui a característica de exigir do Estado brasileiro ações concretas e efetivas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, estando expresso no art. 196: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Por se tratar, portanto, de um *direito de todos e dever do Estado*, o Direito à saúde é um direito humano fundamental da sociedade que deve estar sujeito aos mecanismos de controle social de uma democracia forte, para que sejam evitados abusos a esse Direito. Sendo um dever do Estado, desde 1988 foram aprovadas importantes leis no campo do Direito Sanitário para organizar as ações e serviços públicos de proteção, promoção e recuperação da saúde, tais como: Lei 8.080/90, Lei 8.142/90, Lei 9.782/99, Lei 9.961/00, Lei 6.259/75, Lei 6.437/77, Lei 5.991/73, entre outras. Assim, o Direito Sanitário desenvolveu um sistema voltado a esta organização, trata-se do Sistema Único de Saúde (SUS).

⁴ Ver em: <https://opas.org.br/>.

O SUS é a instituição jurídica mais importante do Direito Sanitário. Podemos conceituá-lo “como a instituição jurídica criada pela Constituição Federal para organizar as ações e serviços públicos de saúde no Brasil” (AITH, 2019, p. 50). Foi o projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que determinou o desenho da saúde brasileira, pois foi através do movimento de diferentes atores na sociedade que foi possível pautar a necessidade de uma reforma na saúde (MENICUCCI, 2014, p. 77-92). O que se buscava era um reconhecimento político e institucional que ampliasse a consciência sanitária e política apresentando as condições necessárias ao processo de politização e democratização da saúde (FLEURY, 2009, p. 743-752). Com isso, o sistema de saúde brasileiro passou por intensas mudanças influenciado, entre outros fatores, pela transição política e as demandas por essa sociedade mais democrática e participativa.

A RSB foi, então, o resultado da ação política decorrente da necessidade de organização de novos sujeitos políticos que entre outros fatores se organizam sobre uma concepção de saúde, sociedade e atuação do poder público (MENICUCCI, 2006, p. 72-87). A questão central é que “a reforma sanitária brasileira foi impulsionada pela sociedade civil, e não pelo governo, por partidos políticos ou por organizações internacionais” (PAIM; *et al.* 2011, p. 11-31) e esse foi fator determinante desse processo. Essa problemática se intensificava quando o campo da saúde tomou fôlego com o advento histórico de promulgação da Constituição que definiu os princípios gerais do novo sistema de saúde. O art. 196 da Constituição apresentou um desenho do que seriam os princípios do SUS e os demais artigos que tratam da saúde também corroboraram com isso.

Dessa forma, em 1990 as leis orgânicas do SUS foram publicadas, tanto a Lei n.º 8.080 quanto a Lei n.º 8.142 representando ainda mais avanços no direito à saúde. Isso fortaleceu ainda mais o movimento sanitário ensejando a introdução de instrumentos de participação social na formulação, execução e fiscalização das políticas públicas de saúde no texto constitucional (BARTOLOMEI, 2003, p. 184-191).

O conceito que foi delineado pela Lei 8.080/90 define em seu art. 4º que o SUS é o “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)”

(BRASIL, 1990). O § 1º do mesmo artigo prevê que “estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde” (BRASIL, 1990). No que diz respeito à participação da iniciativa privada no SUS, o § 2º dispõe: “A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar” (BRASIL, 1990).

Assim, fica evidenciado a complexidade dessa importante instituição jurídica do Direito Sanitário, o SUS, é fundamental em pesquisa mais aprofundada analisar a composição que o compõe, a exemplo: Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde, Autarquias (Agências), Fundações, Conferências de Saúde, Conselhos de Saúde, Fundos de Saúde, entre outras.

Alguns percalços assolam SUS e tem levado a tendência de estruturação de subsistemas paralelos com vistas ao atendimento de necessidades específicas, que não são compreendidas no interior do sistema e acabam acarretando em dificuldades de coordenação e continuidade do cuidado (PAIM. *et. al.*, 2019), como é o caso da saúde indígena. Contudo, Paim et al. apontam “que o desafio do SUS é ainda maior e está no campo político, visto que questões como financiamento e desigualdade não podem ser resolvidas apenas na esfera técnica” (PAIM. *et. al.*, 2019).

A saúde indígena foi objeto de muitas mudanças no decorrer da história. É possível identificar mudanças na gestão dos serviços, na estrutura dos mesmos, nos objetivos e princípios da política, no formato dos recursos humanos envolvidos, que reunidos a outros elementos conformam o atual modelo de atenção à saúde dos povos indígenas. Essas mudanças têm relação direta a dificuldade de estruturação dos serviços de saúde aos indígenas, característica forte dos primeiros modelos experimentados. No período inicial de gestão da saúde indígena havia uma dificuldade de lidar com a dispersão geográfica dos indígenas e a precariedade de recursos físicos e financeiros se apresentavam como limitantes para se prestar a assistência adequada a esses povos. Além dessas dificuldades um fator determinante eram os recursos humanos, havia uma imensa falta de valorização dos profissionais frente às dificuldades que tinham para atuar junto a essa diversidade (GARNELO, 2012, p. 18-59).

As políticas indigenistas, entendidas como aquelas políticas do Estado direcionadas aos povos indígenas, teve seu início marcado pela intervenção do poder público que acreditava que os indígenas se assimilaram deixando assim de serem grupos diferenciados culturalmente (GARNELO, 2012, p. 18-59). Nessa lógica o Serviço de Proteção ao Índio (SPI) foi a primeira forma de atuação direta do Estado na política indigenista que foi sendo substituída a partir de 1967 pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI) que trabalhavam questões de saúde, educação, questões territoriais e todos os demais assuntos relativos a esses povos (GARNELO, 2012, p. 18-59).

Não obstante essa lógica assimilacionista o Estatuto do Índio (BRASIL, 1973) 1973 foi importante obstáculo para a política de saúde indígena e representou uma marca nítida da colonização do país que expulsou e dizimou indígenas, pois ficava claro nesse documento o propósito de pôr fim aos modos de vida indígenas e integrá-los à sociedade envolvente. Esse período foi marcado pela forte tutela do Estado que se ocupava de retirar dos indígenas a autonomia e o pleno exercício da cidadania.

A Constituição Federal também impulsionou as políticas de saúde indígena, pois entre as intensas mobilizações pela RSB os indígenas também se colocavam e pleiteavam seu espaço nesse sistema (GARNELO, 2012, p. 18-59). No plano geral, o principal objetivo da RSB era a organização do SUS e representava os esforços federais, estaduais e municipais pela saúde (GARNELO, 2004). Isso manifestava a existência de três atores importantes para o funcionamento do sistema de saúde brasileiro: o MS, as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS). A relação destes se dá de forma hierarquizada e descentralizada reservando ao gestor federal o papel de induzir as políticas e normatizar, mas promovendo e impulsionando a oferta plena de serviços e atenção à saúde no âmbito dos municípios.

Para Garnelo (2004) A descentralização do SUS que potencializa o cuidado próximo aos territórios no nível municipal é conflitante com práticas indigenistas que atribuem ao governo federal o protagonismo na condução e operacionalização das políticas públicas destinadas aos indígenas. Importante pensar como o conflito apontado pela autora é vivenciado no interior do sistema de saúde e de que forma se reflete na atenção à saúde que é ofertada aos indígenas. Até a constituição da

Lei n.º 8.080/90 e a saúde indígena ficou como responsabilidade da FUNAI, quando então essa lei determinou que o MS era o responsável pela condução da política de saúde impondo mudanças a ela. Garnelo (2012, p. 18-59) elucida que

por consequência, o Ministério 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, em 1999, as autoridades sanitárias passaram a se dedicar ao tema. O tempo de dez anos de criação do subsistema não se mostrou suficiente para a geração de tecnologias e modos de atuação adequados ao trato com a população indígena. 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 um sistema de saúde específico para os povos indígenas.

Contudo, foi em 1999 que o médico sanitarista Antônio Sérgio da Silva Arouca, apresentou um projeto de lei na Câmara dos Deputados, que foi sancionado e se transformou num marco regulatório para saúde indígena: a Lei n.º 9.836/1999, denominada Lei Arouca. Essa lei incluiu um quinto capítulo da Lei n.º 8.080/90, que regulamenta o SUS, criando o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI). Foi instituído, então, um subsistema dentro do sistema de saúde já existente, mas que deveria apresentar estruturas que se adaptassem à realidade indígena, propondo serviços diferenciados e completamente atípicos na estrutura vigente do SUS. Tratava-se de um importante momento de reconhecimento normativo que o sistema de saúde para todos sem ter como base o princípio da equidade não era capaz de acolher e garantir o direito à saúde dos povos indígenas.

A Lei Arouca, em consonância com a Constituição, dispôs que deveria ser considerada a realidade local e especificidades da cultura dos povos indígenas na atenção a se organizar de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada, assim como o SUS. Afinal, em nenhum momento foi tratado legalmente da criação de um sistema à parte do SUS, mas sim um subsistema vinculado ao SUS. Garnelo (2004) explicou esse fato dizendo que a política de saúde indígena deve ser compreendida como uma política setorial que se produz na interface da política de saúde e a política indigenista. Vislumbrando alcançar mudanças instituíram-se serviços específicos como os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que são polos regionalizados de atenção à saúde indígena, responsáveis pelo elo entre a rede de atenção. Aith explica que a decisão sobre a localização dos DSEIs

se organizou em torno de diversos critérios sociais, antropológicos, sanitários e administrativos, dentre os quais destacam-se os seguintes: população; área geográfica; perfil epidemiológico; disponibilidade de serviços; recursos humanos; infraestrutura; vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS; relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional e distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não necessariamente coincide com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas (AITH, 2009, p. 124).

Para Garnelo (2004) a implantação do SASI se deu junto ao advento da descentralização e que a contradição muito grande a manutenção da gestão da política de saúde indígena pelo nível federal e que muitos pontos que a legislação pertinente não esclareceu. Manter a saúde indígena no âmbito da gestão federal seria uma forma de salvaguardar os direitos indígenas, mas a descentralização preconizava o repasse da execução das ações de saúde para os municípios, destituindo o nível federal de uma rede própria de assistência. Esse é um exemplo das contradições geradas entre a estrutura e funcionamento do SUS e a responsabilidade constitucional do governo federal pelo desenvolvimento de políticas de proteção aos direitos indígenas (GARNELO, 2012, p. 18-59).

Apesar dos aspectos positivos do governo federal ter se responsabilizado pelas ações de saúde indígena pouco se pensou sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2010) e o envolvimento inevitável das demais esferas de gestão. Havia uma forte preocupação com o que acontecia no interior do SUS, especialmente, no nível municipal, local onde, historicamente, estiveram os maiores adversários dos povos indígenas e as maiores ameaças aos territórios tradicionais. Essa contradição traz uma série de questões que norteiam esse projeto, fazendo refletir se depois de todo contexto histórico, realidades atuais inseridas na perspectiva descolonial, normativas vigentes há papel para outros níveis de gestão do SUS na saúde indígena, em especial para os estados, na forma como preconiza a política nacional.

Esta, por sua vez, instituída pela Portaria n.º 254 do MS, criou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), prevendo, entre outros, a necessidade de preparação dos profissionais para atuar mediante essa diversidade e deve articular os serviços de saúde com os sistemas de saúde tradicionais. Tal política começa a esclarecer alguns aspectos da atenção à saúde dos povos indígenas como, por exemplo, formas de organização da gestão e do

modelo de atenção à saúde para esses coletivos em suas singularidades. Contudo, o desafio de como operar essa política desde assistência até a gestão, continuou, pois não se tratava apenas da necessidade de garantir o princípio da integralidade do SUS, mas sim articular esse princípio com aspectos da diversidade desses povos, reconhecer os sistemas tradicionais de cura e prover assistência à saúde de qualidade.

Em 2010, foi atendida uma antiga reivindicação dos povos indígenas com a criação da SESAI, no âmbito do MS. A SESAI propôs uma nova estrutura organizacional e que já nasceu carregando a expectativa histórica de uma assistência à saúde de qualidade e o fim da corrupção que marcava a FUNASA. Essa instituição foi, então, dividida por áreas: Departamento de Gestão da Saúde Indígena, Departamento de Atenção à Saúde Indígena, Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena e DSEI. E mesmo assim o quadro da saúde indígena no país ainda está distante do esperado.

A PNASPI criou espaços específicos de participação social para os povos indígenas como os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) e o Fórum de Presidentes de CONDISI. No que se refere a organização dos serviços, conforme previsto na legislação, isso deve ser feito a partir dos aspectos étnicos e culturais e buscar acompanhar o dinamismo e as características populacionais dos indígenas. Para isso foram criados os DSEI que contemplam atividades técnicas que promovem a reordenação da RAS e as práticas sanitárias, além do desenvolvimento de atividades gerenciais. Entre os principais critérios de definição territorial dos DSEIs estão as relações sociais entre diferentes povos indígenas, a distribuição tradicional desses povos, que se diferencia por vezes dos limites geográficos estabelecidos de estados e municípios. O DSEI tem como função organizar a rede de atenção básica dentro das áreas indígenas, de forma integrada, hierarquizada, com complexidade crescente e articulada com o SUS.

Dentro das aldeias foram pensadas as Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) que contam com as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), equipe de saúde que minimamente deve ter médico, enfermeiro, odontologista, auxiliar de saúde bucal, auxiliar de enfermagem, Agente Indígena de Saúde (AIS) e Agente Indígena de Saneamento (AISAN). Essa estrutura tem como objetivo ampliar o acesso dos indígenas à atenção básica através de serviços diferenciados, com

recursos humanos preparados para atuar em contextos interculturais e em conformidade com as demandas de saúde desses povos

Essas, são as estruturas que compõem o SASI que é a base da operacionalização da política de saúde indígena no país, sob gestão do MS, conforme estabelece a legislação. Esse subsistema encontra-se imerso em tentativas sistemáticas de desmonte do sistema de saúde, e as constantes ameaças de mudanças institucionais na política de saúde indígena que buscam deslegitimar e desvalorizar todo seu processo de construção.

Por ora abordamos as normativas e sistemas dos direitos indígenas à saúde que fica evidenciado que é fortemente marcado pelas relações coloniais de poder, no qual, historicamente são processadas no tratamento imposto pelo Estado aos povos indígenas. Este trabalho não se objetiva ignorar contribuições advindas do direito internacional de direitos humanos, sendo assim, será adotada uma postura partindo da teoria crítica para construção da discussão descolonial.

6 ANÁLISE DE RESULTADOS

Nesse capítulo são feitas inferências a partir de uma análise descolonial dos documentos referidos no capítulo anterior.

6.1 DOS DIREITOS AOS POVOS INDÍGENAS À SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DESCOLONIAL

No Brasil, bem como na América Latina a concepção que se reproduz é marcada pela utilização de modelos hierarquizados e autoritários. Neste modelo, conforme explica Lacerda “saberes e práticas locais, sobretudo indígenas, foram desqualificadas e colocadas em situação de subalternidade frente a conhecimentos acadêmicos e científicos, legitimados pela matriz europeia de legitimação do saber” (LACERDA, 2013, p. 38).

De maneira geral e, especialmente, no caso dos povos indígenas, a questão de direitos foi historicamente marcada por aquilo que o sociólogo peruano Aníbal Quijano denomina de “paradigma da colonialidade” (QUIJANO, 2006). A colonialidade é um conceito introduzido no final dos anos 1980 e no início dos anos 1990 pelo referido autor. Walter Mignolo (2017) explica que “a colonialidade nomeia a lógica subjacente da fundação e do desdobramento da civilização ocidental desde o Renascimento até os dias atuais, da qual colonialismos históricos têm sido uma dimensão constituinte, embora minimizada”. A ideia da modernidade colonial surge com a história das invasões europeias, com a formação da América e do Caribe e o tráfico de africanos escravizados. Em tese,

a “modernidade” é uma narrativa complexa, cujo ponto de origem foi a Europa, uma narrativa que constrói a civilização ocidental ao celebrar as suas conquistas enquanto esconde, ao mesmo tempo, o seu lado mais escuro, a “colonialidade”. A colonialidade, em outras palavras, é constitutiva da modernidade – não há modernidade sem colonialidade. Por isso, a expressão comum e contemporânea de “modernidades globais” implica “colonialidades globais” no sentido exato de que a [matriz colonial de poder] MCP é compartilhada e disputada por muitos contenedores: se não pode haver modernidade sem colonialidade, não pode também haver modernidades globais sem colonialidades globais. Consequentemente, o pensamento e a ação descoloniais surgiram e se desdobraram, do século XVI em diante, como respostas às inclinações opressivas e imperiais dos ideais europeus modernos projetados para o mundo não europeu, onde são acionados. No entanto, “a consciência e o conceito de descolonização”,

como terceira opção ao capitalismo e ao comunismo, se materializou nas conferências de Bandung e dos países não alinhados. Esse é o cenário da transformação de um mundo policêntrico e não capitalista antes de 1500 para uma ordem mundial monocêntrica e capitalista de 1500 a 2000 (MIGNOLO, 2017).

Este processo implicou uma brutal concentração de recursos do mundo sob controle europeu, no qual, os explorados e dominados da América Latina e África são vítimas (QUIJANO, 2006), esta dominação estabelece uma imposição política, social e cultural, que é conhecida como “colonialismo”. Com a emergência dos estudos pós-coloniais na década de 1980, Bragato e Colares (2017, p. 952) explicam que “o colonialismo deixou de ser compreendido como mero processo de ocupação e controle político-econômico de territórios para assumir, como prática hegemônica, a dimensão de um discurso sobre a representação do outro”. A dimensão discursiva deste conceito é destacada por Edward Said “mais que ocupação territorial, o colonialismo produziu modos de ser e de existir por meio do discurso” (SAID, 1990).

Bragato e Colares elucidam que “apesar das diferenças disciplinares e geográficas que distinguem a investigação pós-colonial da descolonial⁵ ambas se aproximam em sua crítica ao caráter paroquial dos argumentos sobre as origens endógenas europeias da modernidade” (2017, p. 953-954) e defendem a consideração que o surgimento da modernidade esteja nas histórias do colonialismo, do império e da escravidão. A teoria descolonial gira em torno do grupo de investigação Modernidade-Colonialidade, “têm desenvolvido não apenas uma perspectiva crítico-analítica, mas também uma agenda propositiva que visa à transformação das formas de se produzir e aderir ao conhecimento” (BRAGATO; COLARES, 2017, p. 594). Essa transformação se vez do resultado do giro epistemológico descolonial, que assume uma atitude de desobediência epistêmica (MIGNOLO, 2008, p. 287-324). Essa ideia é a proposta central do pensamento descolonial, “tem a ver com a necessidade de descolonizar o conhecimento e decorre da constatação de que existe uma face oculta e encoberta da modernidade: a colonialidade” (MIGNOLO, 2010).

Mignolo descreve que a “opção descolonial é epistêmica, ou seja, ela se desvincula dos fundamentos genuínos dos conceitos ocidentais e da acumulação de

⁵ Para um panorama entre a crítica pós e descolonial, ver em (BHAMBRA, 2014).

conhecimento” (2008, p. 290). O autor não se refere a abandono ou ignorância do que já foi institucionalizado no planeta, mas sim, “substituir a geo- e a política de Estado de conhecimento de seu fundamento na história imperial do Ocidente dos últimos cinco séculos, pela geo-política e a política de Estado de pessoas, línguas, religiões, conceitos políticos e econômicos, subjetividades” (MIGNOLO, 2008, p. 290) que tiveram sua humanidade negada. Dessa maneira, quando se trata de “Ocidente” não há referência apenas à geografia, mas sim à geopolítica do conhecimento. Sendo assim, “a opção descolonial significa, entre outras coisas, aprender a desaprender” (MIGNOLO, 2008, p. 290), já que o conhecimento⁶ tinha sido programado pela razão imperial/ colonial.

A modernidade não é um fenômeno linear e unifacetado, também a concepção hegemônica não foi a única produzida ao longo do tempo. Neste sentido, o pensamento descolonial nasce no início da modernidade, ainda que sempre em condição periférica. Começando com Poma de Ayala, manifestando-se nas lutas de contestação colonial. Ganhando visibilidade nas duas últimas décadas, especialmente por meio de um grupo de pensadores latino-americanos organizados em torno do Projeto Modernidade/Colonialidade que já fora trabalhado anteriormente neste projeto. Em tese, o pensamento descolonial “insere-se na trilha das formas de pensamento contra-hegemônicas da modernidade e inspira-se nos movimentos sociais de resistência gerados no contexto colonial” (BRAGATO, 2014, p. 210).

Sendo direcionado ainda por essa proposta, de maneira sucinta refletiremos sobre possíveis críticas ao modelo dominante dos direitos humanos a partir do pensamento descolonial, dirigida por dois aspectos: as concepções histórico-geográficas e filosófico-antropológicas. A modernidade não é um fenômeno meramente intra-europeu, mas constitui colonialidade (face oculta da modernidade). É nesse lado obscuro que Boaventura de Sousa Santos (2007, p. 3-46) chama de outro lado da linha abissal, em que desenvolvi o “mundo periférico colonial do índio sacrificado, do negro escravizado, da mulher oprimida, da criança e da cultura popular alienadas ou, em outras palavras, das ‘vítimas’ irracionais da ‘Modernidade’, que contradizem o seu próprio ideal racional” (BRAGATO, 2014, p. 216).

⁶ Por conhecimento ocidental e razão imperial/ colonial compreendo o conhecimento que foi construído nos fundamentos das línguas grega e latina e das seis línguas imperiais européias (também chamadas de vernáculos) e não o árabe, o mandarim, o aymara ou bengali, por exemplo. (MIGNOLO, 2008, p. 290).

Sendo assim, pressupõe que a modernidade é um fenômeno constitutivamente colonial, os processos históricos são compreendidos na ótica eurocêntrica. A expansão colonial europeia além de provocar expansão de seu domínio econômico e político, também gera concepções epistemológicas. A geopolítica do conhecimento desmistifica a lógica existente por trás das formas de produção e de adesão ao conhecimento. Por isso, ressalta a ideia de “eurocentrismo como uma espécie de conhecimento que afirma a universalidade da experiência histórica local da Europa e que se baseia no pressuposto de que esta ocupa uma posição superior em relação a outras culturas” (QUIJANO, 2005, p. 227-278).

Observa-se que a produção de conhecimento em direitos humanos reflete esta lógica, no qual, é produto da cultura do Ocidente e, portanto, não corresponde à história dos povos não ocidentais. Deste modo, o conceito de geopolítica do conhecimento explica dentro da lógica da colonialidade “de se conceber um processo de gênese dos direitos humanos fora das fronteiras do mundo moderno ocidental” (BRAGATO, 2014, p. 218). Chandra Muzaffar (1999, p. 26) explica que o “colonialismo ocidental na Ásia, Austrália, África e América Latina representou a mais maciça e sistemática violação dos direitos humanos já conhecida na história”.

Esta visão crítica não nega que os direitos humanos sejam um fenômeno moderno, mas justamente por serem modernos, seus fundamentos geo-históricos não podem ignorar a colonialidade, como Mignolo (2011) refere: o lado obscuro da modernidade. Reconhecer estes fatos, como propõe a transmodernidade, abre um escopo de debate para redefinir o discurso dos direitos humanos partindo do questionamento crítico acerca da hegemonia europeia.

Assim, para compreender os direitos humanos se deve levar em conta a “totalidade dos eventos modernos, especialmente aqueles que se produziram no cenário colonial da resistência, seja na sua dimensão política, econômica ou epistemológica” (BRAGATO, 2014, p. 219). Implicando num projeto de visibilidade dos debates e das lutas políticas dos povos colonizados, que sempre foram parte do mundo moderno-colonial.

Estas lutas políticas representam a discordância sobre o abuso e a imposição de diferentes tipos de poder (político, econômico, cultural e epistemológico) sobre os grupos colonizados. O reconhecimento dos direitos

humanos no século XX é resultado de inúmeras lutas pelo reconhecimento dos direitos e condição humana pelos povos oprimidos ao longo da história moderna.

Ainda, quando pensamos na concepção antropológico-filosófica dominante, objetivamos que a tradição racionalista europeia esculpiu as ideias que explicam as razões pelas quais os direitos humanos são de todos, e que, portanto, “as lutas e as revoltas do mundo colonizado deram-se em função da afirmação destes mesmos ideais que estavam por trás das revoluções modernas europeias, a saber, a afirmação da autonomia e, conseqüentemente, da liberdade pessoal” (BRAGATO, 2014, p. 221).

O ideal antropocêntrico moderno diz que o indivíduo ser humano é superior entre todos os seres e que a racionalidade é o que caracteriza o humano. Por essa razão que a dignidade humana ficou indissociavelmente ligada à ideia de racionalidade. Tal que nos tempos modernos, igualmente com a ideia de raça (GUIJANO, 2005, p. 227-278), a racionalidade gera um fator de exclusão dos seres humanos que não se enquadram no padrão dominante.

A racionalidade é fala quando se impõe como critério universal de pertença humana, pois cria grandes divisões entre os seres humanos, a modernidade é uma “máquina geradora de alteridades que, em nome da razão e do humanismo, exclui de seu imaginário a hibridez, a multiplicidade, a ambiguidade e a contingência das formas de vida concretas” (BRAGATO, 2014, p. 221). A conceituação de diferença colonial (MIGNOLO, 2000) e colonialidade do poder (QUIJANO, 2005, p. 227-278) justamente apontam para essas contradições humanistas europeias e, assim “permitem descortinar a fragilidade dos pressupostos antropológicos que sustentam o discurso dominante dos direitos humanos” (BRAGATO, 2014, p. 223).

Se direitos humanos são para humanos, dar-se-á entender por que indígenas e negros foram excluídos de sua proteção formal até muito recentemente. Ou seja, “o que determinou a inferioridade dos negros, dos índios, das mulheres, dos homossexuais, dos não cristãos foi um discurso de gradação e hierarquização da humanidade, que sobrevive até hoje” (BRAGATO, 2014, p. 224).

Ao tornar visível os critérios da colonialidade, há percepção que os sujeitos modernos têm outras faces que estão refletidas nas diversas formas de vulnerabilidade humana inseridas pela colonialidade do poder. Os direitos humanos

atuam na reversão dos processos históricos que injetaram a vulnerabilidade da dignidade de grande parte dos seres humanos.

A colonialidade permite uma leitura dos direitos humanos fundada no projeto de visibilidade, “reconhecimento e respeito dos seres humanos, rejeitando as dicotomias e as hierarquizações próprias do projeto moderno, que fundam a diferença colonial e legitimam a exclusão” (BRAGATO, 2014, p. 224).

Assim, refletindo sobre a necessária descolonialidade do Estado em relação a povos historicamente excluídos, especialmente dos povos indígenas. Na questão de saúde, não seria diferente, conforme demonstrado no capítulo anterior, não há dúvidas que no Brasil o processo normativo de direitos aos indígenas à saúde passou por consideráveis avanços. Do antigo “paradigma constitucional do Estado integracionista e culturalmente homogeneizante, concebido a partir de uma identidade supostamente monocultural e calcada em saberes e práticas eurocêntricas” (LACERDA, 2013, p. 37-50), o constitucionalismo avançou no sentido de uma concepção plural que reconhece a diversidade étnica e cultural dos povos originários e das diversas identidades presentes na sociedade.

Contudo, o descompasso entre normas e realidade, deixa visível a crônica das violências sofridas pelos povos indígenas. Apesar dos avanços, não operou no Estado brasileiro a necessária descolonialidade em relação à questão dos direitos dos povos indígenas à saúde. Nesta relação entre Estado e os povos indígenas reside um limite para a concretização dos avanços normativos em termos da efetivação dos direitos à saúde específica, diferenciada e participativa. É necessário, portanto, que “os diversos atores políticos e sociais envolvidos na questão adotem, firme e conscientemente, o compromisso com a atitude descolonial” (LACERDA, 2013, p. 48). A legislação, unicamente, não garante a transformação social e das histórias de opressão e injustiças advindas do modelo colonial.

6.2 O PAPEL DA GESTÃO EM SAÚDE NA REDUÇÃO DAS INIQUIDADES PARA COM OS POVOS INDÍGENAS NO BRASIL

Neste processo, a escuta dos povos indígenas é primordial, isso significa inseri-los no que diz respeito ao planejamento, à execução, às deliberações e ao controle social da saúde. Especialmente, no que diz respeito à construção de

políticas públicas que têm objetivo de reduzir as iniquidades em saúde, ainda mais se formos levar em consideração as crises sanitárias mundiais.

A violência é tema de estudo de distintas áreas de conhecimento que analisam aspectos como seus efeitos, formas que se apresentam e são entendidas socialmente, pode ser discutida do ponto de vista econômico, sociológico, da saúde pública, mas há unanimidade em reconhecer que é um debate complexo. Independente da área de conhecimento que tente explicar o fenômeno é unânime a multicausalidade e complexidade em definir e atuar sob a violência (SACRAMENTO, 2006, p. 95-101).

Tavares-dos-Santos e Barreira (2016, p. 9-42) apontam que na América Latina a violência tem questões de ordem social que se baseiam em concepções repressivas, com uma polícia autoritária e que produz uma estigmatização de vários grupos sociais, entre esses indígenas, negros e grupos em situação de vulnerabilidade social, além disso criminaliza movimentos sociais. Os autores apresentam que as produções sociológicas das últimas duas décadas na América Latina em torno do tema se concentraram em análises de violência difusa (com predomínio da violência urbana) e em outra vertente a conflitualidade social em que os atores centrais são tanto povos originários (conflitos de terras e luta por reconhecimento de suas identidades) quanto jovens (TAVARES-DOS-SANTOS; BARREIRA, 2016, p. 9-42). Situam, ainda, a violência do Estado que se expressa tanto fisicamente (brutalidade policial) quanto simbólica (questões como a seletividade do poder judiciário) (TAVARES-DOS-SANTOS; BARREIRA, 2016, p. 9-42).

O campo da saúde pública vem contribuindo amplamente para esse debate. Em 2015 as causas externas ocuparam o terceiro lugar entre as causas de morte e evidenciou que violência gera uma forte pressão nos sistemas de saúde, justiça e serviços sociais (MALTA, 2017, p. 142-156). De modo geral, o que se verifica é o forte impacto das diferentes formas de violência na morbimortalidade, a perda da qualidade de vida das pessoas e ainda o aumento significativo dos custos sociais relacionados à saúde, assistência, educação e trabalho.

Para Minayo (2007, p. 24) a transição epidemiológica é relevante para o debate sobre a violência e pode ser um exemplo claro da junção de questões sociais e problemas de saúde. Muitos dos apontamentos das produções no campo da

violência evidenciam historicamente a necessidade de pensá-la de forma intersetorial. A intersetorialidade nas políticas públicas, por sua vez, tem trazido uma importante articulação de saberes técnicos, integrando agendas coletivas e compartilhando objetivos, ao mesmo tempo tem aberto novos problemas e desafios que escancaram a fragmentação e incoerência de formas de fazer política pública (NASCIMENTO, 2010, p. 95-120).

Contudo, apesar do avanço nas discussões sobre a violência há identificação que entre as ausências de abordagens sobre a violência estão aquelas destinadas a segmentos populacionais específicos e enfoques de raça, etnia e até mesmo de gênero. Há relações complexas que perpassam com o tema da violência, como a sua relação com a pobreza, com a iniquidade social. Iniquidades sociais estão relacionadas às carências socialmente determinadas que condicionam pessoas e grupos a formas desiguais de acessar bens e serviços relacionados a aspectos mínimos de dignidade humana que são a expressão da ampla violação de direitos (FLEURY, 2011, p. 45-52).

Tal impacto na saúde dos sujeitos e das coletividades levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a defini-la e categorizá-la no intuito de contemplar, na compreensão do conceito ampliado de saúde, os impactos da violência em grupos e indivíduos, as causas e os fatores que corroboram com a sua perpetuação e as formas de prevenir o problema. Segundo a OMS (2015), o uso intencional de força ou poder físico, ameaçado ou real, contra si mesmo, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte em ou tenha uma alta probabilidade de resultar em ferimentos, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação configura violência.

A persistência de pessoas e grupos populacionais nessa realidade desigual se exprime em elevados índices de vulnerabilidade social, estes impactados pela dificuldade ou falta de acesso à saúde, renda, trabalho, educação, habitação e cultura que se acirram quando condenam determinados grupos populacionais a determinados problemas de saúde. É nessa realidade que estão localizados os povos indígenas, bem como outras populações em situação de vulnerabilidade social. Há uma negação sistemática de direitos desses povos como a negação dos seus hábitos culturais e modos de vida. Verifica-se que há um descredenciamento a direitos que é amplamente utilizado para justificar a condescendência a exclusão,

legitimar o racismo, a discriminação e a negação a culturas diferenciadas. Superar desigualdades é um caminho contra a violência.

Para o campo das políticas públicas podemos realizar reflexões sobre a constituição de agendas e dos processos anteriores a elas. A agenda de políticas públicas se trata de prioridades estabelecidas por governos os quais depreende esforços para seu alcance (RUA; ROMANINI, 2013), para que se torne objeto de política pública. No entanto, é sabido que nem todos os atores sociais conseguem propor agendas e que existem situações que sequer chegam a ser incluídas na agenda governamental por barreiras culturais, institucionais que os impedem. Rua e Romanini (2013) apresentam que há questões que se tratam de uma “não decisão” que é meramente uma ausência de decisão, mas que em outros casos são ainda mais complexas, pois se tratam do “emperramento do processo decisório” porque envolvem temas que ameaçam interesses ou contrariam códigos de valores de uma sociedade.

Por outro lado, observando a violência como um problema de saúde pública a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), de 2002, faz menção a violência e aponta que “as causas externas, especialmente a violência e o suicídio, são a terceira causa de mortalidade conhecida entre a população” (BRASIL, 2002). Em consequência disso, a política prevê ações de acompanhamento, monitoramento e desenvolvimento de ações para coibir agravos de violência (suicídios, agressões e homicídios, alcoolismo) em decorrência da precariedade das condições de vida e das questões territoriais.

Nesse cenário não poderia ser diferente que os dados evidenciam que há um acúmulo de opressões e violências que os povos indígenas sofrem retratando uma correlação entre a violência e a condição sociocultural. É fundamental pensar como a violência se apresenta na vida desses povos e da sociedade em geral é fundamental para entender como as políticas públicas se organizam e se modificam. De acordo com o Atlas da Violência (2019), o Brasil enfrenta nos últimos anos um processo extremamente preocupante, pois há um aumento da violência letal contra grupos específicos e vulneráveis, do qual faz parte a população indígena.

Nesse contexto, a fim de demonstrar alguns indicadores e notificações de violências aos povos indígenas, especificamente no Rio Grande do Sul, o projeto apresentará de forma sucinta e baseado na *análise das situações de violência no*

Rio Grande do Sul: contribuição para o aprimoramento da vigilância em saúde de populações vulneráveis no SUS (OLIVEIRA; POLIDORO, 2020, p. 21), a ficha de notificação individual da violência que integra o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do SUS⁷, que

configura-se como um importante instrumento para o monitoramento epidemiológico de agravos e situações de saúde das diferentes populações, subsidiando o planejamento, o monitoramento, a avaliação e a execução de políticas públicas integradas e intersetoriais, visando à redução da morbimortalidade decorrente das violências, assim como promover a saúde, a cultura de paz, a equidade e a qualidade de vida, de forma efetiva (OLIVEIRA; POLIDORO, 2020, p. 22).

O preenchimento adequado da ficha de notificação representa um compromisso ético de profissionais da saúde, frente ao manejo e ao dimensionamento da saúde. A ficha de notificação de violência conta com diversos campos passíveis de análises que subsidiam a formulação de políticas públicas, no qual, neste momento será dada ênfase a “tipologia da violência”⁸. Dessa forma, será apresentado o recorte das fichas de notificação de violência interpessoal e autoprovocada do SINAN no estado do Rio Grande do Sul no período de 2014 a 2017.

No período correspondente ocorreram 76.478 notificações de violência e, destas, 399 (0,52%) em povos indígenas, identificadas no campo raça/cor (OLIVEIRA; POLIDORO, 2020, p. 22). O último censo do IBGE (2010) apresenta cerca de 32.989 indígenas no Rio Grande do Sul e a estimativa é que aproximadamente 24.000 destes estejam aldeados ou acampados. Como historicamente há uma grande dificuldade em se produzir dados sobre a saúde dessa população, às 399 notificações de violência vistas por essa perspectiva podem ser consideradas como um avanço.

⁷ A Portaria ministerial vigente que trata da notificação compulsória de violências interpessoais e autoprovocadas nos serviços de saúde públicos e privados é a Portaria de Consolidação nº 4 de 28/09/2017 (Anexo V).

⁸ De acordo com o Instrutivo Viva, o campo “tipologia da violência” admite o preenchimento do principal tipo de violência sofrido pela vítima, permitindo o preenchimento dos seguintes tipos: violência física, violência psicológica/moral, tortura, violência sexual, tráfico de seres humanos, violência financeira/econômica, negligência/ abandono, trabalho infantil, violência por intervenção legal e outros. Nesse campo, frisa-se que somente deve ser assinalado o principal tipo de violência sofrida pela pessoa atendida, ou seja, a violência que motivou o registro da ficha (BRASIL, 2016).

Em relação sobre o tipo de violência, se observa que a opção mais assinalada foi a violência física, representando 290 (72,68%) (OLIVEIRA; POLIDORO, 2020, p. 31) dos casos notificados. Identifica-se também que foram registrados 19 casos de tortura contra indígenas, o que corresponde a 4,76% das notificações (OLIVEIRA; POLIDORO, 2020, p. 32). A violência psicológica/moral foi o segundo tipo de violência mais presente, representando 135 casos (33,83%) (OLIVEIRA; POLIDORO, 2020, p. 32). O número expressivo destas notificações está diretamente relacionado ao cenário de disputas territoriais, as ameaças, as situações de miséria e ao descaso dos poderes públicos, que resultam em altos índices de problemas aos povos indígenas. Ainda sobre a tipologia da violência, durante o período analisado, foram registrados 49 casos de violência sexual (12,28%) (OLIVEIRA; POLIDORO, 2020, p. 34). O tipo de violência negligência/abandono representou um n=36 (9,02%) (OLIVEIRA; POLIDORO, 2020, p. 35). As opções de violência financeira/econômica e trabalho infantil tiveram, respectivamente, 4 e 2 notificações. No total das 399 notificações, 15 (3,8%) (OLIVEIRA; POLIDORO, 2020, p. 35) tiveram a opção outros assinalada, esta opção também inclui outros tipos de violência não especificados nas alternativas anteriores.

Em relação a violência autoprovocada, do montante de 76.478 fichas de notificação analisadas no período de 2014 a 2017, 16.467 fichas referem-se à violência autoprovocada (21,53% das notificações de violência) (OLIVEIRA; POLIDORO, 2020, p. 35). Entre os povos indígena, no período analisado, foram notificados 39 casos de violência autoprovocada. Sabe-se que são muito altos os índices de transtornos relacionados à saúde mental entre os(as) indígenas no Brasil, principalmente associados a suicídio e dependência química.

Apresentado esse resumo de dados, o Estado do Rio Grande do Sul, dentro de suas competências legais, institui algumas ferramentas para efetivar direitos à saúde aos povos indígenas que versa sobre aporte de recursos financeiros para a melhoria da saúde. A Secretaria de Estado da Saúde (SES) em 2021 publica a Portaria SES nº 635/2021 que define os critérios de habilitação e a forma de distribuição do recurso financeiro do Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde (PIAPS), no qual estabelece incentivo financeiro aos municípios para qualificação da Atenção Primária prestada aos povos indígenas no Estado do Rio Grande do Sul, com vista a corresponsabilização dos três entes

federativos. Além disso, foi publicada em 2020 a primeira Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde (2020) (POPES) do país.

Essa política⁹ é um marco regulatório para a promoção da equidade em saúde no estado. Avança no compromisso de reunir esforços para que os princípios e as diretrizes do SUS alcancem as populações específicas, tão vulnerabilizadas, excluídas e marginalizadas historicamente. Do mesmo modo, a pandemia tem evidenciado que a população indígena tem menor acesso a serviços básicos de saúde, assim como indígenas e afrodescendentes compartilham da invisibilidade em diversas políticas públicas (WERNECK, 2016, p. 535-549).

Por fim, diante do demonstrado no decorrer da apresentação da breve referencial teórica, a proposta do trabalho é mediante do reconhecimento da saúde como um Direito Humano fundamental e a consolidação do Direito Sanitário no Brasil, perpassando pela perspectiva descolonial dos direitos aos povos indígenas e apresentando de forma sucinta o papel da gestão estadual de saúde na redução das iniquidades e saúde, com base em dados, e com propostas de legislações que visam a efetivação de direitos fundamentais a essa população tão vulnerabilizada.

O reconhecimento de que a violência exerce um forte impacto, tanto social quanto econômico no SUS e que as ações e as intervenções com foco na promoção da saúde precisam ser qualificadas. Portanto, este trabalho de conclusão de curso apresenta dados a gestão da saúde estadual com estratégias para o enfrentamento das violências sofridas pelos povos indígenas no Rio Grande do Sul.

⁹ A referida Política foi construída pela equipe técnica da Divisão de Políticas de Promoção da Equidade (POPES/DAPPS/SES-RS), atendendo aos objetivos previstos no Plano Estadual de Saúde (2016-2019). Para isso, foram propostas sete (7) oficinas nas macrorregiões de saúde do Estado para que fosse oportunizada a participação de um maior número de atores sociais e, também, para que houvesse a apresentação das distintas demandas considerando as especificidades de cada macrorregião. Após a oficina, as relatorias eram enviadas a equipe da SES-RS, composta por especialistas em saúde, administrativos, estagiários e residentes, para compilação das relatorias e estruturadas em “problemas listados”. Após a realização das oficinas e tendo todas as relatorias compiladas, foi formado um grupo de trabalho com profissionais da Divisão de Políticas de Promoção da Equidade e Coordenação Estadual de Atenção Primária, ambas vinculadas ao Departamento de Ações em Saúde, para: 1) Compilação das relatorias das 7 oficinas macrorregionais em um único documento; 2) Tradução das relatorias em artigos, incisos e parágrafos; 3) Formulação da minuta da Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde. Posteriormente, a formulação da minuta foi apresentada e debatida junto à Direção do Departamento e seguida de Consulta Pública. Por fim, foi enviado ao Conselho Estadual de Saúde (CES) para deliberação, sendo aprovada em junho de 2020 em plenária.

Quadro 1 - síntese dos resultados

PRINCIPAIS RESULTADOS	
Paradigma da colonialidade	A história dos povos indígenas está marcada a relações coloniais de poder, estabelecendo uma imposição política, social e cultural.
Direito aos povos indígenas	Por mais que nas últimas décadas tenha avançado na relação dos direitos aos povos indígenas, há descompassos entre normas e realidade, deixando visível a crônica das violências sofridas pelos indígenas.
Políticas Públicas	Têm objetivo de reduzir as iniquidades em saúde, ainda mais se formos levar em consideração as crises sanitárias mundiais.
Violência	Há relações complexas que perpassam com o tema da violência, como a sua relação com a pobreza, com a iniquidade social. Observando a violência como um problema de saúde pública a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, faz menção a violência e aponta que as causas externas, especialmente a violência e o suicídio, são a terceira causa de mortalidade.
Indicadores	Com base no projeto “ <i>análise das situações de violência no Rio Grande do Sul: contribuição para o aprimoramento da vigilância em saúde de populações vulneráveis no SUS</i> ”, foi apresentado a ficha de notificação individual da violência que integra o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do SUS, demonstrando empiricamente os dados de violências sofridas pela população indígena no Rio Grande do Sul,

	reforçando a importância de políticas públicas de enfrentamento a iniquidades.
Gestão em Saúde	Demonstrou a importância do papel da Gestão em Saúde, aqui focada no âmbito estadual, para desenvolvimento, monitoramento e avaliação de políticas públicas que reduzam as iniquidades e violências sofridas por populações vulneráveis no SUS. O Estado tem um papel primordial para efetivar direitos fundamentais e reparar danos causados pelo colonialismo.

7 CONCLUSÃO

Pensar a violência como conceito complexo e polissêmico, e que está inscrito no escopo da saúde pública e coletiva, abre diálogos da vida social nas suas diversas compreensões. Trazer a abordagem descolonial para o trabalho, é produzir reflexões e deslocamentos que permitem visualizar que, em sociedade colonizadas, a violência entra nas estruturas da vida e das relações, operando de forma interseccional, alicerçada nas desigualdades, especialmente quando se trata dos povos indígenas no Brasil.

Diante dessa complexidade que envolve a violência, urge a demanda na garantia da efetivação de direitos que também devem incluir acolhimento de equipes de profissionais preparados para o enfrentamento das situações de violências e da integralidade e de sua saúde. Os povos indígenas, no que se refere o acesso à saúde no Brasil, buscam garantir preceitos constitucionais que afloram uma concepção inclusiva e participativa. Assim, o trabalho investigou os direitos sanitários em alinhamento com a perspectiva descolonial, acreditando na garantia da transformação dessa população reprimida pelo modelo colonial.

Com este trabalho, demonstra-se que há um descompasso entre a norma e a realidade, e que as violências sofridas por populações vulneráveis, especialmente pelos povos indígenas, se intensificam pelo caráter colonial vigente no país. Além disso, ficou evidenciado ainda que, o papel das políticas públicas na redução das iniquidades em saúde, é por diversas vezes, alheio às realidades nas quais os povos

indígenas vivem, havendo uma inefetividade do subsistema de atenção à saúde indígena, ainda marcada por uma conduta colonialista.

Assim, o trabalho demonstrou que a Gestão em Saúde, no escopo Estadual, tem um papel fundamental, uma vez que, subsidia políticas sociais de promoção, equidade e prevenção à violência para com os povos indígenas. Exemplo citado no trabalho é a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde, que conjuntamente com o Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária em Saúde, fortalecem a efetivação de direitos aos povos indígenas.

A ideia central deste texto era trazer ao debate contemporâneo do direito sanitário uma perspectiva que permita a efetivação das políticas públicas, dentre elas a saúde, a partir de olhares mais equânimes e que busquem a justiça social. Assim, acredita-se que utilizar a estrutura teórica descolonial para justificar a relevância de ações em saúde para a ressignificação de uma cultura de paz é um dos possíveis caminhos para a efetivação do estado brasileiro como promotor de direitos de populações vulneráveis, tais como os indígenas. Portanto, o trabalho traz que a gestão de saúde, especificamente a estadual, tem um papel primordial para a redução e prevenção das violências e efetivação da equidade no SUS para com os povos indígenas no Rio Grande do Sul, por meio de construção de políticas públicas condizentes com a realidade, e com monitoramento e avaliação efetivas.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Disponível em: <<https://www.anvisa.gov.br/servicosaude/index.htm>>. Acesso em: 15 out. 2021.

AITH, Fernando Mussa Abujamra. Saúde indígena no Brasil: atual quadro jurídico-administrativo do estado brasileiro e desafios para a garantia do direito à saúde da população indígena. **Revista de Direito Sanitário**, v. 9, n. 3, 2009.

AKOTIRENE, Carla. **O que é interseccionalidade?** Coordenação Djamila Ribeiro. Belo Horizonte: Letramento: Justificando, 2018.

BARTOLOMEI, Carlos Emmanuel Fontes; CARVALHO, Mariana Siqueira de; DELDUQUE, Maria Célia. A saúde é um direito! **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 184-191, set./dez. 2003.

BHAMBRA, Gurminder K. Postcolonial and decolonial dialogues. **Postcolonial Studies**, v. 17, n. 2, p. 115-121, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/13688790.2014.966414>>. Acesso em: 27 ago. 2021.

BRAGATO, Fernanda Frizzo. Para além do discurso eurocêntrico dos direitos humanos: Contribuições da descolonialidade. **Revista Novos Estudos Jurídicos - Eletrônica**, v. 19, n. 1, p. 210, jan.-abr. 2014. Disponível em: <<https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/nej/article/view/5548>>. Acesso em: 27 ago. 2021.

BRAGATO, Fernanda Frizzo; COLARES, Virgínia. Índícios de descolonialidade na Análise Crítica do Discurso na ADPF 186/DF. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 952, set-dez 2017. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/revdireitogv/article/view/73337>>. Acesso em: 27 ago. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 27 ago. 2021.

BRASIL. **Lei 6001** de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o estatuto do índio Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6001.htm>. Acesso em: 27 ago. 2021.

Brasil. **Lei 8080** de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 27 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva**: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Portaria MS n.º 254**, de 31 de janeiro de 2002. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_254_2002.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2021.

CLANDININ, Jean; CONELLY, Michael. **Pesquisa narrativa**: experiências e história na pesquisa qualitativa. Tradução: Grupo de Pesquisa Narrativa e Educação de Professores ILEEL/UFU. Uberlândia: EDUFU, 2011.

Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946. USP. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho>>. Acesso em: 15 out. 2021.

FLEURY, Sonia. Desigualdades injustas: o contradireito à saúde. Psicologia & Sociedade pública, Florianópolis, v. 23, n. spe, 2011.

GARNELO, Luiza. **Política de saúde dos povos indígenas no Brasil**: análise situacional do período de 1990 a 2004. Documento de Trabalho n. 09. Porto Velho: Universidade Federal de Rondônia e Escola Nacional de Saúde Pública, 2004.

GARNELO, Luiza. Política de saúde indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: **SAÚDE INDÍGENA: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. **Portaria nº 512/2020**, de 29 de julho de 2020. Porto Alegre, 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (Org.). **Atlas da violência 2019**. Brasília; Rio de Janeiro; São Paulo: IPEA; FBSP, 2019.

LACERDA, Rosane. Por uma Perspectiva Descolonial dos Direitos Indígenas à Saúde. In.: **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**. v. 7, n. 4, 2013. Disponível em:

<<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/issue/view/102>>. Acesso em: 29 ago. 2021.

MALTA, Deborah Carvalho. et al. Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 1, p. 142-156. 2017.

MARTINS, Paulo Henrique; BENZAQUEN, Júlia Figueredo. Uma proposta de matriz metodológica para os estudos descoloniais. In.: **Cadernos de Ciências Sociais da UFRPE**, Recife, Vol. II, N. 11, Ago/Dez, 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 7. p. 2297-2305. 2010.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciência, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, jan./mar. 2014.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. **Saude soc.**, v. 15, n. 2, p. 72-87. 2006.

MIGNOLO, Walter. Colonialidade: o lado mais escuro da modernidade. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 32, n. 94, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092017000200507&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 ago. 2021.

MIGNOLO, Walter. Desobediência epistêmica: a opção descolonial e o significado de identidade em política. **Cadernos de Letras da UFF – Dossiê: Literatura, língua e identidade**, no 34, p. 287-324, 2008.

MIGNOLO, Walter. **Desobediencia epistémica**: retórica de la modernidad, lógica de la colonialidad y gramática dela descolonialidad. Buenos Aires: Ediciones del Signo, 2010.

MIGNOLO, Walter. Diferencia colonial y razón postoccidental. In: CASTRO-GÓMEZ, Santiago (ed.). **La reestructuración de las ciencias sociales en América Latina**. Bogotá: Universidad Javeriana (Instituto Pensar, Centro Editorial Javeriano), 2000.

MIGNOLO, Walter. **The Darker Side of Western Modernity**: Global Futures, Decolonial Options. Duke University Press, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In.: SOUZA, Edinilsa Ramos de. **Curso impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Saúde Indígena. **Portaria do Ministério da Saúde n.º 254**, 2002.

MUZAFFAR, Chandra. From human rights to human dignity. In: VAN NESS, Peter. **Debating human rights**: Critical essays from the United States and Ásia. London: Routledge, 1999.

NASCIMENTO, Sueli do. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**, v. 101, p. 95-120. 2010.

NETO, Nicolau Cardoso. O direito sanitário brasileiro: conceito, princípios e a interface com outros ramos da ciência jurídica. In.: **Revista Jurídica – CCJ**. v. 18, nº. 35, p. 105, jan./abr. 2014.

OLIVEIRA, Daniel Canavese de; POLIDORO, Maurício. **Análise das situações de violência no Rio Grande do Sul**: contribuição para o aprimoramento da vigilância em saúde de populações vulneráveis no SUS. [e-book]. Porto Alegre: Instituto Federal do Rio Grande do Sul; UFRGS, 2020. 88 p. Disponível em: <https://5c384250-148d-4dcb-56dece1f696bf9c.filesusr.com/ugd/67a8dd_1e1d328448c347cfa09f2c1c26bbb99a.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2021.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014**. Núcleo de Estudos da Violência (Trad.) São Paulo: 2015.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Regulamento Sanitário Internacional**, 2005. Disponível em: <<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241580496>>. Acesso em: 14 out. 2021.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Saúde no Brasil. **The Lancet**, v. 6736, n. 11, p. 11-31, maio. 2011. Disponível em: <<http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2021.

PARANHOS, Jéssica Camila de Sousa Rosa. **O papel dos gestores estaduais na política pública de saúde indígena**: entre os impasses históricos e a pandemia de covid-19. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto

de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Porto Alegre, 2021.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013, p. 39. Disponível em: < https://aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php/291348/mod_resource/content/3/2.1-E-book-Metodologia-do-Trabalho-Cientifico-2.pdf >. Acesso em: 2 dez. 2021.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidad y modernidad-racionalidad. In: Heraclio BONILLA (Org.). **Los Conquistados**: 1492 y la población indígena de las Américas. Ecuador: Libri Mundi, Tercer Mundo Eds., 1992.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, Edgardo (Org.). **A colonialidade do saber**: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: Colección Sur Sur, CLACSO, setembro 2005.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade e modernidade-racionalidade. In: BONILLA, Heraclio (Org.). **Os conquistados**: 1492, e a população indígena das Américas. Tradução de Magda Lopes. São Paulo: Hucitec, 2006.

RUA, Maria das Graças; ROMANINI, Roberta. **Para aprender políticas públicas**: conceitos e teorias. v. 1. Brasília: Instituto de Gestão Economia e Políticas Públicas, 2013. Disponível em: <http://igepp.com.br/uploads/ebook/ebookpara_aprender_politicas_publicas-2013.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2021.

SACRAMENTO, Livia de Tartari e; REZENDE, Manuel Morgado. Violências: lembrando alguns conceitos. **Aletheia**, v. 24, n. 1, p. 95-101. 2006.

SAID, Edward. **Orientalismo**: o Oriente como invenção do Ocidente. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Para além do Pensamento Abissal: Das linhas globais a uma ecologia de saberes. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, 78, outubro 2007.

SARTI, Thiago Dias; *et al.* Qual o papel da atenção primária à saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ress/v29n2/2237-9622-ress29-02-e2020166.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Portaria SES nº 512, de julho de 2020.** Disponível em: < <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202007/31153736-512.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2021.

TAVARES-DOS-SANTOS, José Vicente; BARREIRA, César. A construção de um campo intelectual: violência e segurança cidadã na América Latina. In.: TAVARES-DOS-SANTOS, José Vicente; BARREIRA, César. (Orgs.). **Paradoxos da segurança cidadã.** Porto Alegre: Tomo, 2016.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 535-549, 2016.