



Universidade de Brasília
Faculdade da Ceilândia
Curso de Graduação em Saúde Coletiva

Jéssica Camila de Sousa Rosa

**A GESTÃO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO DISTRITO
FEDERAL ATRAVÉS DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DOS POVOS
INDÍGENAS**

Brasília, 2013.



Universidade de Brasília
Faculdade da Ceilândia
Curso de Graduação em Saúde Coletiva

**A GESTÃO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO DISTRITO
FEDERAL ATRAVÉS DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DOS POVOS
INDÍGENAS**

Autora: Jéssica Camila de Sousa Rosa

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sílvia Maria Ferreira Guimarães

Co-orientadora: Prof^ª. Flávia Reis de Andrade

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília/UnB como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Banca:

Prof. Dr. José Antônio Iturri de La Mata

Prof^ª. Dr^ª. Rosamaria Giatti Carneiro

Brasília, 2013.

Dedicatória

Dedico esse trabalho aos meus amores, meus pais, José e Hilda, pelo amor sem medida e por nunca terem me deixado só em toda minha vida.

A minha madrinha e meu padrinho, Maria Rosa e Sebastião, por terem exercido com louvor essa função na minha vida e por cuidarem daqueles que mais amo.

Dedico a minha família, em especial as minhas tias, Elisângela e Iris, pela sabedoria e carinho ao longo dessa jornada.

A minha tia e madrinha, Rosemeire, por ter me mostrado ao longo da vida que cada dificuldade tem o peso e o valor que você dá a ela, pela amizade e cumplicidade.

Dedico a quem me acompanhou de perto com amor e amizade, Joaquim Pedro.

Aos meus amigos, professores e todos que de alguma forma contribuíram para que eu chegasse até aqui.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela oportunidade de fazer parte da pesquisa sobre os “Sistemas Médicos Indígenas e o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena”, coordenado pela Prof^a. Dr^a. Silvia Guimarães docente do curso de Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, que foi a inspiração para o desenvolvimento desse trabalho.

A Universidade de Brasília por me apresentar no decorrer dos anos o diferencial de me formar em uma universidade pública. Na face dela, agradeço a Faculdade de Ceilândia pela oportunidade de formar em um espaço participativo e de construção diária de uma formação humana em contato direto com movimento estudantil e movimentos sociais.

Aos meus pais por participarem desse sonho e pelo apoio durante toda minha vida. A eles e a minha família por nunca terem me deixado fraquejar nos momentos difíceis.

Ao meu amor e melhor amigo, Joaquim Pedro, pelo aprendizado diário, conhecimento compartilhado, pelo amor e paciência.

A minha amiga Renata Martins porque sem ela eu não teria aceitado o desafio de fazer a Graduação em Saúde Coletiva e a Thaís Nunes por sempre se fazer presente quando precisei. A todos os amigos que fiz durante esses anos, em especial a Ana Clara Piretti, Morgana Alcântara, Letícia Lasse, Lorena Katarine, Jéssica Galvão, Kétila Sales, João Paulo e Florentino Júnio por fazerem parte da minha vida e caminharem comigo mesmo quando nossos caminhos se separam. E ainda aos meus colegas de pesquisa e extensão.

A minha orientadora, Prof^a. Dr^a Silvia Guimarães pelo empenho, durante toda a minha graduação, em formar profissionais questionadores, que refletem sobre aquilo que praticam para dar o melhor de si aos demais. A minha co-orientadora Prof^a. Flávia Andrade pela disponibilidade de auxiliar na consolidação final desse trabalho.

Por fim, aos meus mestres, Prof. Dr. José Iturri, Prof^a. Dr^a. Clélia Parreira, Prof^a. Dr^a. Patrícia Escalda, Prof^a. Dr^a. Olga Ramalho e a Prof^a. Dr^a Izabel Zaneti pelos conhecimentos transmitidos, pela dedicação, pelos projetos de pesquisa e extensão desenvolvidos e, sobretudo, pela amizade.

“Temos o direito de ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito de ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades.”

Boaventura Souza Santos

Resumo

Este trabalho pretende analisar a gestão do Subsistema de Atenção Indígena no Brasil a partir do estudo dos itinerários terapêuticos dos povos indígenas, quando adentram na média e alta complexidade dentro do Sistema Único de Saúde, fora dos seus territórios tradicionais. Desse modo, pretende-se, ainda, compreender como eles negociam, participam de seu atendimento e se entendem como diversos. O estudo pretende compreender qual a relação saúde e diversidade, quais as conformações e dificuldades do sistema de saúde ao lidar com essa problemática na perspectiva das vivências dos povos indígenas. Isso implica, também, em realizar a análise das percepções e compreensões dos profissionais ao lidar com os processos saúde-doença dos indígenas e principalmente os processos de cura. Todos esses aspectos nos levam ao encontro aos princípios do Sistema Único de Saúde sobre integralidade, equidade e universalidade. Possibilita-nos a análise da operacionalização das políticas que tratam de saúde indígena, desde o contexto histórico até as reproduções e representações atuais. O subsistema de atenção à saúde indígena está desenhado na Lei nº 9.836 de 1999, o que já representa por si um avanço na compreensão do conceito de diversidade e mais ainda sobre o conceito amplo de saúde. Dessa forma para compreender o delineamento do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena (SASI) no Distrito Federal, este trabalho discute o espaço da Casa de Apoio a Saúde do Índio (CASAI) e a rede de serviços formada para prestação dos serviços no atendimento indígena no Distrito Federal, envolvendo assim hospitais que os atendem na busca pelo cuidado na média e alta complexidade através do reconhecimento dos itinerários terapêuticos desses povos.

Palavras – chaves: diversidade, itinerários terapêuticos e saúde indígena.

Abstract

This paper aims to analyze the management subsystem Attention Indigenous in Brazil from the study of therapeutic itineraries of indigenous peoples, when they enter the medium and high complexity within the Health System, outside their traditional territories. Thus, we intend to also understand how they negotiate, participate in your care and understand how many. The study aims to understand the relationship health and diversity, which the conformations and difficulties of the health system to deal with this problem from the perspective of indigenous peoples livings. This also implies to perform the analysis of the perceptions and understandings of professionals to deal with the health-disease processes of primarily indigenous and healing processes. All these aspects lead us to meet the principles of the Health System on integrity, fairness and universality. Enables us to analyze the operationalization of policies that address indigenous health, from the historical context to the current reproductions and representations. The subsystem indigenous health care is designed to Law number 9836 of 1999, which is already in itself a breakthrough in understanding the concept of diversity and more about the broad concept of health. Thus to understand the design of the subsystem Indigenous Health Care in the Federal District, this paper discusses the space of the house of the Indian Health Support and service network formed to provide services in Indian service in the District Federal, involving hospitals that serve them well in the search for the care and tertiary care by recognizing the therapeutic itineraries of these people.

Word-keys: diversity, indigenous health and therapeutic itineraries.

Sumário

1. Introdução: aproximação à temática.....	11
1.1. Saúde indígena e o Distrito Federal.....	14
2. Metodologia.....	17
2.1. O método etnográfico.....	18
2.2. As técnicas de pesquisa.....	19
3. Caminhos históricos da conformação da saúde indígena no Brasil.....	21
3.1. As mudanças históricas na gestão da saúde indígena.....	22
3.2. Do Estatuto do Índio ao Estatuto dos Povos Indígenas.....	25
3.3. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.....	27
4. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.....	31
4.1. A formação de uma rede de atenção à saúde indígena.....	35
5. Casa de Apoio a Saúde do Índio.....	38
5.1. Observações demográficas e epidemiológicas.....	42
6. O conceito de itinerários terapêuticos.....	49
6.1. Itinerários terapêuticos indígenas no Distrito Federal.....	52
7. Um novo modelo de gestão a partir da perspectiva indígena.....	57
8. Casos etnografados.....	61
9. Considerações finais.....	69
10. Referências bibliográficas.....	72

Lista de siglas e abreviaturas

AIS - Agentes Indígenas de Saúde

CASAI - Casa de Atenção a Saúde do Índio

CIS - Comissão Intersetorial de Saúde

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DSEI - Distrito Sanitário Especial Indígena

EVS - Equipes Volantes de Saúde

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

FUNAI - Fundação Nacional do Índio

GT - Grupo de Trabalho

HCB - Hospital da Criança de Brasília José Alencar

HSU - Hospital dos Servidores da União

HRAS - Hospital Regional da Asa Norte

HUB - Hospital Universitário de Brasília

IAPI - Incentivo à Produção Ambulatorial e Hospitalar à População Indígena

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena

SPI - Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais

SIASI - Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINASC - Sistema Nacional sobre Nascidos Vivos

SUS - Sistema Único de Saúde

SASI- Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

Lista de quadros

Quadro 1- Comparação entre os dispositivos legais que regem a política indigenista no Brasil.....	26
--	----

Lista de tabelas

Tabela 1 – Frequência absoluta de paciente e acompanhante segundo DSEI e etnia, janeiro a novembro de 2012.....	43
Tabela 2 – Frequência absoluta e relativa dos atendimentos segundo estabelecimento de saúde, janeiro a novembro de 2012.....	44
Tabela 3 – Frequência absoluta e relativa dos atendimentos segundo especialidade médica, janeiro a novembro de 2012.....	45
Tabela 4 – Frequência absoluta de alta e óbito de pacientes e acompanhantes segundo mês e ano, janeiro de 2012 a fevereiro de 2013.....	46
Tabela 5 – Frequência absoluta e relativa dos atendimentos segundo modalidade assistencial, janeiro a novembro de 2012 na CASAI-DF.....	47

Lista de figuras

Figura 1- Mapa de distribuição dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas.....	28
Figura 2- Organização do DSEI e Modelo Assistencial.....	32
Figura 3- Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e fluxo de referência e contra-referência.....	34
Figura 4- Bloco administrativo da CASAI-DF.....	39
Figura 5- Bloco de alojamentos da CASAI-DF.....	39
Figura 6- Espaço de convivência da CASAI-DF.....	40
Figura 7 – Distribuição percentual de atendimentos por área da saúde, janeiro a novembro de 2012.....	47

1. Introdução: aproximação à temática

Esse estudo faz parte de uma proposta que busca entender os povos indígenas e sua interface com a saúde. Objetiva problematizar a relação entre diversidade e saúde e assim compreender como se operacionaliza o atendimento aos povos indígenas no Distrito Federal, e como, quando e onde eles se inserem no atendimento de média e alta complexidade.

De acordo com o censo do IBGE de 2010, o Brasil, hoje, possui 817 mil pessoas que se auto-declaram indígenas. Antes da Constituição Federal de 1988 e da garantia dos direitos indígena, desconhecia-se esse universo e pouco se falava em doenças e agravos em saúde, dos povos indígenas, o que tem mudado. Desde a CF de 1988 até hoje, ou seja, desde a implementação de uma política diferenciada aos povos indígenas na área de saúde, o perfil epidemiológico desse segmento populacional está mudando.

Atualmente, os indígenas apresentam doenças como câncer que necessitam de cuidados em longo prazo, necessidade do uso de tecnologias emergentes em seu tratamento o que levanta a seguinte questão: como o Sistema Único de Saúde (SUS) vem lidando com essa diversidade? Há que se considerar que os indígenas possuem uma cultura própria, formas de cuidado específicas e uma busca de cura distinta do modelo biomédico, assim, eles adentram os serviços médicos oficiais com um acúmulo de questões e isso pode ser gerador de conflitos. A partir do momento que estão no SUS os indígenas lidam com diversos atores que possuem formações diversas, a estrutura do sistema é completamente distinta do que é vivido cotidianamente nas aldeias e tudo isso pode ser fatos geradores de um cenário conflituoso.

Antes de tudo deve-se ter claro que a discussão aqui levantada, mesmo sendo uma temática debatida e demandada no século XXI, isto é, a idéia de diversidade, especialmente, na sua interface com a saúde, há um retardo na efetivação dessa diversidade no interior do SUS. Portanto, em um SUS que se diz equânime, integral e universal cabe questionar como se situa o tema da diversidade. Os povos indígenas demandam uma atenção diferenciada no sistema que deve estar preparado para lidar com isso.

A construção de serviços de saúde diversos no Brasil deve observar a dinâmica de saberes e práticas diversas e entre os atores envolvidos. Para tanto, de acordo com Scliar (2007), deve-se trabalhar o conceito saúde de forma ampla, pois a saúde e a doença não representam a mesma coisa para todas as pessoas, mas dependerá da época, do lugar, da classe social; dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas e

filosóficas. Ainda segundo esse autor, por causa dessa noção ampliada de saúde, a CF de 1988, evita discutir ou definir o conceito de saúde, mas diz que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido o direito mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção recuperação”. Este é o princípio que norteia o SUS.

Essa pesquisa pretende abarcar desde a visão macro de processos de gestão na saúde até os microcosmos que nela estão envolvidos. Portanto, pretende observar tanto a formulação das políticas e programas de governo ao mesmo tempo em que pretende observar como se efetiva a política em nível local. A política de atenção à saúde indígena foi criada com o intuito de possibilitar uma atenção diferenciada a este segmento da sociedade brasileira, levando em consideração as especificidades culturais de cada etnia indígena. Tendo como foco as singularidades indígenas, pretendia-se pôr fim a vulnerabilidade desse segmento, no entanto, o “como fazer” em nível local ainda é um desafio (Pellegrini 2004). Desse modo, este trabalho pretende compreender a Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas dez anos depois de sua aprovação pelo Ministério da Saúde e perceber como se concretizou o novo SUS pensado pela Reforma Sanitária no Brasil com esse novo elemento da diversidade.

Nos termos da Saúde Coletiva, criticar e pensar cientificamente determinado problema deve ser fonte de construção, Cohn (2009) nos auxilia nisso quando questiona sobre que universalização é essa que o SUS se propõe e qual sua eficácia social. Nesse sentido, a autora nos leva a pensar sobre “baixa capacidade regulatória do Estado e sua baixa capacidade de promover a integração inter e intra-setorial na gestão da área social, e mais que isso, a incapacidade de articular a dimensão econômica e social das políticas sociais” (Cohn, 2009, p.35). Caber refletir sobre como esse quadro tem influência na operacionalização do sistema.

Com a situação atual, de um SUS que aparece constantemente em debates públicos pelos seus problemas e as inconformidades da legislação e sua operacionalização, é necessário questionar a sua conformação de acordo com as oscilações e dinâmica dos diversos segmentos da sociedade. O sistema de saúde brasileiro foi ousado o suficiente ao garantir o direito à saúde a todos de forma integral e equânime. Com o direito dado e reafirmado nas diversas leis e políticas que instituem serviços, protocolos e orçamento público para saúde e em vistas as necessidades de saúde da população, o setor saúde necessita de um acompanhamento de perto

e são em espaços como esses que é necessário formular conhecimentos e levantar discussões a cerca dessa problemática.

Aqui se pretende questionar a operacionalização da Lei n. 9.836, conhecida como Lei Arouca, que instituiu os Subsistemas de Atenção a Saúde Indígena e para isso percorreremos o contexto histórico da saúde indígena no Brasil até chegarmos a uma lei que instituiu o subsistema e sua operacionalização.

Para discorrer sobre uma lei tão ampla como a Lei Arouca, que lida com diversos sujeitos de realidades distintas nada seria mais coerente do que remontar essas histórias e processos a luz das Ciências Sociais na Saúde Coletiva. As Ciências Sociais nos apropriam do contexto relacional dos indivíduos e nos possibilita aproximar-nos dos sujeitos envolvidos no processo de busca pelo cuidado indígena e mais ainda sobre a relação saúde e diversidade.

Apropriar-nos da história da saúde indígena brasileira e nos posicionar sobre os fatos atuais exige a tentativa de compreender os discursos e maneira como as pessoas vivem os processos de saúde-adoecimento e como elas se situam em meio às políticas públicas. As discussões das Ciências Sociais promovem o questionamento sobre a garantia do direito a saúde na diversidade e a eficácia da política. Além disso, de acordo com Lagdon e Wiik (1111), o uso de conceito antropológico de cultura deve ser instrumental para outras áreas. A própria CF e políticas da diversidade têm como base este conceito, que de acordo com os autores, cultura seria:

[...] o conjunto de elementos que mediam e qualificam qualquer atividade física ou mental, que não seja determinada pela biologia, e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo social. Trata-se de elementos sobre os quais os atores sociais constroem significados para as ações e interações sociais concretas e temporais, assim como sustentam as formas sociais vigentes, as instituições e seus modelos operativos. A cultura inclui valores, símbolos, normas e práticas. A cultura é aprendida, compartilhada e padronizada.

(op. cit: 175)

Nesse sentido, na Saúde Coletiva, questões inerentes à saúde e aos processos de adoecimento deverão ser pensados a partir dos contextos socioculturais específicos nos quais ocorrem bem

como a aplicação das políticas públicas. Vários estudos que usam esse conceito apontam para a centralidade da construção do significado das enfermidades por parte dos pacientes e das políticas públicas envolvidas, a qual se sobrepõe à causalidade e racionalidade biomédicas.

Nesse sentido, espera-se que os esforços dispensados a essa pesquisa contribuam para a disseminação do conhecimento sobre os povos indígenas. Além dos povos indígenas, há necessidade de se ocupar em entender a diversidade seja ela dos povos indígenas, ciganos, quilombolas, gays, lésbicas, pessoas trans e intersexuais, mulheres e todos aqueles que se sintam não contemplados por políticas e ações discriminatórias. Em suma, há necessidade de uma compreensão humana, social e política da ideia de diversidade.

1.1. Saúde indígena e o Distrito Federal

O Distrito Federal (DF), a primeira vista, parece distante da necessidade de se discutir o atendimento indígena visto não ser uma região tão povoada por indígenas como outras regiões brasileiras. Não há terras indígenas identificadas nessa região¹, o DF conta, de acordo com o censo do IBGE de 2010, com aproximadamente 6000 indígenas, porém mesmo sendo o Distrito Federal um ente da Federação sem terras indígenas identificadas, as instituições de saúde em Brasília, recebem indígenas de vários estados brasileiros. No fluxo de referência e contra-referência que organiza o Sistema Único de Saúde, os indígenas estão presentes na alta e média complexidade no DF.

Por conseguinte, os serviços de saúde que fazem parte oferta de serviços no DF fazem parte do subsistema de atenção à saúde indígena. Basicamente, a compreensão do subsistema vai ao encontro da perspectiva de formação de rede de atenção a saúde:

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população.

(Mendes, 2010, p.2300)

¹ No DF, há uma demanda por identificação de uma única terra indígena o Santuário dos Pajés que conta com a presença das seguintes etnias indígenas Fulniô, Tuxá e Kariri Xocó (Oliveira et al, 2011).

A idéia de subsistema consiste na formação de serviços interligados que produzem cuidados específicos aos povos indígenas desde o cotidiano nas aldeias até o tratamento de doenças graves na média e alta complexidade por longos períodos de tempo distante de seus territórios tradicionais. O subsistema se desenha em cima dessa compreensão de serviços interligados na busca da integralidade, é nesse momento que os serviços do DF mais especificamente o Hospital Universitário de Brasília (HUB) e o Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), que tem grande participação no atendimento indígena no DF, não se esquecendo do Hospital Regional da Asa Norte (HRAS) e Hospital da Criança de Brasília José Alencar (HCB) que participam em menores proporções do atendimento indígena no DF, se inserem no atendimento indígena, atuando de forma articulada com os demais serviços que compõe o subsistema. O Hospital Universitário de Brasília além de ser o hospital que mais atende, recebe auxílios específicos destinados à saúde indígena, assim merece nossa atenção e vamos nos apropriar mais sobre a história dele.

O HUB possui uma trajetória histórica de assistência à saúde que nos auxilia a pensar a diversidade dentro dos serviços de saúde e a modificação dos serviços no decorrer do tempo. No passado, o Hospital dedicava-se ao atendimento exclusivo dos servidores públicos federais, era reconhecido na época como Hospital dos Servidores da União (HSU), somente em 1987 a instituição foi integrada a rede dos serviços de saúde do Distrito Federal. Mais tarde ainda, em 1990, a Universidade de Brasília conseguiu a gestão plena passando daí a ser denominado Hospital Universitário de Brasília. Do hospital exclusivo dos servidores da união, o HUB passa a ser considerado depois de toda sua série histórica um hospital de ensino com vasto campo de práticas em saúde e referência em atenção à saúde de determinadas especialidades.

O Hospital Universitário de Brasília recebe desde o ano de 2002 o Incentivo ao Atendimento Ambulatorial e Hospitalar à População Indígena (IAPI) que destina um orçamento de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) mensais de incentivo para que seja um dos estabelecimentos que participam do atendimento indígena no país. O IAPI é fruto da Portaria nº 1163/GM de 14 de setembro de 1999, que dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências, que estabelece:

Art. 7º Criar o fator de incentivo para a assistência ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico a população indígena.

Parágrafo único: O fator de incentivo do caput deste artigo será destinado para os estabelecimentos hospitalares que considerem as especificidades da assistência à saúde das populações indígenas e que ofereçam atendimento às mesmas, em seu próprio território ou região de referência.

Art. 8º Definir que o fator de incentivo que trata o artigo anterior incidirá sobre os procedimentos pagos através do SIH/SUS, em percentuais proporcionais à oferta de serviços prestados pelo estabelecimento às populações indígenas, no limite de a 30% da produção total das AIH aprovadas.

(Ministério da Saúde, Portaria nº1163/GM, 1999)

Dessa forma, a partir do limite percentual definido para ser destinado às instituições que participam do atendimento indígena fazia-se necessário regulamentar esses valores e as instituições participantes. Essa pactuação foi disciplinada pela portaria nº 1469/GM em 14 de agosto de 2002, em que vale ressaltar que de todas as instituições que recebem o IAPI, o Hospital Universitário de Brasília é o que recebe o incentivo mais alto, demonstrando que tem atuação considerável na prestação de serviços aos povos indígenas.

Considerando a responsabilização do HUB no atendimento indígena no Distrito Federal faz-se essencial percorrer os caminhos percorridos pelos povos indígenas dentro do contexto assistencial dentro desses espaços. Desse modo traçaremos os itinerários terapêuticos indígenas, que será devidamente conceituado mais a frente e a partir dessa perspectiva analisar as conformações, associações, negociações e conflitos dentro do Subsistema de Atenção Indígena. Isso implica claramente em visualizar e compreender a atuação dos serviços prestados por essa unidade, principalmente, e as demais envolvidas na rede de serviços prestados aos povos indígenas no DF.

Visto todos os aspectos levantados e vários outros que estão mais adiante mostraremos o papel do Distrito Federal dentro do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena e como esta essa gestão desde a perspectiva de sujeitos até a estrutura política que se forma.

2. Metodologia

O método tem efeito essencial nessa pesquisa, pois através de sua delimitação e conceituação clara e coerente com a realidade que o estudo irá lidar que foi possível fazer-nos próximos dos sujeitos e dos participantes no contexto de atuação do Subsistema de Atenção Indígena do DF.

É relevante observarmos que a metodologia auxiliou na organização, programação e desenvolvimento desse estudo. Propor a nos aproximar de indivíduos, sujeitos diversos que participam de uma cultura socialmente estabelecida exige cuidados na abordagem e, principalmente, reconhecimento da diversidade.

O método e as técnicas de pesquisa utilizados no decorrer desse estudo permitiram-nos reconhecer as especificidades dos sujeitos e do contexto em que estão inseridos. Desse modo reconhecemos aspectos importantes sobre o modelo de atenção a saúde indígena em uma visão ampla enquanto política nacional e na visão local com a participação do DF na rede.

A pesquisa contará com duas metodologias. Para o levantamento dos dados relativos aos atendimentos indígenas, como etnia, localidade e especialidades, será usado o método exploratório, o qual é utilizado para realizar um estudo preliminar que é o principal objetivo da pesquisa, ou seja, para familiarizar-se com o fenômeno que está sendo investigado, de modo que os demais objetivos da pesquisa possam ser concebidos com uma maior compreensão e precisão (Coutinho et al., 2004).

A pesquisa exploratória, que, no caso, será feita por meio de técnicas de levantamento de dados e construção de quadros estatísticos, permitirá definir o problema, ou seja, o quadro do atendimento indígena em números e formular os indicadores e modelos de avaliação do sistema com mais precisão. O intuito de desenvolver essa pesquisa de caráter exploratório é proporcionar uma visão geral do problema, isto é, o atendimento indígena no DF.

Nesta etapa, cabe o uso da abordagem exploratória, tendo em vista que o problema ou questão de pesquisa – o atendimento indígena no DF - é assunto com pouco ou nenhum estudo anterior a respeito. Assim, esta abordagem torna-se importante por possibilitar a busca de padrões, ideias ou hipóteses. Para este caso, a questão não é testar ou confirmar uma determinada hipótese, mas apresentar o desenho geral do problema preliminar. Além dessa metodologia será usado o método etnográfico, o qual segue explicação abaixo.

2.1. O método etnográfico

O método utilizado nessa pesquisa foi à etnografia, que é caracterizada pela descrição aprofundada dos fenômenos, pela observação minuciosa dos mesmos (Nakamura, 2011). Entende-se por descrição densa a tentativa de compreender tudo aquilo que é apreendido pelo “olhar”, “ouvir” e “escrever” treinados (Oliveira, 1996). Oliveira descreve de forma minuciosa a função de cada um desses aspectos no ato de pesquisar e foi a partir disso que desenvolvemos essa pesquisa com povos indígenas.

O “olhar” dentro de um contexto sociocultural distinto daquilo que lhe é comum deve ser sensibilizado (Oliveira, 1996). Cada movimentação dos sujeitos dentro do contexto tem uma significação cultural, faz parte de um conjunto hábitos e saberes culturalmente concebidos e internalizados. O etnógrafo por sua vez deve ter o olhar aguçado, para reconhecer as formas de organização dos sujeitos.

Nessa pesquisa o “olhar” foi sensibilizado para ser capaz de reconhecer os aspectos culturais que estão envolvidos na busca do cuidado dos povos indígenas na média e alta complexidade, para analisar de que modo os saberes indígenas implicam na gestão do subsistema de atenção a saúde indígena e qual o microcosmo que se forma em torno desse cuidado. Todos esses aspectos são primeiramente reconhecidos pela capacidade de um olhar sensibilizado, o que leva ao desenvolvimento da técnica de “observação participante”

O “olhar” por si só não é o suficiente, por isso o método etnográfico também necessita do desenvolvimento da capacidade de ouvir. Mas percebe-se que não se trata de somente olhar ou somente ouvir, se trata de uma complementação. Essas habilidades não são independentes no ato de investigação, pois juntos produzem um sentido para a formulação da pesquisa.

O “ouvir” trata de aproximar sujeitos e nesse momento a diferença de “idiomas culturais” devem se encontrar para que se crie um espaço de compreensão compartilhado (Oliveira, 1996). Desenvolver essa habilidade desencadeia um discurso entre iguais, em que cada sujeito reconhece seu espaço, mas é capaz de ser sensível ao outro sem receio de modificar ou menosprezar as construções sociais de cada um.

A habilidade de “escrever”, por fim, completa essa cadeia que Oliveira acredita essencial a prática da etnografia. O escrever remete a habilidade de “trazer os fatos observados - vistos e ouvidos - para o plano do discurso” (Oliveira, 1996, p. 25). Oliveira acredita que nesse momento nos propomos além da simples tradução daquilo que é pesquisado, mas que se

realiza uma interpretação, por isso, talvez, é dado como uma das habilidades mais importantes a serem desenvolvidas pelo etnógrafo. Nesse momento a intersubjetividade constrói uma articulação entre o teórico e as atividades em campo.

Visto as características da etnografia, considera-se que esse método seja coerente com a proposta desenvolvida nesse estudo. Em diversos momentos há a possibilidade de apenas observar, podemos faz isso pela habilidade de olhar. Maior parte dos casos devemos ser mais ouvintes do que interlocutores, pois a cultura dos povos indígenas possui uma diversidade de saberes que precisam ser compreendidos para construirmos seus itinerários terapêuticos e analisarmos a gestão do subsistema. E o ato de escrever é o momento em que se tem a possibilidade de formular entendimentos e produzir conhecimento a cerca da temática de modo menos abstrato.

2.2. As técnicas

A pesquisa qualitativa trabalha com sujeitos e seu modo de atuação em determinado contexto social (Minayo, 2010). Há uma exploração das opiniões e das representações que são apresentadas nelas com intuito de apresentar uma amostra do ponto de vista do indivíduo e buscar a compreensão de mundo que se apresenta pelas suas práticas (Gaskell, 2002).

A partir da busca pelo entendimento são utilizadas técnicas de aproximação à temática e aos atores envolvidos nela que viabilizam a comunicação e a troca de saberes. Para os propósitos dessa pesquisa iremos utilizaras técnicas de entrevista e de observação participante.

A entrevista possibilita a construção de informações sobre aquilo que se pesquisa, são desenvolvidas com uma finalidade. Desse modo as entrevistas podem fornecer informações que estão disponíveis em outras fontes e não está restrita a pessoa do entrevistado, denominadas de secundárias. Podem fornecer informações que só se constroem através do diálogo, pois se tratam das reflexões do sujeito sobre suas vivências dentro de determinado contexto, esse tipo de entrevista produz informações primárias e de grande importância na construção do estudo (Minayo, 2007).

Para estudar a gestão do subsistema de atenção à saúde indígena utilizou-se entrevistas em profundidade, também conhecidas como abertas, e semiestruturadas:

[...] *semiestruturada*, que combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender a indagação formulada;

Aberta ou em profundidade, em que o informante é convidado a falar livremente sobre um tema e as perguntas do investigado, quando são feitas, buscam dar mais profundidade as reflexões.

(Minayo, 2007, p. 64)

A observação participante, por sua vez, possibilita ao pesquisador sua inserção em área e sua relação direta com o cenário cultural dos sujeitos com o objetivo de compreender o contexto e levantar dados sobre o contexto da pesquisa. Essa técnica permite ao pesquisador relativizar o seu espaço e ter a oportunidade de viver e conviver com o outro, num espaço que também é diverso.

De acordo com Minayo (2007), o principal instrumento da observação participante é o diário de campo, pois nele estarão contidas todas as observações realizadas *in loco*, que são feitas onde os fatos acontecem. Essas observações são suporte para a parte final do método etnográfico, o escrever.

Diferentemente de outras técnicas a observação participante exige a aproximação dos atores e desenvolvimento das relações interpessoais. Isso faz com que nem sempre ao final da pesquisa as relações se acabem, pois há a criação de vínculos com a inserção do pesquisador dentro do contexto social dos indivíduos.

Desse modo, a técnica de observação participante será essencial para compreensão e formulação dos itinerários terapêuticos indígenas no Distrito Federal. As entrevistas por sua vez nos auxiliará a compreender tanto as conformações dos sujeitos, dos povos indígenas, quanto a estrutura política que lida com a saúde indígena.

3. Caminhos históricos da conformação da saúde indígena no Brasil

A Constituição de 1988 foi inovadora ao definir os princípios gerais do sistema de saúde brasileiro. Ao longo desse processo, as discussões a respeito da saúde indígena vinham acontecendo em outros espaços como a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio no ano de 1986 e mais adiante, em 1993, a II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas.

A Constituição começou a modificar uma idéia que vinha sendo disseminada pelo Código Civil brasileiro de 1916 e por outros documentos que tratavam da questão indígena em que os índios eram reconhecidos como seres “relativamente incapazes” e que com o passar do tempo passariam por uma evolução capaz de assimilá-los a nossa sociedade. Ou seja, por trás dessa assimilação estava a ideia de que os indígenas iriam desaparecer e seriam integrados à civilização. No entanto, negando tal dinâmica evolucionista e preconceituosa, a Constituição Federal de 1988, inovou ao permiti-los serem diversos e permanecerem diversos. Os seguintes artigos sobre os povos indígenas na CF afirmam:

Art. 231. São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens. [...]

Art. 232. Os índios, suas comunidades e organizações são partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo.

(Constituição da Republica Federativa do Brasil, 1988, p. 60)

A partir daí, os povos indígenas começam a sair da categoria considerada de incapazes e se dá início ao processo de emancipação, ainda não plenamente conquistado diante do ranço da tutela que impera em algumas instâncias do governo e ações da sociedade civil como um todo. Com a nova leitura da Constituição de 1988, o novo Código Civil Brasileiro modifica a condição dos indígenas como incapazes e direciona que a capacidade indígena será regulada por legislação específica. Além disso, a diversidade indígena é reconhecida, o que leva o Estado brasileiro a ter que formular políticas específicas a esse segmento da sociedade brasileira, levando em consideração sua diversidade.

Ao lado dos avanços que a constituição de 88 representou, as conferências tiveram papel importante na estruturação dos serviços de saúde indígena no Brasil, tanto que a VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde indicaram a necessidade de se pensar um modelo de atenção a saúde que abarcasse as especificidades dos povos indígenas (FUNASA, 2002).

Desse momento em diante, começaram-se a pensar na estruturação do subsistema de atenção à saúde indígena que, em 1999, é desenhado na lei nº 9.836 que estabeleceu o Subsistema de Atenção a Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde. Posteriormente é aprovada no ano de 2002 a Portaria nº 254 do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas, que prevê a necessidade de preparação dos profissionais para atuar mediante essa diversidade e a necessidade de se desenvolver a articulação dos seus sistemas de saúde tradicionais.

3.1. As mudanças históricas na gestão da saúde indígena

Com o decorrer da história além do arcabouço legal formado por políticas, leis, decretos e portarias que foram dando formato ao modelo de atenção da saúde indígena houve algumas mudanças na gestão da saúde indígena que de alguma forma foram modificando as práticas dentro dos serviços, as características dos profissionais, financiamento, entre outros.

A saúde dos povos indígenas já foi assistida por missionários que atuavam de forma integrada as políticas de governo da época. Os avanços de estradas e ferrovias foram levando aos indígenas doenças com as quais ainda não tinham imunidade e que levaram a altos índices de mortalidade. Com isso, em 1910, houve a criação de um órgão vinculado ao Ministério da Agricultura que se denominava Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI) (FUNASA, 2002).

Logo, se nota que a saúde ainda não estava organizada e que os serviços ofertados não eram capazes de suprir as demandas, pois se restringiam apenas a ações emergenciais. Em 1967, o SPI foi extinto e criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), vinculada ao Ministério da Justiça em que se têm a experiência de Equipes Volantes de Saúde (EVS) que realizam atendimentos em área aos povos indígenas, mas que ainda não representam uma atividade contínua e capaz de acompanhar a situação de saúde desses povos (Garnelo, 2012).

A FUNAI apresentou, durante o seu período de gestão da saúde indígena, diversas dificuldades na estruturação dos serviços. Havia uma dificuldade de lidar com a dispersão geográfica dos indígenas e a precariedade de recursos físicos e financeiros se apresentavam como limitantes na prestação de assistência adequada a esses povos. Mas como determinante se tratava dos recursos humanos da falta de valorização dos profissionais frente às dificuldades que tinham para atuar junto a essa diversidade, até então desconhecida e incompreendida (Garnelo, 2012).

Os serviços de saúde iam, aos poucos, descobrindo novos caminhos para se organizar e começavam a instituir novos espaços de participação e discussão de políticas de saúde. Assim, se criou em 1994 a Comissão Intersetorial de Saúde (CIS) que contava com a participação de vários Ministérios e estava sob coordenação na FUNAI. Ainda em 1994, a CIS aprovou uma resolução que tratava do “Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio” e nesse momento a gestão da saúde indígena sofre uma grande mudança (FUNASA, 2002).

A CIS aprovou por intermédio da Resolução nº 2, de outubro de 1994, o "Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio", que atribuía a um órgão do Ministério da Justiça, a FUNAI, a responsabilidade sobre a recuperação da saúde dos índios doentes, e a prevenção, ao Ministério da Saúde, que seria responsável pelas ações de imunização, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias.

(FUNASA, 2002, p. 9)

A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) ficou com a responsabilidade de cuidar das ações de prevenção à saúde, representando por sua vez o Ministério da Saúde. A saúde indígena estava, então, dividida entre os dois órgãos: FUNAI e FUNASA. Os reflexos dessa divisão foram claros além de se manterem as dificuldades que a FUNAI já vinha enfrentando, agora lidavam com ações fragmentadas e que pouco se aproximava do propósito constitucional de se prestar atenção à saúde integral aos povos indígenas.

Com intuito de redefinir o contexto da saúde indígena, as instituições começavam a atuar universidades, instituições indigenistas e até mesmo missões religiosas. Porém, as parcerias não tinham clareza e pouco se falava nos objetivos e no impacto dessas ações na saúde dos povos indígenas, deixando claras as falhas no processo de gestão (Garnelo, 2012).

Apesar da mudança na gestão da saúde indígena, o modelo se apresentava insuficiente para suprir das demandas dos povos indígenas. Os problemas e as dificuldades de lidar com a diversidade dos indígenas nos processos de saúde e adoecimento eram negligenciadas, pois o

sistema de saúde que se apresentava a eles era incapaz de oferecer saúde de forma integral e equânime.

No boletim informativo especial, edição nº 8, da FUNASA, publicado em 2009 que tem como página principal: “A saúde indígena: uma década de compromisso”, a FUNASA apresenta diversas questões que considera como avanços para saúde indígena desde aplicação do orçamento aprovado até o monitoramento das ações de saúde em área indígena. Há apresentação de uma série de dados que vai contra os discursos encontrados sobre o período de gestão da FUNASA na saúde indígena. Mais adiante discutiremos os discursos dos atores sobre essas mudanças históricas na gestão da saúde indígena.

Após diversas discussões, em 2008, o Ministério da Saúde publica duas portarias (nº 3034 e 3035) criando um grupo de trabalho (GT) para elaboração da proposta de um novo modelo de atenção à saúde indígena. Em 2009, o GT dá início às atividades realizando seminários regionais que têm entre as temáticas a autonomia dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e, conseqüentemente, a transição da saúde indígena da FUNASA para o Ministério da Saúde. Essa discussão contou com a participação de lideranças indígenas, no entanto, os novos rumos tomados ainda não são o esperado por essas lideranças².

Com isso, em 2010, é publicado o decreto nº 7.336/2010 que cria, na estrutura do Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Saúde Indígena com uma nova estrutura organizacional e que já nasceu carregando a expectativa histórica de uma assistência à saúde de qualidade. A SESAI foi dividida por áreas: Departamento de Gestão da Saúde Indígena, Departamento de Atenção à Saúde Indígena, Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena e Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Da nova estrutura organizacional proposta pela SESAI, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas são o espaço em que se busca reconhecer a diversidade dos povos indígenas. A organização dos serviços tem por objetivo ser feita considerando os aspectos culturais e territoriais, no intuito de promover, da ponta do sistema, a reordenação das ações de saúde. Inversamente das sensações que o SUS deixou durante a história e até hoje, a idéia de uma unidade gestora descentralizada representa ao menos um reconhecimento da ineficiência de

² Em conversa informal com lideranças indígenas Yanomami, Macuxi e Wapixana em junho de 2013 em Boa Vista, RR, as mesmas informaram que lutaram pela criação da SESAI, no entanto, essa só ficou com um nome bonito, pois ainda não trouxe qualidade e eficiência à saúde indígena.

ações pensadas sem considerar as especificidades daqueles que participam desses processos. Mas o que se observa é que não necessariamente reconhecer significa compreender e agir para que a mudança ocorra.

A SESAI assumiu a responsabilidade ainda de promover as ações relacionadas ao saneamento básico e ambiental em área. A idéia então é tornar os DSEIs unidades gestoras descentralizadas, pois se acredita que essa seja uma estratégia para tornar a saúde mais integrada e articulada.

Da Fundação Nacional do Índio para Fundação Nacional de Saúde e hoje na Secretaria Especial de Saúde Indígena, sem dúvida a saúde indígena passou por diversos processos de transição, numa tentativa aparente em torná-la efetiva e de qualidade. Pode-se questionar se, em cada momento desse processo de gestão, ocorreram mudanças significativas, ou melhor, se houveram mudanças, mas depois de tantos anos na suposta busca por uma atenção à saúde integral vale a pena questionar se este é o caminho certo.

Cada momento de transição, de uma instituição para outra, tem um efeito sobre a vida dos atores sociais envolvidos, sejam eles os usuários desse subsistema, os profissionais de área, as Casas de Atenção a Saúde, os hospitais ou os gestores. A hipótese que se levanta aqui é que se fala muito em planejar as ações, no entanto, esse ato de planejamento encontra-se distante da realidade e pouco se fala em monitorar e avaliar os impactos das políticas de saúde.

3.2. Do Estatuto do Índio ao Estatuto dos Povos Indígenas

Alguns documentos são marcantes na configuração das políticas para os povos indígenas, a criação de um estatuto específico para este segmento populacional é um desses. Em 19 de dezembro de 1973, a lei n. 6.001 foi sancionada trazendo disposições sobre o Estatuto do Índio. Esse documento também participava da idéia que já vinha sendo disseminada pelo Código Civil brasileiro de 1916, em que os índios eram reconhecidos como “relativamente incapazes”. O estatuto apresenta a idéia de que os povos indígenas necessitavam de tutela do estado devido a sua condição de incapazes. Na época, o órgão estatal destinado a essa função de tutelar os povos indígena recebeu o nome de Serviço de Proteção ao Índio (Lei n. 6.001, 1973).

Além da tutela, está presente a ideia assimilacionista dos indígenas à sociedade nacional, o que significa seu fim e de sua diversidade étnica.

Os conflitos advindos das concepções trazidas por este Estatuto sobre os indígenas permeiam a efetivação de qualquer política para os povos indígenas até hoje. Essas concepções estão baseadas no assistencialismo, paternalismo e tutela dos indígenas. O Estatuto do Índio é considerado inadequado as mudanças trazidas pela Constituição de 88. Desse modo, desde 1994 tramita o Estatuto dos Povos Indígenas no Congresso Nacional. Este estatuto pretende regulamentar as necessidades e modificações que não estão contempladas em documentos anteriores como o fim da tutela e da ideia assimilacionista (Alves, 2009). Este novo estatuto está ancorado nas mudanças na maneira do Estado brasileiro encarar e reconhecer a diversidade dos povos indígenas.

O quadro comparativo (Santos *et.al.*, 2008, p.35) retirado do livro “Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil” traz algumas das diferenças entre o Estatuto do Índio e o Estatuto dos Povos Indígenas:

Quadro 1- Comparação entre os dispositivos legais que regem a política indigenista no Brasil.

Estatuto do Índio Lei nº. 6.001/1973	Estatuto dos Povos Indígenas Projeto de lei nº. 2.057/1991
Produzido no período da ditadura militar; no início dos anos 70. Povos indígenas vistos como obstáculo ao desenvolvimento do país.	Produzido no período pós-constituição de 1988. Orientado pela busca de relações mais justas com as sociedades indígenas, entendidas como sujeitos políticos com direito à auto-determinação.
CONCEITOS IMPORTANTES: tutela; perda cultural; assimilação dos povos indígenas à sociedade nacional brasileira; relativa incapacidade jurídico-política dos indígenas.	CONCEITOS IMPORTANTES: auto-determinação jurídica e política das sociedades indígenas; direitos ancestrais à terra e à diferença de cultura; auto-identificação e gestão comunitária de patrimônio cultural e ambiental.
DIREITO À SAÚDE: sob responsabilidade de órgão tutor (Funai), através do modelo de equipe volante de saúde (EVS); sem articulação com o SUS; não prevê formas de controle social das ações de saúde.	DIREITO À SAÚDE: sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas; prevê participação comunitária através de conselhos.

Deve-se considerar que ambos os estatutos surgiram em épocas diferentes da história da saúde indígena no Brasil, o primeiro, o Estatuto do Índio, foi pensado a luz das legislações da época

que compartilhavam o mesmo pensamento que está exposto em seu texto. Já o Estatuto dos povos indígenas foi pensado a luz da Constituição de 88 que por si já representa um avanço para o direito a saúde. Desse modo, o projeto do Estatuto dos Povos Indígenas já traz em seu texto conceitos importantes como a auto-determinação dos povos e a importância do direito à terra e à diferença cultural.

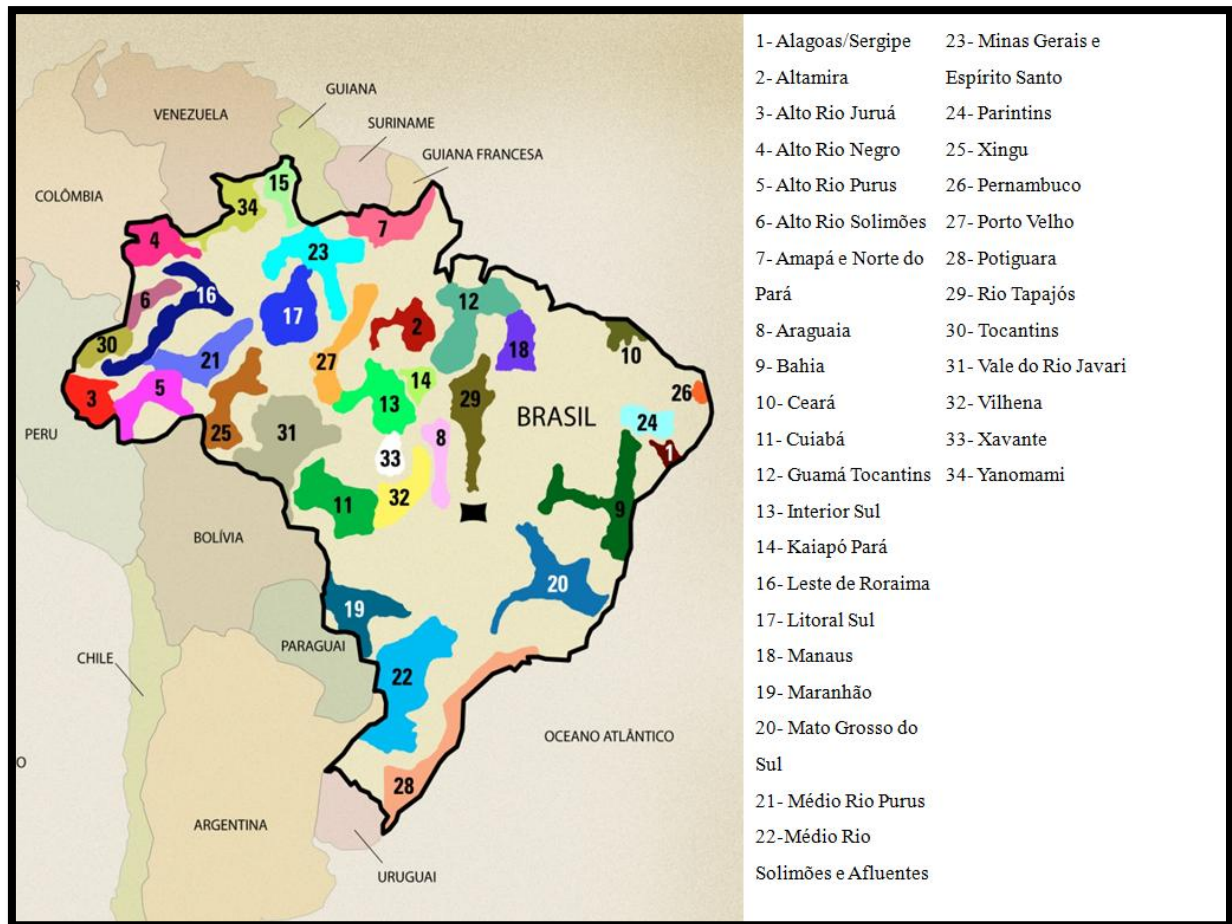
Portanto, quando se lida com saúde observa-se que cada fator na vida do indivíduo pode ser determinante nos processos de saúde e adoecimento, como é o caso das terras para os indígenas e diversos outros fatores culturais. Esses aspectos devem prevalecer ao prestar assistência à saúde para esses povos.

3.3. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

No ano de 2002, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) começou a esclarecer alguns aspectos da atenção aos povos indígenas como, por exemplo, formas de organização da gestão para esses coletivos em sua singularidade, que se acredita necessária para prestar assistência e promover a saúde desses indivíduos. O texto que cria o Sistema Único de Saúde não foi suficiente para garantir a integralidade à saúde para esse segmento específico, essa política, por sua vez, veio para aprimorarmos princípios e diretrizes do SUS. Porém, não se tratava apenas da necessidade de garantir o princípio da integralidade, mas sim articular esse princípio com aspectos da diversidade desses povos, reconhecer os sistemas tradicionais de cura e prover assistência à saúde de qualidade.

A política foi constituída por diretrizes que determina desde instrumentos de planejamento até o monitoramento das ações. A organização foi pensada na perspectiva de fortalecimento da Atenção Básica com a presença de Distritos Sanitários Especiais Indígenas e de pólos-base nas terras indígenas.

Figura 1- Mapa de distribuição dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas.



Fonte: SESAI (com adaptações).

Há uma dificuldade do sistema de saúde brasileiro em estruturar os serviços em área devido as dificuldade de acesso aos territórios indígenas isolados. Isso ocorre, muitas vezes, pela falta de profissionais interessados e capacitados para trabalhar em área e também as condições de trabalho e acesso a insumos para desenvolver as ações de saúde em nível local.

Entre as diretrizes da Política Nacional de Atenção a Povos Indígenas surge a necessidade de preparação dos recursos humanos para lidar com a diversidade dos povos indígenas representada pelo contexto intercultural distinto do que muitos estão acostumados. Os profissionais têm, no geral, que participar da cultura indígena devido aos longos períodos que ficam em área.

O Ministério da Saúde é responsável pelas atividades de gestão e direção da Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas. O orçamento pode ser composto de cooperação internacional e de recursos da iniciativa privada. Os estados e municípios, por sua vez, também possuem atribuições importantes na implementação da política atuando de forma

complementar. Deve-se considerar, ainda, que os povos indígenas estão contemplados nos mecanismos de financiamento do SUS. Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas recebem financiamento de acordo com a população, a localização geográfica e as características epidemiológicas (FUNASA, 2002).

Porém, apesar do desenho interessante que traz a política fica:

[...] evidente que um dos grandes desafios na implementação do modelo é estruturá-lo – envolvendo centenas de milhares de usuários e agências governamentais e não governamentais – sem perder de vista a sócio-diversidade indígena existente no país, bem como o respeito ao pluralismo cultural.

(Santos *et al*, 2008, p.34)

A luz da política se pensou na importância de um sistema capaz de coletar, processar e analisar as informações de saúde dos povos indígenas, ao qual foi dado o nome de Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). No entanto tal sistema não vem produzindo dados com alta confiabilidade (Santos *et al*, 2008).

Uma das deficiências na concepção do SIASI diz respeito às variáveis a serem utilizadas nos instrumentos de coleta. Deixaram de ser incluídas variáveis importantes para a construção de um perfil epidemiológico, ao mesmo tempo em que foram inseridas outras de menor relevância. Esse fato ocasionou um número excessivo de dados, sem o conhecimento e reconhecimento da sua importância pelos profissionais usuários, levando a um desinteresse ou ao não preenchimento desses formulários na rotina da atenção à saúde indígena

[...]

a qualidade de um sistema de informação depende muito da qualidade dos dados coletados, incluindo a regularidade e o correto preenchimento dos instrumentos.

(Sousa, Scatena e Santos, 2007, p.858)

O SIASI também tem que lidar com as barreiras geográficas, a falta de capacitação de recursos humanos e a desestruturação que permeia o modelo de atenção à saúde indígena. Não há, ainda, recursos humanos capacitados profissionalmente para trabalhar com sistemas informatizados de vigilância em saúde. Por outro lado, alguns sistemas apresentam variáveis que podem estar distantes da realidade da informação que desejam produzir, isso reflete na qualidade dos dados produzidos em todo o país. Alguns sistemas de informação como o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema Nacional sobre Nascidos Vivos

(SINASC) já apresentam melhor conformações aos dados que desejam produzir, mas o que não é a realidade de todos os sistemas de informação (Sousa, Scatena e Santos, 2007).

Sugerir a criação de um sistema de informação como estratégias as ações de monitoramento das ações de saúde indígena foi passo importante da Política Nacional de Atenção à saúde dos povos indígenas. Contudo, o fator determinante da Política foi à proposta de estruturação da saúde indígena por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, apresentando um foco no fortalecimento da atenção básica.

4. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

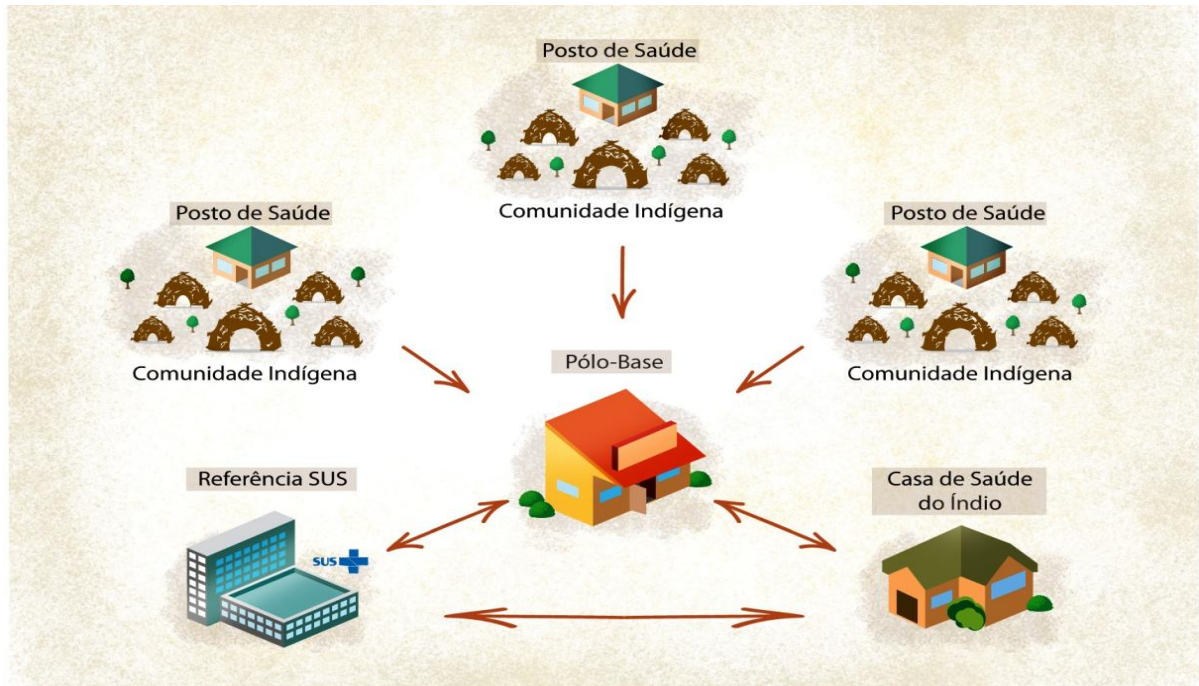
Em 1999, foi aprovada a Lei nº. 9.836 que instituiu o Subsistema de Atenção a Saúde Indígena. Essa lei ficou conhecida como Lei Arouca em homenagem ao empenho do médico sanitarista e doutor em Saúde Pública, Antônio Sérgio da Silva Arouca, autor do projeto de lei que tramitou no Congresso Nacional.

A lei nº. 9.836/99 dispõe que deverá ser considerada a realidade local e especificação da cultura dos povos indígenas e ainda observada essa diversidade dentro da assistência a saúde. O subsistema deve ser caracterizado pela descentralização, hierarquização e regionalização das ações de saúde. Para isso instituiu-se os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que são pólos regionalizados de atenção a saúde indígena, responsáveis pelo elo entre a rede de atenção (Lei 9.836, 1999).

A Lei Arouca traz o que se pretende analisar nesta pesquisa: o subsistema de Atenção Indígena. Sabe-se que ele possui uma proposta de implantação que envolve desde a responsabilidade de saúde local até a formação de uma rede de atenção a saúde que seja capaz de prover atenção a saúde integral aos povos indígenas. Assim, é importante questionar, em meio a esses processos que promovem à assistência a saúde a esses povos, de que forma estão sendo otimizados todos os aparatos planejados e dispensados ao Subsistema de Atenção Indígena e onde estão localizados os povos indígenas dentro dessa perspectiva.

Para entender melhor qual a estrutura que o Subsistema delimitou como de importância para se prover atenção integral aos povos indígenas e compreender o papel de cada uma para alcançar esse objetivo iremos discorrer mais detalhadamente os conceitos de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, Pólos-base e Casa de Atenção a Saúde do Índio.

Figura 2- Organização do DSEI e Modelo Assistencial.



Fonte: SESAI.

Os DSEI são orientados por critérios populacionais, geográficos e epidemiológicos que tem por objetivo prover saúde de qualidade aos povos indígenas. Cada DSEI é responsável, dentro do seu território, por organizar a rede de serviços de atenção básica e articular esses serviços com a rede de serviços do SUS (FUNASA, 2002).

Os distritos devem se compor de equipes multidisciplinares composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, odontólogos e agentes indígenas de saúde (AIS). Podem atuar nas equipes, quando necessário, outros profissionais como antropólogos e educadores. O quantitativo de profissionais dos distritos é variável e se coaduna com aspectos como o número de indígenas na área, a dispersão dessa população, as condições de acesso as áreas, perfil epidemiológico, entre outros (FUNASA, 2002).

Os AIS são essenciais no fortalecimento da atenção básica em áreas indígenas, visto que são participantes desse contexto sócio-cultural, compreendem as medicinas tradicionais e os métodos de cura nos processos de saúde e adoecimento, tendo dessa forma um melhor trânsito do que os profissionais não indígenas. A intenção é “estimular a apropriação, por esses povos, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, sem negligenciar o conhecimento de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não” (FUNASA, 2009, p.47).

Os pólos-base por sua vez representam a primeira referência dos AIS no desempenho de suas atividades. Os pólos-base podem estar dentro de áreas indígenas ou em municípios de referência que nesse caso são a unidade básica de saúde do município (FUNASA, 2002). Essas unidades são responsáveis pela resolução de maior parte dos agravos em saúde e devem responder a essas demandas por meio das equipes multidisciplinares. Caso o problema não possa ser resolvido na atenção básica os indígenas são encaminhados para os serviços de saúde da rede SUS mais próximos. Para isso deve ser realizada uma articulação prévia com essas unidades de referência.

Para média e alta complexidade, os quais são justamente os serviços que não podem ser prestados nos pólos-base e são encontrados na a rede do SUS, o subsistema conta com a estratégia de Casas de Apoio à Saúde do Índio espalhadas pelos municípios brasileiros.

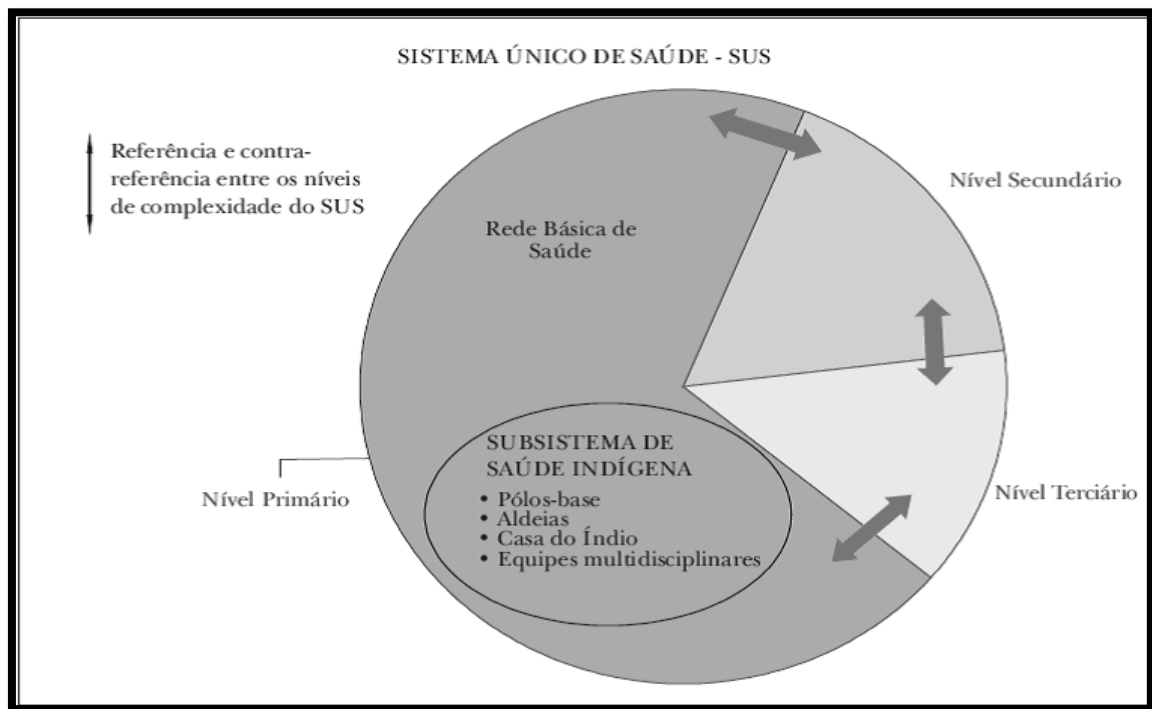
As CASAIs devem ser estruturadas para receber os indígenas, alojar e fornecer alimentação e assistência de enfermagem 24 horas por dia para os pacientes que são encaminhados para a rede do SUS. As CASAIs também têm a responsabilidade de marcar consultas, exames e internação hospitalar. Devem fornecer acompanhamento dos pacientes e organizar o retorno dos indivíduos às comunidades de origem quando isso já for possível. As atividades de educação em saúde, o estímulo a produção artesanal, atividades de lazer para pacientes e acompanhantes também devem ser realizadas nesse âmbito (FUNASA, 2009).

O subsistema tem a pretensão de, através dessa estrutura formada por DSEIs, pólos-base e CASAIs, fornecer atenção a saúde diferenciada aos povos indígenas. A criação de serviços diferenciados tem por objetivo reconhecer a diversidade desses povos e definir formas que se acreditam necessárias para alcançar os princípios de integralidade, equidade e universalidade do SUS.

Mais adiante discutiremos mais sobre a realidade da Casa de Apoio à Saúde do Índio do Distrito Federal e entenderemos mais sobre o papel que esse espaço vem tendo na vida dos indígenas que necessitam de atendimento na média e alta complexidade. Agora, nos ocuparemos de analisar apenas como esse subsistema foi idealizado.

A figura que segue faz referência à organização do Subsistema de Atenção Indígena (Santos *et al.*, p. 48, 2008).

Figura 3- Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e fluxo de referência e contra-referência.



Fonte: Modelo elaborado com base no documento Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas (Funasa, 2002) e na portaria 1.088/2005 do Ministério da Saúde.

Como nota-se, a estrutura do Subsistema compõe-se de uma perspectiva de articulação que vai desde a aldeia indígena com a atuação dos pólos bases até a espera por atendimento dentro dos grandes centros urbanos. A proposta de CASAI faz parte do propósito de ter espaços específicos para recepção e apoio ao índio que vem referenciado da aldeia, tem como objetivo atuar no auxílio à assistência continuada do indígena, sem prestar ações médicos-assistenciais. Isso possibilita uma articulação contínua com o DSEI (FUNASA, 2001).

Cabe problematizar que o Subsistema de Atenção a Saúde Indígena foi pensado como um modelo que está retratado em diversas legislações, mas como se operacionaliza esse sistema na prática, como se dá a rotina diária de atendimento ao indígena. Para compreender melhor onde estão ou como se inserem os povos indígenas nesse processo será útil utilizar o conceito de itinerários terapêuticos, pois tal conceito permite reconhecer a passagem do indivíduo pelos mais variados sistemas médicos, como se dá o acesso a esses sistemas, como se dá a incorporação do indivíduo em ambientes diversos, a aceitação e conflituosidade gerada por esses sistemas diversos e forma que esses sistemas lidam com diversidade. Discutir a relação entre saúde e diversidade, reconhecer os sujeitos desses processos terapêuticos e a busca pelo

cuidado são dimensões que implicam em uma escuta dos sentidos que os sujeitos dão a suas experiências quando adentram os sistemas de saúde (Pereira, 2008).

De acordo com Langdon (1994), os processos terapêuticos são considerados uma negociação de interpretações entre pessoas com conhecimento e posições de poder diferenciados. Ainda, segundo essa autora, o próprio conhecimento médico de um grupo não é autônomo e isolado, mas é continuamente modificado através de (re) ações políticas e sociais, o que nos leva a observar o sistema médico de um coletivo indígena em interação com outros sistemas, com diversos pacientes e situações, se diversificando a partir dessas interações. Nessa análise da autora, é possível perceber a centralidade do conceito de itinerários terapêuticos. Diante disso, este trabalho pretende focar nos itinerários terapêuticos de indígenas que se encontram na CASAI DF e observar os conflitos, as negociações mantidas pelos indígenas quando adentram o subsistema indígena de saúde, quando entram na rede de assistência do SUS.

4.1. A formação de uma rede de atenção à saúde indígena

Retomando ao conceito de Mendes (2010) sobre redes de atenção à saúde, exposto anteriormente, discutiremos aqui sobre a formação de redes de atenção a saúde e possibilidade de aproximação do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena a essa estratégia.

As redes de atenção à saúde podem ser entendidas como as articulações entre os sistemas e serviços de saúde. São determinadas por aspectos do planejamento e pelas relações que se estabelecem entre os atores que participam desse processo.

Acredita-se que uma rede de atenção seja eficaz quando independente de onde o usuário esteja nesse percurso ele está coberto por serviços de saúde eficientes e articulados. Estabelecer redes sempre foi uma pretensão do SUS. Lidar com modelos de atenção à saúde fragmentados que atuam de forma isolada não favorece a efetividade do sistema de saúde.

Aparentemente, o subsistema já foi instituído com uma aproximação à perspectiva de redes. Nesse sentido, não basta ter somente atenção básica, ou seja, os pólos-base por si só não são suficientes para suprir todas as demandas de saúde dos povos indígenas. O subsistema deve ser pensado tendo como perspectiva de acompanhar com eficiência e qualidade o indígena desde o momento em que está em seu território até quando ele necessita de cuidados fora de

seu domicílio. E, após receber os cuidados na média e alta complexidade, retornar ao seu território de origem.

Os povos indígenas possuem uma diversidade cultural e ao entrar na rede de serviços do SUS, o qual é sabido que não foi pensado ou planejado para eles, não deveriam se sentir descobertos ou perdidos em meio ao modelo saúde biomédico. No entanto, na prática não é isso que acontece, conforme será discutido mais adiante, os indígenas não se sentem incluídos em todo esse processo. Seria essencial pensar e efetivar o subsistema de saúde indígena em uma perspectiva de rede de atenção a saúde:

Os conteúdos básicos das redes de atenção à saúde: apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; [...] em que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da atenção primária à saúde; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população.

(Mendes, 2010, p. 2300)

Observa-se, portanto, que assim como o conceito acima exposto por Mendes (2010)- o subsistema foi estruturado com foco no fortalecimento da atenção básica e tendo-a como orientadora dos serviços que se seguem. Os esforços na adequação da atenção básica, na formação de profissionais capacitados, de criação de espaços preparados de acordo com a realidade dos indígenas podem ser mais facilmente vistos na atenção básica. Mendes afirma que é a todos os níveis de atenção deve ser dada igual importância e que devem se relacionar de forma horizontal (op. cit.).

A partir daí, é possível questionar se no Subsistema de Atenção a Saúde Indígena é dada à estruturação da média e alta complexidade a mesma importância que é dispensada à atenção básica. Conforme veremos nos estudos de casos etnografados na CASAI, foi possível perceber que não foi dada a devida importância à média e alta complexidade, além disso, a atenção básica ainda é deficiente em área.

O subsistema foi pensado numa ótica de redes ou como um sistema fragmentado? É sabido que foi pensado como uma rede, portanto, nota-se que ainda há grandes desafios pela frente. Pensar em rede pressupõe uma intercomunicação entre os pontos que participam da atenção a saúde do indivíduo, por conseguinte, os fluxos da rede devem ser claros para os usuários.

Mais adiante, pretende-se analisar se os indígenas reconhecem os fluxos e itinerários que percorrem dentro subsistema que foi pensado para ele e se há o entendimento dos processos e do sistema como um todo. Pode-se considerar que este é um passo para se discutir melhor a idéia de redes de atenção a saúde e o Subsistema.

Discutir as redes e o Subsistema de Atenção a Saúde Indígena significa pensar desde os conceitos do planejamento em saúde até os aspectos políticos de articulação dos gestores do SUS, mas, conforme veremos a seguir essa discussão ainda merece ser amadurecida

5. Casa de Apoio à Saúde do Índio (CASAI-DF)

A CASAI-DF, assim como todas que estão espalhadas pelos municípios brasileiros tem a função de fornecer apoio aos indígenas que necessitam de atendimento na média e alta complexidade nos serviços da rede do SUS. A CASAI-DF faz parte do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena, está vinculado a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). É uma unidade de caráter nacional recebendo indígenas referenciados dos DSEIs de todo o país para atendimento nos serviços de saúde do DF.

Por ser uma CASAI nacional, a CASAI-DF recebe indígenas de várias localidades do país e de diversas etnias. Nos períodos em que ficam hospedados os próprios indígenas tem que conviver com a diversidade das demais etnias, visto que elas são distintas entre si e tem que ocupar o mesmo espaço enquanto necessitam de atendimento na média e alta complexidade. Essa relação interétnica mantida em um mesmo espaço, especialmente, em um espaço onde as pessoas se encontram fragilidades e em processo de saúde-adoecimento é um ponto de conflito. Isso se deve a muitas cosmologias indígenas que acreditam na agencialidade humana desencadeada por meio de feitiçaria desencadeando a doença em outros (Luciano, 2006).

Esta situada em área rural, na DF 250 – Km 8,5 Sobradinho, a aproximadamente 50 km do Plano Piloto de Brasília. Funciona em um espaço locado onde antes era um hotel fazenda. De estrutura física a CASAI-DF dispõe de seis blocos de edificações que são destinadas ao serviço médico, serviço social, psicologia, enfermagem, refeitório, administração, farmácia e auditório. Nesse espaço têm-se 14 apartamentos para alojamento dos indígenas todos com banheiros internos e possui ainda espaços ao ar livre para atividades de lazer.

Figura 4- Bloco administrativo da CASAI-DF.



Figura 5- Bloco de alojamentos da CASAI-DF.



Os espaços de lazer são utilizados pelos indígenas para confecção de artesanato, realização de jogos de futebol e brincadeiras de crianças. O auditório é utilizado para realização de palestras, reuniões e atualmente de oficinas semanais do projeto de extensão “Práticas

Médicas Indígenas e o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: ações na CASAI DF”, coordenado pela professora Silvia Guimarães da Faculdade de Ceilândia- Universidade de Brasília, com a atuação de estudantes de diversos cursos dessa Faculdade.

A extensão possibilita aos acadêmicos da área da saúde o contato direto com novas formas de pensar saúde, formular um entendimento e respeitar os métodos tradicionais de cura e hábitos dos indígenas. É a tentativa de uma modificação na formação que pretende formar sujeitos capazes de respeitar a diversidade que irão lidar futuramente nos serviços de saúde.

Figura 6- Espaço de convivência da CASAI-DF.



A CASAI-DF diferente de outras CASAIs pelo país, apresentam uma estrutura externa de lazer ampla que pela quantidade de indígenas hospedados não apresenta uma superlotação. Porém, possui espaços mal utilizados como é o caso de uma sala de estudos que não é utilizada pela falta de pedagogo para desenvolver atividades nesse espaço. Existe uma piscina no espaço, que fica vazia visto que os indígenas não podem utilizá-la de acordo com o contrato de locação feito.

A respeito das atividades padrão, a CASAI-DF atua com uma equipe multidisciplinar que de acordo com Relatório de execução física do mês de fevereiro de 2013, é composta por serviço médico, serviço de enfermagem (enfermeiro e técnico em enfermagem), serviço de nutrição,

psicologia, assistência social e farmacêutico. Essa equipe realiza atendimento 24h por dia, provendo assistência em período integral aos pacientes indígenas e acompanhantes hospedados.

De acordo com o Relatório de atividade física da CASAI-DF do mês de fevereiro de 2013, os profissionais de saúde trabalham em turnos de 8 horas por dia de segunda-feira à sexta-feira. Durante a semana, de segunda-feira à sexta-feira, há presença de 4 técnicos em enfermagem para realização de acompanhamento dos pacientes em atividades externas a CASAI, como consultas e hospitalizações. Nos plantões os turnos são de 12 horas de trabalho por 36 horas de descanso e a troca de plantão é realizada às 7 horas e às 19 horas, têm-se a presença de pelo menos dois técnicos de enfermagem e do enfermeiro coordenador técnico.

Além dos profissionais de saúde a CASAI-DF conta com outros serviços que auxiliam em seu funcionamento como os serviços administrativos, serviços gerais, transporte e segurança. Parte desses profissionais fazem parte do quadro de servidores do Ministério da Saúde e outros de empresas terceirizadas para prestação dos serviços.

Os indígenas só entram na CASAI-DF após serem referenciados dos Distritos Sanitários, o Ministério é responsável pelo fornecimento do transporte das aldeias até o alojamento na CASAI e posteriormente o retorno desse paciente até a aldeia, seja ele terrestre ou aéreo. Os indígenas que adentram o Subsistema são aqueles que vivem em Terras Indígenas demarcadas pelo Estado brasileiro. Desse modo, os indígenas que se encontram em território tradicionais, mas não demarcados pelo Estado brasileiro, ou os indígenas que vivem nas cidades, não podem adentrar o Subsistema. Isso significa que as políticas indigenistas não atingem esse segmento³.

Quando vem dos DSEI para a CASAI, os pacientes podem vir acompanhados da família ou parentes, nos casos dos indígenas que não falam a língua portuguesa eles vêm acompanhados de alguém que fale a língua ou até mesmo de um tradutor. Não há limite de acompanhantes, existem casos de pacientes com toda a família alojada na CASAI-DF e outros casos de pacientes que ficam acompanhados apenas por tradutores que vem e voltam para aldeia de tempos em tempos.

³ Há uma mobilização de indígenas que vivem nas cidades para serem atingidos pelas políticas públicas de educação e saúde.

Já na CASAI os indígenas possuem uma rotina diária como momentos específicos para realização de cada atividade, como é o caso da alimentação. Quando tem consultas, exames ou necessitam ser hospitalizados eles saem da CASAI acompanhados e terminados os procedimentos eles retornam. As consultas e exames são todas agendadas pela CASAI e durante o atendimento os profissionais também participam, não os deixando sozinhos em nenhum momento.

5.1. Observações demográficas e epidemiológicas na CASAI-DF

Atualmente, os estudos disponíveis apresentam apenas indicadores sobre a situação dos povos indígenas, devido a escassez de dados consolidados sobre a realidade de saúde desses povos no Brasil. Porém, os indicadores que se tem disponíveis já demonstram um processo de transição epidemiológica na saúde indígena (Basta, Orellana e Arantes, 2012).

Acredita-se que essa modificação no perfil epidemiológico seja reflexo das mudanças ocorridas no decorrer da história. Os indígenas tiveram seus territórios ocupados de forma brusca, a exploração dos recursos naturais e as modificações nas estratégias de subsistência podem ter sido determinantes nesse processo de transição.

Então, nesse processo de transição as doenças infecciosas e parasitárias passam a dividir espaço com as doenças crônicas não transmissíveis e com doenças conhecidas como desordem social, relacionadas ao alcoolismo, transtornos psiquiátricos e causas externas. Os indicadores disponíveis revelam, ainda, problemas de saneamento, moradia, desenvolvimento social e econômico. Avalia-se que o panorama da situação de saúde dos povos indígenas atual e o visto há uma década, não apresenta fortes modificações apesar do crescimento de investigações científicas na área e a criação do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena (Basta, Orellana e Arantes, 2012).

Essa modificação no perfil epidemiológico dos indígenas reflete na demanda atendida pela CASAI-DF, pois problemas que poderiam ter sido sanados na atenção básica hoje evoluem para a cronicidade, necessitando de recursos e tecnologias que estão disponíveis na média e alta complexidade. A CASAI-DF produz Relatórios de Execução Física que variam por períodos mensais, semestrais e anuais que apresentam dados a respeito dos atendimentos realizados por cada profissional de saúde, dos atendimentos realizados por cada hospital que faz parte da rede de serviços, as patologias atendidas, sobre os DSEIs e etnias atendidas, entre

outros. Esses dados permitem realizar algumas observações sobre os pacientes atendidos pela CASAI-DF e a participação da rede SUS nesses atendimentos.

A seguir, temos algumas tabelas construídas com base nos Relatórios de Execução Física da CASAI-DF que permite uma visão geral do contexto da CASAI-DF. Os períodos analisados são variáveis, visto que os relatórios analisados não são padronizados com isso nem todos os relatórios contêm os mesmos dados e informações.

Tabela 1 – Frequência absoluta de paciente e acompanhante segundo DSEI e etnia, janeiro a novembro de 2012.

DSEI	ETNIA	PACIENTE	ACOMPANHANTE
XINGU	Awet	7	11
	Ikpeng	11	22
	Kalapalo	24	52
	Juruna	12	-
	Kamayura	17	31
	Kuikuro	47	65
	Matipu	3	3
	Merinako	6	6
	Nafukua	5	7
	Suya	22	33
	Tapaiuna	2	-
	Waura	19	26
	Trumai	4	4
	Ywalapiti	5	6
RORAIMA	Wapixana	3	2
	Paraiconã	1	1
	Makuxi	1	1
	Yanomami	6	12
TOCANTINS	Xerente	4	4
	Javaé	1	-
	Atikum	1	1
XAVANTE	Xavante	74	125
BAHIA	Pataxó	1	1
KAIAPO	Metuktire	3	1
ARAGUAIA	Karaja	3	2
MEDIO RIO PURUS	Jamamadi	1	1
FLORIANÓPOLIS	Kaiagang	1	1
CACOAL	Cintalarga	1	1
ACRE	Ashaninka	1	1
LESTE DE RORAIMA	Patamona	1	1
MARANHÃO	Gavião	1	1

Fonte: Casa de Apoio a Saúde do Índio do Distrito Federal.

A Tabela 1 faz referência a paciente e acompanhantes admitidos na CASAI-DF no período de janeiro a novembro. No período apresentado o DSEI do Xingu foi o que apresentou maior variedade de etnias que foram alocados na CASAI-DF e também foi o DSEI que teve maior número de pacientes alocados nesse período totalizando 450 indígenas, sendo 184 pacientes e 266 acompanhantes.

Se a análise for realizada por etnia verifica-se que a etnia Xavante apresentou maior frequência de pacientes e acompanhantes no período de janeiro a novembro de 2012, contribuindo com 199 indígenas dentre esses pacientes e acompanhantes. Seguido dos Kuikuro com a presença de 112 indígenas no período analisado.

Tabela 2 – Frequência absoluta e relativa dos atendimentos segundo estabelecimento de saúde, janeiro a novembro de 2012.

ESPECIALIDADE MÉDICA	N	%
Hospital Universitário de Brasília	375	60,5
Hospital Materno Infantil de Brasília	11	1,8
Hospital de Base do Distrito Federal	36	5,8
Hospital da Criança de Brasília José Alencar	153	24,7
Cruz Vermelha Brasileira	8	1,3
Hospital Sarah Kubitschek	20	3,2
Outros	17	2,7
TOTAL	620	100,0

Fonte: Casa de Apoio a Saúde do Índio do Distrito Federal.

Os pacientes apresentados na Tabela 1 foram atendidos nos estabelecimentos de saúde descritos acima. O Hospital Universitário de Brasília foi responsável por mais de 50% dos atendimentos realizados de janeiro a novembro de 2012, com mais da metade do segundo estabelecimento que mais participou dos atendimentos, o Hospital da Criança de Brasília José Alencar, que realizou 24,7% dos atendimentos. O HUB, como citado anteriormente, recebe o Incentivo à Produção Ambulatorial e Hospitalar à População Indígena e realiza atendimentos ambulatoriais, o que contribui para que seja o estabelecimento de saúde no DF que mais participa do atendimento a indígenas.

O Hospital da Criança de Brasília José Alencar atende a população de 29 dias a 18 anos de idade, que necessitam de atendimento de equipes especializadas. Desse modo, que houve um grande número de pacientes indígenas, nessa faixa etária, que necessitaram de atendimento

especializado na média e alta complexidade, com um total de 153 pacientes atendidos nesse estabelecimento de saúde.

Por sua vez, o Hospital de Base do Distrito Federal realizou 5,8% dos atendimentos de janeiro a novembro de 2012, contribuindo em menores proporções. De acordo com relatos informais de profissionais da CASAI-DF o HBDF realiza atendimentos emergenciais, como quando, por exemplo, um paciente tem reações adversas após as sessões de quimioterapia no tratamento de câncer. Considerando os relatos dos profissionais, os números apresentados podem representar que houve poucas intercorrências no período analisado.

Tabela 3 – Frequência absoluta e relativa dos atendimentos segundo especialidade médica, janeiro a novembro de 2012.

ESPECIALIDADE MÉDICA	N	%
Cardiologia	28	4,8
Clínica médica	13	2,2
Dermatologia	12	2,1
Gastroenterologia	16	2,8
Ginecologia	38	6,5
Hematologia	78	13,4
Mastologia	11	1,9
Nefrologia	12	2,1
Neurologia	26	4,5
Neurologia Pediátrica	21	3,6
Oftalmologia	18	3,1
Oncologia	83	14,3
Ortopedia	33	5,7
Otorrinolaringologia	33	5,7
Pediatria	56	9,6
Pneumologia	19	3,3
Reumatologia	14	2,4
Outras	70	12,0
TOTAL	581	100,0

Fonte: Casa de Apoio a Saúde do Índio do Distrito Federal.

A Tabela 3 apresenta as patologias atendidas de janeiro a novembro de 2012. Nota-se que a oncologia, apresentou o maior índice, com 14,3% dos atendimentos. Seguida da hematologia com 13,4%. Esses dados vão de encontro as análises de Basta, Orellana e Arantes (2012), os autores expõem que há determinadas mudanças causadas pela transição epidemiológica que ainda são pouco avaliados e que a mortalidade de indígenas por neoplasias é algo crescente.

Ainda não existem estudos conclusivos sobre os casos de câncer em indígenas, porém dentro da CASAI-DF é observado pelos profissionais de saúde que no decorrer dos anos houve um aumento dos casos de câncer em Yanomamis. Há a suspeita, ainda não comprovada, de que esse aumento esteja relacionado à exploração de garimpo nos territórios Yanomamis, mais especificamente dos produtos utilizados nessas práticas.

Acredita-se que essa sensível modificação nos casos de oncologia, deve ser melhor investigada a fim de que o sistema possa se preparar e atuar mediante políticas públicas e ações políticas antes que o problema apresente maiores índices.

Tabela 4 – Frequência absoluta de alta e óbito de pacientes e acompanhantes segundo mês e ano, janeiro de 2012 a fevereiro de 2013.

ANO	MÊS	Paciente		Acompanhante	
		Alta	Óbito	Alta	Óbito
2012	jan.	14	1	32	-
	fev.	21	-	30	-
	mar.	29	-	38	-
	abr.	28	1	36	-
	mai.	19	2	29	-
	jun.	26	-	45	-
	jul.	21	3	39	-
	ago.	3	-	5	-
	set.	24	1	37	-
	out.	21	-	33	-
	nov.	22	-	32	-
	dez.	16	-	26	-
2013	jan.	11	-	14	-
	fev.	22	-	31	-
TOTAL		144	8	427	-

Fonte: Casa de Apoio a Saúde do Índio do Distrito Federal.

A Tabela 4 apresenta a frequência de alta e óbito de pacientes e acompanhantes, no período de janeiro de 2012 a fevereiro de 2013. Nesse período não houve nenhum óbito de acompanhantes e um número pequeno de óbitos de pacientes, apenas 8 óbitos. O número de altas de acompanhantes é quase três vezes maior que o de pacientes, deve-se considerar ainda que, em regra, o número de acompanhantes admitidos é sempre maior que o número de pacientes. Isso está relacionado aos tratamentos de longa duração na alta e média complexidade, além de acarretar a vinda de mais de uma pessoa, pois é parte de algumas

culturas a necessidade de ter a família por perto para se manter mais seguro, vamos discorrer melhor sobre isso mais adiante.

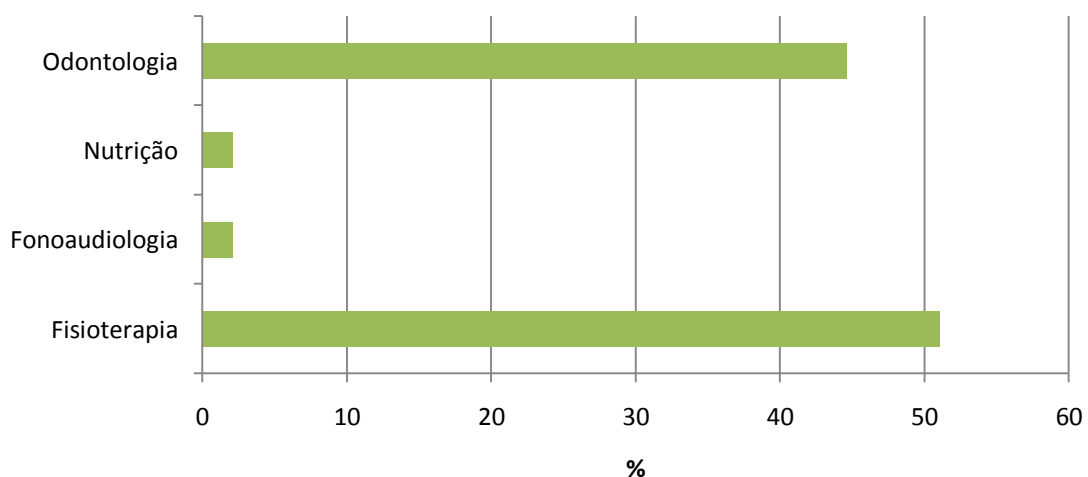
Tabela 5– Frequência absoluta e relativa dos atendimentos segundo modalidade assistencial, janeiro a novembro de 2012 na CASAI-DF.

MODALIDADE ASSISTENCIAL	N	%
Assistência Social	436	0,5
Enfermagem	24.666	28,1
Farmácia	75	0,1
Medicina	316	0,4
Nutrição	711	0,8
Técnico e auxiliar de Enfermagem	61.440	70,1
TOTAL	87.644	100,0

Fonte: Casa de Apoio a Saúde do Índio do Distrito Federal.

Na Tabela 5, observa-se que dentro da CASAI-DF, no período analisado, a maior parte dos atendimentos foram realizados por técnicos e auxiliares de enfermagem, seguidos dos profissionais de enfermagem e, com números menores, a nutrição. Os atendimentos médicos não se encontram entre as modalidades assistenciais que mais realizaram atendimentos no período, pois a CASAI-DF é um espaço de acompanhamento dos pacientes no período em que estão no DF para realização de tratamentos na média e alta complexidade. Com isso a maioria dos procedimentos podem ser realizados e acompanhados por outros profissionais de saúde.

Figura 7– Distribuição percentual de atendimentos por área da saúde, janeiro a novembro de 2012.



Fonte: Casa de Apoio a Saúde do Índio do Distrito Federal.

Por fim, a Figura 4 tem a distribuição dos atendimentos por área de saúde, pela imagem a fisioterapia tem o maior número de atendimento, porém o percentual apresentado equivale a 24 consultas, seguida da odontologia com 21 consultas e nutrição e fonoaudiologia com apenas 1 consulta cada um. O acompanhamento dos pacientes indígenas por esses profissionais ainda é baixo, não se sabe se é devido à demanda reduzida desses serviços ou pela escassez desses profissionais atuando na CASAI-DF.

Por fim, apresentação desses dados teve por objetivo apresentar o perfil geral dos processos que ocorrem dentro da CASAI-DF, situando-os dentro do espaço de campo dessa pesquisa.

6. O conceito de itinerários terapêuticos

Para compreender melhor como se inserem os povos indígenas nesse processo, é necessário pensar na ideia de itinerários terapêuticos. Esse conceito permite reconhecer a passagem do indivíduo pelos mais variados sistemas médicos, como se dá o acesso a esses sistemas, como se dá sua incorporação na cultura do indivíduo, a aceitação e conflitos gerados por sistemas diversos e pelas maneiras como esses sistemas lidam com diversidade.

No âmbito de ações e políticas públicas que mesclam saúde e a diversidade é necessário reconhecer quem são sujeitos desses processos de cura e os contextos sociais onde se inserem. A busca pelo cuidado implica a escuta dos sentidos que os sujeitos dão a suas experiências dentro do sistema de saúde (Pereira, 2008). Cada sujeito que atua na busca pelo cuidado seja ele profissional, familiar ou paciente traz um olhar sobre a forma que se dá esse itinerário, sendo assim, trabalhar com a diversidade obrigatoriamente requer estar aberto para o principal envolvido, o indivíduo.

Nesse sentido, um dos pressupostos dessa pesquisa foi desenvolver a sensibilidade de reconhecer cada indivíduo como único e fazendo parte de um grupo característico ou não. Desenhar itinerários centrados nas experiências dos indivíduos é construir e aceitar novos conceitos de saúde, de cura, de bem estar, de vida e mais propriamente é permitir a e compreensão de visões de mundo particulares. No caso deste trabalho, foi importante observar o mundo indígena e sua relação com os sistemas de saúde estabelecidos no Distrito Federal.

Segundo Duarte (2003), a experiência da saúde- adoecimento interpela a integralidade da identidade da pessoa. Essa se apresenta em ações e reações que configuram itinerários terapêuticos com sentidos e caminhos que podem ser peregrinações religiosas, promessas, conversões e sacrifícios ou consultas, exames, operações, dietas, transplantes, etc. Isso tudo põe em cena horizontes de significados e princípios de ação complexos e diferenciados que podem ser destacados quando os sujeitos negociam e agenciam procedimentos terapêuticos.

De acordo com Gerhardt (2006), itinerário terapêutico significa a busca por cuidados terapêuticos, isto é, os caminhos percorridos tendo em vista procedimentos terapêuticos. Trata-se de ações desencadeadas a partir de práticas individuais, coletivas e sócio-econômicas na tentativa de solucionarem seus problemas de saúde.

Por meio da investigação dos itinerários terapêuticos indígenas no DF, pretende-se observar quais as enfermidades e/ou agravos que os levam a serem referenciados para Brasília a partir de seus estados, ou melhor, Distritos Sanitários Especiais. Além disso, pretende-se analisar como os indígenas vivenciam conflitos, negociam e agenciam procedimentos terapêuticos e outras dimensões da vida social quando estão na rede oficial de atenção à saúde indígena no Distrito Federal.

Em seus territórios tradicionais, os povos indígenas já estão em contato permanente com os técnicos da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI). Nesse sentido, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena está inserido nos processos de saúde-adoecimento no nível local e os acompanha até o contexto da cidade quando chegam a Brasília - na Casa de Apoio a Saúde do Índio e hospitais.

Ao longo desse trabalho foi possível observar que relação entre povos indígenas e saúde vem sendo construída o a passos lentos. Nas falas dos profissionais de saúde, foi possível perceber que se trata de uma realidade desconhecida que os assombra na prestação da assistência. Era comum ouvir de médicos e enfermeiros do Hospital Universitário a dificuldade de lidar com o universo indígena, a necessidade de se capacitarem e ter mais pesquisa nessa área. O desconhecimento gera medo, aversão, falha, há uma necessidade de se compreender a relação dos povos indígenas e saúde não só nos locais ou território tradicionais onde vivem, mas também nos centros urbanos, tendo em vista que alguns necessitam de cuidados em hospitais que se encontram distantes de suas aldeias para o tratamento de doenças graves, como o câncer, por exemplo.

Quando se fala de saúde indígena, supõem-se a existência de povos ou grupos sociais com concepções diversas de processos de saúde-adoecimento e cura, mas a pergunta que deve ser feita e levada em consideração é quais são essas concepções e como é a interlocução dessas concepções com a concepção dos profissionais que atuam hoje no serviço. Para a efetivação de uma gestão diferenciada levantar esse tipo de problema deve ser o primeiro passo. Nas falas dos profissionais o que se observa são estereótipos e a criação de uma ideia de índio genérico, eles não compreendem a diversidade interna aos povos indígenas e pautam suas relações por meio de preconceitos. Assim, os indígenas, para esses profissionais, não sabem se cuidar, são teimosos, não sabem se alimentar, não sabem cuidar de sua higiene, não sabem trabalhar, passam a maior parte do tempo dormindo, fazem atrocidades com seus filhos.

Há a necessidade de promover uma reflexão sobre a forma como o sistema é pensado e vivenciado e sobre os conflitos e concepções discordantes que se encontram dentro deste sistema. Há um problema de reconhecer que assim como o SUS se mostrou ideal e não conseguiu hoje, depois de mais de 20 anos, abarcar as especificidades existentes no país, continuam sendo criadas políticas, muitas delas com a intenção de suprir falhas do sistema, outras para especificá-lo, mas que estão sendo feitas e implantadas na mesma perspectiva visionária de SUS, desconsiderando muito vezes as vozes daqueles que vivem e usufruem dele.

Depois de anos de tentativas de efetivação do SUS acompanhada de modificações sociais e culturais na sociedade brasileira, ainda persiste e deve ser observada e levada em consideração a ótica de quem vivencia, de quem percorre e dá sentido ao SUS. Essas outras perspectivas podem auxiliar na construção histórica de integralidade, universalidade e equidade, esse é um argumento recorrente nas ciências sociais, mas difícil de ser observado.

As concepções dos processos de saúde-adoecimento são diversas e vemos continuamente o SUS ser efetivado e estruturado em uma única concepção, a biomédica, assim como a de terapêutica. Nesse processo de imposição de uma única visão, a diversidade, as dinâmicas culturais e principalmente das relações humanas são desconsideradas e se efetiva desigualdades sociais no sistema de saúde.

O tema da saúde é tão essencial dentro da lógica estatal, mas há um etnocentrismo de uma única prática médica que se impõe como correta e todas as que se afastem dela são erradas. Além disso, esse modelo biomédico impôs uma rotina de protocolos e procedimentos no cotidiano da assistência em saúde que somente observa sua racionalidade e prática, não permitindo outras formas de proceder.

De acordo com Loyola (1978) e Carneiro da Cunha (2009), observa-se na atuação do sistema biomédico, a imposição de um saber/modo de conhecimento hegemônico, o qual se afirma como verdade absoluta, que não aceita outra forma de conhecimento. Esse saber criou práticas de assistência, rotinas nos procedimentos voltadas para facilitar as ações dos profissionais de saúde e não preocupadas em incluir os diversos segmentos que adentram no SUS. No entanto, lidar com saúde inclui vidas humanas em sua diversidade, os usos da prática biomédica são impostos às pessoas que apresentam sua diversidade. O problema é que não é dada a essas pessoas a possibilidade de viverem sua diversidade, mesmo o Estado tendo garantido o seu exercício, como é o caso dos povos indígenas.

Há todo um processo e movimento contínuo de se repensar o SUS pelos movimentos sociais e na academia, que fomentam novas políticas, no entanto, observa-se ainda que na prática, quando se efetiva a gestão do sistema e as práticas dentro do sistema, os povos indígenas ainda buscam, entram e saem do sistema de saúde sem o reconhecimento dos seus sistemas próprios de saúde, suas concepções próprias de processos de saúde-adoecimento e terapêutica. Há que se debater sobre a implicação da estrutura formada para receber essas pessoas e as mudanças culturais e os conflitos e pactuações dentro desses sistemas de saúde diversos.

Assim, este trabalho pretende observar os itinerários terapêuticos dos povos indígenas dentro do Hospital Universitário de Brasília, dos caminhos percorridos por esses povos desde as aldeias indígenas, perpassando pela Casa de Saúde Indígena (CASAI) e sua entrada no serviço. Portanto, a proposta é conseguir identificar os arranjos e perceber o significado dado pelos povos indígenas de todos os processos ocorridos dentro do Subsistema de Atenção Indígena e dessa forma confrontar os discursos indígenas com o dos demais atores envolvidos.

6.1. Itinerários terapêuticos indígenas no Distrito Federal

Anteriormente, os indígenas não necessitavam dos serviços de saúde baseado no modelo biomédico, a medicina tradicional, as práticas de cura localizadas e, a promoção da saúde acontecia na própria aldeia e por si só bastavam para que tivessem saúde. Porém, com a aproximação inevitável ao universo dos não indígenas, mudanças de hábitos, inserção de novas doenças em suas comunidades, esse modelo foi se modificando e emergindo agravos de saúde que foge da compreensão dos pajés e xamãs, o que forçou os indígenas a terem que acionar os serviços oficiais de saúde dentro e fora de seus territórios.

A partir daí, houve a necessidade para os indígenas de relacionar os saberes tradicionais com a biomedicina. Além disso, como cidadãos brasileiros, o Estado deveria apresentar e incluir na proposta de um sistema de saúde universal, integral e, o universo indígena. O Subsistema de Atenção a Saúde Indígena pensou uma proposta de atenção básica que fosse até os índios em seus territórios tradicionais, isto é, que acontecesse dentro das aldeias e conseqüentemente pensou formas, por mais difíceis, dispendiosas e ainda não completamente eficazes, de fornecer recursos humanos, físicos e insumos para que isso acontecesse.

Desse modo, quando os indígenas necessitam recorrer à atenção básica não precisam sair de seus territórios, eles recorrem aos pólos-base que estão dentro das aldeias ou nas proximidades. Porém, quando se trata de agravos que necessitam de atendimento na média e alta complexidade, como é o caso dos pacientes que estão na CASAI-DF, é um novo ciclo que acontece e o itinerário se modifica.

No geral, os indígenas em tratamento na CASAI-DF que vem das aldeias relatam sobre seu itinerário terapêutico que, inicialmente, há uma busca pelos saberes dos mais velhos e as práticas de cura tradicionais e somente a partir daí, caso o problema não seja resolvido, eles são orientados pelos pajés a procurarem o sistema de saúde oficial. Se o indígena necessita de atendimento na média e alta complexidade o subsistema não foi capaz de pensar um serviço que ofereça essa complexidade de acordo com as especificidades desses povos, então ele necessita entrar na rede do SUS para ter acesso a esse serviço.

Em conversa informal com a Chefe do Distrito Sanitário Especial Indígena do Leste do Estado de Roraima, em junho de 2013, essa afirmou que, na cidade de Boa Vista, deve ser pensado com urgência um hospital para atender as demandas indígenas, pois a rede tradicional de atendimento do SUS não está preparada para lidar com o universo indígena. Por sua vez, uma liderança indígena afirmou que deveriam ser levadas as tecnologias dos hospitais para a área indígena, evitando assim o deslocamento de seu povo da área indígena. Esse deslocamento e o tratamento longo em centros urbanos é o que mais aflige os pacientes e acompanhantes indígenas, eles sentem a distância de seus outros familiares, de suas casas e de seus alimentos.

De acordo com os Relatórios de Execução Física da CASAI há duas maneiras do paciente indígena entrar na rede SUS:

- 1- Quando o atendimento é ambulatorial a CASAI local ou o DSEI envia a CASAI-DF a solicitação de atendimento, que deve vir com relatório médico com resultado dos procedimentos já realizados formando um histórico da situação de saúde e com os documentos pessoais do paciente. A CASAI-DF, então, analisa os documentos por meio da equipe multidisciplinar e a gestora da unidade e segue o encaminhamento ao serviço de agendamento. O serviço de agendamento da CASAI-DF solicita o agendamento nos serviços da rede SUS e aguarda confirmação. Confirmado o agendamento a CASAI-DF entra em contato com DSEI ou CASAI local informando a data do atendimento.

2- Nos casos de urgência/emergência o próprio médico do município solicita atendimento no Hospital Universitário de Brasília, que é referência para o atendimento indígena no DF, ou outra unidade que oferte o serviço. Se houver vaga para realização do atendimento, o DSEI ou CASAI local entra em contato com a CASAI-DF e encaminha o histórico do paciente, dá as informações a respeito da chegada do paciente a Brasília e repassa as informações sobre a articulação com o serviço que fornecerá atendimento ao indígena que está sendo encaminhado. Depois disso, a CASAI confirma a liberação da vaga e se dá prosseguimento ao processo.

Após essa articulação entre o nível local e a CASAI-DF se inicia o itinerário terapêutico do paciente indígena na busca por atendimento na média e alta complexidade. Saem das aldeias acompanhados da família, com parente ou tradutor, com destino Brasília. Podem chegar até aqui em transporte proveniente da referência local, de ônibus ou de avião.

Quando vem de ônibus ou em veículos da referência passam por longas e cansativas viagens e os que vêm de avião podem nunca ter se aproximado desse meio de transporte. O veículo da referência já os deixa na CASAI-DF onde são alojados, quando vem de ônibus ou avião são aguardados por um profissional da CASAI-DF na Rodoviária Interestadual ou no Aeroporto de Brasília e de lá seguem para o alojamento. Esse percurso já dá início angustia de alguns que nunca andaram de ônibus ou avião ou dominam a língua portuguesa.

Na CASAI-DF os indígenas se acomodam em quartos com banheiros, lá existe uma equipe para preparar a alimentação e a equipe de saúde fica responsável por realizar o monitoramento desses pacientes. Então eles ficam por lá aguardando consultas, exames e as vezes necessitam ficar internados.

Em maior parte os adultos são atendidos no Hospital Universitário de Brasília, que recebe financiamento específico como incentivo para prestar atendimento aos povos indígenas. As crianças, em regra, são atendidas pelo Hospital da Criança de Brasília principalmente aquelas que têm neoplasias e necessitam de acompanhamento específico. Quando há alguma emergência com os pacientes que estão na CASAI-DF eles são levados para o Hospital de Base do DF e os pacientes com neoplasia que ficam debilitados diante do tratamento, também, são encaminhados ao Hospital de Base, onde há uma articulação e atuação da mesma equipe de saúde que atua no Hospital da Criança.

No momento que entram nesses hospitais da rede do SUS do DF, os indígenas entram no modelo de atenção comum e não mais aquele que foi pensado para sua diversidade. Nesses espaços lidam com profissionais, espaços físicos, procedimentos que desconhecem ou desrespeitam sua diversidade. No entanto, eles passam por esses espaços na busca pela cura que os fez sair da aldeia para o grande centro.

Após as consultas, exames e internações o paciente retorna a CASAI-DF. Aqueles que estão realizando exames, aguardam os resultados e, se possível, retornam à aldeia ou então dão início ao tratamento adequado. Os pacientes que vêm para consultas e internações na rede podem passar meses e até mesmo anos entre a CASAI-DF e a rede SUS.

De acordo com a enfermeira da CASAI DF, os médicos não estão mais permitindo o retorno dos pacientes entre as consultas que podem demorar alguns meses, porque, em experiências anteriores, houve demora no retorno do paciente e o ciclo de tratamento atrasou e prejudicou todo o procedimento. Isso já aconteceu com uma criança em tratamento de câncer. Assim, esses pacientes devem passar todo período de tratamento, que pode durar um ano ou mais, na CASAI DF. Essa permanência prolongada em uma instituição como a CASAI, que tem regras rígidas de convivência, não permite a saída dos pacientes quando eles desejam, mas essa saída é avaliada pelos profissionais de saúde, tem implicações sérias na vidas das pessoas que se encontram lá. Além disso, a distância prolongada de suas comunidades também levam a problemas localizados em suas aldeias.

Enquanto os pacientes estão internados os acompanhantes ficam hospedados na CASAI-DF, quando há muitos acompanhantes há revezamento para acompanhar o paciente no hospital. Alguns acompanhantes decidem voltar antes do final do tratamento, gerando transtornos e até mesmo a vinda de pessoas sem qualquer relação com o paciente.

Os pacientes internados por longos períodos passam por processos de sofrimento causados pela não adaptação aos hábitos pregados pela instituição e pelo próprio sofrimento causado pela doença. As doenças graves por si já apresentam uma necessidade de adaptação do sujeito, visto não serem do entendimento comum do seu meio social. A entrada na CASAI-DF também exige uma adaptação, pois o modelo está imposto. Os indígenas, no entanto, nem sempre estão dispostos a participar desse modelo que é pregado ou nem mesmo entende a necessidade de segui-lo, assim, há casos em que não aceitam comer a alimentação indicada ou não aceitam ir a determinada consulta

Compreendidos ou incompreendidos o fluxo segue seu curso, o itinerário do indígena em busca da cura na média e alta complexidade pode entrar até mesmo nos serviços de saúde privado quando o SUS não é capaz de fornecer os aparatos necessários durante o tratamento. Esses podem ser espaços de outros tipos de conflitos, ainda desconhecidos.

Quando o paciente recebe alta e o problema de saúde já pode passar por um acompanhamento na atenção básica ou necessita apenas de realizar retornos periódicos à média e alta complexidade, eles retornam as aldeias. Nesse momento a CASAI-DF é responsável por realizar o retorno do paciente ao local de origem, juntamente com um relatório da situação de saúde do paciente e quando necessário informar quais os cuidados que ele necessitará ou em casos de retornos, informando quando o paciente deve retornar a Brasília.

Nesse fluxo de pessoas, prontuários e relatórios, observa-se que muitas informações não são devidamente liberadas ou acompanham os pacientes, o que agrava a situação do paciente. Uma criança de dois anos de idade da etnia yanomami, veio referenciada da CASAI de Boa Vista, para retirar uma traqueostomia que foi colocada nela devido a uma espinha de peixe que ficou presa na garganta da criança. Essa criança veio acompanhada da mãe, do pai e de um tradutor indígena. A médica do HUB afirmou que isso não era uma emergência e que os médicos de Boa Vista que fizeram a intervenção deveriam retirar o aparelho da traqueostomia. O pai da criança ficou muito nervoso, pois eles passaram duas semanas na CASAI DF e o problema de sua filha não foi resolvido. Eles retornaram para Boa Vista da mesma maneira que chegaram, sem terem retirado o aparelho e finalizado o tratamento. Essas atitudes impostas, sem negociação e compreensão dos pacientes e seus familiares e articulação em rede do sistema criam expectativas emocionais e geram custos ao sistema.

Entretanto, já foi relatado que pacientes que retornaram a aldeia durante o tratamento devendo retornar em data previamente estabelecida para dar continuidade ao tratamento, não quiseram retornar na data estabelecida. Mas, ninguém se ocupou de questionar-se a motivação para essa resistência à volta a CASAI-DF.

7. Um novo modelo de gestão a partir da perspectiva indígena

Antes de focar sobre os casos etnografados sobre o atendimento indígena na CASAI-DF, pretende-se aqui apresentar como uma liderança indígena e gestora do governo federal, que participou e vivenciou a discussão que levou à construção do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, analisa todo o contexto dessa criação. De acordo com essa liderança:

“Então se cria os DSEI, na época havia uma grande desestruturação, pois na época que a saúde estava com a Fundação Nacional do Índio. Havia muitos problemas, deficiência de profissionais, profissionais sem capacitação ou processo contínuo de educação ou de educação permanente. Com pouca estrutura física para atendimento e, sobretudo, não havia um respeito, um reconhecimento das medicinas tradicionais utilizadas pelos povos indígenas, era um assunto tabu, era um assunto que não poderia ser falado.

[...]

A saúde fica na FUNAI até 99, em 1999 cria-se o subsistema, o SasiSUS, ele é articulado ao SUS, todas as nossas ações são articuladas ao Sistema Único de Saúde, o SUS foi criado em 1990. Em todo seu texto ele não faz qualquer referência à saúde indígena, embora se tenha na 8ª Conferência participado. Se teve uma pequena abertura, porém ele não nos reconhece. A Constituição Federal reconhece que nós estamos num país pluriétnico, porém em nenhum momento o SUS, a lei 8080 faz referência aos povos indígenas. Houve muitas dificuldades nesses anos, depois da criação do SUS de 1990 a 1999, não se conseguia incluir a população indígena nesse sistema. Então se pensou nesse subsistema do qual a instituição que estava à frente que era a Fundação Nacional de Saúde, ela é responsável pela atenção básica nas aldeias e o SUS ele entra, atua complementarmente na atenção básica do município e na média e alta complexidade, o SUS atua dessa forma. A saúde apesar de na época quando saiu da FUNAI para FUNASA que como me referi anteriormente que havia muita dificuldade, muita precariedade de profissionais. A FUNASA quando assumiu fez convênio com ONGs para contratação de profissionais também de forma precarizada, não lhes garantindo qualquer direito. E acabou que esses são os profissionais da equipe de saúde indígena. E acabou que esses profissionais por dificuldade de acesso, por falta de insumos, medicamentos, falta de capacitação, por diversos fatores não conseguem desenvolver um bom trabalho e continua tendo uma alta mortalidade materno-infantil e aumento de doenças crônicas não transmissíveis. Então, os indígenas começam a se mobilizar novamente e se pensa na criação de uma Secretaria Especial de Saúde Indígena. Esse movimento começou também, em

uma das conferências aponta para ele, e a gente imaginava que isso fosse a solução ou o caminho para se ter uma atenção de qualidade.”

O trecho da entrevista acima traz um pedaço do percurso histórico da saúde indígena no momento de transição da responsabilidade que passava da FUNAI para a FUNASA e SESAI, que contamos anteriormente. Uma época aparentemente conflituosa, que vinha de uma série de problemas que afetavam diretamente a prestação de atendimento. Algumas deficiências da época são relatadas na entrevista, que foca principalmente nos profissionais que eram destinados a saúde indígena e das dificuldades com recursos materiais que inviabilizava atendimento adequado. Relata-se ainda que ao se passar a responsabilidade para a Fundação Nacional de Saúde houve algumas mudanças, porém os problemas não cessaram completamente.

A liderança continua tratando de uma época não muito distante, que os conhecimentos tradicionais indígenas eram censurados, desrespeitando os aspectos culturais diversos dos povos indígenas. A formação do profissional na área de saúde é tida como deficiente, como incapaz de oferecer os elementos necessários para lidar com a diversidade dos indígenas. Assim, são relatados os problemas que isso gera, fica claro o efeito dos processos formativos sobre o funcionamento do sistema de saúde e no atendimento prestado:

“Fazer saúde indígena hoje não é a SESAI, são as instituições indigenistas que precisam atuar conjuntamente. Então nós temos essa precariedade na atenção básica, as doenças evoluem, você tem um paciente em área, você não consegue acompanhá-lo e problema acaba evoluindo. É o caso clássico da diabetes em Xavantes, não é uma diabetes controlada, não há um trabalho com os indígenas para compreender, para equipe compreender como eles vêem a diabetes, como a biomedicina vê o diabetes, para que juntos se façam uma negociação e consiga se fazer o cuidado. Então esse problema acaba evoluindo e vem para uma atenção de média complexidade que funciona nos municípios que não dispõem de um serviço muito bom de especialidades e acabam vindo para as CASAIs, então acabamos produzindo esse tipo de paciente, na nossa dificuldade de mobilização, de prestar assistência em aldeias, de compreender os sistemas das medicinas tradicionais utilizadas pelos povos a gente contribui para o aumento desses casos.”

A saúde indígena, assim como o SUS, não deve ser responsabilidade única e exclusiva do Ministério da Saúde, pois a proposta de ações e discussões intersetoriais é um dos gargalos que o SUS deve investir. As ações de saúde necessitam de uma composição multifacetada que contemple as visões de todos os atores envolvidos e não devem ocorrer em uma única direção, pois, no momento de prestar assistência nas adjacências desse sistema, encontram-se as particularidades territoriais do Brasil, as diferenças étnicas e culturais.

Por isso, há a necessidade de se construir um *modus operandi* capaz de abarcar a idéia de diversidade e de lidar com os sujeitos que buscam atendimento no SUS. Assim, a discussão sobre o modelo de gestão e assistencial deve ser compartilhada. No que diz respeito à saúde indígena existem várias instituições, organizações não-governamentais e a sociedade civil que têm interesse em fazer parte desses debates que decidem os rumos da saúde indígena no país.

Atuar nas bases, em territórios distantes não é um problema único da saúde indígena, lidamos cotidianamente com as propostas e estratégias de efetivação da Estratégia Saúde da Família que, após anos de implementação no Brasil ainda apresenta dificuldades de se encontrar profissionais dispostos a lidar com as dificuldades de acesso a recursos, humanos, infra estrutura e transporte em área (Lopes e Marcon, 2012).

A saúde indígena com a perspectiva de Distritos Sanitários Especiais Indígenas passa por problemas similares, porém maiores, pois além de lidar com as dificuldades citadas anteriormente os profissionais de saúde hoje relatam dificuldade de lidar com a diversidade dos povos indígenas. Os profissionais formados basicamente no modelo biomédico da medicina ocidental não vêm conseguindo compreender os métodos de cura tradicionais dos indígenas e isso vem dificultando a promoção de saúde integral tanto em área quanto nos grandes centros.

Apesar de ter sido pensada uma série de leis, pactos e políticas e até mesmo um Subsistema, os profissionais de saúde e gestores ainda não estão preparados para lidar com os conhecimentos de um pajé ou terapeuta indígena. Dentro do espaço da CASAI, foi possível observar a incompreensão do contexto e práticas indígena dentro dos serviços, conforme veremos adiante. A liderança continua sua análise:

“As equipes que estão em áreas, há um entendimento que, a gente tenta desconstruir isso, você precisa apresentar os mesmos dados ou cumprir as mesmas metas que uma equipe de PSF. Se você tiver 30 gestantes, essas gestantes têm que ter de 4 a 7

consultas de pré-natal, nós nunca vamos ter isso, porque nossas mulheres (indígenas) se organizam de forma diferente. Para nossas mulheres, não é um assunto público quando ela esta gestante já. Começam os cuidados da família tanto para ela quanto para criança e essa gestação é tornada pública lá para o terceiro quarto mês, só que aí a equipe não consegue atingir as metas. Nossa discussão é justamente essa: que o Ministério da Saúde, essas políticas devem se adequar a cada realidade e não os povos indígenas se adequarem a realidade do Ministério da Saúde.”

A macro gestão da saúde indígena, isto é, a criação das políticas e de um modelo assistencial esta viciada em um modelo urbano, hospitalocêntrico e dominado por percepções de corpo, saúde e doença da visa biomédica. Não há espaço suficiente para a interação entre os métodos tradicionais de cura e o modelo biomédico, não há possibilidade de uma complementação sem sobreposição, os conhecimentos tradicionais são negligenciados.

De acordo com a avaliação dessa liderança, as contradições refletem na própria criação do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena, que tem por objetivo reconhecer as especificidades desses povos, mas que foi construído como equivalente aos sistemas já encontrados no SUS. Por exemplo, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas são associados às Unidades Básicas de Saúde e os programas nacionais são repassados de um a outro sem reflexão. Não há equivalência, é impossível estabelecer pesos e valores iguais quando se têm grupos distintos. Porém, o que se observa é que a ação de equivaler é mais fácil do que tratar os problemas que surgem no decorrer de processos específicos, localizados. Paira um comodismo de aplicar propostas já criadas, que não irão demandar a dispensa de recursos financeiros, humanos e materiais para pensar uma proposta que seja adequada a realidade dos sujeitos.

8. Casos etnografados

A observação dentro da CASAI-DF nos possibilitou aproximação da estrutura pensada pelo subsistema, com o contato direto com profissionais que atuam na saúde indígena e principalmente com os indígenas que estão no DF para tratamento na média e alta complexidade e também os acompanhantes.

Chegam a CASAI-DF indígenas, principalmente, dos estados de Mato Grosso e Roraima, alguns são fluentes no português e outros falam pouco. Esses são das etnias Xavante, Kamayurá, Nambikuara, Yawalapiti, Waurá, Kuikuro, Patamona, Macuxi, Yanomami, entre outros. Passam pelo processo de referência dos DSEIS ou CASAIs locais até chegarem na CASAI-DF. Todos devem ter um acompanhante, em alguns casos, os acompanhantes são tradutores e não têm nenhum vínculo com o paciente. Muitos estão com mais de um membro da família, o que faz a CASAI ter, atualmente, neste mês de junho de 2013, um total de 18 pacientes e 29 acompanhantes. Isso reforça o que já foi analisado em muitos estudos, que os processos de saúde-adoecimento no universo indígena não são fatos ou problemas individualizados, mas são um problema coletivo. Nesse sentido, o que um parente próximo faz ou deixa de fazer pode ter implicações na saúde de outro.

Há uma diversidade de situações e tempo de permanência, alguns estão na CASAI há seis anos outros passam um ciclo curto de tempo, uma semana ou dez dias, o que dependerá do tipo de tratamento. Essa diversidade está entre eles próprios, cada etnia tem uma prática, uma forma de se alimentar, se relacionar e de buscar cuidados, isso leva a determinadas regras de ética do universo indígena que são acionadas pelos mesmos, de evitar contato com possíveis agressores ou causadores de doença.

No caso dos povos indígenas, semelhantes aos Azande, as causas de muitas enfermidades estão em atos de feitiçaria, o que se configuraria na “segunda lança” (Evans-Pritchard, 2005). Assim, de acordo com essa lógica, deve-se buscar a causa mais profunda nas relações sociais mantidas com seres diversos do cosmos para explicar um infortúnio. . Por exemplo, se uma pessoa é mordida por uma cobra, é sabido que o veneno da cobra poderá matá-la, então, deve ser anulado, mas o procedimento de cura não pára aí. De acordo com a lógica indígena, alguém colocou aquela cobra no caminho da pessoa, então, essa pessoa deve ser atacada, pois ele poderá continuar com suas ações contra o sujeito. Desse modo, a pessoa que colocou a cobra no caminho é a “segunda lança”.

Essa possibilidade de ter o ataque de feitiçaria coloca as pacientes em situações delicadas quando estão na CASAI DF, pois estão próximos de outros indígenas e não-indígena que acreditam poder agravar o quadro patológico. Essas pessoas podem atacá-los envenenando suas comidas, pegando suas pegadas, ou fios de cabelo. Por isso, as lideranças indígenas insistem que a melhor forma de se proteger é estar ao cuidado de seus próximos em suas casas.

Há o caso de uma criança indígena Yanomami com câncer e que tem como acompanhante jovens que são selecionados na CASAI de Roraima por falar bem português, mas que não tem qualquer vínculo com a criança. Essa criança, de acordo com a lógica indígena, encontra-se em perigo constante ao dormir e ser acompanhado por uma pessoa distante. Segue o relato de um profissional de saúde da CASAI-DF sobre o caso:

“Entrevistado: Ele chegou em 2011 também o caso dele também, ele não tem acompanhante fixo, a mãe tem outras crianças e ficava. Ela chegou a ficar na CASAI um tempo com ele e ai ela meio que maltratava ele e a gente não concordou dela ficar aqui. E ele também não tinha um apego assim com ela, talvez por ela maltratar, talvez não é maltratar para eles mas para nossa cultura é.

Entrevistadora: A gente estranha a maneira.

Entrevistado: É às vezes tem até certos costumes deles que a mãe é mais ríspida, em vez de chamar pega pelo braço e arrasta, e a criança com febre, debilitada, baixo peso, desnutrida..

Entrevistadora: E fazendo esse tratamento que eles ficam super debilitados (caso de criança em quimioterapia).

Entrevistado: Então, ai você fica cheia de dedos e a mãe, trata assim de qualquer jeito enfim. A gente percebeu que não seria assim bom para ele, para o tratamento dele e ela também com vontade de ir para casa, de ir embora para aldeia, não queria ficar, ele também não tinha esse laço. [...] ela nunca mais quis vir aqui para CASAI para ficar com ele, nem para visitar.

Entrevistadora: Parece que eles arrumam uma pessoa que fala bem português, mas que não tem nenhum vínculo assim com ele.

Entrevistado: Agora pode vir qualquer um, porque ele próprio fala o que ele quer, fala tudo. Ele já chega ao consultório e pergunta para o Dr. “que dia é meu retorno?”, você fica pasma de ver, ele escuta não sei o que, o tratamento ta bom,

vamos fazer aquilo, a imunidade ta baixa, e ai ele “Dr. que dia é meu retorno?”. Ele não precisa mais.”

A profissional relata que o paciente, que é uma criança, que não tem acompanhante fixo. No período que a mãe da criança a acompanhou relatou-se que essa maltratava a criança e que os profissionais não concordaram que a mãe permanecesse na CASAI-DF. Nesse trecho da entrevista já se nota uma dificuldade do profissional em lidar com as diferenças na cultura dos povos indígenas que não se apresentam apenas nas questões de saúde como nos hábitos e práticas diárias, eles não concordavam com a maneira como a mãe tratava o filho

A mãe da criança nunca mais retornou a CASAI-DF para acompanhar ou visitar a criança, porque os profissionais da CASA não quiseram mais a presença da mãe. Foi possível observar no trabalho de campo na CASAI que, após o longo período de internação, a criança já está perdendo os vínculos com a própria família e comunidade, e aprendendo meios de sobreviver sozinha. Isso nos leva a refletir como será o retorno dessa criança a aldeia desse paciente após o término do tratamento que além de estar se desvinculando a família está se vinculando cada dia mais aos profissionais de saúde que trabalham na CASAI, visto a inconstância de acompanhantes para essa criança.

Em outros casos, nota-se que aqueles que têm maior trânsito no português ou seu acompanhante, há uma melhor compreensão do que se passa com eles, entende-se a função e objetivo dos medicamentos e do tratamento médico. Os indígenas que não falam o português parecem sujeitos perdidos nesse meio e angustiados por não conseguirem discutir o tempo de sua estadia e do seu tratamento. Os indígenas que apresentam um trânsito maior na língua portuguesa, questionam o tempo de estadia e a resolutividade do tratamento.

Em uma das visitas foi possível ver uma indígena Xavante nervosa e questionando porque não haviam marcado sua consulta para a semana que queria. Ela queria ter alta o mais rápido possível para acompanhar o ritual de iniciação dos meninos em sua comunidade. É possível perceber nos indígenas a incompreensão e o desconhecimento sobre como é percebido pelos médicos seus problemas e os efeitos do tratamento.

O caso de um pai Yanomami e seu filho de sete anos, paciente da CASAI, e que entrou nessa Casa com perda parcial da visão, é exemplar dessa situação, seu filho fez uma cirurgia para retirar um tumor maligno da cabeça e, ao final da cirurgia, ficou cego. O menino caçava

passarinhos em sua comunidade e se viu em uma nova situação, tendo que reaprender uma nova forma de viver e, por enquanto, dependente do pai. O pai do garoto queria uma explicação para o fato de seu filho ter ficado cego na cirurgia e não conseguia tê-la de maneira satisfatória. A resposta que obteve “foi a cirurgia que o deixou assim”, não o satisfazia. Conforme foi discutido anteriormente, na lógica de muitos povos indígenas, inclusive os Yanomami, o principal agente patogênico é uma pessoa ou uma criatura que enfeitiçou a pessoa. O pai compreende que foi a cirurgia que lhe deixou assim, mas por que, quem fez com que aquela cirurgia naquele momento fez aquilo com seu filho, diante de tantos procedimentos que observa outros indígenas viverem na CASAI nenhum deixou as pessoas cegas. Somente o pajé ou xamã Yanomami consegue ter essa resposta, para o médico a explicação da cegueira está na cirurgia e possibilidade de ter uma seqüela. Esse paciente realiza curativos todos os dias e acompanhamento constante, visto que o problema não se estabiliza. A profissional da CASAI relata que apesar do problema não gerar muitas dores, há um incomodo com a perda da visão. A profissional relata ainda que têm a sensação de que o pai acredita que o problema seja a perda da visão e não o câncer em si.

Além dessa incomunicabilidade, sobretudo, há um sofrimento que, para eles, é incompreendido, pois estão longe da família e permanecem distante de suas casas, sem saber quando poderá voltar e muitas vezes sem entender porque ainda estão ali. Mesmo nessa situação, eles permanecem, sem escolha, continuam no meio de todos, realizando os procedimentos, os tratamentos e as consultas.

Tudo acontece da forma como os profissionais e o Sistema como um todo acreditam que deve ser. Quando esses indígenas se negam a fazer algo, por exemplo, eles são convencidos pela distância, pela falta de sentido de sua localização, pela falta de opção ou ainda pelo peso da instituição e toda sua estrutura sobre eles, pelo controle, até que compreendam sozinhos a situação, a maneira como convém a eles.

Desde a internação, em abril de 2012, o paciente Yanomami de sete anos e o pai nunca mais retornaram à aldeia e não há previsão para retorno. Os Yanomamis são uma etnia que tem seu território no meio da mata amazônica, em algumas localidades só é possível chegar de transporte aéreo, eles falam suas línguas e mantêm forte laço com o coletivo. Para alguns o primeiro contato com outras culturas pode ser no momento da busca pela cura.

“Entrevistadora: Quais as dificuldades que você como profissional não indígena sente ao atender um indígena?”

Entrevistado: A língua. A língua é uma dificuldade, porque quando a gente chega de supetão, isso é muito difícil. Você não consegue entender qual que é a dor, o que ele quer te passar. Aí você perde um pouco de tempo pra tratar o paciente e aquela angústia também de não saber o que fazer, porque você não pode “Ah, eu acho que é isso, então eu vou dar esse remédio. Eu acho que é isso, então vou tratar isso”. Então angústia de não entender o que ele quer te passar, aquela coisa assim que você demorava, às vezes tinha que chamar outra pessoa pra te ajudar, um indígena mesmo que traduzisse, e aí perdia tempo. Eu tenho uma recordação um pouco ruim: tinha uma gestante que teve um filho prolapso de pé e quando me chamaram pra ir atender ela, aí eu vi aquele pezinho ali caído, aí eu “E agora, o que eu faço?” Porque a cultura deles. A gente sabe que não pode colocar o pezinho pra dentro, que se não machuca o útero e tal, pode matar a criança e irrita e a mãe ter uma hemorragia também e tendo assim uma tragédia. E aí eu entendia que eles queriam que eu botasse o pezinho pra dentro até chegar no hospital, porque nesse caso, eu tinha que levar pro hospital. Eu pedi um carro da saúde pra levar pro hospital, mas até esse carro chegar, ia ficar todo mundo na minha cabeça assim, os índios todinho, faz tipo uma roda e meio que quer que você faz aquilo que tá certo. E eu tentando falar e não entendia a língua deles, eu só via que eles queriam que eu colocasse o pé. Sabe assim, eu “gente eu não posso, porque eu vou matar a criança, eu vou matar, sabe, mãe, e aí?” Angústia, angústia e graças a Deus, assim é Deus na vida da gente, toda hora assim nesses casos aí alguém chegou, índio e falou “Não, ela tá falando que não pode colocar o pezinho pra dentro, quem tem que esperar chegar no hospital”. Aí, do nada todo mundo calou, ficou quieto e deixou eu fazer o meu trabalho sabe. Mas sempre quando eu penso, assim na dificuldade, na questão de comunicar me vem esse caso na cabeça.”

A barreira da língua é forte nesse momento do cuidado. A falta de um profissional que fizesse ao menos a tradução da língua para que o indígena pudesse questionar e discutir torna a situação de espera sem fim e angustiante. É possível perceber que uma das primeiras barreiras à compreensão da diversidade na saúde indígena, hoje, seja a língua e possibilidade de ter um diálogo e participação no tratamento. No espaço da CASAI-DF, alguns profissionais estão dispostos a explicar e falar sobre o tempo do tratamento, no entanto, a língua impõe uma barreira que anula a boa vontade dos profissionais. Essa barreira lingüística exclui esses sujeitos dos processos de interação e relacionamento interpessoal.

Existem indígenas na CASAI-DF há mais de quatro ou cinco anos, essa estadia prolongada ocorre porque não podem retornar a aldeia devido à complexidade do problema de saúde

apresentam. Isso demonstra a fragilidade do sistema assistencialista, estruturado nas cidades, que não tem condição de tratar as pessoas em suas comunidades.

Alguns profissionais afirmam que os problemas de saúde desse paciente foram geradores de um conflito entre o seu povo, o que o levou a este distanciamento e fixação na CASAI DF. Esse argumento parece ser mais uma responsabilização ou culpabilização dos grupos indígenas de uma inevitável situação que a lógica de estruturação do assistencialismo não permite ter na comunidade. Esse é o caso de uma criança com seis anos, etnia Kamayurá, com síndrome de Down que aos três meses começou a apresentar problemas de saúde que não foram solucionados na aldeia e ela teve que ser retirada e encaminhada à CASAI-DF, até esse momento a criança não foi identificada pelos seus parentes como tendo qualquer problema ou síndrome. Depois do diagnóstico em Brasília, a criança nunca mais retornou para a aldeia e os profissionais insistem em afirmar que os indígenas da comunidade não o aceitam de volta. Aos seis anos, essa criança requer atenção e tratamento contínuo na cidade.

Quando o menino foi internado toda a família o acompanhou, pais, uma irmã adolescente, uma irmã casada com o marido e uma sobrinha, no início todos ficaram alojados em um mesmo quarto na CASAI-DF. Mas a superlotação do quarto começou a prejudicar a situação de saúde do paciente e parte da família acabou se estabelecendo no Itapoã, local próximo a CASAI. A criança recebe cuidados em maior parte do tempo pela irmã adolescente que passa os dias a disposição do irmão auxiliando no cuidado, a mãe participa do cuidado, mas em menor proporção e o pai conseguiu um emprego nos serviços gerais da CASAI para auxiliar na manutenção da família na cidade.

Alguns problemas já aconteceram devido a pacientes que não retornam da comunidade para dar continuidade ao tratamento. Isso levou a equipe a não liberar mais as idas para as aldeias até que seja finalizado o tratamento. Esse é o caso das pessoas que estão realizando tratamento de câncer. Em uma determinada situação uma paciente Yanomami não retornou em tempo de receber outra dosagem da quimioterapia, o que atrasou o ciclo do tratamento e fez os médicos decidirem não autorizar o retorno à comunidade até o fim do tratamento. Há uma expectativa que devido aos avanços no tratamento essa paciente retorne em breve a sua aldeia, após mais de um ano em tratamento.

Essa paciente veio acompanhada da mãe e duas irmãs mais novas. Durante o período de acompanhamento identificou-se que uma das irmãs é autista e possui o abdômen estendido que ainda não se sabe ao certo o diagnóstico. Essa paciente não veio referenciada, assim ao

diagnosticar as alterações a CASAI-DF inseriu a criança no sistema e realiza atendimento das duas irmãs. Quando questionada sobre o que acontece se uma receber alta e a outra não a profissional relatou que nesse caso se fará necessário uma avaliação do quadro da outra e da possibilidade de continuidade de tratamento na atenção básica e retornam a aldeia, caso isso não seja possível elas continuam na CASAI-DF.

Vivenciou-se, junto aos indígenas, diversos outros casos de neoplasias, seqüelas de cirurgias, doenças como autismo e síndrome de down em crianças. Essas crianças vêm muitas vezes acompanhadas pela família, pais e irmãos, que acabam por mudar os hábitos alimentares e as práticas diárias para que os filhos possam ser tratados por longos períodos de tempo.

Uma das dificuldades que passam os acompanhantes e pacientes advém do fato de não poderem se alimentar como acreditam ser a forma correta, com o alimento sendo produzido por uma familiar, com produtos que identificam sua origem. Além da falta de interação e vivência de relações sociais localizadas que acabam por ser terapêuticas. Por exemplo, nos casos de câncer, há uma criança que seguidamente não recebe a dosagem porque está com o sistema imunológico baixo e desnutrição, mesmo com o empenho da equipe da CASAI em prover a alimentação adequada e suplementos alimentares, o sistema imunológico da criança não se restabelece para receber as dosagens de quimioterapia.

De acordo com os profissionais de saúde, a criança não se alimenta devidamente, tem uma dificuldade em se alimentar, se levarmos em conta o que a alimentação significa no universo indígena e os sentidos e práticas que carrega será fácil compreender a dificuldade da criança. No caso das Yanomami, o alimento deve ser produzido e consumido entre iguais, a comensalidade é um ato de aproximação e de transformação, há um perigo em comer algo produzido por desconhecidos e com produtos de origens desconhecidas, pois pode levar a uma transformação ou no desencadear um processo de adoecimento (Guimarães, 2005).

Na CASAI DF, não se verificou alguma alimentação diferenciada do que comumente se vê nos hospitais do DF, inclusive a reclamação quanto à alimentação é uma constante no discurso dos indígenas. Alguns relatam inclusive que a alimentação é um dos fatores que os leva a querer voltar mais rápido para as aldeias, provavelmente lógicas e práticas localizadas sobre o alimento estão na base dessa situação. Nas quartas-feiras, é servido peixe assado com biju, o que é um dia esperado, mas mesmo assim, os problemas são a origem dos produtos.

No relato de uma mulher Xavante com diabetes que teve seu pé amputado e que vê sua parente na CASAI realizar tratamento de câncer afirmou que se um dia tiver essa doença irá ficar na sua aldeia e não virá para a cidade fazer tratamento, pois é prolongado e doloroso e os efeitos colaterais são muitos. Ela afirmou que irá preferir ficar na aldeia e morrer por lá do que vir para a cidade e ficar naquele estado.

Portanto, o processo de sofrimento que se encontram é somado à incompreensão das cirurgias, a lida com doenças desconhecidas e seqüelas que desconhecem, sendo tratadas por pessoas que não compreendem o que estão fazendo e por um modelo de saúde que não está próximo da sua realidade. Nas estadias prolongadas, há o aprendizado forçado do português e observação do sistema e das práticas de assistencialismo são os elementos que conjugados lhes dão melhores condições de conhecer e opinar sobre ela.

Observa-se na média e alta complexidade no DF que a diversidade dos povos indígenas fica restrita à aldeia com a estruturação da assistência básica nessa localidade, pois quando deixam seus territórios eles são sujeitos de um sistema incapaz de compreendê-los. A estruturação da média e alta complexidade vai muito além de se ter meios de locomoção para a remoção dos indígenas até os serviços de saúde na cidade ou de se ter um alojamento só para indígenas, o conceito de diversidade é um conceito amplo que envolve dimensões subjetivas as quais as práticas assistencialistas são incapazes de lidar.

Diante desse quadro, agenciar conflitos e participar de tratamentos torna-se uma prática impossível quando nem sequer os conflitos são reconhecidos pelos atores. Há um sofrimento que não é compartilhado, o dos indígenas que buscam tratamento na média e alta complexidade. Os esforços para entender esses povos ainda são poucos perto da quantidade de descaso e do entendimento daqueles que acreditam que reconhecer diversidade em saúde é apenas dizer que ela existe.

Por fim, a compreensão que fica é que a diversidade não é um problema pontual, mas sim um tema que foi por anos censurado e que hoje bate a porta do SUS. E com a saúde indígena a percepção é que é mais fácil ignorar aquilo que lhe é estranho do que buscar entendimento e prestar, de fato, uma saúde que seja integral, universal e equânime.

9. Considerações finais

Propor a discussão da interface diversidade e saúde sob as vivências e experiências indígenas dentro do sistema de saúde brasileiro exige a capacidade profissional de realizar escutas culturais qualificadas, de ouvir e buscar compreensões sobre hábitos e métodos tradicionais de cura e a relação desses mundos com aquele que é difundido pelo sistema oficial para que isso influencie de alguma forma a organização dos sistemas e serviços de saúde.

Ao realizar escutas culturais qualificadas com indígenas no decorrer dessa pesquisa observa-se que o Sistema Único de Saúde ainda não está preparado para debater em suas bases as questões de diversidade. As formações profissionais ainda não são sensibilizadoras o suficiente para que os profissionais sejam capazes de compreender o papel do reconhecimento das diferenças entre os indivíduos ao se prestar assistência a saúde. O que reflete em um sistema composto, em sua maioria, por profissionais que supervalorizam os protocolos e técnicas e incompreendem tudo aquilo que foge deles.

A incompreensão dessas formas de entender saúde é geradora de sofrimento tanto nos indivíduos, em maiores proporções, quanto nos profissionais que são impossibilitados de realizar suas atividades da melhor forma. O sofrimento dos indígenas começa a ser construído desde o momento que se descobre a patologia, que leva a necessidade de tratamentos na média e alta complexidade, até o momento que retornam as aldeias depois de longos períodos de tratamento.

O SUS pouco reflete sobre a influência de suas práticas na vida do indivíduo. O Subsistema de Atenção a Saúde Indígena com mais de dez anos de atuação ainda propaga esse modelo antigo de SUS focado nos protocolos e com pouca reflexão da realidade. O SUS ainda não desenvolveu a capacidade de monitorar e avaliar suas políticas para ser capaz de prover saúde de forma eficiente.

Não é possível saber ao certo se a pretensão do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena foi estabelecer uma rede de atenção para o atendimento indígena, mas que a proposta se assemelha a esse conceito fica claro. Deveria refletir-se um pouco mais sobre isso, fica um pouco confusa a criação de um subsistema em um sistema que após mais de 20 anos de criação ainda não está bem delimitado. O próprio SUS não foi capaz ainda de estabelecer com louvor as estratégias de redes de atenção à saúde, existem experiências pontuais que revelam bons resultados. Acredita-se que isso tem relação com o fato do SUS ainda não conseguir uma

articulação concreta entre a atenção básica e os serviços de média e alta complexidade, o sistema ainda não consegue conversar internamente. A criação do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena em meio a essa problemática, fez com que ele, até hoje, não consiga atuar como deveria e realizar aquilo que se propõe.

O SASI está baseado na atenção básica, pois é a partir desse espectro que se reconhecem os sujeitos, que se criam vínculos e que se entende a diversidade que eles possuem. Porém, em determinados momentos esses povos precisam sair desses espaços e entrar na média e alta complexidade e o subsistema, praticamente, acaba. Para conseguirem assistência a saúde na média e alta complexidade os indígenas precisam entrar no SUS, sabe-se que eles entram de uma forma diferenciada em um fluxo pensado para atender essa demanda, que envolve os DSEIs e as CASAIs, mas no momento do atendimento o paciente vai se deparar com o sistema que não foi pensado ou planejado para ele, o SUS.

Talvez a necessidade de compreensão de diversidade não deve ficar restrita ao subsistema, a programas e políticas específicas, mas sim deve ser um conceito construído e de um conhecimento compartilhado. O SUS universal pode ser obrigado a lidar com a diversidade em qualquer uma de suas portas, as portas do SUS foram abertas desde sua criação. Os indígenas, por exemplo, demonstram em suas vivências que a ideia de criação de políticas públicas específicas demais são impotentes frente à diversidade e liberdade do país, os indígenas que vivem nas cidades não são reconhecidos pelo SASI. Deve haver um cuidado na formulação de propostas como a do SASI, pois especificar não pode ser sinônimo de exclusão, pode-se estar dando cobertura a uns e descobrindo seus pares.

Outro ponto é que o SASI com essa ligação direta com o SUS, trouxe com ele todas as angústias e dificuldades que já existiam. Os mesmos hospitais, formulados e pensados pelo modelo biomédico, os mesmos profissionais com as mesmas formações, compartilham os mesmos espaços, porém há que se atentar lidam com pessoas diferentes. Para onde se foi a ideia da formação profissional diferenciada, as capacitações adequadas e o sistema que se preocupa com as angústias desses profissionais que passam meses afastados das famílias sem comunicação, para os profissionais que desconhecem os métodos tradicionais de cura, ainda não se sabe onde encontrar todas essas expectativas que o SASI trazia, talvez sejam expectativas frustradas ou talvez expectativas futuras. Cada ponto desses é crucial no momento que o profissional fornece o cuidado, os profissionais desse sistema também podem

estar sendo vítimas de políticas mal planejadas, não monitoradas e muito menos avaliadas. Esse é um nível macro da gestão desse sistema que precisa ser debatido.

Aprofundando-nos mais, observou-se nos espaços criados pelo Subsistema uma reflexo das problemáticas da macro gestão. Observa-se tão pouco os processos que ocorrem dentro desse sistema, que se torna irrisório considerar que em pleno século XXI o SUS esteja promovendo instituições que se aproximam do conceito de instituições totais explicitados nas obras de Goffman (2007). O autor trata das instituições totais aquelas em que um número grande de indivíduos em situação semelhante, ficam afastados do restante da sociedade e levam uma vida fechada e formalmente administrada. São instituições que descaracterizam os indivíduos e faz com que atuem sobre modelos e protocolos pré-estabelecidos.

A CASAI-DF, possui pacientes internados que estão lá para o atendimento na média e alta complexidade, ficam afastados de seus territórios e parentes por meses e até anos, os indígenas possuem horários estabelecidos para alimentação e não podem preparar seus alimentos como fazem nas aldeias. Deve-se refletir sobre a possibilidade de estar aproximando o modelo de atenção à saúde indígena a modelos tão criticados pela psiquiatria por um processo de negligência aos problemas que o modelo de atenção a saúde indígena apresenta. Quando os indígenas querem retornar as aldeias ou sair antes de terminar os tratamentos, tudo há uma motivação, como dizíamos trata-se de sofrimentos incompreendidos, mas dos que o sistema deve passar a se ocupar.

Por fim, vale ressaltar que a condição precária e grave que se encontra o indígena, hoje, na média e alta complexidade pode ser reflexo da nossa inserção inadequada em seus ambientes localizados e na inadequação e impossibilidade de se efetivar os procedimentos terapêuticos nas proximidades de seus territórios. Lideranças indígenas já levantam a criação de serviços de média e alta complexidade nas aldeias como estratégia para minimizar os problemas da saúde indígena no país, essa proposta deve ser amadurecida. Trata-se dos reflexos da construção histórica do sistema terapêutico biomédico e reconhecido pelo Estado com foco em hospitais e centros urbanos que exclui do seu projeto a diversidade.

10. Referências bibliográficas

- ALVES, F. B. VILAS BOAS, M. C. A. Inclusão social do índio e proteção do direito à saúde. In: Anais Congresso Nacional do CONPEDI, XVIII. São Paulo: 2009, p.546-573.
- BASTA, P. C. ORELLANA, J. D. Y. ARANTES, R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: GARNELO, L (orgs). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012, p.60-107 (Coleção Educação para Todos, n.5).
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Boletim Informativo Especial. **Saúde Indígena: uma década de compromisso**. 8ª ed. Brasília: FUNASA, 2009.
- BRASIL. Lei n. 9.836, de 23 de setembro de 1999.
- BRASIL. Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Lei Arouca: A FUNASA nos 10 anos de saúde indígena**. Brasília: FUNASA, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2ª ed. Brasília: FUNASA, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde Indígena- Distritos Sanitários Especiais Indígenas**. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Os indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.
- BRASIL. Portaria do Ministério da Saúde nº 1.163, de 14 de setembro de 1999.
- CARNEIRO DA CUNHA, M. 2009. Relações e dissensões entre saberes tradicionais e saber científico. In: **Cultura com aspas e outros ensaios**. São Paulo: Cosac & Naify, 2009, p.301-310.

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.7, p.1614-1619, 2009.

COUTINHO, M. CUNHA, S. **Os Caminhos da pesquisa em ciências humanas**. Belo Horizonte: PUC Minas, 2004.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e doença. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.8, n.1, p.173-183, 2003.

EVANS-PRITCHARD, E. E. **Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do Subsistema de Atenção à Saúde. In: _____ (orgs). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012, p.18-59 (Coleção Educação para Todos, n.5).

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer, Martin & Gaskell, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som- um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002, p.64-89.

GERHARDT, T. 2006. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.11 p.2449-2463, 2006.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite-7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

GUIMARÃES, S. **Cosmologia Sanumá: o xamã e a constituição do ser**. Tese (Doutorado). Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasília: 2005.

LANGDON, E. J. Representações de Doença e Itinerário Terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana. In: SANTOS, R. V. COIMBRA Jr. Carlos E. A. (orgs.). **Saúde e povos indígenas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p.115-141.

LANGDON, E. J. WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.18, n.03, p.173-181, 2010.

LOPES, M. C. L. MARCON, S. S. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. **Acta Scientiarum**, v.34, n.1, p. 85-93, 2012.

LOYOLA, M. A. Medicina Popular. In: GUIMARÃES, R. (Org.). **Saúde e medicina no Brasil**. Rio de Janeiro: GRAAL, 1978, pp. 225-250.

LUCIANO, G. B. (org). **O Índio Brasileiro**: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006 (Coleção Educação para Todos, n.1).

MENDES, E. V. As redes de atenção a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.7, p. 2297-2305, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social**: Teoria, Método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, M.C.S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: _____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2010, p.61-76.

NAKAMURA, E. O método etnográfico em Pesquisas na área da saúde: uma reflexão antropológica. **Saúde Soc.**, v.20, n.1, p. 95-103, 2011.

OLIVEIRA, R. C. O trabalho do antropólogo: Olhar, ouvir, escrever. In: _____. **O trabalho do antropólogo**. São Paulo: UNESP, 1996. p.17-35.

OLIVEIRA, J. E. PEREIRA, L. M. BARRETO, L. S. Laudo antropológico referente à diligência técnica realizada em parte da área da antiga Fazenda Bananal, também conhecida como santuário dos pajés, localizada na cidade de Brasília, DF, Brasil. Brasília: FUNAI, 2011.

PELLEGRINI, M. As equipes de saúde diante das comunidades indígenas: reflexões sobre o papel do antropólogo nos serviços de atenção à saúde indígena. In: LANGDON, E. J. GARNELO, L. (orgs). **Antropologia da Intervenção e as Práticas de Atenção à Saúde Indígena**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, p.233-243.

PEREIRA, D. N. **Itinerários terapêuticos entre pacientes do Hospital de Base (DF)**. Dissertação (Mestrado). Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasília: 2008.

SANTOS, R. V. et al. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 33-55.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p. 29-41, 2007.

SOUSA, M. C. SCATENA, J. H. G. SANTOS, R. V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Caderno de Saúde Pública**, v.23, n.4, p. 853-861, 2007.