



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Saúde Coletiva

Luiza Gabriela de Melo Matos da Cruz

**PERCEPÇÕES DE PACIENTES INDÍGENAS SOBRE O
PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO NO DISTRITO FEDERAL**

Brasília, 2015



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Saúde Coletiva

PERCEPÇÕES DE PACIENTES INDÍGENAS SOBRE O PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO NO DISTRITO FEDERAL

Autora: Luiza Gabriela de Melo Matos da Cruz

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

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.^a Aldira Guimarães Duarte Dominguez

Prof.^a Flávia Reis de Andrade

Brasília, 2015

Dedicatória

Dedico esse trabalho à minha família, que acima de tudo sempre me apoiou para que escolhesse uma profissão, em especial aos meus pais Márcia Maria e João Batista que em todos os momentos de dificuldade nunca deixaram de cuidar de mim. Às minhas irmãs, a qual uma eu segui seubom exemplo e a outra espero ser um bom exemplo a ser seguido. Dedico também à população indígena, pois espero que futuramente esse trabalho sirva como melhoria para muito deles.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer primeiramente aos meus professores, pois sem eles eu não teria o conhecimento para produzir esse trabalho. Primeiramente os meus professores do ensino primário e fundamental, que me ensinaram a escrever e as principais matérias básicas; aos meus professores do ensino médio, que me mostraram o caminho certo a seguir e me deram o mapa para que eu alcançasse o sucesso; aos meus professores de graduação que abriram as portas para um mundo novo, com imensas possibilidades de conhecimento e reconhecimentos futuros. Por último, à minha orientadora, que desde sua primeira aula me serviu como inspiração e fonte de conhecimento que apresento nesse trabalho com muita alegria.

Agradeço à Universidade de Brasília por expandir meu aprendizado e possibilitar o acesso a grandes mestres e por todo o apoio em projetos de pesquisa e extensão que foram essenciais para esse trabalho.

Não posso deixar de agradecer aos meus amigos, principalmente Lucas Henrique, Paula Fantini e Larissa Maia, pois estiveram comigo desde sempre, com muito carinho e afeto, sem deixar de me apoiar e esperando sempre o melhor.

Agradeço a todos os amigos e colegas de graduação e trabalho que, mesmo indiretamente, foram formadores de opiniões e acrescentaram importantes considerações a esse trabalho e para minha vida.

Agradeço ao meu melhor amigo e namorado, Guilherme, que sempre me apoiou e esteve presente, permitindo que eu nunca desistisse de lutar pelos meus ideais, ajudando na produção e sendo carinhosamente gentil e amoroso nos dias difíceis. Agradeço por sua paciência e dedicação diária para que esse trabalho fosse concluído.

Por último, agradeço à minha família, a quem dediquei esse trabalho, os formadores da minha educação, e que com muito amor e carinho me ensinaram tudo o que sei de mais valioso.

*“Cada pessoa é aquilo que crê, fala
o que gosta, retém o que procura,
ensina o que aprende, tem o que dá e
vale o que faz.”*

Chico Xavier

Resumo

Esse trabalho teve como objetivo identificar a percepção de pacientes indígenas que estavam ou ainda estão em processo de hospitalização no Distrito Federal (DF), baseado nas experiências desses pacientes em deslocar-se da aldeia para adentrar a média e alta complexidade em uma nova forma de concepção de saúde-adoecimento. O processo de hospitalização engloba, além das internações, o período de estadia na Casa de Apoio a Saúde do Índio (CASAI) e todo o itinerário de consultas e exames em hospitais na rede do DF. Por isso, o cenário central para esse trabalho foi a Casa de Apoio a Saúde do Índio (CASAI) do DF, onde os mesmos passam maior parte do tempo. Para tanto, analisou o dia a dia desses pacientes na rede do SUS DF. Esta é uma pesquisa qualitativa com abordagem etnográfica, que utilizou entrevistas abertas e a observação participante que se efetivou com a produção de um diário de campo.

Palavras-chave: saúde indígena, hospitalização, etnografia

Abstract

This piece of work aims at understanding the perception of indigenous patients that have been in process of hospitalization in Distrito Federal (DF), based on these patients' experiences of moving from their village to get into the average and high complexity, in a new way of conceiving health-sickening. The process of hospitalization covers, besides the hospital admission, the stay at Casa de Apoio a Saúde do Índio (CASAI) and all the itinerary of medical appointments and examinations in hospitals inside DF health system. Considering this, the main scenario for this research was DF's Casa de Apoio a Saúde do Índio (CASAI), where these indigenous people spend most of their time. For doing so, we have analyzed the routine of these patients inside the SUS system. This is a qualitative research with ethnographic approach that has used open-interviews and participant observation, which has resulted in the production of a field diary.

Palavras-chave: indigenous health, hospitalization, ethnographic

Formatado: Inglês (Estados Unidos)

Formatado: Cor da fonte: Texto 1, Inglês (Estados Unidos)

Formatado: Inglês (Estados Unidos)

Sumário

1. Apresentação.....	9
2. Introduzindo o tema: a diversidade indígena e os processos de hospitalização.....	11
2.1 Construindo o campo temático e analisando o local de trabalho de campo.....	13
2.2 Pensando sobre os processos de hospitalização.....	16
2.4 Considerações finais.....	19
3. Bibliografia.....	21
4. Apêndice.....	22

1. Apresentação

Este trabalho objetivou compreender o processo de hospitalização de pacientes indígenas no DF. Fez parte da pesquisa de iniciação científica que realizei em 2013-2014 e do projeto de pesquisa na área de saúde indígena e do projeto de extensão realizado na Casa de Saúde Indígena, ambos coordenado pela Professora Sílvia Maria Ferreira Guimarães. Foi apresentado no *VI Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa em Salud – Medellín, Colombia* realizado nos dias 15, 16 e 17 de Outubro de 2014 e no *IV Congreso Internacional Ciencias, Tecnologías y Culturas – Dialogos entre las disciplinas del conocimiento*, no *Simpósio “Direito e saúde – Diálogos Interdisciplinares Latinoamericanos”*, em Santiago no Chile, realizado nos dias 9 a 12 de outubro de 2015. Essas apresentações originaram o capítulo de livro proposto pelos coordenadores do Simpósio *“Direito e saúde – Diálogos Interdisciplinares Latinoamericanos”*. Diante desse fato, este trabalho de monografia constitui-se no capítulo do livro na versão aceita e aprovada.

Para compreender o processo de construção deste trabalho, com o tema da Saúde Indígena, reconstituo a minha trajetória na Saúde Coletiva. Esse campo de saber me foi apresentado por um professor do ensino médio, como um curso novo que lidaria com a gestão de saúde, o que me pareceu, inicialmente, incerto o campo de trabalho. No entanto, investi na graduação na Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, me surpreendi positivamente com a multidisciplinaridade que o curso oferecia e com a possibilidade de ter um novo perfil profissional na área de saúde.

Ao longo da formação, me interessei pelas áreas das ciências sociais, especialmente em observar as singularidades dos sujeitos e grupos sociais e epidemiológicas, com suas análises de grupos populacionais.

A temática referente à saúde indígena, apresentada em algumas disciplinas e depois no envolvimento com pesquisa e extensão, despertaram em mim o interesse pelo tema e a curiosidade em compreender todos os saberes e práticas de sistemas simbólicos diversos, o trato com o corpo, estratégias de cuidado, etc. Ao mesmo tempo, a articulação das racionalidades indígenas com a biomédica que pauta os serviços de saúde apresentava conflitos e sérios problemas a serem observados pela gestão.

Os povos indígenas apresentam baixos indicadores na saúde o que revela que o repasse de tecnologias e acesso a serviços não funciona equitativamente quando se é indígena, indicando o peso de marcadores sociais da diferença como cor, etnia, gênero,

ocupação, determinando o cenário da saúde. As desigualdades sociais se transformam em desigualdade em saúde e fazem dos contextos indígenas situações críticas.

Ao longo dos estudos com povos indígenas, fui observando o significado de se ter políticas diferenciadas para grupos sociais marginalizados, vítimas de preconceito e violência institucionalizada que os inserem nos contextos de desigualdade em saúde citados acima.

No caso dos povos indígenas, elemento importante que deve ser observado nas políticas é o reconhecimento de seus territórios e diversidade cultural. Essas políticas diferenciadas foram demandadas por um movimento social indígena altamente articulado no Brasil, que conseguiu garantir aos mesmos artigos específicos na Constituição Federal de 1988. Em um trabalho da matéria Informação, Educação e Comunicação em Saúde, ministrada pela Prof.^a Larissa Grandi, foi demandado a criação de um vídeo de tema livre, para ser feito em grupo. Produzi um curta sobre os alunos indígenas na Universidade de Brasília, explorando suas vivências e reflexões sobre a atuação do indígena dentro da universidade. Para edição, obtive o apoio do Laboratório Ágora de Saúde Coletiva e do editor de vídeos Lynce Ramos.

Particpei dos projetos de pesquisa “Práticas Médicas Indígenas e o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena” e do projeto de extensão “Práticas Médicas Indígenas e o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: ações na CASAI/DF”, coordenados pela Professora Sílvia Guimarães, quando pude me inserir nesses contextos de desigualdade em saúde e analisar a realidade vivida pela população indígena nos serviços de saúde; conhecer de perto cada história e cada caso daquelas pessoas. Este trabalho faz parte da pesquisa citada acima e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Humanas da UnB e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) com CAAE: 02380212.3.000.5540

Hoje, finalizando o curso de Saúde Coletiva, acredito que o sanitarista deve estar atento e compreender esses contextos de desigualdade para que possa auxiliar na recriação de processos de trabalho no cotidiano das instituições e políticas de saúde que finalizem com essa marginalização. Espero usar dos meus conhecimentos teóricos e práticos para tornar possível uma melhora significativa na vida da população indígena, e que esse trabalho seja o início de tudo.

2. Processos de Hospitalização no Universo Indígena

2.1. Introduzindo o tema: a diversidade indígena e os processos de hospitalização

Atualmente, de acordo com o Censo IBGE (Brasil, 2010), o Brasil conta com 896.917 pessoas que se autodeclararam indígenas. São, aproximadamente, 243 povos indígenas, falantes de 150 línguas diferentes (ISA, 2015), o que representa uma diversidade de regimes de saberes e modos de viver. Essa diversidade está distribuída nas cidades e nas Terras Indígenas demarcadas ou não pelo Estado no interior do país, o que complexifica ainda mais o universo indígena e impõem desafios para garantir os direitos desses cidadãos. A inabilidade por parte do Estado para abarcar variadas formas de viver em seu interior, muitas vezes, exercida propositalmente, faz com que os povos indígenas estejam imersos em situações de desigualdade social que os levam a viver uma desigualdade em saúde.

Essa desigualdade foi construída desde o período da colonização até os dias atuais em processos históricos marcados pela exclusão social e violência. A escravização dos indígenas, práticas de genocídio e etnocídio, isto é, tentativas de pôr fim aos seus modos de viver, regimes de saberes e suas línguas, constituíram-se em ações sistemáticas dos governos coloniais e brasileiros. Tal processo histórico transparece, hoje, na prática de não regularização de seus territórios tradicionais, na incompatibilidade e impossibilidade de ocuparem espaços na economia brasileira, nas dificuldades enfrentadas no sistema educacional e, no caso da saúde, de estarem entre os piores indicadores de saúde na sociedade brasileira (Coimbra & Santos, 2000; Guimarães *et. al*, 2015).

No entanto, o ativismo político dos indígenas atua se opondo a essa situação de desigualdade de múltiplas formas. Por exemplo, no campo da saúde, foi demandada a criação de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) para atender as especificidades culturais e geográficas desses povos. Esse subsistema foi criado em 1999, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), com o propósito dos serviços de saúde alcançarem os povos indígenas nos rincões do Brasil, observando as especificidades culturais dos mesmos.

A maneira como os indígenas compreendem processos de saúde e adoecimento é múltipla a depender de suas cosmovisões e está inserida em redes de sociabilidades

diversas. Por conseguinte, pensando nessa diversidade, foi criado o SASI e implementada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), em 2002, os quais se concretizam em processos de trabalho na atenção básica que acontecem nas terras indígenas (Garnelo, 2012). Há grandes desafios para estruturar o atendimento indígena, pois envolve uma rede de milhares de indígenas, profissionais de saúde, organizações não-governamentais e agências governamentais, que devem estar articuladas para efetivá-lo. Essa rede insere-se em uma diversidade de territórios culturais onde há uma multiplicidade de coletivos indígenas que estão localizados em áreas geográficas de difícil acesso.

O SASI se estrutura por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), os quais são unidades operacionais e administrativas mínimas que devem observar a diversidade territorial indígena além das necessidades de infraestrutura e de recursos humanos para efetivar as ações em saúde (Cardoso, 2014). Por estar focado na atenção básica nas Terras Indígenas, contam com uma equipe multiprofissional de saúde (EMSI), composta por enfermeiros, auxiliares/técnicos em enfermagem, médicos, dentistas e agentes indígenas de saúde (AIS). Os DSEI's apresentam uma rede hierarquizada que vai dos postos de saúde, localizados nas aldeias, ao polo base, localizado na aldeia ou na sede dos municípios, e as Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAI's). Essas últimas estão localizadas nos centros urbanos onde estão as referências de média e alta complexidade, situadas próximas das Terras Indígenas.

As CASAI's são casas de apoio que recebem e alojam os pacientes indígenas e seus acompanhantes, os quais vêm das Terras Indígenas e devem realizar tratamento nos hospitais, são responsáveis pela marcação de consultas, deslocamento, alimentação, alojamento desses indígenas e prestação de assistência de enfermagem 24 horas por dia. Os indígenas em tratamento circulam por essa rede, da Terra Indígena aos centros urbanos, podendo ser encaminhados para CASAI's localizadas em outros estados da federação que estão próximas de hospitais que contam com serviços médicos necessários ao tratamento.

Cabe ressaltar que as CASAI's atuam recebendo indígenas somente referenciados pelos DSEI's, o que significa que somente aqueles que se encontram em Terras Indígenas acionam essa rede. Os indígenas citadinos não têm espaço nessa articulação dos serviços, pois, por não viverem em Terras Indígenas, não podem acessar a rede dos DSEI's, assim entram nos serviços de saúde por conta própria. Isso revela a delimitação

e imposição do Estado brasileiro sobre a definição de quem é indígena e quais podem exercer seus direitos. Ao todo, no Brasil, há 34 DSEI's e 75 CASAI's (BRASIL, 2015).

No caso da alta complexidade, quando estão vivendo processos de hospitalização, as dificuldades ampliam-se para os indígenas, pois esses adentram o SUS e passam a vivenciar um processo de deslocamento da Terra Indígena para a cidade que os força a viver uma situação conflituosa, ou melhor, de conflito interétnico, que os impõe uma indianidade e ao mesmo tempo a nega (Oliveira Filho, 1988). Nesse processo, os saberes e práticas indígenas de cuidado são anulados e devem ser substituídos pelos saberes e práticas biomédicos ou da medicina científica ocidental. Além disso, os profissionais de saúde apresentam *a priori* uma definição de indianidade e de como se relacionar com esses indivíduos que, em geral, é marcada por preconceitos e estereótipos.

Diante desse quadro, este trabalho pretende analisar os processos de hospitalização indígena e os conflitos que surgem a partir da visão dos indígenas que estão localizados na Casa de Apoio à Saúde Indígena do DF. Os indígenas que freqüentam a CASAI DF são, em sua maioria, das etnias do Xingu (MT), os Xavante (MT), os Yanomami (RR), os Macuxi (RR) e os Wapixana (RR).

Para esta pesquisa, no campo indígena, entende-se processo de hospitalização como todo o processo do tratamento na média e alta complexidade, na atenção ambulatorial especializada ou em regime de internação. No caso da atenção ambulatorial, essa é marcada por idas e vindas, com períodos de estadia na Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI), que está localizada próxima a rede de atenção à saúde do SUS.

1.2 Construindo o campo temático e analisando o local de trabalho de campo

Os procedimentos de investigação sobre o olhar indígena a respeito dos processos de hospitalização e as técnicas pertinentes a esses procedimentos terão como base os princípios do fazer etnográfico. De acordo com Cardoso de Oliveira (1998), para a realização de um trabalho de campo é necessário saber como e o quê observar, isto é, discernir o que é teoricamente significativo do que não é, o que depende da base cognitiva do pesquisador. Assim, essa pesquisa teve início com leitura de material pertinente sobre o tema para, em seguida, realizar o trabalho de campo, buscando captar

os modos de operação dos indígenas e a situação conflituosa que se encontravam a partir das narrativas que relataram em campo.

O trabalho de campo foi realizado na Casa de Apoio à Saúde Indígena do DF, que é definida como uma CASAI nacional, por não estar vinculada a nenhum DSEI, mas à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), órgão responsável pela saúde indígena no Ministério da Saúde. As CASAI's são partes integrantes da rede de serviços de atenção à saúde prevista na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Essa política define que asCASAI's serão responsáveis pelos serviços de apoio as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade. Essas casas têm como função fazer a recepção e dar apoio aos pacientes e acompanhantes indígenas, referenciados da aldeia/polo base ou DSEI para tratamento médico especializado. Para tanto, a CASAI DF deve prestar os seguintes serviços: receber pacientes e seus acompanhantes encaminhados pelos DSEI; alojar e fornecer alimentação para pacientes e seus acompanhantes, durante o período de tratamento; estabelecer os mecanismos de referência e contrareferência com a rede do SUS; prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia aos pacientes pós-hospitalização e em fase de recuperação.

Cabe enfatizar que as CASAI's atuam como instituições totais nos termos Goffman (1974), pois se caracterizam por serem estabelecimentos fechados que funcionam em regime de internação, onde os indígenas vivem em tempo integral. Funcionam como local de residência, trabalho, lazer e espaço de atividades terapêuticas. Há uma equipe dirigente que exerce o gerenciamento administrativo e terapêutico da vida na instituição. Assim, há um poder essencialmente modelador, repressivo e mutilador da subjetividade que insere os indivíduos em outro processo (res)socializador. O tempo e o espaço devem ser experienciados a partir do que é permitido pelos profissionais de saúde, há uma rotina de visita da enfermagem, horário de alimentação e saídas que são monitorados. Os profissionais da CASAI DF estão imersos nessa prática disciplinadora dos corpos, de acordo com eles, há regras que devem ser seguidas para o funcionamento da prática terapêutica.

A CASAI DF mantém uma equipe que acompanha os pacientes indígenas em consultas, exames e internações hospitalares. No entanto, essas últimas são acompanhadas continuamente por pelo menos um acompanhante indígena que veio com o paciente da aldeia ou do DSEI, pode ser um parente próximo ou uma agente indígena de saúde que fala a língua do paciente. Outra atividade da CASAI é fazer a

contrareferência para os polos base, além de articular o retorno dos pacientes e acompanhantes às comunidades de origem, por ocasião da alta médica. Além dessas ações, deve-se observar que os profissionais da CASAI atuam no campo interétnico, onde são acionadas relações de poder e identidades étnicas (indígenas e não-indígenas). Nesse momento, os profissionais de saúde dos hospitais e da CASAI DF atuam a partir do imaginário que constroem sobre os indígenas, que muitas vezes não refletem a realidade, mas acabam por revelar quem são esses profissionais. Assim, observa-se nesse contexto o uso de palavras para se referir aos indígenas constituindo um dicionário de preconceitos contra eles, que emerge criando estigmas e orientando ações violentas (Ramos, 1998). A partir dessa perspectiva, os indígenas são infantilizados, não tem higiene, são descuidados com suas crianças e estão imersos em uma ignorância não sendo possível o diálogo.

No caso dos profissionais da CASAI DF, cabe ressaltar que esses têm percepções variadas sobre os indígenas. Alguns tentam construir outros entendimentos e inserir os indígenas nas discussões sobre as terapêuticas que estão vivenciando, tentando dar autonomia aos mesmos no contexto onde se encontram e se limitando a serem auxiliares nos entendimentos que os indígenas constroem ao longo de todo o tratamento. Outros replicam o imaginário preconceituoso e estereotipado que marca os profissionais dos hospitais.

Em muitas ocasiões, o elemento da tutela indígena que definiu, antes da Constituição Federal de 1988, os órgãos indigenistas aparece e é acionado pelos profissionais dos hospitais. Estes esperam que os profissionais da CASAI DF respondam pelas terapêuticas que irão realizar nos indígenas, excluindo os indígenas de qualquer participação. Ocorreram casos em que os profissionais dos hospitais solicitaram autorização e até mesmo assinatura de documentos por parte dos profissionais da CASAI DF para realizar algum procedimento em indígenas hospitalizados. Tal postura foi criticada e questionada por alguns profissionais da CASAI DF que exigiram que tudo fosse conversado e negociado com o paciente indígena.

Há uma linha tênue separando a tutela do assessoramento ao indígena onde os profissionais da CASAI DF atuam, sendo que alguns desses profissionais pendem para um lado enquanto outros para o outro. Mas, todos atuam no exercício disciplinador que a CASAI, com suas atividades terapêuticas, exige. Um poder disciplinador de corpos e pessoas é exercido nos termos de Foucault (2000).

De acordo com Foucault (op. cit.), o poder disciplinador atua na micro vida dos sujeitos, isto é, no cotidiano. Nasce como uma tecnologia de poder que molda o corpo do homem de acordo com os interesses daqueles que estão no poder, no caso dos povos indígenas, há uma tentativa de torná-los brancos/não-indígenas, de inseri-los em um processo civilizatório ocidentalizado. As CASAI's são locais onde é exercido o biopoder, cujo foco não é o corpo individualizado, mas o corpo coletivo dos indígenas. No biopoder, há uma tecnologia de poder voltada para o “fazer viver” e o “deixar morrer”, que será um poder que vai se encarregar da preservação da vida, eliminando tudo aquilo que ameaça a preservação e o bem-estar da civilização, caso da diversidade indígena e suas práticas de cuidado.

2.3. Pensando sobre os processos de hospitalização

O atendimento médico da população indígena, na maioria das vezes, inicia-se nas aldeias com as práticas médicas indígenas que são acionadas ao mesmo tempo em que os indígenas podem vivenciar práticas biomédicas oferecidas pela equipe em área. Essas últimas são ações que marcam a atenção básica, pois procedimentos mais invasivos são realizados nos hospitais.

Essa transferência da aldeia para a cidade acontece com os indígenas ainda fazendo uso de suas práticas de cuidado, mas de maneira invisível para que os não-indígenas não as vejam, pois há o receio de serem proibidas. Algumas vezes, eles exigem a presença dos pajés nos ambientes hospitalares, mas a presença desses depende do tipo de atividade que irão realizar, sendo permitido somente cantos e rezas, conforme foi explicado por uma estudante de medicina do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

Esse caminho que liga a aldeia à cidade pode ser sentido como um processo de violência sobre suas práticas e saberes. Além de estarem vivenciando um processo de adoecimento, há a transferência de ambiente que deve ser permeada por muita etiqueta por parte dos indígenas para que a situação conflituosa não se agrave e os processos de adoecimento. De acordo com os Yanomami (Guimarães 2010), eles podem ser vítimas de feitiços de outros inimigos, podem se transformar em outras criaturas a depender do que comem, como se vestem ou como se portam. Isso se revela em processo de sofrimento contínuo que deve ser controlado pelos indígenas e eles o fazem sem serem percebidos pelos não indígenas.

Os cuidados corporais marcam o universo indígena e têm papel fundamental na construção da pessoa (Seeger *et. al.* 1979). Vários rituais são realizados com este intuito, quando assumem outra corporalidade e outro papel na coletividade, para tanto, devem ter uma alimentação específica ou fazem jejum, realizam pinturas corporais e praticam danças e outras atividades corporais. Assim, em coletivos que apresentam tal cuidado com o corpo, a rotina de um paciente indígena fora de seu território tradicional e dentro da CASAI ou de um hospital, voltada para disciplinar os corpos e transformá-los em outros, é uma ação violenta.

Por isso, os processos de hospitalização indígena que apresentam práticas invasivas requerem dos indígenas, cuidados especiais para se protegerem da proximidade intensa de um outro, diverso, e suas técnicas. Caso de uma Xavante que foi submetida à amputação do ante pé, devido ao diabetes *mellitus*, ela, constantemente, exigia seu retorno para sua comunidade, o que a levava a brigar com os funcionários da CASAI e recuar nas suas demandas, em um exercício de proximidade e distância que era calculado por ela. Em certa ocasião, ela me informou que não iria brigar mais, pois os profissionais da CASAI que lhe davam remédios poderiam envenená-la.

Alguns indígenas se encontram em uma situação extrema quando ficam imobilizados sem saberem o que podem ou não fazer. Um caso revelador dessa situação foi de uma Yanomami que estava com câncer facial. Ela estava internada em um quarto coletivo no HUB e seu companheiro estava sentado ao lado dela. Os dois estavam totalmente embrulhados do pé a cabeça com lençóis, quando me aproximei e comecei a falar com eles. Eles retiraram o lençol e abriram um sorriso, explicaram que estavam se protegendo da proximidade de estranhos que poderiam lhes fazer algum mal, isto é, jogar algum feitiço. Em outro caso, de uma Macuxi com sua filha pequena internada no HUB, ela estava com muito calor no quarto, mas não abriu a janela com medo de não ser permitido. Outro caso foi de um pai acompanhando seu filho pequeno que estava internado para realizar tratamento de câncer no Hospital da Criança de Brasília e a criança chorava intensamente, mas o pai não pegava o filho com receio de não ser o momento adequado. Essa atitude foi vista por parte dos profissionais como de descuido e inabilidade do pai em lidar com o filho.

Não compreender o que é ou não permitido e como é a forma de agir dentro de um hospital são situações que revelam o poder disciplinador marcando os corpos, retirando a autonomia dos sujeitos. Decisões rotineiras como abrir ou não uma janela torna-se dilemas que acompanham o processo de hospitalização. Ao lado dessas ações, que não

estão diretamente relacionadas com o tratamento em si, há outras inquietantes para os indígenas. Por exemplo, as seqüelas dos tratamentos, em um caso de uma criança Yanomamique tinha um tumor na cabeça, o qual deveria ser retirado. A cirurgia aconteceu e a criança ficou cega, isso deixou o pai extremamente nervoso e angustiado querendo compreender o que aconteceu. De acordo com ele, seu filho caçava passarinhos na floresta e, agora, como poderia continuar com sua vida. Isso gerou uma desconfiança do pai com os não-indígenas o que o fez não deixar o filho conviver com os profissionais da CASAI. Os dois estavam a todo momento juntos e o pai não deixava acontecer qualquer aproximação com os outros.

Em um caso de uma paciente Macuxi, a avó relata várias idas e vindas de hospitais em Roraima e Brasília, a criança foi internada a primeira vez aos 8 meses e, hoje, com 2 anos ainda está em processo de hospitalização. A família não tem conhecimento do diagnóstico de câncer, o que já era sabido pelos profissionais. Assim como analisa Rosa (2013: 63), é possível perceber nos indígenas a incompreensão e o desconhecimento sobre como é percebido pelos médicos seus problemas e os efeitos do tratamento.

Os indígenas sabem da importância dos tratamentos nos hospitais, os quais acontecem quando se esgotam as práticas de autocuidado ou dos terapeutas indígenas. O problema está na situação extrema que se encontram, marcada por relações de poder que requer dos indígenas habilidade para lidar com essa situação. Por outro lado, não há qualquer esforço por parte dos profissionais dos hospitais em fazer o movimento inverso e acatar qualquer tipo de reivindicação dos indígenas. Para os indígenas, a terapêutica na cidade envolve práticas de cuidado diversas. O problema desse processo é que a confiança indígena no tratamento é construída somente pelos próprios indígenas, sem qualquer participação daqueles que deveriam inseri-lo no processo.

A vivência de uma transição territorial, que leva a uma imersão em outras redes de sociabilidade e de saberes e práticas, requer dos indígenas o exercício contínuo de pensar arranjos de convivência que nada mais são do que microresistências ao poder disciplinador a que são impostos (Foucault, 1985). De acordo com Pereira et. al (2014), é essencial que os profissionais que prestam os serviços na média e alta complexidade, no caso do atendimento indígena, conheçamos aspectos socioculturais desses indivíduos, proponham projetos de cuidado mais efetivos e condizentes com a realidade indígena. Ainda, segundo esses autores, o ambiente hospitalar que apresenta a ideia de

vínculo e diálogo com os indígenas acaba por criar gestões inovadoras (op. cit). Mas, é determinante nesse processo se abrir para a diversidade e demandas dos indígenas. Acolhê-las significa a possibilidade de criar novas tecnologias, processos e rotinas de cuidado.

2.4. Considerações finais

O contexto sociocultural dos indígenas se traduz em uma longa história de violência, escravidão, extermínio, discriminação e exclusão social que, ainda hoje, se perpetuam em ações moralizantes, orientadas pelo preconceito, como as que ocorrem em saúde. Os indígenas apresentam os piores indicadores em saúde, assim, as mulheres indígenas morrem mais no parto em comparação com outros segmentos; as crianças indígenas morrem mais em processos de adoecimento, ao contrário do que acontece com outros segmentos, não são controlados (Ministério da Saúde, 2015). Cabe questionar por que as tecnologias de cuidado que ampliam vidas e controlam processos de adoecimento não chegam aos povos indígenas.

O ambiente hospitalar é um caso paradigmático de uma rotina de exclusão, que apresenta clivagens que segue desde a dificuldade de dormir em camas, passando por uma alimentação que lhes parece perigosa até o uso de medicamentos que podem ser enfeitiçados. Outros elementos são a exigência de documentação, como as certidões de nascimento e identidade, que podem inviabilizar um tratamento na alta complexidade. Além disso, aos indígenas é imposto como se cuidar e dito os limites do aceitável da terapêutica indígena, que só pode acontecer dentro do definível e tolerável pelos profissionais de saúde. De acordo com uma liderança indígena, que se encontrava na CASAI DF, os problemas de saúde enfrentados pelos indígenas, hoje, vividos sem qualquer tentativa de mudança desse quadro, demonstram uma política sistemática e proposital de extermínio dos indígenas por parte do Estado brasileiro. Ainda de acordo com essa liderança, o que parece é que, para os povos indígenas, “esses deixem morrer”.

Foi percebida a ausência de tecnologias leves, que Merhy (2009) apresenta como a relação envolvida entre profissional e usuário onde, mediante a escuta com interesse, surgem os vínculos, que possibilitam captar singularidades específicas do usuário, como a cultura, formas de viver e muito mais, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico do médico. Dessa forma, a ação construtora de vínculos médico-paciente, torna o paciente participante atuante, interagindo e deixando sua marca impressa afetando o relacionamento das partes.

Nesse trabalho, foi visto em muitos casos a falta de tecnologias leves na atuação dos profissionais, como afirma Rosa (2013, 69) 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 à saúde.

O SASI foi uma conquista importante para o movimento indígena, mas, para melhor efetivá-lo, é preciso existir investimento na produção de tecnologias leves que planejam e fazem as engrenagens do sistema rodar tal como afirma Merhy (2009): o cuidado (e não a clínica) é a alma dos serviços de saúde e a estratégia radical para defesa da vida.

Bibliografia

BRASIL, SESAI, SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. (acessado 10 de julho de 2015) Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai>

BRASIL, 2010. CENSO IBGE. Disponível em <http://censo2010.ibge.gov.br/>

COIMBRA, C. & SANTOS, R. 2000. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relação, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, vol 5(1).

FOUCAULT, M. *História da sexualidade 3: o cuidado de si*, RJ: Ed. Graal, 1985

ISA, 2015. Instituto socioambiental. Disponível em <http://pib.socioambiental.org/pt>

GARNELO, L. 2012. Políticas de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, L. & PONTES, A. L. (org.). *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC/SECADI.

GOFFMAN, I. 1974. *Manicômio, prisões e conventos*. SP: Ed. Perspectiva.

GUIMARÃES, S. 2010. Corpos e ciclos da vida sanumá-yanomami. *Horizontes Antropológicos*, v. 34, p. 20-40, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015. Boletim Epidemiológico, Secretaria de Vigilância em Saúde, vol. 46, n. 10.

SEEGER, A., DAMATTA, R. & VIVEIROS DE CASTRO, E. 1979. “A construção da pessoa nas sociedades indígenas”. *Boletim do Museu Nacional*. Antropologia nº 32.

OLIVEIRA FILHO, J. P. 1988. “*O Nosso Governo*”: os Ticuna e o Regime Tutelar. SP: Marco Zero, Brasília: MCT/Cnpq.

PEREIRA, E; BIRUEL, E; OLIVEIRA, L; RODRIGUES, D. 2014. A Experiência de ensino em serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. *Saúde e Sociedade*, SP, v. 23, n. 3.

RAMOS, A. 1998. *Indigenism: ethnic politics in Brazil*. Madison, Wisconsin: The University of Wisconsin Press.

MERHY EE, FEUERWERKER LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E, organizadores. *Leituras de novas tecnologias e saúde*. Bahia: Editora UFS; 2009. p. 29-56

ROSA, Jéssica Camila de Sousa. A gestão do subsistema de atenção à saúde indígena no Distrito Federal através dos itinerários terapêuticos dos povos indígenas. 2013. 74 f., il. Monografia (Bacharelado em Saúde Coletiva)—Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

Apêndice

Link do vídeo apresentando na matéria de Informação, Educação e Comunicação em Saúde e entregue em mídia..<https://www.youtube.com/watch?v=StDeJ0jO52E>