Interdisciplinaridade na Atenção à Saúde de Povos Indígenas

Interdisciplinaridade na Atenção à Saúde de Povos Indígenas

Raphael Rodrigues

© 2018 por Editora e Distribuidora Educacional S.A.
Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida ou transmitida de qualquer modo ou por qualquer outro meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer outro tipo de sistema de armazenamento e transmissão de informação, sem prévia autorização, por escrito, da Editora e Distribuidora Educacional S.A.

Presidente
Rodrigo Galindo

Vice-Presidente Acadêmico de Graduação
Mário Ghio Júnior

Conselho Acadêmico
Ana Lucia Jankovic Barduchi
Camila Cardoso Rotella
Danielly Nunes Andrade Noé
Grasiele Aparecida Lourenço
Isabel Cristina Chagas Barbin
Lidiane Cristina Vivaldini Olo
Thatiane Cristina dos Santos de Carvalho Ribeiro

Revisão Técnica
Rafael Bento Da Silva Soares
Marina Pereira Novo

Editorial
Camila Cardoso Rotella (Diretora)
Lidiane Cristina Vivaldini Olo (Gerente)
Elmir Carvalho da Silva (Coordenador)
Letícia Bento Pieroni (Coordenadora)
Renata Jéssica Galdino (Coordenadora)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Rodrigues, Raphael
R696i Interdisciplinaridade na atenção à saúde de povos indígenas / Raphael Rodrigues. – Londrina : Editora e Distribuidora Educacional S.A., 2018.
216 p.

ISBN 978-85-522-0560-9

1. Índios - Saúde e higiene. 2. Índios - Cuidados médicos. 3. Política de saúde. I. Rodrigues, Raphael. II. Título.

CDD 362.18

Thamiris Mantovani CRB-8/9491

2018
Editora e Distribuidora Educacional S.A.
Avenida Paris, 675 – Parque Residencial João Piza
CEP: 86041-100 — Londrina — PR
e-mail: editora.educacional@kroton.com.br
Homepage: http://www.kroton.com.br/

Sumário

Unidade 1 | Contextualização e histórico da saúde indígena no Brasil 7

Seção 1.1 - Distribuição dos povos indígenas no Brasil 9

Seção 1.2 - Histórico da saúde indígena no Brasil 24

Seção 1.3 - Corpo, saúde e doença 39

Unidade 2 | Modelo atual de atenção à saúde dos povos indígenas 59

Seção 2.1 - SUS e subsistema de saúde indígena 61

Seção 2.2 - Distritos Sanitários Especiais Indígenas 78

Seção 2.3 - Recursos humanos e saúde indígena 94

Unidade 3 | Especificidades relacionadas aos cuidados de saúde aos povos indígenas brasileiros 113

Seção 3.1 - Políticas voltadas para os povos indígenas 114

Seção 3.2 - Indicadores de saúde 128

Seção 3.3 - Perfil epidemiológico dos povos indígenas 142

Unidade 4 | Assistência à saúde dos povos indígenas 161

Seção 4.1 - Atenção à saúde 162

Seção 4.2 - Doenças infecciosas, parasitárias e DCNT 178

Seção 4.3 - Problemas contemporâneos em saúde indígena 195

Palavras do autor

Caro(a) aluno(a)!

Bem-vindo(a) à disciplina Interdisciplinaridade na atenção à saúde de povos indígenas. Nela, você conhecerá as principais características, problemas e desafios que envolvem essa questão no Brasil.

Na Unidade 1, "Contextualização e histórico da saúde indígena no Brasil", apresentaremos um breve panorama desses povos e discutiremos, principalmente, questões relativas a seus territórios. O objetivo inicial dessa unidade é fazer com que você, aluno(a), aumente seus conhecimentos sobre esses povos historicamente marginalizados e esquecidos. Ainda na Unidade 1, traçaremos um histórico da saúde indígena no Brasil e, no final, apresentaremos conceitos fundamentais para o desenvolvimento da atenção à saúde dos povos indígenas, livres de preconceitos e estereótipos.

Na Unidade 2, "Modelo atual de atenção à saúde dos povos indígenas", conheceremos as instituições responsáveis pela saúde indígena no Brasil; discutiremos sobre os recursos humanos que compõem as equipes de saúde indígena e os principais problemas e desafios da atuação profissional nessa área. Na Unidade 3, "Especificidades relacionadas aos cuidados de saúde aos povos indígenas brasileiros", abordaremos suas principais demandas em relação à saúde; apresentaremos a comissão intersetorial de saúde indígena e o sistema de informação de atenção à saúde indígena; conheceremos os indicadores de mortalidade infantil e, por fim, as características gerais do perfil epidemiológico desses povos em questão.

Na Unidade 4, "Assistência à saúde de povos indígenas no Brasil", compreenderemos a relação entre territorialidade, segurança alimentar e saneamento; abordadaremos a saúde materno-infantil e, ainda, faremos uma discussão a respeito das doenças infeccionas, parasitárias e outras doenças crônicas não transmissíveis. Por fim, desenvolveremos uma discussão a respeito de problemas contemporâneos em saúde indígena, como o alcoolismo e o suicídio.

Caro(a) aluno(a), esperamos que o conteúdo aqui apresentado contribua com sua formação e reflita positivamente na sua futura prática profissional. Por último, vale lembrar que sua dedicação à disciplina é fundamental para garantir seu bom aprendizado, principalmente no que diz respeito ao autoestudo. Vamos iniciar?

Contextualização e histórico da saúde indígena no Brasil

Convite ao estudo

Nesta unidade de ensino, discutiremos questões mais gerais relacionadas aos povos indígenas, pois conhecê-los é fundamental para uma atuação qualificada no que diz respeito à atenção à saúde. Afinal, quantos são os povos indígenas e onde estão localizados? Para responder a isso, abordaremos, inicialmente, a distribuição espacial dos povos indígenas no Brasil; em um segundo momento, nosso estudo abarcará um breve histórico da saúde indígena no país e, finalmente, conheceremos conceitos importantes para o bom desenvolvimento da atenção à saúde desses povos. Esperamos que ao fim da unidade, você, aluno (a), conheça e compreenda os aspectos da diversidade sociocultural indígena para identificar suas necessidades em saúde, assim como a realidade demográfica das populações indígenas no Brasil; o contexto jurídico referente aos seus territórios; o histórico da saúde indígena no país e alguns conceitos da Antropologia importantes no que diz respeito à saúde desses povos.

O contexto de aprendizagem desta unidade parte de uma reflexão sobre os territórios indígenas a partir da constatação de que, no Brasil, o reconhecimento e a demarcação dessas terras são direitos conquistados. O artigo 231 da Constituição Federal garante aos indígenas os direitos à organização social, costumes, línguas, crenças e tradições (BRASIL, 1988). Nesse sentido, os modos de vida desses povos estão intimamente relacionados às formas específicas de ocupação do território; logo, não se trata apenas de um espaço para plantar, caçar e pescar, já que, para além disso, a memória, a história, as relações de parentesco e diversos conhecimentos estão

imbricados nos territórios indígenas; ou seja, só conseguiremos entender os aspectos mais importantes da saúde de um povo se atentarmo-nos à forma como vivem e onde vivem.

Por último, é necessário apontar que as diversas formas de viver e ocupar um espaço só podem ser apreendidas se nos desfizermos de preconceitos e estereótipos amplamente disseminados sobre os índios. Afinal, compreender as diferenças é fundamental para se garantir respeito e um atendimento em saúde qualificado!

Convido você, aluno (a), para, durante esta unidade, refletir sobre as seguintes questões:

- Como desconstruir o argumento de que existem muitas terras para poucos indígenas?

- Por que os territórios indígenas são fundamentais para o equilíbrio socioambiental do país?

- Como podemos compreender conceitos que são totalmente diferentes dos quais estamos habituados?

Para ajudar você a refletir sobre essas questões, trabalharemos, ao longo das seções, conteúdos referentes à distribuição espacial indígena no Brasil; à territorialidade e saúde dos povos indígenas; aos cuidados à saúde da população indígena ao longo da história; ao relativismo: cultura e saúde, corpo e corporalidade, à medicina ocidental e à práticas tradicionais de cuidados, entre outros.

Seção 1.1

Distribuição dos povos indígenas no Brasil

Diálogo aberto

Caro aluno(a), infelizmente, quando pensamos nas temáticas indígenas, o que prevalece é a falta de conhecimento. Já parou para pensar que se você não mora em uma região com uma marcante presença indígena dificilmente conseguirá obter boas informações a respeito de quem são e como vivem? Geralmente, nas escolas, os indígenas aparecem como conteúdo, somente, nas aulas sobre o "descobrimento do Brasil", não é mesmo? Mas será que os povos indígenas estão mesmo parados no tempo? Como será que eles vivem atualmente, tanto tempo depois da chegada dos portugueses?

As realidades deles no Brasil são diversas, e não é possível enquadrá-los em uma única situação. De toda forma, existe uma relação íntima entre os territórios e a saúde dos povos, pois, além da garantia da reprodução física de um determinado grupo, os territórios compreendem aspectos históricos e cosmológicos, e são fundamentais para a autodeterminação de cada povo indígena.

A partir dessas informações, vamos propor uma situação-problema: imagine que um profissional agente de saúde tenha sido convidado a trabalhar com indígenas em duas localidades distintas. Esse profissional atuará em um projeto que visa elaborar um diagnóstico da situação de saúde nas regiões para a realização de intervenções específicas. Em um primeiro momento, ele trabalhará junto aos indígenas que residem na cidade de São Gabriel da Cachoeira, localizada no Noroeste da Amazônia; ou seja, ele irá conhecer a realidade de indígenas que vivem em uma área urbana localizada no meio de uma imensa região de floresta tropical. Após realizar o diagnóstico da situação de saúde dessa área, o agente irá trabalhar na Terra Indígena Jaraguá – a menor terra indígena do país, com apenas 2 hectares homologados -, localizada entre as cidades de Osasco e São Paulo. Logo, embora sejam áreas indígenas, há algumas semelhanças e muitas diferenças entre elas, não acha? Como você prepararia um roteiro de abordagem do paciente em cada um desses territórios?

Para a resolução dessa situação-problema é necessário que você compreenda algumas características acerca dos territórios indígenas no Brasil. Primeiramente, é preciso se atentar para as diferenças com relação, principalmente, à localização e ao tamanho, e considerar que os modos de vida indígenas são diretamente influenciados pelos territórios em que vivem. Caro aluno(a), leia com bastante atenção o conteúdo disponibilizado na seção *Não pode faltar*, pois é ele que o ajudará na resolução dessa questão.

Não pode faltar

Territórios indígenas na Constituição Federal

A Constituição Federal do Brasil promulgada em 1988 garante o reconhecimento dos territórios indígenas. Os direitos dos nativos sobre os seus territórios são caracterizados enquanto direitos originários; ou seja, a Constituição Federal reconhece que os indígenas são os primeiros habitantes do Brasil. Do ponto de vista dos direitos deles, o texto constitucional de 1988 é um avanço jurídico se comparado com os textos constitucionais anteriores. Mas por que é necessário que haja uma garantia legal? Se os indígenas são os primeiros habitantes do Brasil, por que é necessário que exista uma legislação específica que garanta o usufruto de seus territórios? Para responder a essas questões, é necessário que se retome um pouco a história da invasão que ocorreu no Brasil a partir de 1500. Invasão? Isso mesmo. Na escola, costumamos aprender que o Brasil foi descoberto pelos portugueses, mas, esse imenso território era ocupado por cerca de seis milhões de indígenas, pertencentes a vários povos. Ou seja, se alguém "descobriu" esse país, foram os indígenas e não os portugueses, não é mesmo? O problema é que, com a invasão dos portugueses, os indígenas sofreram muita violência, e o contato com doenças desconhecidas como sarampo, varíola e gripe levou milhares deles à morte. Nesse sentido, é possível afirmar que a história da conquista do Brasil, e da América de uma maneira geral, empreendida pelos europeus, foi marcada pelo etnocídio, ou seja, destruição das culturas de inúmeros povos indígenas. No Brasil, a chegada dos portugueses ocorreu no litoral do Nordeste, mas, na medida em que se buscava nativos para a escravização, as frentes colonizadoras foram avançando pelo interior do país. Nesse processo, muitos indígenas

foram obrigados a se deslocarem para espaços mais reduzidos e, por isso, muitos não estavam ocupando seus territórios tradicionais na época da promulgação da Constituição – o que nos leva a crer que estabelecer aos indígenas o direito apenas sobre os territórios que estavam ocupando nessa época é ignorar esses processos de expulsão ocorridos ao longo da história.

O texto constitucional de 1988 foi o resultado de uma enorme mobilização do movimento indígena e dos setores da sociedade civil, historicamente parceiros dos nativos. O texto, em relação aos dispositivos anteriores, avança de maneira significativa na forma pela qual garante os direitos desse povo. Mas o que diz exatamente a Constituição brasileira sobre os direitos indígenas? Vejamos:

- O inciso XI do artigo 20 da Constituição Federal define que as terras tradicionalmente ocupadas pelos índios são bens da União (BRASIL, 1988). Ou seja, ainda que o texto constitucional reconheça a garantia de uso dos indígenas sobre os territórios por eles ocupados, esse inciso define que, os territórios indígenas são propriedades da União.

- O artigo 231 do capítulo VIII, intitulado "Dos índios", traz as garantias constitucionais mais importantes no que se refere aos direitos indígenas. Distribuído em sete parágrafos, ele reconhece a organização social, os costumes, as línguas, as crenças e as tradições dos povos nativos, bem como seus direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las e efetuar a sua proteção. O que quer dizer ocupar tradicionalmente um determinado território? Segundo a Constituição Federal, quer dizer ocupar terras em caráter permanente, utilizadas para suas atividades produtivas, imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários para o bem-estar dos povos e à sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições. O artigo ainda garante aos indígenas o usufruto exclusivo das riquezas do solo, dos rios e dos lagos nela existentes (BRASIL, 1988).

- O artigo 67 da Constituição Federal, por sua vez, definiu que a União concluiria a demarcação das terras indígenas no prazo de cinco anos a partir da promulgação da Constituição (BRASIL, 1988). ou seja, todos os territórios deveriam estar devidamente demarcados até o ano de 1993. Foi isso o que ocorreu? Qual é a situação atual dos territórios indígenas no Brasil?

De acordo com o ISA (Instituto Socioambiental), as Terras

Indígenas (TIs) no país somam 706 áreas. Isso representa cerca de 13,8% do território nacional. Há uma grande diferença em relação ao tamanho dessas terras, pois, se na Amazônia Legal elas tendem a garantir as necessidades de reprodução física e cultural dos povos que a ocupam, em outras regiões do país, os indígenas conseguiram garantir áreas muito pequenas e não apropriadas para a garantia de seus modos de vida, uma vez que elas possuem poucos recursos naturais; encontram-se muito próximas às áreas urbanas e/ou, até mesmo, completamente devastadas. Mas, afinal de contas, por que é importante que os territórios indígenas sejam devidamente reconhecidos? Em primeiro lugar porque isso é um dever do Estado brasileiro previsto na Constituição de 1988, mas existem outros argumentos que reforçam a ideia de que esses povos devem ter assegurados os direitos originários sobre suas terras tradicionais. Por exemplo, a demarcação garante que conflitos fundiários sejam minimizados; além disso, contribui para o fortalecimento da diversidade sociocultural e à conservação ambiental.

No Brasil, é comum ouvirmos a expressão "muita terra para poucos índios", mas será isso verdade? Afinal, como afirmar que se trata de muita terra se apenas 13,8% do território nacional compreende territórios indígenas? Ou seja, a grande maioria das terras brasileiras não é reconhecida como território de nativos. Nesse ponto, é importante destacar que o Brasil é o país que mais concentra terras no mundo, já que, de acordo com o Censo Agrário IBGE 2006, cerca de 1% dos proprietários rurais detêm 45% de terras. Ou seja, é um país de mega latifúndios e de poucas terras indígenas! E se os nativos são poucos, é por consequência da longa história de violência à qual foram submetidos, concorda? Você já parou para pensar quantos são os indígenas no Brasil atualmente? Esse é um assunto para nosso próximo tópico.

O IBGE indígena de 2010

De acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), o Censo Demográfico coleta dados sobre a população indígena brasileira desde 1991, cujo número de habitantes, na época, era de 294 mil. Em 2000, houve um significativo crescimento, totalizando cerca de 734 mil pessoas. Já no Censo Demográfico de 2010, houve uma grande mudança na metodologia utilizada, pois passou-se a investigar a filiação étnica e linguística das pessoas

que se autodeclararam indígenas. A autodeclaração é um ponto importante; o aumento expressivo da população indígena em poucos anos deve ser considerado mais que um efeito demográfico (número de nascidos, mortalidade). O que parece ter havido foi um aumento significativo do reconhecimento enquanto indígena por parte da população; logo, vale a crença de que houve (e ainda há) um processo de fortalecimento da consciência identitária: mais pessoas estão reconhecendo suas próprias origens e reivindicando seus direitos, mesmo que isso muitas vezes gere situações de preconceitos e discriminação. Um dos pontos críticos com relação às dificuldades enfrentadas pelos indígenas é a questão linguística. Historicamente, o Brasil perseguiu as línguas indígenas em favor da utilização do português. Muitos deixaram de falar sua língua nativa, e aqueles que falam encontram dificuldades em acessar serviços públicos (em saúde, por exemplo), cujos funcionários geralmente são despreparados para lidarem com a diversidade linguística dos povos indígenas no Brasil.

Em 2010, 817.963 pessoas se declararam indígenas no Brasil. Desse total, 315.180 indígenas estão nas cidades e 502.783 no meio rural (IBGE, Censo Demográfico 2010). O que também chama a atenção nos dados fornecidos pelo IBGE diz respeito à diversidade sociolinguística da população indígena brasileira. Os dados de 2010 revelaram a existência de 274 línguas faladas por 305 etnias e, ainda que possa haver variações nesses números, o fato é que os povos indígenas no Brasil são muitos e que existe muita diversidade entre eles.

Pesquise mais

Ao longo desta seção, um dos conteúdos abordados trata dos direitos dos povos indígenas com relação aos seus territórios tradicionais. Para saber mais a respeito da legislação internacional que versa sobre os direitos indígenas, leia o seguinte artigo:

CASTELLANI, M. R. Para além da Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho: o reconhecimento dos direitos à saúde indígena nos fóruns internacionais. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, 2013. Disponível em: <www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1417/1194>. Acesso eem: 30 ago. 2017.

E para mais informações a respeito dessa civilização, acesse o site Povos Indígenas no Brasil, disponível em <https://pib.socioambiental.org/pt>. Acesso em: 28 dez. 2017.

Distribuição espacial indígena no Brasil

No Brasil, cerca de 98,33% das terras indígenas, em extensão, estão na Amazônia Legal (Instituto Socioambiental) - denominação utilizada pelo Estado brasileiro para se referir a uma determinada área da floresta amazônica que abrange nove estados: Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima, Mato Grosso, Tocantins e Maranhão. A grande concentração de terras indígenas na Amazônia Legal revela, sobretudo, que as demais regiões do país têm uma política atrasada no que diz respeito à demarcação dos territórios indígenas, pois apenas 1,67% da extensão de todas as TIs se encontra espalhada pelas regiões Nordeste, Sudeste, Sul e pelo Estado do Mato Grosso do Sul e de Goiás. Ou seja, fora da Amazônia Legal, as Terras Indígenas são poucas e pequenas.

Quando pensamos na distribuição espacial indígena no Brasil, devemos considerar que parte significativa da população nativa vive fora das terras indígenas, uma vez que há muitos territórios ainda não devidamente reconhecidos ou que se encontram em fase de reconhecimento. Inclusive, muitas dessas áreas ainda não reconhecidas são zonas de intenso conflito fundiário.

O fato da grande maioria das terras indígenas estarem localizadas na Amazônia Legal não quer dizer que se tratem de áreas sem conflitos - muito pelo contrário. A agropecuária, a mineração e a exploração madeireira estão entre as principais causas de embates, além da deterioração de grandes porções de terra. Por outro lado, os territórios indígenas fora da Amazônia Legal também são palco de inúmeros conflitos, justamente por se tratarem de áreas disputadas por posseiros e invasores. Um exemplo notório de conflito causado pela lentidão no processo de demarcação ocorre entre os Guarani Kaiowá, localizados no Mato Grosso do Sul, principalmente na porção sul do Estado.

Uma informação amplamente vinculada aos territórios indígenas é a de que se tratam de enormes porções de terra mal utilizadas. Isso é um erro! As terras indígenas consideradas extensas são importantes regiões de conservação da biodiversidade - o que garante a qualidade dos territórios e dos modos de vida desses povos, intimamente ligados à presença de diversos recursos naturais. Por outro lado, existem territórios tão pequenos que não fornecem as condições necessárias para a sobrevivência de um povo. Vejamos o

caso da Terra Indígena Jaraguá - localizada entre os municípios de São Paulo e Osasco. Ela é habitada por cerca de 600 indígenas das etnias Guarani Mbya e Guarani Ñandeva; possui apenas 2 hectares (20.000 metros quadrados) e, devido a isso, não possibilita que os indígenas tenham boas condições de vida, uma vez que atividades como a roça, a pesca e a caça não são possíveis. Nessa situação, é muito provável que um quadro de insegurança alimentar, por exemplo, assole a população.

A respeito da distribuição espacial indígena no Brasil, também é preciso considerar a situação dos chamados índios isolados, uma categoria pouco conhecida que diz respeito aos grupos com os quais a FUNAI ainda não manteve contato. As informações sobre esses grupos são geralmente fornecidas por outros indígenas ou por moradores regionais. De acordo com o Instituto Socioambiental, a grande maioria desses grupos estão localizados na Amazônia brasileira, em terras indígenas, parques nacionais ou florestas nacionais. Muito provavelmente, não se trata de um isolamento que remonta à época da chegada dos portugueses, mas, de uma opção do grupo após alguma situação traumática, como uma grande quantidade de mortes após uma epidemia, por exemplo. Nesse ponto, é importante ressaltar que os povos indígenas sempre mantiveram intensas relações e redes de trocas, o que faz da situação de isolamento algo pontual e relativo. Atualmente, alguns desses grupos isolados têm sido forçados a estabelecer contato devido à crescente exploração de suas terras. Mas o que falar dos indígenas que não vivem no meio rural e sim em cidades? Esse é um assunto para o nosso próximo tópico.

Reflita

Se levarmos em conta a história de violência à qual os povos indígenas no Brasil foram submetidos desde 1500, é possível considerá-los como sobreviventes. Apesar de serem sistematicamente perseguidos e massacrados de inúmeras formas, esses povos conseguiram, ao longo da história, garantir que seus direitos fossem pouco a pouco reconhecidos, influenciando políticas públicas e assumindo o protagonismo em diversos setores. Nesse processo, qual é o papel dos diversos atores envolvidos, como o Estado, a sociedade civil, as ONGs e os próprios povos indígenas?

Indígenas nas cidades

De acordo com o IBGE Indígena 2010, do total de 817.963 pessoas que se declararam indígenas no Brasil, 315.180 estão nas cidades. Trata-se de um dado expressivo. No entanto, houve uma redução nesse número se comparado aos dados de 2000, quando havia cerca de 383.298 indígenas fora das áreas rurais. O que explicaria essa diminuição no número de pessoas que se declararam indígenas nas cidades? Acredita-se que esse fator possa indicar que muitos estão voltando a ocupar suas terras tradicionais ou, ainda, circulam por entre terras indígenas e cidades.

Segundo os dados de 2010, dos 5.565 municípios do Brasil, 4.027 possuem moradores indígenas em sua área urbana. Ou seja, a grande maioria das cidades no país contam com indígenas. Por sua vez, os municípios com o maior número de indígenas são (ao considerar a área urbana): São Paulo (11.918), São Gabriel da Cachoeira (AM) (11.016), Salvador (BA) (7.560) e Rio de Janeiro (6.764). Note que, dentre as quatro cidades com o maior número de indígenas, apenas uma fica no estado do Amazonas e três delas são capitais. Esses números indicam que é grande o número de indígenas residindo nas grandes metrópoles do país. As condições de sobrevivência, no entanto, não são fáceis: educação, saúde e moradia são os principais desafios que esses nativos enfrentam ao se estabelecerem no meio urbano. Além disso, o preconceito, por exemplo, da questão linguística, pelo fato de falarem pouco, ou mesmo não falarem o português e a falta de acesso a políticas públicas especializadas são barreiras que os indígenas também enfrentam em seu cotidiano.

Uma das formas que nativos residentes em cidades desenvolveram para a garantia de seus direitos é a organização política. Um dos exemplos de fortalecimento político é a Associação das Mulheres Indígenas do Alto Rio Negro, que congrega mulheres que migraram para a cidade de Manaus. A atuação da AMARN se dá através da geração de renda a partir da confecção de artesanatos e participação em eventos culturais. Manaus também conta com o Parque das Tribos, uma área de ocupação indígena localizada na região oeste da cidade, que conta com cerca de 200 famílias e 27 etnias. A região, no entanto, é alvo de disputa judicial, o que ameaça a continuidade dos indígenas na região.

Exemplificando

Quais são os trâmites que envolvem a regulamentação de uma terra indígena? Para que seja devidamente reconhecida, há uma série de etapas administrativas: inicialmente, a FUNAI, com auxílio de profissionais de diversas áreas, elabora estudos de identificação e delimitação (que podem ser questionados); em um segundo momento, uma declaração dos limites é realizada pelo Ministério da Justiça; após isso, dá-se a demarcação física do local pela FUNAI e um levantamento fundiário de avaliação de benfeitorias implementadas pelos ocupantes não indígenas. O passo seguinte é a homologação da demarcação, realizada pela Presidência da República: nesse ponto, ocorre a retirada e o reassentamento de ocupantes não-índios; e então, finalmente, a FUNAI efetua o registro da terra indígena na Secretaria de Patrimônio da União.

Fonte: Fundação Nacional do Índio. Disponível em: <www.funai.gov.br>. Acesso em: 29 ago. 2017.

A cidade de São Paulo, como vimos, conta com um grande número de habitantes indígenas. De acordo com a Comissão Pró-Índio de São Paulo (CPISP), existem dois tipos de situação: a existência de três aldeias Guarani localizadas na zona Sul e Oeste, e uma população indígena relativamente grande distribuída em diferentes bairros. Essa população que reside nos bairros constitui-se, em sua grande maioria, de famílias que migraram de diversas regiões do país, principalmente do Nordeste. Entre a população indígena de São Paulo, é exemplar o caso dos Pankararu. Originários do sertão de Pernambuco, grande parte da população masculina dos Pankararu migrou para a capital paulista a partir dos anos 1950 para trabalharem como mão-de-obra na construção civil. De acordo com Albuquerque (2011 apud CPISP), parte dos Pankararu trabalhou na construção do estádio de futebol Cícero Pompeu de Toledo (o Estádio do Morumbi). Os trabalhadores Pankararu começaram a se estabelecer em locais próximos às margens do rio Pinheiros, formando um local de habitação que veio a ser conhecido como "favela do Real Parque". Ainda de acordo com o CPISP, os Pankararu no Real Parque somam 170 famílias, e estão organizados na Associação Indígena SOS Comunidade Pankararu. Os vínculos com as terras de origem localizadas no sertão de Pernambuco permanecem, e há um intenso trânsito de indígenas entre os dois locais.

Assimile

O artigo 231 da Constituição Federal do Brasil é a principal garantia jurídica dos povos indígenas no país. No entanto, existem outros marcos legais no cenário internacional que asseguram os direitos indígenas sobre seus territórios, sendo o principal deles a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT).

Com relação aos indígenas residentes em cidades, também é preciso considerar uma crescente quantidade de estudantes que vêm ingressando no ensino superior. Resultado das políticas em ações afirmativas, um número cada vez maior de estudantes deixa seu local de origem para frequentar cursos regulares ofertados pelas universidades brasileiras. Distantes de seus familiares e tendo que lidar com um mundo acadêmico, muitas vezes pouco receptivo à presença de indígenas, esses estudantes pertencentes a diversas etnias tendem a se unir politicamente com o objetivo de garantirem sua permanência nas universidades.

Como temos visto, o quadro que envolve a presença de indígenas nas cidades brasileiras é complexo e, via de regra, composto por muitas lutas e desafios. Ainda há muito que se avançar na garantia de direitos dos indígenas nas cidades, afinal, o lugar deles é onde eles quiserem!

Sem medo de errar

Neste momento, vamos buscar juntos uma solução para a situação-problema que envolve um profissional agente de saúde que foi convidado a trabalhar com indígenas em duas localidades diferentes.

Acreditamos que depois de ler o conteúdo apresentado anteriormente, você, aluno (a), esteja preparado para elaborar um roteiro de abordagem ao paciente - parte de um projeto que visa realizar um diagnóstico da situação de saúde para a elaboração de intervenções específicas em duas regiões distintas: indígenas residentes na cidade de São Gabriel da Cachoeira, no alto rio Negro, e indígenas residentes na Terra Indígena Jaraguá, localizada entre as cidades de São Paulo e Osasco.

Essa abordagem deve levar em consideração as características socioculturais desses povos e, sem dúvida, um dos traços marcantes

da cultura indígena é a língua nativa. Por isso, primeiramente, o profissional deve verificar se é possível que a comunicação com ambos os pacientes ocorra em português. Caso contrário, o local deverá contar com a ajuda de um intérprete. Tendo sido estabelecida a língua a ser utilizada na comunicação, o profissional deverá convidar ambos os pacientes a relatarem seus quadros de saúde, pois, independentemente do território em que o agente de saúde atue, ouvir os seus pacientes deve ser uma habilidade extremamente exercitada (MENDONÇA apud RODRIGUES et al., 2014).

O projeto visa realizar um diagnóstico da situação de saúde, por isso, o roteiro de abordagem deve procurar identificar quais são os principais problemas em cada região. Embora tratam-se de regiões distantes, uma localizada no Noroeste da Amazônia e outra aos arredores da maior cidade do país, São Paulo, é importante que o agente atente-se para um elemento em comum. O primeiro caso trata de indígenas que residem na área urbana, na cidade de São Gabriel da Cachoeira; o segundo, de nativos que estão muito próximos à cidade de São Paulo. Por isso, em ambas as regiões, o profissional de saúde poderá iniciar sua investigação tentando identificar de quais maneiras o contato intenso com o "mundo dos brancos" interfere no quadro de saúde desses nativos.

Em relação à Terra Indígena Jaraguá, o agente de saúde deverá considerar que se trata da menor terra indígena do país, o que, por sua vez, impede que esses nativos desenvolvam as atividades econômicas suficientes para seu sustento. Nesse sentido, o profissional poderá formular questões relativas, por exemplo, aos hábitos alimentares, tais como: existe um consumo excessivo de produtos industrializados? Existe diversidade de alimentos oferecidos às crianças? Eles têm consumido alimentos oriundos de suas próprias roças? Existem nessa região doenças específicas causadas por maus hábitos alimentares? Além disso, levando-se em consideração o tamanho diminuto da Terra Indígena Jaraguá, o agente de saúde poderá investigar se existem enfermidades relacionadas a essa situação de confinamento territorial, como depressão, alcoolismo e suicídio, doenças cujas causas, muitas vezes, estão diretamente relacionadas aos problemas políticos e territoriais enfrentados pelos indígenas.

Para a localidade de São Gabriel da Cachoeira, o agente poderá formular questões que procurem observar as principais mudanças

na vida das pessoas ao se deslocarem de suas comunidades em direção à cidade. Inicialmente, pode-se investigar especificamente sobre os motivos da saída das comunidades e, nesse sentido, a busca por melhores serviços em saúde aparece como um desses motivos? Eis uma questão que pode ser formulada. O profissional também poderá identificar se houve perda no que diz respeito aos tratamentos tradicionais em saúde, observando se o estabelecimento na cidade gerou maior dependência da farmacopeia ocidental. Diferentemente da Terra Indígena Jaraguá, cujo entorno, apesar da existência de uma reserva ambiental, é formado por enormes conglomerados urbanos, a cidade de São Gabriel da Cachoeira se localiza em meio a uma enorme região de floresta tropical, o que permite que seus moradores tenham acesso a inúmeros recursos naturais. Nesse sentido, o agente de saúde poderá investigar sobre as formas pelas quais os indígenas, ainda que estabelecidos na área urbana, se relacionam com a floresta. Por exemplo, pode-se investigar se esses residentes em São Gabriel possuem roças, se praticam a pesca ou a caça ou, ainda, se fazem visitas regulares aos parentes que residem nas comunidades. A partir dessas informações, o profissional poderá observar como a manutenção, ou não, dessas práticas interferem diretamente no quadro mais geral da saúde dos indígenas. Por último, lembre-se de que o roteiro de abordagem visa, inicialmente, realizar um diagnóstico dos principais problemas de saúde desses nativos. Por isso, é fundamental que em sua elaboração sejam consideradas questões diretamente relacionadas aos territórios, o que, como já temos visto e aprofundaremos na próxima seção, influenciam diretamente nos processos de saúde e doença desses povos.

Avançando na prática

Atenção à saúde em povos indígenas isolados

Descrição da situação-problema

Um agente de saúde passou a integrar uma equipe que desenvolve ações de saúde junto a povos indígenas isolados e, na primeira reunião, ficou responsável por ministrar uma palestra abordando as principais ações em saúde para esses grupos. Como você, aluno(a), apresentaria essa palestra? Elabore um roteiro de apresentação com os pontos que julga essenciais.

Resolução da situação-problema

Nesse roteiro de apresentação, você, aluno(a), deve priorizar as questões mais básicas referentes aos chamados povos isolados. Uma das questões primordiais é atentar-se para a vulnerabilidade desses povos em relação às doenças mais comuns, como a gripe, por exemplo. Por consistirem de pessoas que mantêm pouco ou nenhum contato com não indígenas, o mais provável é que exista baixa ou nenhuma imunidade. Logo, nesse sentido, ações de imunização devem ser priorizadas. Outro ponto a ser considerado diz respeito ao fato de muitos deles passarem atualmente por pressões em seus territórios tradicionais, ou seja, pode ser que o contato que venha a ocorrer não seja uma escolha desses povos, mas sim uma situação à qual não conseguem evitar. Por fim, um tópico que não poderá faltar em sua apresentação é um apontamento sobre a necessidade de qualificação de uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais da saúde, antropólogos, indigenistas experientes e, sempre que possível, representantes dos povos atendidos. Se você abordar esses tópicos, com certeza sua apresentação será um sucesso!

Faça valer a pena

1. O Brasil não é um país muito bom em garantir direitos a povos historicamente excluídos, mas é inegável que alguns avanços legais foram conquistados. Vejamos o caso dos indígenas. Perseguidos e exterminados desde a conquista portuguesa, possuem atualmente uma legislação específica sobre os seus direitos. Se, por um lado, o Brasil é o país que mais concentra terras no mundo, por outro, também é possível que se diga que seus primeiros habitantes conseguiram garantir alguma segurança jurídica.

Escolha a alternativa correta no que diz respeito às terras indígenas no Brasil:

a) No Brasil, não há legislação que regule as terras indígenas.
b) As Terras Indígenas no Brasil estão localizadas, principalmente, na região sudeste.
c) No Brasil, indígenas e não indígenas possuem os mesmos direitos, sendo assegurado a ambos o direito à propriedade privada das terras.
d) O artigo 231 da Constituição Federal do Brasil assegura o direito originário dos povos indígenas sobre seus territórios tradicionais.

e) A legislação brasileira garante o direito dos povos indígenas sobre os territórios por eles ocupados na época da promulgação da Constituição, ou seja, 1988.

2. A entrevista realizada pelo Censo Demográfico do IBGE de 2010 contou com uma pergunta sobre a etnia e a língua daqueles que se autodeclararam indígenas. Logo, quando o entrevistado afirmava ser indígena, o entrevistador o questionava sobre essas informações mais específicas, e o resultado foi surpreendente, pois foram contabilizadas 305 etnias e 274 línguas indígenas presentes no Brasil. Autodeclarar-se indígena é um ato político que demonstra consciência identitária, algo que vem crescendo no país nas últimas décadas.

Escolha a alternativa que explica o aumento da autodeclaração indígena no Brasil:

a) No Brasil, ser indígena representa ocupar um lugar de privilégio na sociedade, pois, a eles, são destinados os melhores postos de trabalho e condições de sobrevivência.
b) O Estado brasileiro não tem nenhuma responsabilidade diante do quadro de invisibilidade ao qual os povos indígenas foram submetidos ao longo da história.
c) A autodeclaração deve ser compreendida como uma conquista dos movimentos indígenas brasileiros que conseguiram empoderar subjetividades e fortalecer coletivos.
d) O aumento da autodeclaração indígena no Brasil é resultado das campanhas publicitárias que massivamente reproduzem imagens dos indígenas brasileiros na grande mídia.
e) A autodeclaração indígena no Brasil é um fenômeno isolado e que não possui causas conhecidas.

3. A presença indígena na cidade é marcante, e a ideia de que os indígenas vivem em territórios afastados dos grandes centros urbanos é cada vez mais falsa. Os desafios, porém, são enormes. Afinal, como garantir boas condições de sobrevivência na cidade? A venda de artesanato e as manifestações culturais são, nesse sentido, importantes fontes de renda para esses nativos. Mas as cidades estão preparadas para tal fenômeno? Geralmente, não. Os indígenas nas cidades tendem a ocupar os mesmos espaços destinados a outros setores marginalizados: a periferia. Logo, moradia, educação e saúde são direitos não assegurados.

Escolha a alternativa correta sobre a presença de indígenas nas cidades.

a) No Brasil, cerca de 10% da população indígena vive em cidades.
b) Os dados de 2010 apontaram para um crescimento dos indígenas na cidade se comparado aos números de 2000, algo que demonstra que cada vez mais indígenas deixam seus territórios tradicionais para se estabelecerem exclusivamente nos centros urbanos.
c) Os nativos que moram em cidades geralmente residem no interior do país, ou seja, em cidades próximas às terras indígenas.
d) Nas cidades, os indígenas encontram melhores condições de sobrevivência que em seus territórios tradicionais, o que explica essa crescente migração.
e) Os indígenas que vivem em cidades precisam lidar com uma série de dificuldades, e uma delas é o preconceito do não indígena.

Seção 1.2

Histórico da saúde indígena no Brasil

Diálogo aberto

Você, aluno(a), já parou para pensar na relação que existe entre o território e a saúde dos povos indígenas? Esse é um dos assuntos abordados nesta seção. Pensando nisso, quais teriam sido as formas de atenção à saúde indígena desenvolvidas ao longo da história? Será que o Estado brasileiro sempre desenvolveu ações em saúde para os povos indígenas? Muitas informações citadas ao longo desta seção serão retomadas com maior profundidade em seções posteriores, para que você amplie os seus conhecimentos sobre assuntos aqui brevemente contextualizados.

Pensando neste recorte histórico da atenção à saúde dos povos indígena no país, sugerimos a seguinte situação problema: Aquele agente de saúde de que tratamos na seção anterior foi convidado a elaborar um material que auxilie na formação de agentes de saúde locais. O material deve tratar do histórico da saúde indígena no Brasil. Como você, aluno (a), faria esse material? Quais são os principais conceitos que, em sua opinião, precisariam ser abordados?

Caro aluno (a), a resolução dessa situação-problema envolve a mobilização de conteúdos específicos desta seção, principalmente quanto ao histórico da saúde indígena no país e às principais ações em saúde e as instituições envolvidas. Portanto, é extremamente importante que você leia com bastante atenção o item *Não pode faltar* desta seção. Bons estudos!

Não pode faltar

Territorialidade e saúde dos povos indígenas

É impossível pensar na saúde dos povos indígenas sem considerar as relações que esses povos mantêm com seus territórios. Mais do que a garantia da reprodução física de um povo, a territorialidade indígena envolve diversos aspectos da vida social. História, geografia, cosmologia, parentesco são alguns dos aspectos que compõem a compreensão indígena sobre os espaços que ocupam.

Os povos indígenas sofreram, ao longo da história, muitos ataques aos seus territórios tradicionais. Como já mencionamos anteriormente, a perda desses territórios trouxe consequências negativas, levando milhares de indígenas ao desaparecimento ou prejudicando enormemente as condições de vida daqueles que sobreviveram. Mas tais ameaças não fazem parte, infelizmente, apenas de um passado distante, pois, apesar da garantia constitucional (em especial, do artigo 231 da Constituição Federal), atualmente, muitos são os ataques aos direitos originários desses povos aos seus territórios tradicionais. Na medida em que um determinado território é ameaçado, também é colocada em perigo a saúde de um povo. Como exemplo, vejamos o caso do povo Yanomami.

Os Yanomami, povo indígena que pertence à família linguística de mesmo nome e habita o Brasil (Estados de Roraima e Amazonas) e a Venezuela, têm sofrido historicamente com a invasão de garimpeiros em seus territórios. De acordo com o Instituto Socioambiental, entre 1986 e 1990, um total de 1800 pessoas (20% da população) morreram por consequência das violências e doenças causadas por 45 mil garimpeiros que invadiram a Terra Indígena Yanomami. Em 1993, outro episódio ganhou repercussão mundial: conhecido como massacre de Haxinu, garimpeiros invadiram uma aldeia Yanomami e assassinaram 16 indígenas. Mas os ataques aos Yanomami não são apenas uma triste lembrança do passado, infelizmente. Ainda de acordo com o Instituto Sociambiental, atualmente, estima-se que cinco mil garimpeiros atuam ilegalmente na Terra Indígena Yanomami.

A presença do garimpo, por sua vez, traz consequências extremamente negativas do ponto de vista da saúde dos Yanomami. A principal delas é a contaminação por mercúrio. Em um estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em parceria com o Instituto Socioambiental (ISA), a partir da coleta de amostras de cabelo, constatou-se que é grande o número de contaminação por mercúrio nas pessoas que vivem em aldeias próximas ao garimpo. Por exemplo, na comunidade Yanomami de Aracaçá, 92% do total das amostras apresentaram alto índice de contaminação.

A contaminação de humanos por mercúrio se dá principalmente a partir da ingestão de peixes contaminados. Isso ocorre porque o mercúrio é utilizado no garimpo para separar o ouro dos demais

sedimentos. Uma parte do mercúrio é lançada nos rios e igarapés e outra parte é lançada na atmosfera, o que provoca a contaminação das áreas próximas da extração do ouro. Ou seja, mesmo que não ocorra dentro da Terra Indígena, a mineração pode, por exemplo, contaminar as nascentes dos rios que se encontram fora dos limites desses territórios, causando imensos danos aos seus moradores. Altos índices de mercúrio no corpo, por sua vez, provocam uma série de problemas físicos: prejuízo do sistema nervoso central, doenças cardíacas, malformação fetal, entre outros.

Pesquise mais

Para saber mais sobre a contaminação por mercúrio que atinge os Yanomami, leia na íntegra a matéria *O povo Yanomami está contaminado por mercúrio do garimpo*, disponível em: <https://medium.com/@socioambiental/o-povp-yanomami-está-contaminado-por-mercúrio-do-garimpo-fa0876819312>. Acesso em: 15 set. 2017.

Relatos sobre esse episódio em específico e outras situações de violência envolvendo os Yanomami podem ser conhecidos em um importante livro, intitulado *A queda do céu: palavras de um xamã yanomami* (2015), escrito por um antropólogo, Bruce Albert, e por Davi Kopenawa, um líder do povo Yanomami.

O exemplo dado referente aos Yanomami ilustra bem como a destruição dos territórios indígenas por meio de atividades predatórias, como a mineração, pode afetar diretamente a saúde de um povo. Os povos indígenas vêm historicamente sofrendo inúmeros ataques aos seus territórios o que, por consequência, provoca o aumento de doenças e índices de mortalidade. Logo, garantir a saúde dos povos indígenas passa necessariamente por garantir a autonomia desses nativos sobre seus territórios tradicionais. Para além da necessária segurança jurídica, é preciso também que se compreenda que cada povo indígena concebe maneiras muito particulares de viver em seus territórios – assunto esse para o próximo tópico. Vamos lá?

Modos indígenas de conceber o território e a saúde

As concepções indígenas sobre os territórios que ocupam são muito diversas. Nesse sentido, é impossível determinar uma única maneira indígena de conceber o território. Por outro lado, é possível

afirmar que, via de regra, as concepções indígenas atribuem aos territórios significados diferentes daqueles mobilizados pelos não indígenas. Ou seja, se os não indígenas tendem a compreender os territórios em termos de limites físicos, recursos naturais e potencial econômico, alguns indígenas podem compreender os territórios a partir de outros elementos. Por exemplo, alguns nativos do alto Rio Negro, região localizada no Noroeste do estado do Amazonas (onde vivem 23 povos indígenas que formam um extenso sistema social caracterizado por uma ampla rede de trocas matrimoniais, econômicas e culturais) concebem seus territórios a partir de uma verdadeira "geografia xamânica" (CAYON, 2010). O que seria isso? Para os grupos da família Tukano Oriental (Tukano, Desana, Pira Tapuia, Tuyuka, Makuna, entre outros), por exemplo, os espaços são concebidos enquanto lugares que carregam potências de vida. Dessa forma, lugares específicos da paisagem possuem poderes que influenciam positivamente ou negativamente a vida das pessoas. Esses locais são considerados "lugares sagrados", e devem ser manejados de maneira correta, caso contrário, podem provocar doenças nas pessoas. Nesse sentido, é possível dizer que os povos indígenas do alto Rio Negro atribuem uma importância muito grande às paisagens, pois grande parte de suas práticas e crenças vinculam-se intimamente aos modos de se relacionarem com esses espaços. Por exemplo, em alguns lugares, mesmo que haja uma grande quantidade de peixes, não se pode pescar sem a realização de encantamentos xamânicos (fórmulas orais chamadas de benzimentos), pois só assim os peixes são considerados seguros para o consumo.

Alguns desses lugares também são repletos de histórias. Isto quer dizer que nos mitos e narrativas da região eles são mencionados como locais onde eventos importantes da humanidade ocorreram. Um exemplo: no médio curso do Rio Uaupés, um afluente do Rio Negro, no Noroeste da Amazônia, localiza-se uma cachoeira chamada Ipanoré. Na laje dessa cachoeira existe um buraco que, para os indígenas dessa região, foi dele que toda a humanidade emergiu. Isso mesmo! Para os grupos da família Tukano Oriental, essa cachoeira é um local extremamente importante, pois remete à própria história de surgimento de todos os povos (ANDRELLO, 2006).

No alto Rio Negro, os "lugares sagrados" devem ser respeitados, e algumas normas de conduta, como a interdição da pesca ou

da caça, devem ocorrer. Atualmente, os mais velhos costumam dizer que os jovens não se preocupam com esses conhecimentos relacionados aos territórios dos ancestrais, o que acaba provocando um desequilíbrio ambiental, como a escassez de peixes e o aparecimento de doenças que antes não existiam. Nesse sentido, a saúde desses povos se relaciona diretamente com as formas corretas de se lidar com os territórios por eles ocupados.

Ao tratarmos de uma terra indígena específica, como é o caso da Terra Indígena Alto Rio Negro, devemos considerar que, apesar de todas as violências históricas, os povos rionegrinos, de uma maneira geral, conseguiram permanecer em seus territórios originais (ainda que hajam processos de reconhecimento territorial em curso). Mas há situações muito mais adversas, pois muitos povos nativos foram expulsos de seus territórios e, atualmente, além de terem perdido muitas de suas referências espaciais e ambientais, não possuem o direito em ocupar territórios que garantam sua sobrevivência e qualidade de vida.

Os cuidados dispensados à saúde da população indígena ao longo da história

A história do contato entre portugueses e povos indígenas durante a invasão ocorrida a partir de 1500 foi marcada por um verdadeiro etnocídio. Isso quer dizer que o início da história do Brasil foi marcado pela destruição de muitas culturas indígenas e de guerras empreendidas pelos portugueses nesse processo de conquista do território brasileiro – o que provocou o deslocamento forçado de muitos povos nativos para o interior do país. As epidemias, por sua vez, constituíram-se como uma das principais causas da mortandade indígena, principalmente de doenças para as quais não se tinha imunidade, como a gripe, a varíola e o sarampo. Diante disso, é possível dizer que com a chegada dos portugueses instalou-se um quadro desolador no que diz respeito às condições de saúde desses povos.

De acordo com Garnelo (2012), a política do Estado brasileiro direcionada às populações indígenas - a política indigenista - procurou, ao longo da história, promover a assimilação dos povos indígenas à sociedade brasileira. Ou seja, acreditava-se que os indígenas, com o passar do tempo, iriam desaparecer enquanto

povos culturalmente distintos. Entretanto, como já vimos na seção anterior, a partir dos dados do IBGE Indígena 2010, ocorreu exatamente o contrário, pois os povos nativos aumentaram bem como sua diversidade étnica e linguística continuam presentes.

Durante a colonização portuguesa os povos indígenas foram assistidos pelos missionários de forma integrada às políticas dos governos (BRASIL, 2002). Já no início do século XX, ainda de acordo com Garnelo (2012), foi com o Serviço de Proteção ao Índio (SPI), criado em 1910, que se deu início à atuação direta das instituições públicas na política indigenista. Vale dizer que o SPI tinha sua atuação pautada na premissa da integração pacífica dos indígenas à sociedade não indígena, transformando os nativos contatados nas expedições em trabalhadores rurais de colônias agrícolas. Ou seja, o SPI mantinha a velha tradição da política indigenista brasileira de acreditar que o indígena era um ser transitório em vias de desaparecimento.

De acordo com a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA 2002), na década de 1950, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), no Ministério da Saúde. O objetivo do SUSA era o de levar ações básicas de saúde às populações indígena e rurais em áreas de difícil acesso. O SPI foi substituído pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), em 1967. A FUNAI, a partir da experiência do SUSA, criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS), que prestavam atendimentos esporádicos às populações indígenas. Como pondera Garnelo (2012), entre as atribuições dos dois órgãos (SPI e FUNAI) estava a prestação de assistência aos povos indígenas, incluindo-se aí a saúde. No entanto, o cumprimento dessas atribuições jamais ocorreu de maneira satisfatória. A falta de suporte técnico e financeiro foi, de acordo com a autora, a principal causa da baixa qualidade e insuficiência na assistência em saúde oferecida aos povos indígenas.

Garnelo (2012), afirma que uma mudança substancial no cenário da saúde indígena passou a ocorrer a partir da promulgação da Constituição de 1988. Os avanços constitucionais teriam repercutido positivamente na política indigenista e na sociedade brasileira, fortalecendo a premissa de que as minorias étnicas possuem direito ao tratamento diferenciado a ser oferecido pelo poder público (LIMA; BARROSO-HOFFMAN, 2002 apud GARNELO, 2012, idem).

Como relembra Garnelo, a partir do início da década de 1990, um conjunto de decretos da Presidência da República retirou da FUNAI

parte de suas atribuições na área de saúde, responsabilidade que foi redirecionada para o próprio Ministério da Saúde (especificamente para a FUNASA). Algo que merece destaque nessa conjuntura foi a presença crescente das Organizações não Governamentais (ONGs) como assessoras e parceiras do movimento indígena no desenvolvimento de ações em distintos aspectos da vida social, como a saúde. Nesse sentido, convênios com entidades de defesa dos direitos indígenas para a realização de atendimento sanitário à população indígena foram firmados durante o período de implantação do subsistema de saúde indígena, um subproduto do Sistema Único de Saúde (SUS).

Como mencionado anteriormente, até 1990, as ações de saúde efetuadas pela política indigenista estavam sob responsabilidade da FUNAI. A partir desse momento, foi o Ministério da Saúde quem assumiu as ações em saúde para os povos indígenas. Entretanto, somente em 1999 foi criado o subsistema de saúde indígena, um tema que abordaremos em uma seção específica. A criação desse subsistema pautou-se na constatação de que o SUS, de acordo com Garnelo, não dispunha de preparo adequado para atender as singularidades dos modos de vida indígenas. Ou seja, era necessária a organização de um sistema de saúde específico para os povos nativos.

Reflita

Os povos indígenas possuem formas específicas de tratamento das doenças. Neste sentido, a promoção da saúde deles deve respeitar as formas próprias de cuidados de cada povo. Na prática, isso é algo que ocorre de maneira irregular, apesar de haver legislação específica que determina a incorporação, no SUS, dos sistemas tradicionais indígenas de cuidados. Em sua opinião, é possível que estes conhecimentos e os conhecimentos da medicina ocidental sejam integrados nas ações de saúde voltadas para os povos indígenas?

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas: diretrizes

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi aprovada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria n.º 254, de 31 de janeiro de 2002. A principal justificativa para sua aprovação foi a necessidade de uma política específica a respeito da saúde

dos povos indígenas. É importante pontuar que a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi aprovada após uma série de regulamentações que a precederam, como o Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas; a Medida Provisória n.º 1.911-8, que prevê a transferência das atividades de assistência à saúde da FUNAI para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e, finalmente, a Lei n.º 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, que criou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde 2002).

De acordo com a FUNASA (2002), a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas propõe um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços em saúde indígena. Uma das medidas foi a criação de uma rede de serviços nas terras nativas. Ainda segundo a FUNASA, a elaboração dessa política contou com a participação de representantes das organizações indígenas e demais organizações governamentais e não governamentais atuantes nessa temática.

Assimile

Ao longo desta seção afirmamos que o Estado brasileiro historicamente se baseou em uma política assimilacionista em seu indigenismo oficial. O Brasil sempre procurou, por meio de suas políticas oficiais, a integração dos indígenas aos padrões da sociedade não indígena. Em suma, o país pouco fez para respeitar as culturas e valores próprios de cada povo. Um exemplo disto foi a proibição do uso das línguas indígenas em prol do idioma oficial, o português. Então, por política assimilacionista do indigenismo oficial devemos compreender as medidas contrárias à diversidade cultural dos povos indígenas praticadas pelo Brasil – e seus diversos governos – ao longo da história.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas prevê que devem ser contempladas as diversidades sociais, culturais, geográficas, históricas e políticas desses povos, bem como a busca pela superação das causas que os tornam mais vulneráveis aos agravos à saúde entre os brasileiros. A eficácia da medicina dos povos indígenas e o direito à sua cultura também devem ser reconhecidos. Conheça a seguir as diretrizes definidas que orientam as ações de atenção à saúde dos povos indígenas:

1. A organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas deve ocorrer na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos-Base no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam:

- O Distrito Sanitário é um modelo de organização de serviços que contempla um conjunto de atividades técnicas de atenção à saúde; deve desenvolver atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência e foi estruturado a partir de uma divisão do território a partir de critérios demográficos, geográficos e culturais (Caro aluno(a), trataremos de uma maneira mais aprofundada sobre os Distritos Sanitários Especiais Indígenas em uma seção específica).

2. Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural:

- Prevê a promoção de cursos de atualização/aperfeiçoamento/especialização para gestores, profissionais de saúde e assessores técnicos (indígenas e não indígenas).

3. Monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas:

- Institui o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), que permite o fluxo de informações sobre as ações de saúde desenvolvidas no âmbito do Distrito Sanitário.

4. Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde:

- Considera que os sistemas tradicionais de saúde são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde bem como para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação à saúde adequadas ao contexto local.

5. Promoção do uso adequado e racional de medicamentos:

- Indica que as ações que envolvem a assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena devem partir das necessidades e da realidade epidemiológica de cada Distrito Sanitário. Nesse sentido, as práticas de saúde tradicionais, que envolvem o uso de plantas medicinais e demais produtos da farmacopeia tradicional, devem ser valorizadas e incentivadas.

6. Promoção de ações específicas em situações especiais:

- Determina que deverão ser priorizadas ações para situações especiais que contemplem a prevenção e o controle de agravos à saúde em povos com pouco contato com não indígenas ou isolados destes,

nas regiões de fronteira e em áreas sob influência de grandes projetos de desenvolvimento. Prevê ainda acompanhamento e ações para coibir agravos de violência (suicídio, homicídio e alcoolismo); prevenir doenças sexualmente transmissíveis e combater a fome e desnutrição.

7. Promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas:

- Determina o respeito às resoluções que regulamentam a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, em especial, populações indígenas.

8. Promoção de ambientes saudáveis e proteção à saúde indígena:

- Prevê que o equilíbrio das condições ambientais nas terras indígenas seja um fator importante para a garantia de uma atenção integral à saúde dos povos indígenas.

9. Controle social:

- Garante a participação indígena em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde 2002).

Exemplificando

O controle social é uma das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Na região do Alto Rio Negro, Noroeste da Amazônia, a participação indígena ocorre por meio da articulação política desenvolvida pela Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN), instituição que representa o movimento indígena nessa região. A FOIRN desempenha, então, intenso controle social sobre as políticas relacionadas à saúde no alto Rio Negro.

Sem medo de errar

Nesta seção sugerimos uma situação-problema em que conhecimentos a respeito da história da saúde indígena no Brasil fossem mobilizados. Nesse sentido, foi imaginada uma situação em que um agente de saúde fora convidado a elaborar um material para auxiliar na formação de agentes de saúde locais, tratando justamente do histórico da saúde indígena no Brasil. A situação-problema propôs que você, aluno(a), apontasse os principais conceitos que precisariam ser abordados num material desse tipo.

Ao longo do item *Não pode faltar*, foram trabalhados os conteúdos necessários para a resolução dessa situação-problema. Um material que auxilie a formação de agente de saúde locais a respeito da saúde indígena no Brasil deve conter conceitos básicos, mas importantes, sobre o tema. Logo, você, aluno(a), pode iniciar o material abordando o contexto negativo ao qual os povos indígenas foram submetidos logo após o contato com os invasores portugueses. Nesse ponto, é importante retomar a destruição causada por doenças até então desconhecidas pelos povos nativos, como a gripe, o sarampo e a varíola.

Em um segundo momento, é importante citar que foram os missionários religiosos, ao longo da história colonial, os responsáveis por executar políticas voltadas para os povos indígenas. Entretanto, apesar do auxílio prestado pelos missionários, via de regra, suas ações possuíam o objetivo maior da catequização; devido a isso, muitas práticas indígenas - inclusive as que diziam respeito aos cuidados tradicionais - foram duramente perseguidas e condenadas.

Em um terceiro momento, é fundamental que se retome a criação das instituições responsáveis pela execução das políticas do indigenismo oficial. Seguindo uma ordem cronológica, primeiro deve ser citada a criação do SPI (Serviço de Proteção aos Índios). Nesse ponto, é importante que se ressalte a premissa assimilacionista desenvolvida por esse órgão. Ou seja, o arcabouço teórico que fundamentou o SPI vinculava-se a uma perspectiva positivista em que os indígenas eram vistos como ocupadores de estágios inferiores e, por isso, deveriam ser direcionados aos estágios mais adiantados da humanidade. Isso quer dizer que, além de uma tutela exercida sobre os povos indígenas, postura que negava sua autonomia, o objetivo maior do órgão era integrar os indígenas, transformando-os em trabalhadores rurais em colônias agrícolas. O SPI foi, então, substituído, já durante o regime militar, pela Fundação Nacional do Índio, em 1967. A FUNAI, apesar de responsável pela atenção à saúde dos povos indígenas, nunca conseguiu executar integralmente as ações em saúde, o que, em parte, explica-se devido as limitações estruturais do órgão.

Por último, você, aluno(a), deve sinalizar a importância da Constituição promulgada em 1988, no posterior desenvolvimento de políticas em saúde voltadas aos povos indígenas; e pontuar a criação, a partir da década de 1990, de uma nova estrutura

responsável pela promoção da saúde entre os nativos. Você deve destacar a retirada da responsabilidade dos cuidados em saúde da FUNAI e a criação do subsistema de saúde indígena, integrado ao SUS, com uma rede específica de serviços nos territórios indígenas, tendo como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Caro aluno(a), com essas informações, um material voltado para a formação de agentes de saúde locais ficará excelente!

Avançando na prática

Práticas tradicionais de saúde na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Descrição da situação-problema

Um profissional agente de saúde foi encarregado de redigir um breve material que promova a valorização dos conhecimentos tradicionais em saúde para ser posteriormente distribuído em áreas indígenas – onde se constatou um uso indiscriminado de medicamentos ocidentais. Esse material deve informar a respeito das garantias legais que envolvem o uso das práticas tradicionais e retomar as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas que se referem a esse ponto. Sobretudo, deve incentivar a valorização dos conhecimentos indígenas, demonstrando sua importância nas ações em saúde a serem realizadas. Como você, aluno(a), elaboraria esse material?

.

Resolução da situação-problema

Caro aluno(a), para a confecção desse material, você pode considerar alguns pontos. Inicialmente, é preciso que você informe que, com o avanço nas políticas em saúde indígena, as práticas tradicionais passaram a ser consideradas conhecimentos que devem ser valorizados. Nesse sentido, é fundamental que esse material contenha as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas que tratam justamente desse tópico. Como enunciado na situação-problema, um dos diagnósticos foi o uso indiscriminado de remédios ocidentais pelos nativos. Logo, o material deve retomar a diretriz da Política Nacional que aponta para a promoção do uso adequado e racional de medicamentos.

Ou seja, a assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena deve partir das necessidades e da realidade epidemiológica de cada Distrito Sanitário que, por sua vez, deve incentivar as práticas de saúde tradicionais que envolvem o uso de plantas medicinais e demais produtos da farmacopeia tradicional. Na sequência, o material pode trazer outra diretriz da Política Nacional: aquela que prevê a articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde aos sistemas médicos oficiais. Essa diretriz considera que os sistemas tradicionais de saúde são indispensáveis para a execução de ações e projetos de saúde, bem como para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde, adequadas ao contexto local. Dessa forma, o material deve ressaltar que essas diretrizes devem ser colocadas em prática, algo que contribuirá para a reversão do quadro inicial verificado, pois, ao passo que as práticas tradicionais são fortalecidas, problemas como o uso indiscriminado de remédios ocidentais devem ser minimizados.

Faça valer a pena

1. Existe uma relação íntima entre território e saúde indígena. Por exemplo, em regiões onde os territórios indígenas estão em constante ameaça, toda a saúde de um povo é afetada. Recentemente, foi anunciada uma pesquisa que indicou que em algumas aldeias do povo Yanomami há muitos indígenas contaminados por mercúrio, metal liberado após atividades de garimpo. Ou seja, atividades que destroem os territórios também destroem vidas.

A partir do texto, escolha a alternativa correta:

a) Os Yanomami vivem em regiões de extrema proteção, o que garante a plena saúde de seu povo.
b) Os Yanomami são os responsáveis pela mineração no interior de suas terras e, por isso, sofrem com as consequências negativas dessa atividade.
c) Os Yanomami sofrem com as invasões de garimpeiros em seus territórios e a contaminação por mercúrio, por parte de seu povo, é uma das consequências disso.
d) Território e saúde não necessariamente possuem relação, pois é possível que povos tenham boa saúde mesmo enquanto vivem em territórios constantemente ameaçados e deteriorados.
e) A saúde dos povos indígenas melhora quando há atividades de mineração em seus territórios.

2. Os povos indígenas ainda sofrem com a pouca atenção dada à saúde em seus territórios. No entanto, ao longo das últimas décadas, houve significativa melhora na prestação desses serviços. Com a Constituição Federal de 1988, fortaleceu-se a compreensão de que os povos indígenas necessitam de uma assistência diferenciada em saúde, o que, a partir da década de 1990, acabou resultando em mudanças estruturais e institucionais. Ou seja, o histórico regime tutelar e assimilacionista das políticas indigenistas em saúde (praticados pelo SPI e FUNAI) parecem, felizmente, ter chegado ao fim.

A partir do texto e considerando as transformações na atenção à saúde indígena ao longo da história, escolha a alternativa correta:

a) A FUNAI (Fundação Nacional do Índio) é a responsável pela atenção à saúde indígena desde o ano de sua criação: 1967 até os dias atuais.
b) O SPI (Serviço de Proteção ao Índio) foi fortemente marcado por uma postura assimilacionista e tutelar em relação aos indígenas, pois seu principal objetivo era o de transformar indígenas em trabalhadores rurais nas colônias agrícolas e pouco fez em termos de assistência à saúde.
c) Com o regime militar, os missionários religiosos assumiram a responsabilidade em ofertar assistência em saúde para os povos indígenas.
d) A Constituição Federal de 1988 não reconhece as formas tradicionais de organização social indígenas e, por isso, após sua promulgação, nada se alterou no quadro que diz respeito às ações de saúde indígena no país.
e) O SPI foi substituído pela FUNAI durante o regime militar, o que provocou uma profunda alteração nas políticas de atenção à saúde indígena.

3. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi aprovada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria n.º 254, de 31 de janeiro de 2002. Ela define uma política específica a respeito da saúde dos povos indígenas. No entanto, uma série de regulamentações a precederam, como a transferência das atividades de assistência à saúde da FUNAI para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas propõe um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços em saúde indígena, e uma de suas medidas foi a criação de uma rede de serviços nas terras indígenas.

Considerando-se a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, escolha a resposta correta:

a) A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi aprovada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria n.º 254, de 31 de janeiro de 2012.
b) A elaboração da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas ocorreu com a participação exclusiva de técnicos especializados.
c) Uma das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas prevê que a medicina desses povos deve ser valorizada e a farmacopeia ocidental deve ser evitada.
d) Os Distritos Sanitários Especiais e Polos-Base, que formam o modelo de organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas, foram inspirados a partir de uma perspectiva de verticalização e hierarquização que busca, dessa forma, enfraquecer os níveis locais de atendimento à saúde.
e) A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas pode ser considerada de elaboração tardia, já que demanda e justificativa para sua criação existem há décadas.

Seção 1.3

Corpo, saúde e doença

Diálogo aberto

Caro(a) aluno(a), você já parou para pensar que podem existir vários pontos de vista sobre um determinado fato ou situação? Nesse sentido, não é muito aconselhável assumir uma perspectiva autoritária e inflexível, não é mesmo? Nesta seção iremos aprender que, ao invés de verdades absolutas, quando tratamos de atenção à saúde dos povos indígenas, vale muito mais uma posição relativista.

No contexto de aprendizagem desta unidade, apontamos para a diversidade de etnias, línguas e costumes existentes entre os povos indígenas. Cada povo, por sua vez, possui concepções próprias sobre saúde e doença. Na situação-problema desta seção abordaremos sobre a postura de um profissional agente de saúde em um evento particularmente complexo: um difícil trabalho de parto que ocorre no Xingu. O profissional considera que a parturiente deve ser levada ao médico em um hospital da cidade mais próxima, mas o pajé e as parteiras são contra, pois afirmam que os alimentos que ela irá ingerir neste local lhe provocarão uma contaminação. Nessa aldeia, assim que uma criança nasce, as parteiras a analisam cuidadosamente para confirmar ser um corpo "de gente", sem deformações ou marcas, e não um corpo misturado com algum animal. Mas não basta isso para que seja considerada uma pessoa de verdade, é preciso que esse corpo seja "fabricado" ao longo de toda uma vida, literalmente, como uma massa de modelar, por meio de uma série de intervenções, que incluem a ingestão de eméticos (medicamentos usados para causar vômito) e sessões de arranhação com dentes de peixe-cachorra. Uma parte importante desse processo, todavia, envolve algumas práticas de seus pais: após o nascimento, tanto a mãe quanto o pai do bebê precisam passar por um período de reclusão. Eles ficam sem sair de casa e não comem alguns tipos de alimentos, considerados nocivos para o desenvolvimento do filho. Nesse caso aqui narrado, as parteiras que acompanham o trabalho de parto consideram que a mulher, ao ser levada ao hospital para ter seu filho, não conseguirá cumprir

com as restrições alimentares, podendo, por exemplo, comer peixe matrinxã, que é um dos peixes proibidos aos pais de recém-nascido, uma vez que, segundo as parteiras, quando os pais comem esse peixe, a criança pode ter problemas respiratórios e diarreia.

Logo, caro(a) aluno(a), como lidar com uma situação como essa? Para resolver essa situação-problema você deverá mobilizar os conteúdos presentes nesta seção, mais especificamente os conceitos de relativismo cultural, e compreender que noções de pessoa, corpo e corporalidade são próprias de cada cultura. Por último, você deve se atentar para o fato de que tal situação coloca em evidência as diferenças existentes entre as formas tradicionais de cuidado e a medicina ocidental. Por isso, é fundamental que você leia atentamente o conteúdo disponível no item *Não pode faltar*, pois é ele que lhe ajudará na resolução dessa situação-problema. Bons estudos!

Não pode faltar

Relativismo cultural e saúde

Caro(a) aluno(a), você já parou para pensar que o respeito e a tolerância pelas diferenças culturais são fundamentais quando tratamos da saúde entre os povos indígenas? Pois o primeiro passo para o respeito às diferenças é não considerarmos como superior ou inferior o que é diferente daquilo com o qual estamos habituados. Ou seja, quando deparamos com uma realidade cultural diferente daquela em que vivemos, devemos respeitar e compreender tal diferença como uma expressão de diversidade. Como temos visto nesta unidade, os povos indígenas possuem concepções, valores e crenças muito diferentes entre si e, principalmente, muito diferentes daquelas dos não indígenas. As diferenças culturais, portanto, sinalizam a multiplicidade dos modos de vida. Afinal, não existe uma única forma de viver e muito menos uma verdade absoluta, não é mesmo? Por isso, iniciaremos esta seção discutindo um conceito fundamental na atenção à saúde entre os povos indígenas: o relativismo cultural. Você já ouviu falar sobre isso?

Reflita

Um tema complexo e que mobiliza discussões acaloradas é o chamado "infanticídio indígena". Em linhas gerais, trata-se da escolha entre alguns povos indígenas pela não continuação da vida de um determinado recém-nascido. Aos indígenas brasileiros é garantida a prática de seus costumes e tradições, mas há uma polêmica envolvendo esse assunto em específico. Afinal, a garantia à vida, em quaisquer circunstâncias, seria um valor universal? Os conceitos de vida e do que é ser humano para os povos indígenas são diferentes das concepções ocidentais. Por que, então, os povos indígenas têm que se sujeitar a padrões e leis que lhes são estranhos?

Segundo Langdon & Wiik (2010), o relativismo cultural é uma perspectiva antropológica que propõe que as outras culturas devem ser compreendidas a partir de seus próprios valores e conhecimentos. Ou seja, uma determinada cultura deve ser observada e compreendida a partir das suas próprias formas de pensar e agir, e não a partir dos conceitos de quem a observa. Mas por que isso é tão importante? Porque é comum que, ao estranharmos alguma prática cultural, mobilizemos nossos próprios valores e conceitos para compreendê-la. Nesse ponto, é importante dizer que o estranhamento cultural, ou choque cultural, é algo comum, decorrente do contato entre sistemas de valores e crenças distintos. Mas ao estranhamento, ou seja, diante do encontro com o diferente, com o desconhecido, não se deve adotar uma prática de intolerância ou desrespeito. O relativismo cultural postula que o que é próprio do outro deve ser compreendido a partir dos conceitos do outro, e não a partir dos nossos próprios conceitos. É importante assumirmos uma postura em que nos esforcemos para compreender as outras formas de pensamento, crenças e valores a partir de seus próprios sistemas culturais. No entanto, esse exercício não é algo tão simples, pois exige que conheçamos de forma mais aprofundada o ponto de vista do outro (o que requer diálogo e convivência), e algumas questões dificultam ainda mais esse conhecimento, em especial as dos povos indígenas, como a língua, já que muitos nativos não falam ou falam muito pouco o português.

Lembre-se: relativizar é tentar deslocar-se em direção a outros pontos de vista. Se olhamos para o diferente a partir de nossos próprios conceitos e concepções, estaremos praticando o que chamamos na antropologia de etnocentrismo. De alguma maneira,

o etnocentrismo é o contrário do relativismo cultural, pois uma visão etnocêntrica considera a tudo e a todos a partir de um único ponto de vista, que é o seu próprio (ROCHA, 1988). Mas em quais sentidos o relativismo cultural e o etnocentrismo se relacionam com a atenção à saúde indígena? Antes de responder a essa pergunta, vamos falar brevemente de cultura.

Relativizar, como temos visto, é um conceito importante quanto à saúde dos povos indígenas. Mas o que quer dizer exatamente o conceito de cultura? De uma maneira geral, podemos compreender a cultura como algo que é aprendido, compartilhado e padronizado (R. LARAIA apud LANGDON; WIIK, 2010). É por meio do conceito de cultura que a antropologia explica as diferenças do comportamento humano, diferenças que não podem ser explicadas somente pela biologia. Ainda segundo Langdon e Wiik (2010), a cultura é uma criação humana partilhada por grupos sociais específicos e que oferece uma visão de mundo, uma explicação sobre como o mundo é organizado.

Quando afirmamos que os diversos grupos humanos possuem culturas diferentes, estamos sugerindo que há vários conjuntos de crenças, valores, práticas, visões de mundo e modos de viver. Pode-se dizer que cada conjunto representaria uma dada cultura, por isso, não há uma única cultura, mas sim muitas delas. A diversidade cultural é em si uma prova de que a diferença é um dado nas sociedades humanas.

O conceito de relativismo cultural nos atenta para o fato de que pertencer a um determinado grupo cultural não nos permite considerar outras culturas inferiores. E agora podemos responder à pergunta sobre a importância desse conceito na atenção à saúde indígena. Langdon & Wiik (2010) afirmam que as questões referentes à saúde e doença devem ser pensadas a partir dos contextos socioculturais específicos em que ocorrem, pois cada grupo social possui conceitos próprios sobre o que é ser doente ou saudável. Ou seja, ainda que todas as sociedades se preocupem com questões referentes à saúde e doença, cada uma elabora uma maneira específica de manter a saúde e enfrentar episódios de doenças a partir de sua própria visão de mundo. Nesse sentido, o sistema médico oficial - o modelo preconizado pela medicina ocidental que é levado aos povos indígenas - deve ser considerado como um sistema cultural. Isso quer dizer que os profissionais da saúde são representantes de um sistema

de atenção à saúde específico e culturalmente localizado, que não deve se sobrepor e sim dialogar, por meio da interculturalidade, com os sistemas de saúde específicos de cada povo indígena. O relativismo cultural nos ajuda a compreender que não se deve considerar um sistema de atenção à saúde superior ao outro, pois não há atraso ou ignorância dos povos indígenas com relação aos seus conceitos de saúde e doença, e sim conhecimentos distintos. No próximo tópico, iremos aprender mais sobre as concepções indígenas a respeito de corpo e corporalidade, a fim de ampliarmos nosso horizonte em busca de uma atenção à saúde indígena pautada no respeito e na tolerância. Vamos lá?

Assimile

Dois conceitos já trabalhados nesta seção são extremamente importantes quando se trata da atenção à saúde dos povos indígenas: relativismo cultural e etnocentrismo. **Relativismo cultural** é um importante conceito antropológico que define que cada cultura deve ser compreendida em seus próprios termos. Já o **etnocentrismo** é o conceito segundo o qual todo fato, costume, cultura ou crença é interpretado a partir dos preceitos de quem observa. Ou seja, o etnocentrismo reduz a compreensão do diferente, pois o julga a partir de um conjunto restrito de concepções. Por isso, pensar e agir de uma maneira etnocêntrica é negar a diferença como um valor positivo das sociedades humanas e, por isso, é uma maneira reducionista de encarar aquele que é diferente de nós mesmos.

Corpo e corporalidade

Caro(a), aluno(a), quando tratamos de saúde indígena estamos falando justamente sobre situações de saúde e doença que se manifestam no corpo humano. Contudo, será que as concepções sobre o corpo entre os povos indígenas e os não indígenas se equivalem? Nesse sentido, iremos, ao longo deste tópico, aprender que o corpo e a corporalidade, ou seja, as características e particularidades do que é corpóreo e do que é entendido como um corpo bom, saudável, ocupam um lugar central no pensamento dos povos indígenas no Brasil.

Os autores Seeger, Matta e Viveiros de Castro (1979) escreveram um artigo extremamente importante intitulado *A Construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras,* no qual defendem

que só é possível compreendermos a organização social e a cosmologia dos povos indígenas a partir do que eles pensam sobre a corporalidade. Esse lugar central da corporalidade estaria vinculado, por sua vez, a uma preocupação mais ampla desses povos quanto à definição e construção da pessoa pela sociedade. Para eles, não se trata apenas da produção física de indivíduos, pois essa produção está inserida em um contexto voltado para a produção social de pessoas. Mas o que significa exatamente essa ideia dos povos indígenas de que as pessoas são construídas socialmente?

Inicialmente, devemos considerar que os povos indígenas possuem uma noção específica de indivíduo, ou melhor dizendo, uma noção social de indivíduo. Isso quer dizer que para os não indígenas, todos os indivíduos que nascem são considerados "seres humanos", prontos para crescerem e se desenvolverem. Para os povos indígenas, os indivíduos não nascem prontos. Eles precisam ser "fabricados" ao longo da vida, tanto fisicamente, por meio de técnicas específicas, quanto no que diz respeito à moral e à ética, vivendo corretamente junto a seus parentes, de forma que se tornem, assim, "pessoas".

Entre os povos indígenas há papéis sociais, como o de chefe, guerreiro, cantor, xamã (pajé). Pois bem, esses papéis sociais só podem ser bem compreendidos se considerarmos a noção de corporalidade, pois, para cada um desses papéis, há conjuntos de práticas e regras específicas que devem ser seguidas, como períodos de reclusão, abstinência sexual e restrições alimentares. É por meio dessas regras sociais que esses diferentes corpos são "fabricados" e que essas pessoas são socialmente construídas.

O autor Viveiros de Castro (1979), ao considerar as ideias centrais do pensamento dos Yawalapíti, que vivem na porção Sul do Parque Indígena do Xingu, no estado do Mato Grosso (Povos Indígenas no Brasil, Instituto Socioambiental), afirma que para eles o corpo humano necessita ser submetido a processos intencionais, periódicos e de "fabricação", ou seja, para os Yawalapíti, é necessário que seja realizado um conjunto de intervenções sobre as substâncias que comunicam o corpo com o mundo (alimentos, fluídos corporais, tabaco, óleos e tinturas vegetais).

Nesse sentido, não haveria para esse povo uma separação entre processos fisiológicos e processos sociológicos, pois a posição social e as transformações do corpo são uma e a mesma coisa. A "fabricação"

do corpo é considerada uma atividade humana, e a natureza humana é modelada pela cultura. Vejamos um exemplo. Viveiros de Castro (1979) afirma que é comum a utilização entre os Yawalapíti da expressão "estou fazendo [meu filho]" para explicar as ações de um homem em alguns contextos, por exemplo, quando o homem constrói, por meio da prática de relações sexuais repetidas, o corpo da criança no corpo da mãe;, quando seus filhos estão realizando a reclusão pubertária (momento da passagem para a vida adulta) e quando os pais devem se abster de sexo para descrever a relação entre um morto e seus pais durante uma cerimônia específica para os mortos.

Vejamos outro exemplo de um povo que também vive no Xingu: os Kalapalo. Novo (2017) indica que assim que nasce, o corpo da criança é analisado pelas mulheres que auxiliaram no parto e posteriormente pela mãe, com o objetivo de avaliar a existência de marcas ou deformações que possam sugerir que tal corpo não se configure como um corpo propriamente "humano". Durante os primeiros anos de vida, os cuidados são mais intensos: os pais precisam seguir restrições alimentares que implicam em se abster, por exemplo, de certas espécies de peixes que podem interferir diretamente na produção do corpo da criança, provocando doenças. Os pais também fazem rezas e administram remédios para que a criança engorde, aprenda a engatinhar, andar, dormir sozinha, não chorar ou mesmo para que os pais retomem a alimentação, gradualmente, sem que isso provoque doenças ao filho.

Caro(a) aluno(a), o que devemos reter de todas essas informações é que para os povos indígenas no Brasil "o corpo é corpo humano a partir de uma fabricação cultural" (Viveiros de Castro 1979, p. 43). Mas e as concepções de saúde e doença, também variam de acordo com cada cultura? É isso que vamos descobrir no próximo tópico. Vamos lá?

Exemplificando

Temos visto que os diferentes conceitos de corpo e corporalidade são extremamente importantes no pensamento indígena, não é mesmo? Para os povos indígenas do Noroeste amazônico (alto Rio Negro), o corpo do bebê é formado da contribuição material de ambos os pais. O sêmen do pai se tornará o osso da criança e o sangue da mãe formará a sua carne (HUGH JONES, 2002). Alguns povos indígenas consideram importante

que a mulher mantenha relações sexuais com diversos homens, que contribuirão para a formação do bebê. Todos esses homens, a depender do caso, podem ser considerados pais dessa criança.

Saúde e doença

De acordo com Langdon & Wiik (2010), todas as sociedades desenvolvem sistemas de atenção à saúde, que são conhecimentos, práticas e instituições particulares que incluem os conhecimentos sobre as origens, causas e o tratamento das enfermidades, bem como as técnicas terapêuticas e seus praticantes. Corroborando essas considerações, é possível afirmar que os povos indígenas no Brasil possuem conhecimentos próprios acerca do que denominamos processos de saúde e doença. Ocorre, porém, que, ainda de acordo com Langdon e Wiik (2010), os conceitos de saúde e doença não são universais e raramente refletem as definições biomédicas. Os autores exemplificam algumas doenças, como a arca caída, cobreiro, quebranto e mau-olhado, que são consideradas doenças para vários grupos brasileiros, porém, não são reconhecidas ou tratadas pelos (bio)médicos. Ou seja, o que é considerado doença para um povo pode não ser para o sistema médico oficial.

Você já pensou em como é complexo e desafiador atuar enquanto um profissional de saúde, representante do sistema biomédico ocidental, junto a povos indígenas que possuem concepções de saúde e doença extremamente diferentes? Tenha certeza que um elemento facilitador nesse processo é, justamente, a aquisição de conhecimento do ponto de vista de alguns povos indígenas a respeito desses temas. Afinal, como você já aprendeu no tópico sobre relativismo cultural e saúde, não existe uma verdade universal, concorda? Por isso, passemos agora a considerar algumas interpretações propriamente nativas a respeito da saúde e da doença.

O intelectual indígena Gersen dos Santos Luciano, do povo indígena baniwa (os Baniwa vivem no alto rio Negro, Noroeste do estado do Amazonas), afirma que o estado de saúde e doença para os povos indígenas tem a ver com a relação individual e coletiva que se estabelece com as outras pessoas e com a natureza. Do seu ponto de vista, para os povos indígenas, existiriam duas formas de se contrair doença: pela provocação de pessoas e pela provocação da natureza (LUCIANO, 2006). O autor nos ensina que para os povos indígenas não existe doença natural, biológica ou hereditária.

A doença é sempre adquirida, provocada e merecida moral e espiritualmente. Já a saúde é considerada como algo próprio da vida e uma forma de dádiva da natureza. Mas a manutenção da saúde depende de permanente vigilância e cuidado. A saúde pode ser ameaçada quando a natureza é transgredida, pois a doença é uma forma de reação e autodefesa da natureza. Saúde e doença, então, não se constituem como espaços independentes, e sim, vinculam-se às relações sociais. O intelectual baniwa informa que a doença nem sempre se restringe a sintomas patológicos que acometem uma pessoa, pois se ela acontecer em forma de vingança, podem ocorrer vários tipos de privação, como a redução de caça ou pesca e tragédias naturais, como trovões, tempestades, secas e enchentes.

Como ressalta Luciano (2006, p. 177), "os povos indígenas brasileiros sempre possuíram suas concepções e formas próprias de tratamento e cura de doenças." O autor também pondera que esses conhecimentos são reconhecidos pela própria Organização Mundial de Saúde (OMS), que tem demonstrado interesse no resgate e valorização das tradições da medicina indígena, como os conhecimentos dos pajés, a eficácia das plantas medicinais e o trabalho das parteiras, por exemplo. No Brasil, é importante retomar que a Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas, em uma de suas diretrizes, prevê a articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde, já que os considera imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção de educação para a saúde adequadas ao contexto local (BRASIL, 2002).

Pesquise mais

Caro(a) aluno(a), para saber mais sobre alguns desafios da saúde indígena no Brasil você pode fazer a leitura da matéria intitulada *Doença de índio*, da professora Ligia Bahia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/opiniao/doenca-de-indio-9588545>. Acesso em: 25 set. 2017.

Até aqui temos visto que o respeito pela diferença deve ser uma constante quando tratamos da atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil. Entretanto, situações de interculturalidade, ou seja, quando estão em evidência concepções muito distintas, exigem, além do respeito pela diferença, uma postura de abertura a outras formas de

conhecimento. Nesse sentido, como lidar com situações práticas em que formas tradicionais de cuidado e medicina ocidental se encontram? Existem formas de complementaridade e diálogo entre conhecimentos tão distintos?

Medicina ocidental X práticas tradicionais de cuidados

Atualmente, é possível dizer que os povos indígenas tendem a mesclar concepções e métodos de tratamento, pois, ao lado das práticas tradicionais de cuidados, ou seja, das formas propriamente indígenas de lidar com as situações de doença, é inegável a presença e utilização de métodos próprios da medicina ocidental, como a utilização de remédios, por exemplo. Entretanto, a presença desses dois sistemas de atenção à saúde nem sempre se complementam nem alcançam o pleno restabelecimento da saúde. Como observa Novo (2010), muitas vezes, os povos indígenas utilizam os remédios ocidentais apenas como forma de reduzir os sintomas das doenças, pois consideram que eles são incapazes de curá-las, já que as causas estão relacionadas à natureza e que somente um pajé pode curá-los efetivamente. Um agravante nessa situação é que, em muitas regiões, os pajés são especialistas cujo trabalho deve ser pago (com objetos tradicionais ou dinheiro, a depender do caso), sendo esse um serviço muito caro. Algumas famílias não possuem condições de arcar com esses tratamentos tradicionais e também optam, em alguns casos considerados menos graves, pelo atendimento no SUS, por ser público e gratuito.

Vejamos outro exemplo: Luciano (2006) indica que há uma doença muito comum entre os Baniwa, que é conhecida como "manheim". Essa doença resulta da ingestão de um veneno secreto, e as pessoas costumam usá-lo para matar seus inimigos. Acontece que os sintomas do "manheim" são muito parecidos com os sintomas da tuberculose. Como agravante, entre os Baniwa, o índice de tuberculose é muito alto. O problema é que quando a pessoa é acometida pela doença, costuma-se dizer que trata-se de "manheim". Encaminhada ao tratamento no hospital, constata-se tratar de tuberculose e inicia-se o tratamento. Como a segunda fase desse procedimento é domiciliar, geralmente o paciente o suspende, achando que os pajés conseguiram vencer a batalha pela cura. Ocorre que meses mais tarde a doença acaba voltando e o paciente interpreta que a perseguição dos inimigos continua e desacredita que os médicos e remédios possam curá-lo de forma definitiva.

Nesse exemplo, descrevemos um caso de conflito entre uma visão tradicional e uma perspectiva ocidental científica, pois, para o paciente baniwa, sua doença, mesmo tendo sido efetuado o diagnóstico e iniciado o tratamento, não se deve a um mal causado pela tuberculose, e sim pelo envenenamento provocado por algum inimigo. Ocorre, então, que os sintomas e a doença, nesse caso, não são interpretados da mesma forma pelo sistema médico oficial e pelas concepções baniwa de doença e cuidados. Situações como essa exige que os profissionais de saúde conversem com a família e, quanto maior for a convivência desse profissional com os envolvidos, maior será a confiança que ele terá diante daqueles a quem assiste. Entretanto, se mesmo depois da conversa a família e o doente se recusam a continuar com o tratamento, há que se respeitar sua decisão.

Ao longo desta seção, tivemos a oportunidade de trabalhar conteúdos extremamente importantes para a boa prática da atenção à saúde indígena. O conceito de relativismo cultural e o conhecimento sobre as concepções indígenas de corpo e corporalidade, bem como de saúde e doença, tiveram como objetivo fornecer a você, aluno(a), subsídios para desenvolver uma prática profissional baseada no respeito à diferença e valorização à diversidade cultural dos povos indígenas no Brasil.

Sem medo de errar

Ao longo desta seção, vimos que o encontro entre concepções distintas exige o esforço do diálogo, do respeito e da tolerância. A situação-problema aqui apresentada é um exemplo claro da complexidade que envolve a atuação profissional na área da saúde entre povos indígenas. Como proposto, a ideia é que você, aluno(a), posicione-se diante de um parto em andamento que está lento e difícil. Na ocasião, o agente de saúde propõe o encaminhamento da parturiente ao hospital mais próximo, o que é visto com ressalvas pelo pajé e pelas parteiras, que conduzem o parto e não querem que a parturiente consuma alimentos da cidade para que não se "contamine". Como resolver tal situação?

Situações como essas não possuem respostas fáceis. Por isso, um bom caminho para a resolução dessa situação-problema é analisar algumas questões que são colocadas em evidência. Primeiramente, é necessário que se respeite a vontade da parturiente. Por isso, se o trabalho de parto já teve início, isso leva-nos a crer que, de alguma

maneira, houve uma mobilização por parte da parturiente e de acompanhantes no seu planejamento e desenvolvimento. Ou seja, está claro que o parto no hospital não foi uma opção da parturiente, pois, em casos de distâncias muito grandes entre a moradia da parturiente e os hospitais, por exemplo, é comum que a mulher em gestação e seus acompanhantes se desloquem dias ou semanas antes para a cidade. Nesse ponto, o que parece estar em questão é justamente a necessidade de afastamento da cidade, pois, de acordo com o pajé e as parteiras, a estadia na cidade poderia causar uma "contaminação". Veja que, nesse sentido, a opção em não ir para o hospital não revela omissão ou negligência por parte dos indígenas, mas sim uma aplicação de formas tradicionais de cuidado. Ou seja, a parturiente está realizando um trabalho de parto de acordo com noções específicas que envolvem o nascimento de uma criança, e isso deve ser respeitado e valorizado pelo agente de saúde. Entretanto, como representante do sistema médico oficial, o agente de saúde pode, nesse caso, informar e oferecer os serviços que julgar fundamentais para o bom andamento do parto. Isso quer dizer que o respeito às formas tradicionais de cuidados não exclui a possibilidade da oferta dos recursos médicos. Não deve haver imposição, mas é razoável que o agente de saúde mantenha todos os envolvidos informados a respeito das medidas a serem tomadas caso se opte pela suspensão do parto em condições tradicionais. Um ponto que merece atenção diz respeito ao fato de que, aparentemente, o principal motivo para que a parturiente não se dirija ao hospital diz respeito às restrições alimentares. Nesse sentido, há de se pensar se não seria o caso de propor ao hospital em questão que seja adotado o regime especificado pelo pajé, o que, de fato, poderia contribuir para a boa resolução desse caso. De toda forma, é importante apontar que o diálogo é fundamental, e quanto mais o povo atendido confiar no profissional, mais fácil será a comunicação, ainda que haja discordâncias.

A situação apresentada envolve um momento crucial para os indígenas: o parto. Por isso, é fundamental que o profissional de saúde que atua entre os indígenas se esforce no sentido de compreender os conhecimentos que estão sendo mobilizados pelos especialistas nativos, pelas parteiras e pelo pajé. A compreensão dos cuidados tradicionais possibilitará que tal profissional consiga comunicar conhecimentos em contextos que envolvam o manuseio de saberes distintos. Ou seja, o profissional de saúde indígena pode atuar como

um elo entre os conhecimentos tradicionais e o sistema médico oficial de maneira que, ao invés de exclusão de um tipo de conhecimento, haja uma relação de complementaridade e benefício para a parturiente.

Avançando na prática

Vacinação entre povos indígenas

Descrição da situação-problema

A vacinação é parte integrante das ações rotineiras do DSEI (SANTOS et al. apud GARNELO, 2012), geralmente desenvolvidas por profissionais não indígenas. Em uma ação de vacinação entre o povo Baniwa, do alto Rio Negro, um agente de saúde indígena ouviu de um dos nativos que a sua filha não seria vacinada pois a introdução de substâncias químicas em seu corpo não era o suficiente para evitar que ela adoecesse. Em seu relatório de atividades, o agente de saúde precisa justificar tal situação explicando quais foram as possíveis causas da negação do indígena em vacinar sua filha. Caro(a) aluno(a), como você elaboraria esse relatório?

Resolução da situação-problema

A resolução dessa situação-problema exige a compreensão de que as concepções sobre saúde e doença são culturalmente distintas. Nesse ponto, um dado a ser considerado no relatório é justamente a percepção de que os conhecimentos médicos oficiais não são compreendidos pelos povos indígenas da mesma forma como o são pelos integrantes das equipes médicas. A negação do pai em vacinar sua filha também deve ser compreendida a partir do princípio da autonomia e liberdade de escolha. O relatório ainda deve observar que a afirmação do pai da criança também aponta para uma compreensão específica acerca da doença, pois, como vimos ao longo da seção, a garantia de saúde aos povos indígenas tem muito mais a ver com a vigilância e cuidado, já que a doença é uma forma de reação e autodefesa da natureza quando transgredida (LUCIANO, 2006). Para os nativos, saúde e doença vinculam-se às relações sociais em harmonia ou desequilíbrio, por isso, é compreensível que a ideia de prevenção relacionada à introdução de substâncias químicas seja incoerente do ponto de vista do pai que negou a vacinação de sua filha.

Faça valer a pena

1. O sistema médico oficial e as formas de cuidados tradicionais praticadas pelos povos indígenas podem possuir concepções muito diferentes em relação a um determinado quadro de doença. Contudo, para uma boa ação de saúde junto aos indígenas, é necessário que os profissionais de saúde saibam lidar com essas divergências, uma vez que uma situação em que ambas as partes não se compreendam minimamente pode impactar negativamente a já limitada e insuficiente atenção à saúde dos povos nativos no Brasil.

Levando em consideração a postura mais adequada que o profissional de saúde indígena deve assumir em contextos interculturais, escolha a alternativa correta:

a) É fundamental que o profissional em saúde indígena saiba lidar com situações em que o sistema médico oficial seja rejeitado ou interpretado pelos indígenas a partir de suas próprias concepções, já que cada cultura formula conceitos próprios a respeito dos processos de saúde e doença.
b) O profissional em saúde indígena deve colocar-se como representante do sistema médico oficial e, nesse sentido, não deve considerar os conhecimentos e as práticas de saúde dos povos indígenas.
c) Em situações em que ocorram divergências de concepções em relação a tratamentos e demais procedimentos, deve sempre prevalecer o que estabelece o sistema médico oficial.
d) Dadas as transformações ocorridas ao longo da história, as concepções indígenas sobre doenças e saúde não são mais presentes e, por isso, não há nenhuma resistência por parte desses povos em aceitarem os procedimentos e tratamentos definidos pelo sistema médico oficial.
e) Os povos indígenas possuem conhecimentos suficientes para tratarem todas as suas doenças, por isso, a presença de profissionais de saúde é, na maioria das vezes, desnecessária.

2. As noções de corpo e corporalidade são extremante importantes no pensamento dos povos indígenas. A ideia de que o corpo é construído socialmente e que não encerra somente aspectos fisiológicos é fundamental. O indivíduo não é compreendido enquanto um ser isolado, mas sim enquanto um ser atuante numa relação com o meio social ao qual pertence.

A respeito das noções de corpo, corporalidade, indivíduo e pessoa entre os povos indígenas, escolha a alternativa correta:

a) As concepções de corpo e corporalidade são universais e não se diferem entre indígenas e não indígenas.
b) Os povos indígenas possuem noções próprias sobre corpo e corporalidade e, nesse sentido, o corpo humano é visto como uma entidade fisiológica autônoma, que se desenvolve apenas segundo as leis da natureza.
c) Entre os povos indígenas prevalece o conceito de liberdade individual e não há nenhum tipo de regulação social que interfira nos processos de aprendizagem dos indivíduos.
d) Entre os povos indígenas, a noção de corpo é desvinculada das relações sociais, pois é compreendida a partir da união entre os conceitos de espiritualidade e fisiologia.
e) Os povos indígenas possuem noções próprias sobre corpo e corporalidade e, nesse sentido, o corpo não é compreendido apenas por suas funções fisiológicas, mas sim a partir da ideia de que é construído socialmente.

3. A correta compreensão dos conceitos de relativismo cultural e etnocentrismo é central para o profissional da saúde que irá atuar junto aos povos indígenas, pois, em contextos em que há o contato com culturas diferentes, é importante saber distinguir o que faz parte das concepções de quem observa e o que é próprio daquele que é observado.

A partir dos conceitos de relativismo cultural e etnocentrismo, escolha a alternativa correta:

a) Relativismo cultural e etnocentrismo se equivalem, pois ambos compreendem que as concepções culturais são universais, ou seja, diferentes concepções, de fato, não existem.
b) O etnocentrismo é o conceito a partir do qual o observador tenta compreender uma cultura diferente a partir dos termos daquele que é observado.
c) O relativismo cultural parte da premissa de que existem verdades que não podem ser questionadas, por isso, cada cultura é vista como uma expressão de verdades universalmente compartilhadas.
d) O relativismo cultural é um conceito antropológico que define que cada cultura deve ser interpretada a partir de seus próprios termos, ou seja, os conceitos de quem observa devem se sobrepor aos conceitos de quem é observado.
e) Relativismo cultural e etnocentrismo são antagônicos, uma vez que definem perspectivas distintas no que diz respeito à compreensão das diferenças culturais.

Referências

ALBERT, Bruce; KOPENAWA, Davi. **A queda do céu**: palavras de um xamã Yanomami. Tradução: Beatriz Perrone-Moisés. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

ALBUQUERQUE, M. A. S. O Regime Imagético Pankararu (Tradução Intercultural na Cidade de São Paulo). 2011. 428 f. Tese (Doutorado)- Universidade Federal de Santa Catarina, 2011.

Amazônia Real. **Juiz determina reintegração da ocupação Parque das Tribos, onde vivem 4 mil índios, em Manaus**. Disponível em: <www.amazoniareal.com.br>. Acesso em: 29 ago. 2017.

ANDRELLO, Geraldo. **Cidade do índio**: transformações e cotidiano em Iauaretê. São Paulo: Editora da UNESP:ISA; Rio de Janeiro: NUTI, 2006.

ASSOCIAÇÃO DO POVO YE'KWANA DO et al.' **Avaliação da exposição ambiental ao mercúrio proveniente de atividade garimpeira de ouro na Terra Indígena Yanomami, Roraima, Amazônia, Brasil**. Disponível em <https://www.socioambiental.org/sites/blog.socioambiental.org/files/diagnostico_contaminacao_mercurio_terra_indigena_yanomami.pdf>. Acesso em: 26 set. 2017.

BAHIA, Lígia. **Doença de índio**. Jornal O Globo, 19 ago. 2013. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/opiniao/doenca-de-indio-9588545>. Acesso em: 24 set. 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 29 ago. 2017.

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

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

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999**. DOU de 28/08/1999, Seção 1, p.37. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/cciVil_03/decreto/D3156.htm>. Acesso em: 26 set. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999**. Disponível em: <www.

planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9836.htm>. Acesso em: 26 set. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Medida Provisória nº 1.911-8, de 29 de julho de 1999**. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/antigas/1911-8.htm>. Acesso em: 26 set. 2017.

CASTELLANI, M. R. Para além da Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho: o reconhecimento dos direitos à saúde indígena nos fóruns internacionais. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva,** Brasília, v. 7, n. 4, p. 51-62, 2013. Disponível em: <www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1417/1194>. Acesso em: 29 ago. 2017.

CAYON, Luis. Penso, logo crio: a teoria makuna do mundo. 2010 409 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social)-Universidade de Brasília, 2010.

COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO. **Índios em São Paulo**. Disponível em: <www.cpisp. org.br/indios>. Acesso em: 29 ago. 2017.

FUNAI. **Estudo contesta criminalização do infanticídio indígena**. Disponível em: <www.funai.gov.br/index.php/comunicacao/noticias/2364-estudo-contesta-criminalizacao-do-infanticidio-indigena>. Acesso em: 25 set. 2017.

FUNDAÇÃO nacional do índio. **Terras indígenas**. Disponível em: <www.funai.gov.br>. Acesso em: 29 ago. 2017.

GARNELO, Luisa. **Aspectos socioculturais de vacinação em área indígena**. História, Ciências, Saúde - Manguinhos. Rio de Janeiro, v.18, n.1, jan-mar, p. 175-190, 2011.

GARNELO, Luisa. **Política de saúde indígena no Brasil**: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, Luisa; PONTES, Ana Lúcia (Orgs.) Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012.

HOFFMANN-BARROSO, Maria et al. Administração pública e os povos indígenas. In: ROCHA, Denise; BERNARDO, Maristela (Orgs.) **A era FHC e o governo Lula**: transição? 1. ed. Brasília: Edição INESC, v.1, 2004.

HUGH-JONES, Stephen. **Nomes secretos e riqueza visível: nominação no Noroeste amazônico**. MANA, v.8, n.2, p. 45-68, 2002.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Agrário 2006**. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-agropecuario/censo-agropecuario-2006/segunda-apuracao#13>. Acesso em: 29 ago. 2017.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **O Brasil indígena**. Disponível em: <www.indigenas.ibge.gov.br>. Acesso em: 29

ago. 2017.

IEPÉ - Instituto de Pesquisa e Formação Indígena. **Projeto de Lei nº 1610 (PL de mineração em Terras Indígenas)**. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=syRqsXv0nJs&t=> . Acesso em: 13 nov. 2017. (Vídeo do YouTube)

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. **Direitos constitucionais dos índios.** Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/c/direitos/constituicoes/introducao>. Acesso em: 29 ago. 2017.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. **Índios isolados**. Disponível em: <www.pib.socioambiental.org.br>. Acesso em: 29 ago. 2017.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. **O povo Yanomami está contaminado por mercúrio do garimpo**. Disponível em: <https://medium.com/@socioambiental/o-povo-yanomami-est%C3%A1-contaminado-por-merc%C3%BArio-do-garimpo-fa0876819312>. Acesso em: 04 set. 2017.

ISA. Povos Indígenas no Brasil. **Yawalapiti**. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/povo/yawalapiti>. Acesso em: 20 set. 2017.

LANGDON, Esther Jean; WIIK, Flávio Braune. **Antropologia, saúde e doença:** uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-americana de enfermagem,** 18(3), 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23.pdf>. Acesso em: 18 set. 2017.

LARAIA, Roque. **Cultura**: um conceito antropológico. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

LUCIANO, Gersen dos Santos. **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. Disponível em: <unesdoc.unesco.org/images/0015/001545/154565por.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

MENDONÇA, S. B. M. **Saúde indígena**: distâncias que aproximam. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, DF, 2010. p. 185-188.

NOVO, M. P. "Esse é o meu patikula": uma etnografia do dinheiro e outras coisas entre os Kalapalo de Aiha. 2017. 161 f. Tese (Doutorado)-PPGAS-UFSCar, 2017.

NOVO, M. P. **Os agentes indígenas de saúde do Alto Xingu**. Brasília: Paralelo 15, 2010.

ROCHA, Everardo P. G. O que é etnocentrismo. Coleção Primeiros Passos. 5. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1988.

RODRIGUES, D. A. et al. A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 23, n.3, p. 1077-1090, 2014. Disponível em: <www.academia.edu>. Acesso em: 29 ago. 2017.

SANTOS, Ricardo Ventura et al. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: Giovanela, Ligia et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Cebes, p.1035-1056, 2008.

SEEGER, Anthony; MATTA, Roberto; VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. **Boletim do Museu Nacional**, Série Antropologia, n. 32, p. 2-19, 1979. Disponível em: <www.etnolinguistica.org/pessoa:abertura>. Acesso em: 25 set. 2017.

TV escola. **Nossas terras**. Série "Índios no Brasil". 1999. Disponível em: <http://tvescola.mec.gov.br/tve/video/indios-no-brasil-quem-sao-eles>. Acesso em: 11 set. 2017.

TV escola. **Quem são eles**. 1999. Disponível em: <http://tvescola.mec.gov.br/tve/video/indios-no-brasil-quem-sao-eles>. Acesso em: 11 set. 2017.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. A fabricação do corpo na sociedade xinguana.**Boletim do Museu Nacional**, Série Antropologia, n. 32, p.40-49, 1979. Disponível em: <www.etnolinguistica.org/pessoa:castro>. Acesso em: 25 set. 2017.

Modelo atual de atenção à saúde dos povos indígenas

Convite ao estudo

Caro aluno, nesta unidade de ensino estudaremos o modelo atual de atenção à saúde dos povos indígenas. É importante que se conheça as estruturas de funcionamento das instituições responsáveis pela saúde indígena para compreendermos suas formas de atuação, as atribuições de cada uma das instâncias e dos profissionais que atuam nessa área. Por isso, durante esta unidade, dedicaremo-nos ao conhecimento da rede de saúde indígena que se consolidou no Brasil.

A saúde indígena no país conta com uma estrutura de funcionamento que foi construída após muitos anos de luta do movimento indígena e inúmeras pressões sobre o Governo Federal. Porém, tal estrutura sofre com inúmeros problemas, que incluem a falta de recursos materiais e insuficiência de recursos humanos qualificados.

Ao longo da unidade tentaremos responder algumas questões específicas, por exemplo, quais os principais entraves para que a assistência à saúde indígena no país seja satisfatória? Ou ainda, quais as dificuldades que os profissionais em saúde indígena enfrentam em seu cotidiano?

Para responder a essas e outras questões, inicialmente iremos compreender o contexto de surgimento, as características e os principais desafios do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), assim como a estrutura e o funcionamento da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Como vimos na unidade anterior, a saúde indígena ficou sob responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) entre 1999 e 2010, ano em que foi criada a SESAI, dentro do Ministério da Saúde, a qual ficou responsável pela coordenação e gestão

da saúde indígena no país. Neste primeiro momento, também estudaremos as ações em saúde vinculadas ao Programa Bolsa Família (PBF). Em um segundo momento nos dedicaremos a compreender o processo de implantação e os principais desafios dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), implantados a partir de 1999, antes mesmo da criação da SESAI e, por último, abordaremos questões relacionadas aos recursos humanos da saúde indígena. Ou seja, esta unidade contempla uma série de assuntos que tem como objetivo possibilitar uma visão abrangente a respeito das características e problemas relacionados à rede de saúde indígena presente no país. Bons estudos!

Seção 2.1

SUS e subsistema de saúde indígena

Diálogo aberto

É sobre o Programa Bolsa Família que se refere a situação-problema desta seção. O Bolsa Família é um programa de transferência de renda do Governo Federal que inclui beneficiários indígenas. No entanto, para ter acesso ao benefício, algumas condicionalidades (compromissos) em saúde e educação devem ser cumpridas, pois o não cumprimento pode ocasionar a suspensão dos pagamentos. A situação-problema envolve justamente o caso de uma família que teve seu benefício suspenso. Vejamos.

Açucena é uma índia Pataxó que vive na TI Aldeia Velha, na Bahia. Ela e seu marido, Romildo, têm cinco filhos, com 15, 12, 10, 7 e 4 anos. Eles são beneficiários do Bolsa Família e, no último mês, receberam a informação de que o benefício estava suspenso por descumprimento de condicionalidades (compromissos) em saúde. Sem saber o que fazer, procuraram o agente de saúde que trabalha na aldeia para pedir ajuda. Como proceder neste caso?

Caro aluno, para resolver essa interessante situação-problema você deverá, necessariamente, apreender e mobilizar o conteúdo presente em um dos tópicos do item "Não pode faltar". É preciso conhecer quais são as condicionalidades (compromissos) definidas pelo Programa Bolsa Família e como se estrutura o acompanhamento das famílias beneficiadas. Por exemplo, o acompanhamento mensal do desenvolvimento das crianças menores de 7 anos e a manutenção do calendário de vacinação são algumas das condicionalidades para a manutenção do benefício do Programa Bolsa Família. O agente de saúde tem um papel fundamental no acompanhamento da família, pois é ele quem coletará os dados nas comunidades e será o responsável por informá-los junto às instâncias de assistência social do município e DSEI, por exemplo. No entanto, algumas dificuldades acabam por prejudicar tanto esse acompanhamento como o cumprimento das condicionalidades. O que, por sua vez, pode gerar situações como dessa família Pataxó. Você, aluno, compreenderá o papel dos agentes de saúde no desenvolvimento

dessa importante política social. Por isto, você tem bons motivos para se dedicar ao estudo deste material. Vamos começar?

Não pode faltar

Caro aluno, nesta seção compreenderemos o funcionamento bem como as principais características e problemas do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), que estrutura toda a rede de saúde indígena do país. Tido como uma conquista histórica dos povos indígenas em relação às suas demandas em saúde, o SASI é vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e opera de forma descentralizada a partir dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Outra conquista dos povos indígenas, e tema desta seção, é a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), da qual compreenderemos a estrutura e o funcionamento. Por último, trataremos de uma política social extremamente importante na garantia do acesso aos direitos básicos em saúde para os povos indígenas e que mobiliza toda a estrutura da saúde, de maneira intersetorial com outras políticas, que é o Programa Bolsa Família (PBF).

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI)

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) foi instituído pela Lei nº. 9.836, de 23 de setembro de 1999, conhecida como "Lei Arouca". Essa lei regulamentou as diretrizes aprovadas na II Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 1993. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena foi estruturado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), criados por meio da Portaria 852/1999. O Distrito Sanitário Especial Indígena é a unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e sua distribuição espacial seguiu critérios culturais, geográficos e populacionais, tendo como base a localização das comunidades indígenas. O objetivo principal do DSEI é disponibilizar dentro dos territórios indígenas serviços diferenciados em saúde.

Segundo Garnelo (2012), a proposta de organização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena vinculou-se ao reconhecimento de que os modos de vida dos povos indígenas possuem particularidades que devem ser respeitadas e de que o Sistema Único de Saúde (SUS) não possuía a estrutura necessária para atendê-las. A criação de

um subsistema foi, então, uma forma de garantir uma vinculação hierárquica ao SUS e, ao mesmo tempo, fornecer um atendimento em saúde diferenciado, o que revela um grande avanço nos serviços em saúde ofertados aos povos indígenas.

Com a consolidação do SASI e dos DSEIs, grande parte dos serviços em saúde (prevenção, saneamento e atenção básica) passou a ser executado por meio de convênios firmados com organizações indigenistas, indígenas e com alguns municípios (CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO, 2013). À época de sua consolidação, momento em que a saúde indígena era responsabilidade da FUNASA, o governo propôs a transferência da responsabilidade de execução e gestão das ações em saúde indígena para terceiros sob o argumento de que esse modelo de convênios seria temporário. Muitas organizações indígenas e indigenistas aceitaram a proposta na expectativa de que o governo em pouco tempo criasse um marco regulatório para a relação com essas organizações, assim como investisse em sua capacidade gestora para a execução direta das ações em saúde indígena. Mas o modelo de convênios, deste então, continua vigente.

Veja que embora a "Lei Arouca" tenha estabelecido a política de saúde indígena como responsabilidade exclusiva do Ministério da Saúde, o fato é que, por meio do modelo de convênios, o que houve na prática foi uma transferência de responsabilidades. Umas das implicações desse modelo, segundo o Conselho Indigenista Missionário (2013), foi que algumas das ações e decisões das entidades conveniadas contrariavam as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e dos Conselhos de Saúde Indígena. A redução dos DSEIs a uma espécie de referência geográfica e o enfraquecimento do controle social consistem em outros pontos negativos relacionados ao modelo de convênios inicialmente adotado.

A FUNASA, em 2004, estabeleceu, a partir das portarias nº. 69 e 70, novas diretrizes para a saúde indígena com o objetivo de reduzir o papel das conveniadas. Essas portarias definiram que as organizações se limitariam a contratar pessoas e prestar atenção às aldeias com insumos, compra de combustível e deslocamento dos indígenas. De acordo com Garnelo (2012), as portarias promoveram a centralização pela FUNASA em sua sede em Brasília. Ao retirar a autonomia das conveniadas, houve uma considerável burocratização da gestão do

SASI, o que, por sua vez, acabou ampliando a escassez de meios materiais necessários ao atendimento nos níveis locais (GARNELO, 2006b; WEIS; ZANCHETTA, 2006 apud GARNELO, 2012).

Caro aluno, temos visto que, embora a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) represente um avanço em relação às políticas em saúde dos povos indígenas, um dos pontos críticos do subsistema foi justamente questões relacionadas à sua gestão. Que tal aprendermos mais a respeito das características fundamentais do SASI e seus principais desafios? Vamos lá!

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: características e desafios

De acordo com Garnelo (2012), a relação entre o SUS e o SASI tem sido marcada por alguns conflitos e contradições. Um dos pontos de tensão refere-se à questão da municipalização ou não dos serviços em saúde. Por um lado, o movimento de apoio à causa indígena historicamente defende que a política em saúde para os povos indígenas deve ser executada pelo Governo Federal. Essa reivindicação vincula-se, em geral, às dificuldades de relacionamento com as gestões municipais que, via de regra, são avessas às questões indígenas. Entretanto, o SUS, por meio da descentralização, recomenda a transferência da execução das ações de saúde para as municipalidades. Ou seja, a responsabilidade constitucional do Governo Federal pelo desenvolvimento de políticas de proteção aos direitos indígenas não dialoga com a estrutura e o funcionamento do SUS, que prioriza a municipalização da execução das ações em saúde.

Ainda de acordo com Garnelo (2012), a transferência da execução das ações de saúde para o poder municipal está relacionada à premissa de que o Governo Federal deve possuir uma atuação unicamente financiadora, normativa e supervisora. Nesse sentido, é importante notar, como faz a autora, que o período de implantação do SASI foi marcado por uma série de políticas neoliberais. Isso quer dizer que se defendia a participação mínima do poder público federal na provisão de políticas sociais.

A implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena ocorreu em um cenário em que, ainda que houvesse demandas e oportunidades políticas, tratava-se de um momento avesso à organização de uma rede própria de prestação de serviços de saúde.

É nesse ponto que Garnelo observa que durante a implantação do SASI houve grande dificuldade na ampliação da oferta de ações de saúde e na promoção de uma extensão satisfatória de cobertura às famílias indígenas que historicamente não tinham acesso à atenção regular em saúde (SANTOS et al, 2008; GARNELO, 2006b apud GARNELO, 2012).

A terceirização foi uma das formas encontradas para a execução das ações necessárias na promoção da assistência à saúde da população indígena. No entanto, essa terceirização assumiu perfis diversos, de acordo com a região do Brasil. Por exemplo, na Amazônia a FUNASA firmou convênios com entidades indígenas diversas e, em menor número, com outras entidades não governamentais de apoio à causa indígena. O mesmo ocorreu no extremo Sul e na Região Centro-Oeste, em que o modelo predominante foi o dos convênios realizados com entidades de direito privado. Já no Nordeste e parte da região Sudeste, a ausência de entidades organizadas fez com que a execução das ações fosse deixada sob responsabilidade dos governos municipais, o que acabou gerando conflitos de competência entre os poderes federal e municipal (GARNELO, 2012).

Garnelo (2012) também informa que no início da implantação do SASI a celebração dos convênios permitiu que a distritalização, ou seja, a organização das ações em saúde baseada nos DSEIs, ocorresse rapidamente. Outro dado interessante é que boa parte das entidades não governamentais era indígena. Nesse sentido, os convênios inicialmente firmados representavam o desejo das lideranças indígenas em exercer um protagonismo traduzido em ação concreta junto às suas bases políticas. Para Garnelo, ocorria algo inédito na história do Brasil, pois, pela primeira vez, as associações indígenas passaram a ganhar experiência administrativa na gestão de recursos oriundos do poder público e, dessa forma, superavam o estigma da incapacidade instituído pelo regime da tutela aos povos indígenas (GARNELO; SAMPAIO, 2005 apud GARNELO, 2012). Mas, como aprenderemos no próximo tópico, com o passar dos anos as organizações indígenas perderam espaço nesse modelo de convênios e outras organizações assumiram o controle.

Pesquise mais

Caro aluno, para saber mais a respeito de alguns problemas decorrentes do atual modelo de gestão e execução das ações em saúde indígena, leia a reportagem intitulada "Caiuá, a ONG de 2 bilhões que se tornou dona da saúde indígena no Brasil. Disponível em: <https://theintercept.com/2017/09/30/caiua-a-ong-de-r-2-bilhoes-que-se-tornou-dona-da-saude-indigena-no-brasil/>. Acesso em: 2 out. 2017.

Ainda que o modelo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena tenha sido objeto de inúmeras tensões e conflitos, é importante que se destaque os pontos positivos decorrentes da implantação do SASI. Entre eles, pode ser citada a extensão da cobertura das ações de saúde e implantação de uma rede de cuidados em locais onde anteriormente não existiam, a implantação das instâncias de controle social (Conselhos de Saúde) e o empoderamento das organizações indígenas com o ganho de experiência no trato com o poder público (GARNELO, 2012, p. 53). Por outro lado, os inúmeros protestos do movimento indígena diante da condução do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena pela FUNASA acabaram levando o Governo Federal a atender uma antiga reivindicação indígena, o que culminou na criação da Secretaria Especial de Saúde indígena, em 2010. Mas isso é assunto para o próximo tópico, vamos lá?

Estrutura e funcionamento da SESAI

A Secretaria Especial de Saúde Indígena foi instituída pelo decreto nº. 7.336/MS, em outubro de 2010, com aprovação posterior no Congresso Nacional. Como destaca Garnelo (2012), sua criação representou uma importante conquista no processo de consolidação do direito dos povos indígenas em possuírem uma atenção diferenciada em saúde. De acordo com o Conselho Indigenista Missionário (2013), durante a realização da Quarta Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2006, a proposta da criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena já havia sido defendida pelas conferências distritais. Mas por que o movimento indígena se colocava contrário à continuação das políticas de saúde sob a responsabilidade da FUNASA? Vejamos.

Conforme relembra o Conselho Indigenista Missionário (2013), lideranças indígenas apontavam problemas recorrentes

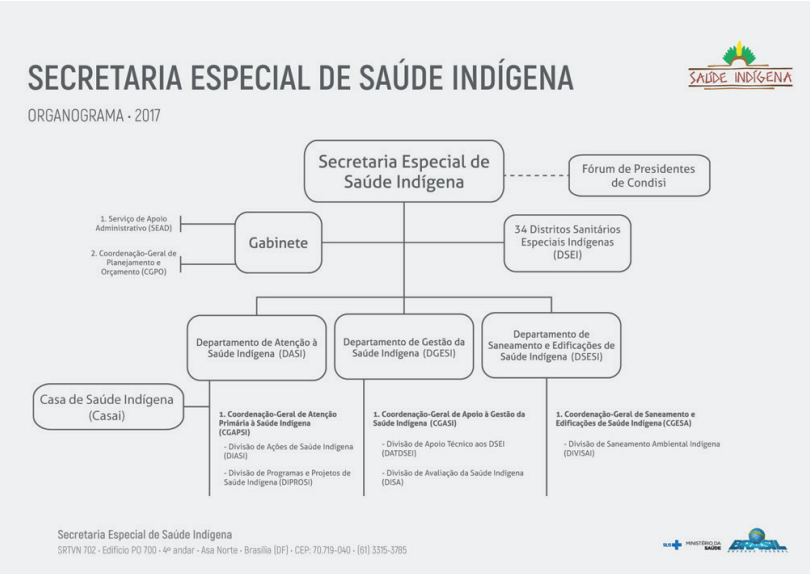
envolvendo autoritarismo, má gestão, uso político e corrupção nas coordenações regionais e instâncias centrais da FUNASA. As manifestações realizadas pelas lideranças indígenas atingiram seu objetivo e depois de anos de espera a SESAI foi finalmente criada.

A criação da SESAI, no entanto, não modificou que a execução das ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas para que permanecesse apoiada no modelo de convênios. Houve um edital de chamamento público em 2011 e assim ficaram distribuídas as responsabilidades pelos DSEIs: a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) ficou responsável por 14 Distritos Sanitários Indígenas; a Missão Evangélica Caiuá ficou responsável por 15 DSEIs e o Instituto Materno Infantil de Pernambuco responsável por 5 DSEIs (CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO, 2013). Veja que os 34 DSEIs ficaram sob responsabilidade de apenas três entidades. Conforme indica o Conselho Indigenista Missionário (2003), essa grande concentração de recursos e responsabilidades para poucas entidades bem como a ausência de transparência na execução desse modelo convenial vêm sendo duramente criticada pelo movimento indígena em todo o país. Entre as três entidades que juntas controlam todos os 34 DSEIs, nenhuma é indígena. Ou seja, o protagonismo indígena que pareceu estar fortalecido no início do modelo de convênios foi totalmente descartado.

A SESAI é diretamente vinculada ao Ministério da Saúde e deve atuar de forma descentralizada por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (teremos uma seção completa dedicada ao DSEI). De acordo com o Conselho Indigenista Missionário (2013) a SESAI deve fornecer as condições necessárias para que os distritos tenham autonomia financeira e administrativa para atuarem como unidades gestoras do SUS, orçamentos próprios administrados por meio dos Fundos Distritais de Saúde e possuir um plano de carreira específico para os profissionais de saúde indígena. Os conselhos distritais devem aprovar os seus coordenadores ou chefes e a SESAI também deve garantir que o controle social inclua a participação indígena em todas as instâncias de decisão, além de realizar concursos públicos diferenciados que visem a participação indígena.

Para conhecer um pouco da estrutura de funcionamento da SESAI, observe o organograma a seguir, apresentado na Figura 1.1.

Figura 1.1 | Organograma da SESAI



Fonte: <portalsaude.saude.gov.br/index.php/quem-e-quem-sesai>. Acesso em: 3 out. 2017.

Exemplificando

A rede de saúde indígena é baseada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Cada um dos 34 DSEIs, por sua vez, é organizado com a seguinte estrutura:

Posto de Saúde (Comunidade Indígena) → Polo-Base (sede dos Municípios) → Casa de Saúde Indígena (Casai) → Unidade de Referência (hospitais).

Conforme explica Garnelo (2012), de acordo com esse modelo, o posto de saúde é a unidade mais simples na qual o agente indígena de saúde atua (mas há cerca de 717 postos implantados em mais de 4 mil comunidades, ou seja, muitas comunidades não possuem essa cobertura mais simples). O Polo-Base é uma unidade de saúde que deve conter médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Já as Casas de Saúde Indígena devem acolher os doentes encaminhados das comunidades e Polos-Base. A unidade de Referência é um ambulatório ou hospital especializado para onde o paciente indígena é encaminhado a fim de receber tratamento mais complexo.

Como vemos, a SESAI está dividida em três áreas: Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI), Departamento de Gestão da Saúde Indígena (DGESI) e Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena (DSESI). É importante observar que a atuação do Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI), responsável em efetuar o controle social, ou seja, estabelecer as diretrizes e fiscalizar a execução das ações de saúde, é garantida dentro da estrutura de funcionamento da Secretaria. Além de gerenciar diretamente a atenção à saúde dos indígenas, também é função da SESAI, de acordo com o Ministério da Saúde, desenvolver ações de saneamento básico e ambiental das terras indígenas, como preservação das fontes de água limpa, construção de sistema de saneamento e destinação final de lixo, controle de poluição de nascentes e construção de poços ou captação à distância nas comunidades sem água potável.

Ações em saúde e Bolsa Família

O Bolsa Família é um programa de transferência de renda do Governo Federal previsto na Lei Federal nº. 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e regulamentado pelo Decreto nº. 5.209, de 17 de setembro de 2004, que visa o auxílio financeiro às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza. O programa busca garantir a essas famílias direitos básicos previstos na Constituição Federal, como o direito à alimentação, acesso à saúde e à educação (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2017). As famílias beneficiadas devem cumprir algumas condicionalidades (compromissos) para garantirem sua permanência no programa, assim como o poder público também deve garantir-lhes a oferta e a qualidade nos serviços de educação e saúde.

As condicionalidades do Programa Bolsa Família na área da educação determinam que as crianças e os adolescentes devem estar matriculados na escola e manter mensalmente a frequência escolar de 85% das aulas para crianças e adolescentes de 6 a 15 anos, e 75% para jovens de 16 e 17 anos. Na área da saúde, os compromissos envolvem a manutenção atualizada do calendário de vacinação das crianças menores de 7 anos, que também precisam ser pesadas e medidas a fim de terem o acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento. As gestantes devem realizar o pré-natal e o pós-

natal e participar das consultas nas unidades básicas de saúde. Essas condicionalidades têm como objetivo, de acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social, que é o ministério responsável pela gestão do Programa Bolsa Família, contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, para o desenvolvimento saudável da criança e para que os estudantes concluam a educação básica. O descumprimento dessas condicionalidades pode levar à suspensão do benefício. Mas qual o impacto do Programa Bolsa Família nas ações em saúde voltadas para os povos indígenas? E qual a relação do Programa Bolsa Família com a estrutura do atendimento à saúde indígena? Vejamos alguns pontos específicos sobre essa questão.

Um dos objetivos do Programa Bolsa Família (PBF) é que as populações mais vulneráveis tenham seus direitos básicos no campo da saúde e educação assegurados. Segundo Pinheiro (2014), os beneficiários mais vulneráveis do PBF são justamente as famílias indígenas. A pesquisa da autora também aponta algumas dificuldades no cumprimento das condicionalidades de saúde, como o acompanhamento do pré-natal, o que acaba resultando em um número médio baixo de consultas entre as mulheres nativas. Questões culturais, como a evitação, por parte das mulheres nativas, de consultas com profissionais da saúde não indígenas do sexo masculino, estão entre as explicações para esse quadro. Nesse ponto, a pesquisa de Pinheiro (2014) apontou para a importância da presença de representantes indígenas a fim de se garantir ações mais eficazes no acompanhamento das condicionalidades de saúde. Especificamente, o trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) no interior das Terras Indígenas se faz indispensável na melhoria do resultado no acompanhamento das condicionalidades de saúde, não especificamente na questão do pré-natal, mas no trabalho junto às comunidades de uma maneira geral.

Reflita

O impacto de programas de transferência de renda, como o Bolsa Família entre os indígenas não pode ser ignorado. Na cidade de São Gabriel da Cachoeira, interior do estado do Amazonas, por exemplo, alguns povos indígenas (Hupdah, Yuhupdeh) têm sofrido um grande impacto com o programa social. Chamado de "beiradão Hup", muitas famílias se deslocam de suas comunidades para o centro urbano e por

alí ficam durante semanas à espera do benefício (você pode assistir ao documentário "Beiradão Hup Boyoh", disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=yZ27ECzEK6Q>). Em condições precárias na cidade, acabam se expondo ao alcoolismo e o contágio por malária. Nesse sentido, reflita: quais os pontos positivos e negativos em programas de transferência de renda como o Bolsa Família quando se trata de povos indígenas?

Pinheiro (2014) também observa que algumas das dificuldades para realizar o acompanhamento das condicionalidades estão relacionadas à própria falta de estrutura da saúde indígena, como a dificuldade de locomoção das equipes, o que não permite uma busca mais ativa pelas famílias beneficiárias. Em alguns municípios, as famílias indígenas acabam tendo que se deslocar desde as aldeias até o centro urbano para realizarem a entrega dos dados relativos ao acompanhamento das condicionalidades. Como existe a possibilidade de perda do recurso financeiro, algumas equipes de saúde indígena chegam a utilizar desse argumento para que ações de saúde, como a vacinação, por exemplo, sejam aceitas pelas famílias indígenas. Em muitos casos, o recurso financeiro proporcionado pelo PBF é a única fonte de renda para essas famílias, que acabam realizando o acompanhamento das condicionalidades devido ao temor de não poderem mais contar com esse recurso financeiro.

De uma maneira geral, o PBF contribui para que muitas famílias indígenas tenham garantida uma renda mínima, assim como tenham acesso às políticas básicas de saúde e educação. No entanto, existe um impasse no que diz respeito às responsabilidades de acompanhamento das condicionalidades, uma vez que o acompanhamento compete ao município, mas a responsabilidade sob as ações de atenção básica à saúde dos povos indígenas, como vimos, compete ao SASI. Por sua vez, o SASI não tem participação no PBF. Há municípios em que se estabeleceu uma parceria entre a rede municipal de saúde e o SASI, mas em alguns municípios essa parceria não ocorre. De acordo com Pinheiro (2014), esse obstáculo e a falta de estrutura de ambas as partes têm como consequência a péssima qualidade no acompanhamento das condicionalidades ou até mesmo condenação de inúmeras famílias indígenas ao não acompanhamento.

Os agentes de saúde têm um papel importante no acompanhamento das condicionalidades e no fluxo de informações para esse acompanhamento, pois os dados coletados devem ser compartilhados com a equipe de assistência social do município – a responsável, como vimos, pelo acompanhamento do PBF – e com outras instâncias do DSEI, como o Polo-Base. Idealmente, os dados coletados pela equipe multidisciplinar de saúde indígena (EMSI) devem ser posteriormente inseridos pelos órgãos competentes (seja o DSEI ou as secretarias municipais) nos sistemas de informações do Ministério da Saúde (Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena) e do Ministério do Desenvolvimento Social (Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família – SigPBF). Veja que a atuação dos agentes de saúde é fundamental para que ocorra esse fluxo de informações, pois é a partir dos dados coletados junto aos indígenas e repassados para essas outras esferas que os sistemas de informações, que alimentam as políticas de assistência social e de saúde, podem ser mantidos!

Caro aluno, temos visto que a construção de políticas públicas com vistas ao atendimento em saúde dos povos indígenas é um tema extremamente complexo e que envolve diversos atores e poderes. Esperamos que durante esta seção você tenha aumentado seus conhecimentos. Mas calma, ainda há muito o que aprender sobre o atual modelo de atenção à saúde dos povos indígenas nesta unidade!

Assimile

Nesta seção vimos que com a criação da Lei Arouca, em 1999, foi criado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, a responsabilidade sobre a política da saúde indígena continuou sendo da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), que passou a ser duramente criticada pelo movimento indígena. Depois de vários anos, o Governo Federal resolveu atender as demandas indígenas em saúde e criou a Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), em 2010, vinculada ao Ministério da Saúde.

Sem medo de errar

Nesta seção abordamos a estrutura e o funcionamento do SASI bem como as implicações dessa estrutura para o acompanhamento das condicionalidades (compromissos) em saúde vinculados ao

Programa Bolsa Família. A situação-problema proposta nesta seção tratou do caso de uma mãe indígena Pataxó que teve seu benefício da Bolsa Família suspenso. Sem entender o que ocorria, ela e seu marido resolveram procurar o agente de saúde para pedir ajuda. Foi pedido para que você, aluno, indicasse de qual forma o agente de saúde deveria proceder nesse caso. Vejamos.

Para a resolução dessa situação-problema devemos fazer algumas considerações a respeito das especificidades que envolvem os beneficiários indígenas do Programa Bolsa Família bem como do papel do agente de saúde no acompanhamento dessa política. Conforme vimos ao longo da seção, entre as condicionalidades da saúde exigidas pelo PBF estão o acompanhamento das mulheres gestantes, bem como a manutenção da agenda de vacinação, da medida e do peso das crianças até 7 anos.

Nesse ponto, cabe ao agente de saúde procurar investigar, junto à família que teve o benefício suspenso, se alguns desses compromissos deixaram de ser cumpridos. Como a família Pataxó tem filhos que se enquadram nesse perfil, é preciso entender como está ocorrendo esse acompanhamento. O agente de saúde pode, verificar os dados da família junto à equipe de assistência social do município para compreender se, por exemplo, não houve erro no fluxo de informações transmitidas entre os órgãos competentes pela execução e acompanhamento dessa política.

Em suma, é preciso que se investigue em quais condições está ocorrendo o acompanhamento dessa família e se, de alguma forma, ela não está sendo penalizada pela própria ineficiência do serviço prestado. Por exemplo, existem casos em que os beneficiários devem se deslocar de suas comunidades até os centros urbanos, o que acaba impossibilitando um acompanhamento satisfatório.

É preciso também que se verifique se há, por parte das famílias indígenas, alguma indisposição em relação às ações de saúde priorizadas. Por exemplo, em uma situação problema da unidade anterior, vimos que um pai negava a vacinação em sua filha sob o argumento de que essa prática não contribuiria para a boa saúde da criança. Isso revela que pode ocorrer interpretações indígenas que avaliam as ações em saúde, recomendadas pelo Programa, como prejudiciais, e não o contrário, como prevê as políticas públicas em saúde. Nesse ponto, cabe ao agente de saúde informar à família

que tais condicionalidades são exigidas para a manutenção do benefício e, caso não sejam cumpridas, ocorrerá, inevitavelmente, a suspensão.

O agente de saúde pode ajudar essa família na medida em que assume seu papel de responsável pelo acolhimento e acompanhamento da família, fazendo contato com as várias instâncias que compõem a rede de saúde indígena e com a assistência social presentes no município. Cabe a ele avaliar, inclusive, se a negação da família pataxó em aceitar as ações em saúde, caso isso tenha mesmo ocorrido, deve-se ao fato de elas serem realizadas pelos não indígenas que compõem as equipes multidisciplinares de saúde indígena. Por isso, é importante saber dessa família se a presença de indígenas vinculados à execução do Programa alteraria de alguma forma a percepção que ela mantém a respeito dessas ações.

Por último, o agente de saúde deve ter a capacidade de operar em questões de ordem técnica, como no manuseio do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI) do Ministério da Saúde, na realização do contato interpessoal junto aos outros órgãos responsáveis pelo acompanhamento do Programa Bolsa Família, na assistência social do município e, principalmente, ter sensibilidade ao abordar o caso junto à família interessada sem induzi-la ao cumprimento das condicionalidades em saúde sob o argumento de que deixarão de receber a renda mensal oferecida pelo programa. Ou seja, para a resolução de um caso como esse, o agente de saúde deverá mobilizar uma série de competências.

Avançando na prática

Por que SESAI e não FUNASA?

Descrição da situação-problema

Durante uma reunião para tratar de assuntos relacionados à saúde indígena com gestores municipais do alto escalão, entre eles o secretário de saúde do município, um profissional da saúde indígena foi questionado a respeito da responsabilidade sobre a política nacional indígena da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) ter sido transferida à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI),

pois na visão dos gestores de saúde do município nada justificava a retirada da responsabilidade da FUNASA. Como você, aluno, contra-argumentaria essa opinião?

Resolução da situação-problema

Caro aluno, não é incomum opiniões divergentes quando se trata dos rumos da política de saúde indígena. Um dos pontos tratados no item "Não pode faltar" aponta justamente para um esforço do Governo Federal em transferir a responsabilidade da saúde indígena para terceiros, por meio dos convênios e das diretrizes do SUS, que tendem a fortalecer a municipalização dos serviços prestados. No entanto, todo o esforço do movimento indígena ao longo dos anos tem sido o de pressionar o Governo Federal a assumir a responsabilidade pelos serviços de saúde indígena.

Na situação-problema que apresentamos, um dos pontos que pode ser trazido ao debate é justamente o fato de a criação da SESAI ter sido uma resposta do Governo Federal diante das reivindicações do movimento indígena. Nesse ponto, pode ser citado que durante a Quarta Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada ainda em 2006, a proposta de criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena foi fortemente defendida pelas conferências distritais. O movimento indígena, à época, argumentava que havia inúmeros problemas relacionados à má gestão, ao autoritarismo, ao uso político e à corrupção nas coordenações regionais e instâncias centrais da FUNASA. Ou seja, a FUNASA foi incapaz de gerir de maneira satisfatória a política de saúde indígena e a criação da SESAI ocorreu devido às demandas apresentadas pelos próprios povos indígenas. Esse é um ponto que poderia ser reforçado junto aos gestores municipais em questão, pois são os próprios indígenas que devem decidir os rumos de suas políticas de saúde, e não esses gestores.

Faça valer a pena

1. As políticas em saúde indígena tomaram um novo rumo a partir da Constituição Federal de 1988, pois o reconhecimento dos direitos indígenas sobre seus territórios, a organização social e os costumes deles acabou refletindo na necessidade de se garantir políticas em saúde específicas para esses povos. Contudo, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) só foi criado em 1999, ou seja, foram necessários mais de

dez anos para a consolidação de um atendimento específico em saúde para os povos indígenas.

A respeito do contexto histórico que envolveu a criação do SASI e suas principais características, escolha a alternativa correta:
a) A criação do SASI ocorreu após inúmeros protestos de gestores municipais de saúde que manifestavam o desejo de não se responsabilizarem pela saúde indígena.
b) A criação do SASI ocorreu em um contexto de avanço das políticas neoliberais, por isso o governo, à época, optou por um modelo de gestão baseado na transferência de responsabilidade para outras entidades.
c) A integração do SASI ao SUS ocorreu sem maiores dificuldades, pois ambos compartilhavam a perspectiva de municipalização da saúde indígena.
d) O SASI está baseado nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas que, por sua vez, realizam apenas atendimentos de casos complexos de saúde. Os casos mais simples continuam sob responsabilidade do Sistema Único de Saúde.
e) Por ser independente e autônomo o SASI não se vincula ao SUS, mas sim diretamente ao Ministério da Saúde.

2. A Lei Arouca, criada em 1999, instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que passou a se estruturar a partir dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). No entanto, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) permaneceu responsável pela saúde indígena até 2010, ano de criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).

Sobre a criação e estrutura da SESAI, é correto afirmar:

a) Com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena os povos indígenas puderam, finalmente, assumir o controle total do desenvolvimento de suas políticas em saúde.
b) O modelo de convênios existente na época da FUNASA foi substituído por uma gestão centralizadora realizada pelo Governo Federal.
c) O modelo de convênios, forma pela qual se estruturou a gestão da saúde indígena, foi sendo aos poucos transformado a partir da criação da SESAI, com o aumento da participação de organizações indígenas.
d) O período entre a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena até a criação da SESAI foi marcado por uma série de protestos do movimento indígena contra a gestão da FUNASA.
e) A criação da SESAI não atendeu às expectativas do movimento indígena, uma vez que, historicamente, o movimento defende a municipalização dos serviços em saúde para os povos indígenas.

3. O Bolsa Família é um programa de transferência de renda do Governo Federal cujo objetivo é garantir que famílias pobres tenham direitos básicos de acesso à saúde, educação e assistência social. Entre os seus beneficiários estão inúmeras famílias indígenas que, como todo o restante dos atendidos, devem cumprir as condicionalidades (compromissos) em saúde e educação estipulados pelo Programa. O agente de saúde tem um papel fundamental para o bom desenvolvimento dessa política.

A respeito do fluxo de informações que estrutura o Programa Bolsa Família, escolha a alternativa correta:

a) O Programa Bolsa Família, ao definir condicionalidades específicas para os beneficiários indígenas, presume que todas as ações são necessariamente cumpridas e, por isso, não há formas específicas de controle desses dados.
b) O cumprimento das condicionalidades em saúde do Programa Bolsa Família é necessariamente acompanhado por visitas realizadas por profissionais que se deslocam diretamente de Brasília até as comunidades indígenas.
c) As condicionalidades em saúde do Programa Bolsa Família têm, entre outros, o objetivo de combater a mortalidade infantil e de gestantes. O acompanhamento junto às famílias ocorre de maneira satisfatória, não havendo casos que dificultem essa atividade.
d) A renda transferida pelo Programa Bolsa Família causa muitos impactos entre os beneficiários indígenas, por isso cabe sempre ao agente de saúde induzir os beneficiários indígenas ao cumprimento das condicionalidades sob o risco de terem seu benefício suspenso.
e) Ainda que algumas famílias não tenham o acompanhamento realizado de forma satisfatória, o agente de saúde tem à sua disposição um sistema de dados que deve alimentar para que as informações transitem entre as comunidades e até às demais instâncias responsáveis pela gestão do PBF.

Seção 2.2

Distritos Sanitários Especiais Indígenas

Diálogo aberto

Caro aluno, a estrutura de funcionamento da saúde indígena no Brasil é baseada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas que, apesar de alguns avanços, conta com inúmeros problemas e desafios. Na situação-problema desta seção, um profissional agente indígena de saúde foi convidado a fazer uma palestra na Escola Estadual do município para explicar a estrutura de funcionamento e os principais desafios do Distrito Sanitário Especial Indígena onde atua. Frente a isso, quais pontos primordiais, em sua opinião, ele deverá abordar em sua exposição?

Para a resolução dessa situação-problema você, aluno, deve, inicialmente, compreender alguns aspectos relacionados à construção da rede de saúde indígena no Brasil. Ou seja, é necessário entender o modelo vigente estruturado a partir dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. O cotidiano da prática profissional em saúde indígena apresenta enormes desafios, como a falta de condições materiais para a execução das ações de saúde, a insuficiência de recursos humanos, apoio logístico e falta de medicamentos. Mas não só. Questões políticas relacionadas ao modelo de gestão implantado nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas também afetam diretamente o funcionamento dessa rede de serviços. Ainda é preciso considerar que as diferentes concepções de saúde e doença entre os profissionais de saúde e os indígenas criam uma dificuldade enorme a ser superada para que se alcance uma assistência em saúde indígena baseada no respeito e na valorização dos conhecimentos desses povos.

Caro aluno, a resolução dessa situação-problema envolve a mobilização de conceitos e conteúdos trabalhados ao longo da seção "Não pode faltar". É nesse tópico que você encontrará informações precisas acerca das principais características e dos principais dilemas dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, por isso, leia-o atentamente. Bons estudos!

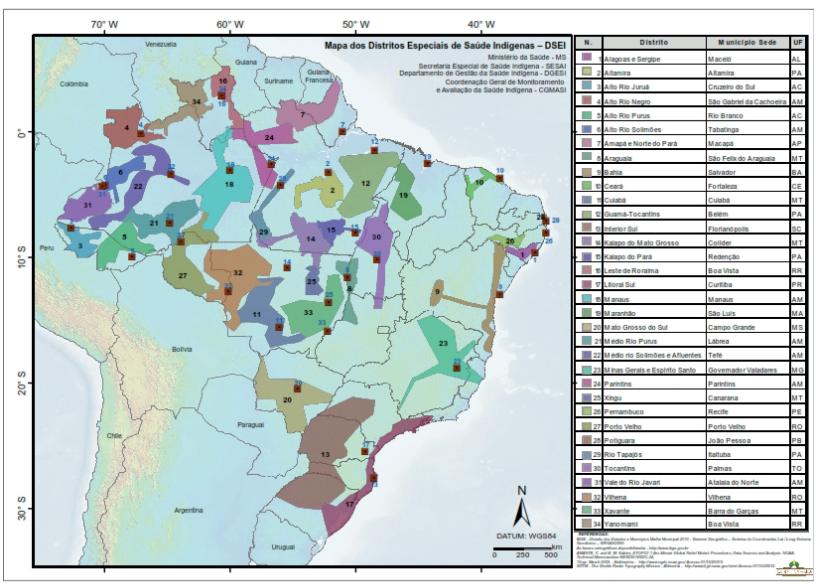
Não pode faltar

Implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs)

Os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas existentes no Brasil são as unidades de ação do subsistema de atenção à saúde indígena, implantados em 1999. Trata-se de uma rede de serviços que deve oferecer os cuidados de atenção primária à saúde, ações de prevenção de doenças (saneamento e vacinação) e cuidados de saúde dirigidos aos grupos maternos, infantis e idosos (GARNELO, 2012). O monitoramento das condições de nutrição e alimentação, educação em saúde e remoções de emergência também são ações que devem ser desenvolvidas pelos DSEI (SANTOS et al, 2008 apud GARNELO, 2012).

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas foram distribuídos de acordo com as características culturais, localização das terras indígenas e critérios demográficos. Veja a distribuição dos DSEI no Brasil:

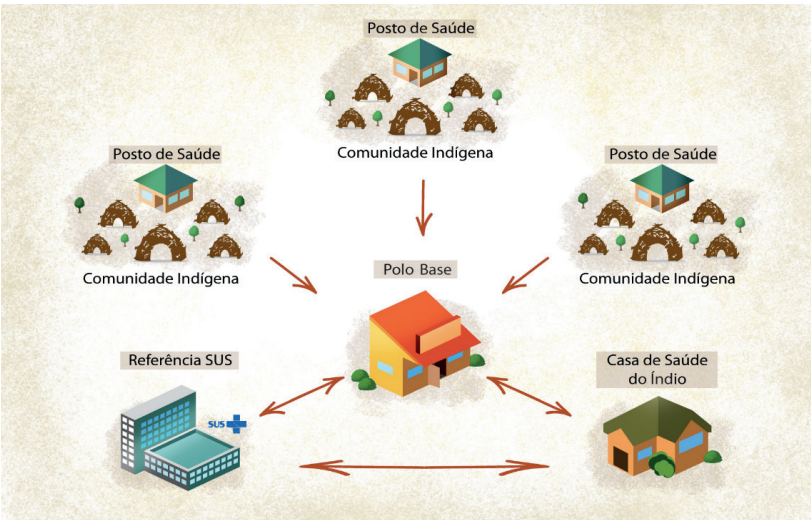
Figura 2.1 | Mapa dos Distritos Especiais de Saúde Indígenas (DSEIs)



Fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/70-sesai/9540-conheca-o-dseii>. Acesso em: 16 out. 2017.

Cada DSEI conta com um conjunto de unidades sanitárias e o atendimento é executado de acordo com os diferentes níveis de complexidade técnica das ações de saúde ali desenvolvidas. Um DSEI deve ser organizado de acordo com o seguinte modelo:

Figura 2.2 | Organização do DSEI e modelo assistencial



Fonte: <https://goo.gl/k9Cjbb>. Acesso em: 16 out. 2017.

Como vemos na figura acima, o Posto de Saúde é a unidade mais simples do DSEI e o local de atuação do agente indígena de saúde. Conforme observa Garnelo (2012), deveria haver um posto de saúde em cada aldeia, entretanto, o número de postos registrados no Sistema de Informação em Saúde Indígena (SIASI) revela que um grande número de aldeias persiste sem cobertura assistencial desde o nível mais básico de atendimento.

O Polo-Base constitui o nível seguinte de complexidade desse modelo; trata-se de uma unidade de saúde que deve contar com uma equipe multidisciplinar de saúde indígena (EMSI) com a composição mínima de médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário, agente indígena de saúde (AIS) e agente indígena de saneamento (AISAN), responsáveis pelo atendimento das aldeias que pertencem à sua área de cobertura, ou seja, a área de abrangência dessa unidade de saúde. Geralmente sediada no interior das terras indígenas, a equipe de saúde do Polo-

Base deve executar ações de atenção básica à saúde da população sob sua responsabilidade por meio da atuação articulada ao trabalho do agente de saúde realizando visitas periódicas de atendimento aos moradores das comunidades.

As Casas de Saúde Indígena ou Casas de Saúde do Índio, como indicado na figura acima, também referidas como Casai, geralmente são implantadas em sedes municipais para que os doentes encaminhados dos Polos-Base e aldeias recebam algum tipo de tratamento de saúde na cidade. Como observa Garnelo (2012), esse tipo de unidade não é adotado no SUS como um todo, ou seja, as Casas de Saúde Indígena são uma especificidade do subsistema de atenção à saúde indígena (SASI). As Casai operam por meio de um modelo misto de centro de atendimento aos casos de doença e albergue, pois oferecem o apoio ao paciente indígena em trânsito para a realização de exames ou tratamento no espaço urbano.

Por último, a referência SUS é um hospital ou ambulatório especializado, geralmente sediado nas grandes cidades, para onde o paciente indígena é encaminhado quando necessita de tratamento médico mais complexo, que não pode ser ofertado no DSEI. Essas unidades representam um nível organizativo que já está fora do Distrito Sanitário, ou seja, são parte dos sistemas municipais e estaduais de saúde e devem interatuar com o subsistema de atenção à saúde indígena.

Como pondera Garnelo (2012), essa estrutura é um modelo definido por diretrizes técnicas e não garante necessariamente a qualidade do serviço em saúde, uma vez que é influenciada por muitas outras variáveis.

Caro aluno, que tal aprofundamos mais nossos conhecimentos sobre os principais limites e desafios dos DSEIs? Vamos lá!

Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI): problemas e alguns avanços

A implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas foi um passo importante na consolidação das políticas de saúde para os povos indígenas. Foi um avanço grande porque regionaliza a gestão da saúde de uma forma que, ao menos em teoria, garante a atenção às especificidades dos povos indígenas. Isso porque a organização regional dos DSEIs foi pensada justamente considerando as

características socioculturais dos povos que habitam o território de abrangência dos distritos. Em alguns casos, entretanto, não foi possível garantir as microespecificidades e muitos povos distintos acabaram sendo agregados a alguns territórios grandes de abrangência. Mas, ainda assim, há uma maior capacidade de atendimento diferenciado se comparado ao SUS, cuja gestão está centralizada no governo federal, por exemplo.

Entretanto, ainda existem muitos problemas na execução das ações em saúde; como observa Garnelo (2012), o atendimento aos povos indígenas não é contínuo e possui baixa qualidade técnica. Muitos são os fatores que contribuem para essa realidade, como a escassez de materiais e equipamentos necessários ao desenvolvimento das ações de saúde, a alta rotatividade, a falta de profissionais e de capacitação dos profissionais – um ponto muito importante e que está relacionado também à alta rotatividade, já que os gestores afirmam que não possuem recursos para manter processos continuados de capacitação para as equipes que sempre se renovam, isso sem contar as dificuldades linguísticas. Soma-se a esse quadro a descontinuidade no fluxo de recursos financeiros e os problemas logísticos que dificultam o deslocamento regular dos profissionais para as aldeias.

Garnelo (2012) avalia que o atendimento prestado nos DSEIs é de qualidade insatisfatória. Isso acontece porque muitos agravos à saúde, que deveriam ser solucionados nos Polos-Base, e até mesmo nas aldeias, são encaminhados para as cidades, o que ocasiona a superlotação das Casas de Saúde Indígena. Por não ocorrer uma intervenção precoce das equipes de saúde, ainda mantêm-se altos os níveis de mortalidade infantil e de doenças transmissíveis, por exemplo.

Como observa Luciano (2006), com a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas o poder público federal optou por um modelo administrativo em que os serviços de saúde passaram a ser prestados por meio dos convênios com organizações não governamentais conforme visto na seção anterior. Na opinião do intelectual indígena, isso gerou muitos problemas, como a descontinuidade das ações e a rotatividade muito grande de pessoas. Luciano também pondera que, embora a organização do subsistema de saúde indígena a partir dos Distritos Sanitários

Especiais Indígenas tenha alcançado avanços significativos, as condições de vida e saúde dos povos indígenas ainda não atingiram as condições mínimas desejadas.

Um ponto que merece destaque na implantação do DSEI, segundo Luciano (2006), é a possibilidade de participação dos povos indígenas na formulação e execução de políticas e ações por meio dos conselhos nacional, regional, distrital e local. Contudo, um entrave para a plena participação e o pleno controle social relaciona-se com o fato de que as formas de organização desses conselhos não se assemelham às formas de exercício do poder e de representação política propriamente indígenas.

Caro aluno, que tal compreendermos mais profundamente os principais entraves para a plena assistência em saúde indígena?

Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs): divergências de concepções entre profissionais de saúde e indígenas

Buchillet (2004) afirma que os profissionais de saúde devem adaptar suas ações e serviços à realidade de saúde dos povos de sua área de atuação. Essa adaptação implicaria em uma concepção de saúde pública alicerçada no respeito e entendimento das dimensões culturais, políticas e sociais ligadas à saúde e à doença. A autora pondera que só é possível atender às demandas, necessidades e expectativas em matéria de saúde de uma comunidade a partir de um conhecimento apurado de seu perfil epidemiológico e sanitário. A partir do que propõe a autora, as ações em saúde indígena executadas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deveriam ser pautadas em investigações qualitativas com o objetivo de coleta de dados a respeito das representações e práticas indígenas ligadas aos problemas de saúde prioritários em cada região.

Geralmente, observa Buchillet (2004), é por meio da coleta de indicadores epidemiológicos, demográficos, ambientais e socioeconômicos que a avaliação do estado de saúde de uma comunidade ou sociedade é realizada. Citando o exemplo do Distrito Sanitário do Rio Negro, a autora observa que são realizadas poucas investigações epidemiológicas específicas, já que os dados são coletados a partir da utilização pelos indígenas da rede de serviços de saúde. Investigações epidemiológicas específicas pautadas em pesquisas qualitativas poderiam minimizar uma série de dificuldades

que ocorrem na execução das ações em saúde junto aos indígenas pelos DSEIs. Vejamos alguns dos pontos problemáticos das ações vigentes em saúde.

Buchillet (2004) indica que, via de regra, ocorre uma ausência de correspondência entre as nosologias (classificação das doenças) indígenas e biomédicas. Isso quer dizer que, por exemplo, manifestações clínicas de uma mesma doença, segundo a medicina ocidental, podem ser consideradas pelos indígenas sintomas de doenças diversas. Ou seja, se para os indígenas existem duas ou mais doenças e para a medicina ocidental apenas uma, o tratamento de uma única doença não surtirá efeito, pois para cada doença seria necessário um tratamento específico.

Outro ponto recorrente diz respeito às diferenças de opinião entre os profissionais de saúde e os indígenas quanto ao significado do surgimento de sintomas durante a evolução de uma doença. Por exemplo, a aparição de sintomas para o profissional de saúde revela a evolução de uma doença específica ou um efeito secundário do tratamento, mas para os indígenas, novos sintomas são interpretados como indícios de outra doença e, por isso torna-se necessário outro tratamento.

Buchillet (2004) também aponta que existem concepções divergentes em relação ao papel do médico. Por exemplo, no Alto Rio Negro, noroeste do estado do Amazonas, existe a prática comum do autodiagnóstico. Nesse contexto, muitos indígenas buscam junto ao posto de saúde um medicamento específico que julgam necessário de acordo com o autodiagnóstico e não acham necessário realizar a investigação com um médico.

Exemplificando

Temos visto que as divergências de concepções a respeito da saúde e doença resultam em dificuldades para a execução de ações em saúde entre os povos indígenas. Nesse ponto, Buchillet (2004) observa que algumas terminologias médicas podem evocar interpretações capazes de provocar um forte impacto social ou psicológico para o doente ou sua família. No Alto Rio Negro, o diagnóstico de tuberculose pulmonar ou laríngea feito pelos médicos na época da missão dos padres salesianos provocava terror no doente e fuga de membros de sua família ou comunidade, pois era considerado uma sentença de morte.

As questões apontadas acima ilustram alguns desafios recorrentes nas ações de saúde executadas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Veja que as limitações dos DSEIs não se restringem aos problemas estruturais relacionados à falta de recursos materiais, problemas com logística ou rotatividade da equipe de profissionais de saúde. Ou seja, ainda que esses problemas também comprometam a qualidade dos serviços prestados, quando se trata de saúde indígena, o embate entre concepções divergentes relacionadas à saúde e doença vem à tona. Aliás, esse foi um tema que já trabalhamos em outra parte do material, contudo, a intenção aqui foi a de demonstrar que no plano concreto das ações em saúde indígena, são muitos os desafios a serem superados.

Caro aluno, que tal conhecermos mais profundamente um dos 24 DSEIs que compõe o subsistema de atenção à saúde indígena? Vamos lá!

Movimento Indígena e DSEI: o caso do Alto Rio Negro (AM)

O DSEI do Alto Rio Negro abrange as cidades de São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro e Barcelos, localizadas na porção noroeste do estado do Amazonas, e sua área de abrangência conta com 19 Polos-Base que atendem 22 povos indígenas (MINISTÉRIO DA SAÚDE). Até 2001 quatro instituições funcionaram de maneira integrada na implementação do Distrito Sanitário do Rio Negro: o Centro de Saúde Escola (CSE) da Diocese do Rio Negro, ligado à Igreja Católica, a Associação Saúde sem Limites (SSL), uma organização não governamental da sociedade civil, a Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN), criada em 1987 pelo movimento indígena regional em defesa da demarcação das terras indígenas. A Federação desde então exerce o controle social das políticas de saúde, educação e assistência social para os povos da região e a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de São Gabriel da Cachoeira (Buchillet 2004).

Analisando a composição da rede institucional responsável pelo DSEI Alto Rio Negro, observa-se que sua estrutura agregava instituições diferentes entre si, mas extremamente representativas e reconhecidas pela atuação junto aos povos indígenas rionegrinos. Ainda que uma organização ligada à Igreja Católica, instituição passível de críticas pela política missionária implantada na região

pelos padres salesianos, compusesse tal rede, o fato é que a FOIRN, representante do movimento indígena local, exercia o protagonismo indígena de forma direta, conseguindo articular tanto organizações em defesa dos direitos indígenas (Associação Saúde sem Limites) como o poder público municipal, fundamental, no caso do Alto Rio Negro, para uma política de saúde indígena efetiva.

De acordo com Buchillet (2004), os dados epidemiológicos desse período de implantação revelavam o predomínio de doenças infectocontagiosas e parasitáras, principalmente, as afecções dos aparelhos respiratório (tuberculose) e digestivo, piodermites (infecções de peles) e malária. Além disso, registrava-se um importante número de óbitos por "causa indeterminada". A autora também aponta que as instituições acima citadas enfrentaram toda ordem de dificuldades financeira e administrativa, o que interferiu negativamente na implementação e na realização dos programas priorizados pelo Ministério da Saúde/FUNASA. Os limites impostos às ações em saúde em decorrência dessas dificuldades fizeram com que as equipes médicas priorizassem algumas atividades, tais como a imunização e o controle de certas endemias da região.

Como já vimos em outro momento, a situação geral dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas não foi muito satisfatória durante o período em que eram vinculados à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Depois de uma década, uma antiga reivindicação das lideranças indígenas foi contemplada: a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). No entanto, a situação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) não melhorou muito com a transição da FUNASA para a SESAI. Um dos pontos críticos que permaneceu apesar da transição foi o modelo de convênios, ou seja, a dificuldade de se garantir atendimento de qualidade a partir de uma forma de gestão caracterizada pela transferência de responsabilidade do governo federal para organizações não governamentais.

O fato é que se no período de implantação do DSEI Alto Rio Negro, como citado acima, quatro instituições tomaram a frente na execução das políticas de saúde indígena na região, com o edital de 2011 da SESAI para a renovação dos convênios o cenário mudou completament e para pior. A entidade responsável pelo DSEI Rio Negro passou a ser a Missão Evangélica CAIUÁ, que deveria, além do Rio Negro, atender mais de 2 milhões e meio de quilômetros quadrados, 192 etnias, incluindo os 22 povos indígenas rionegrinos (Instituto Socioambiental).

A partir do convênio estabelecido com a Missão Evangélica CAIUÁ, a qualidade do atendimento aos povos indígenas no Alto Rio Negro piorou ano após ano. A situação ficou tão grave que, em 2016, a Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN) denunciou a crise na saúde indígena da região; falta de medicamentos ou medicamentos vencidos, aldeias sem atendimento e postos de saúde em péssimas condições foram as denúncias realizadas ao Ministério da Saúde, à Fundação Nacional do Índio e ao Ministério Público Federal (MPF) no Amazonas, sendo cobrada uma investigação (Instituto Socioambiental).

Assimile

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas estão diretamente vinculados à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e possuem uma equipe própria, indicada pelo Ministério da Saúde, para cuidar da sua gestão, que inclui o preenchimento dos sistemas de informação de saúde. Os convênios são para a contratação da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), que atua diretamente na atenção à saúde, mas que deve encaminhar os dados coletados e as informações dos atendimentos e ações realizadas ao DSEI.

A denúncia da FOIRN pareceu surtir efeito, pois a Equipe Técnica do Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI) da SESAI, no final do mesmo ano, apresentou diante das lideranças indígenas os "Resultados preliminares de Reestruturação do DSEI Alto Rio Negro" que incluíam a compra de equipamentos de transporte e insumos. "Nós, lideranças indígenas, já estávamos ficando sem esperança, pois várias vezes discutimos sobre a saúde indígena, encaminhamos propostas e denunciamos várias vezes a situação (...)", disse Franklin Paulo, presidente do Conselho Diretor da FOIRN (TERRA E CULTURA, 2017).

Caro aluno, como é possível observar, a partir desse caso envolvendo o DSEI Alto Rio Negro, a garantia do direito ao acesso a uma saúde diferenciada e de qualidade passa necessariamente pela capacidade de articulação política dos povos indígenas. Nesse sentido, o DSEI deve estabelecer uma articulação bem consolidada com as entidades indígenas, além de contar com esses povos em seus quadros profissionais. Mas o assunto referente aos recursos humanos em saúde indígena é tema da próxima seção, até lá!

Reflita

Um problema recorrente nos DSEIs é que as indicações para coordenação são, muitas vezes, políticas (indica-se apadrinhados, por exemplo) e não técnicas (gente que realmente sabe o que está fazendo ali). É contra isso que muitos indígenas têm brigado atualmente. Nesse sentido, como resolver esses problemas de ingerência que ocorrem nos DSEIs?

Pesquise mais

Caro(a) aluno (a), para saber mais sobre as dificuldades enfrentadas pelos indígenas no acesso à saúde, leia a matéria "Em Curitiba, indígenas ocupam Distrito Sanitário e cobram políticas na área da saúde", que revela alguns dos problemas do DSEI Litoral. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2016/11/29/em-curitiba-indigenas-ocupam-distrito-sanitario-e-cobram-politicas-na-area-da-saude/>. Acesso em: 18 out. 2017.

Sem medo de errar

Caro aluno, na situação-problema desta seção um profissional agente indígena de saúde foi convidado a fazer uma palestra na escola estadual do município para explicar sobre a estrutura de funcionamento e os principais desafios do Distrito Sanitário Especial Indígena do qual faz parte. Em sua opinião, quais pontos ele deverá abordar em sua exposição?

Esta situação-problema desafia o profissional em saúde indígena a comunicar aspectos relacionados à sua prática com interlocutores que, provavelmente, pouco ou nada sabem a respeito de saúde indígena. Esse é o primeiro ponto a ser observado; no entanto, a situação-problema informa que a escola estadual e o DSEI estão localizados no mesmo município. Ou seja, é provável que, por conta disso, os estudantes e a equipe escolar conheçam um pouco mais a respeito das questões indígenas, tendo em vista a constante presença de nativos no espaço urbano, ou até mesmo que alguns sejam indígenas e procurem os serviços oferecidos pelo DSEI no qual esse profissional atua.

Por outro lado, há que se considerar que a presença de indígenas não necessariamente faz com que os não indígenas consigam desconstruir seus preconceitos e estereótipos, podendo ocorrer justamente o contrário, pois muitos indígenas sofrem diariamente com preconceitos quando inseridos nos espaços urbanos.

Caro aluno, veja que o agente indígena de saúde deve se reportar a estudantes e, por isso, sua fala deve ser didática e objetiva. É aconselhável, então, que ele prepare uma apresentação baseada em exemplos. Em um primeiro momento, ele deve apresentar a legislação vigente que estrutura o modelo atual da saúde indígena no país. Nesse ponto, é fundamental que ele explique quais instituições organizam esse serviço de saúde e, considerando o fato de que os direitos dos indígenas estão em constante ameaça, é importante que sua fala esteja estruturada nas garantias legais que envolvem a oferta de saúde diferenciada aos povos indígenas. Nesse ponto, é aconselhável que o agente de saúde retome os avanços legais, passando pela Lei Arouca e pela transferência de competência da FUNASA com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), em 2010.

A segunda parte da fala do agente deverá abordar os problemas enfrentados pelo Distrito Sanitário Especial Indígena, sendo eles de ordem material e política. Nesse ponto, é importante que sua fala não seja demasiadamente institucional, apontando as deficiências do modelo. Essa postura fará com que seus ouvintes conheçam mais profundamente e se sensibilizem diante dos desafios que afetam a saúde indígena. Porém, é preciso cuidado para que os avanços e pontos positivos não sejam eclipsados diante dos aspectos negativos anunciados. Isto exige que esse profissional transite entre diferentes contextos de audiência e se posicione diante da realidade profissional na qual está inserido. Na saúde indígena, o diálogo e o debate de ideias são fundamentais.

Avançando na prática

Agente de saúde torna-se coordenador do DSEI

Descrição da situação-problema

Um agente de saúde que há anos vinha se destacando em sua atuação profissional foi convidado a assumir o cargo de coordenador

do DSEI. Uma de suas primeiras atividades no cargo foi apresentar sua proposta de trabalho na reunião do Conselho Distrital de Saúde. Como você, aluno, apresentaria essa proposta de trabalho?

Resolução da situação-problema

Caro aluno, como mencionado no quadro "Reflita", muitas vezes a indicação para a coordenação do DSEI é realizada a partir de critérios políticos e não técnicos. Isso quer dizer que não é incomum que o coordenador do DSEI seja um apadrinhado político de alguém importante do cenário político estadual ou federal. Pois bem, no caso descrito, a primeira coisa a se constatar é que a indicação do agente de saúde para o cargo revela que, nesse caso, há uma forte articulação política de base. Assim, o novo coordenador deve anunciar já de imediato em sua proposta de trabalho que procurará manter o fortalecimento político desse nível local. Isso envolve o esforço por parte da coordenação em manter as estruturas do DSEI que garantam a autonomia e transparência de sua gestão.

Outro ponto importante diz respeito ao exercício do controle social. A existência de conselhos locais, distritais, regionais e nacionais, como indicado no item "Não pode faltar", garante que o controle social seja exercido pelos indígenas, que são os usuários do sistema e devem, por meio desses instrumentos, fiscalizar o desenvolvimento das ações em saúde realizadas pelos DSEIs. Nesse ponto, é importante que o novo coordenador se comprometa a respeitar as sugestões e críticas realizadas pelo controle social e, sobretudo, garantir que os membros desses conselhos não acumulem funções que possam vir a comprometer essa atuação. Ou seja, quem fiscaliza não pode ser quem executa, pois, nesse caso, não existe controle social de fato.

O novo coordenador do DSEI também deve anunciar que deverá atuar em constante diálogo com a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), pois, sem a articulação com o nível federal, de nada adiantará o fortalecimento de sua base. Frente a isso, o agente de saúde que foi convidado a assumir um cargo de coordenação deve ter claro que a atuação local que vinha desenvolvendo não é mais suficiente e, por isso, apresentar uma proposta de trabalho que demonstre conhecimento das estruturas organizativas mais amplas.

Por último, o novo coordenador do DSEI poderá anunciar suas intenções com relação à gestão dos recursos, pois sabe-se que a transferência de recursos do nível federal para a execução local nem sempre é fácil, o que exige um esforço por parte da coordenação em garantir a entrada desses recursos e, por outro lado, uma postura de responsabilidade e transparência em sua alocação. Assim, o novo coordenador pode exibir aos conselheiros um plano emergencial identificando os principais problemas estruturais do DSEI e demonstrar de quais formas procurará resolvê-los a partir dos recursos disponíveis.

Caro aluno, com uma proposta de trabalho bem estruturada o novo coordenador do DSEI terá muitas chances de conseguir êxito em sua gestão!

Faça valer a pena

1. Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas são a base do sistema de saúde indígena. Em um total de 34 Distritos distribuídos pelo país, sua estrutura é formada por Postos de Saúde, Polos-Base e Casas de Saúde Indígena. Considerados uma conquista histórica do movimento indígena, os DSEIs, na prática, convivem com uma série de problemas que influenciam diretamente na qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas.

A respeito da implantação e funcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, escolha a alternativa correta:

a) A criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas não representou um avanço nas políticas em saúde para os povos indígenas.
b) Problemas como falta de medicamentos, alta rotatividade de profissionais e dificuldades de logística são recorrentes em vários Distritos Sanitários Especiais Indígenas.
c) Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas foram criados logo após a promulgação da Constituição Federal de 1988.
d) Os modelos de convênios inicialmente adotados foram abandonados após a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena, em 2010.
e) Pode-se dizer que os indígenas são apenas beneficiários dos serviços de saúde oferecidos pelos DSEI, já que não participam de nenhuma instância deliberativa ou fiscalizadora relacionada ao órgão.

2. As dificuldades materiais enfrentadas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas são apenas uma parte dos problemas em saúde indígena. Questões referentes às diferenças de concepções sobre saúde e doença entre indígenas e profissionais de saúde implicam em sérios limites para a execução de algumas ações de saúde. Ou seja, a qualidade nos serviços prestados relaciona-se, necessariamente, com o nível de conhecimento que os profissionais de saúde possuem sobre os povos indígenas que atendem.

Escolha a alternativa correta no que se refere aos problemas mais comuns relacionados às divergências de concepções sobre saúde e doença entre indígenas e profissionais de saúde.

a) Pode-se dizer que os profissionais de saúde e os indígenas compartilham de concepções de saúde e doença muito parecidas, o que colabora para que não haja descontinuidades nas ações de saúde executadas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.
b) Todos os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas desenvolvem investigações profundas no intuito de conhecer as concepções de saúde indígena dos povos que atendem.
c) De uma maneira geral, os povos indígenas aderem aos tratamentos e procedimentos adotados pelo sistema médico ocidental, pois, após séculos de contato, não possuem mais formas tradicionais de cuidados.
d) Comportamentos como automedicação e autodiagnóstico não existem mais entre os povos indígenas.
e) Povos indígenas e profissionais de saúde podem possuir visões antagônicas a respeito da classificação de algumas doenças ou sintomas e isso interfere diretamente nas ações de saúde executadas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

3. É inegável o papel que o movimento indígena exerceu para a consolidação da rede de saúde indígena no país. Em diversas áreas indígenas do Brasil são as lideranças indígenas que monitoram as políticas de saúde ofertadas para os seus povos. Não fossem as reivindicações e denúncias realizadas pelas organizações indígenas, com certeza o quadro geral da saúde dos povos indígenas seria ainda mais desolador. Entre as várias organizações indígenas atuantes no país, poderíamos destacar, por exemplo, a Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro que, desde 1987, luta pelos direitos dos povos indígenas do noroeste amazônico.

A respeito da relação entre movimento indígena e o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro, escolha a alternativa correta:

a) A Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro é a entidade responsável pela gestão do DSEI Rio Negro, desde sua implantação.
b) O Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro atende 22 povos indígenas e pode ser considerado uma exceção com relação aos outros DSEIs, pois, praticamente, não enfrenta problemas relacionados à execução de ações de saúde.
c) A Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro atua em defesa dos direitos relacionados à terra e educação e entende que o Distrito Sanitário Especial Indígena não necessita de controle e fiscalização.
d) A missão evangélica CAIUÁ é responsável pela gestão do Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro desde sua implantação, em 1999.
e) Houve uma mudança na gestão do Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro com o tempo. Isso, no entanto, não afetou a fiscalização exercida pela Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro.

Seção 2.3

Recursos humanos e saúde indígena

Diálogo aberto

Caro aluno, a presença de profissionais da saúde entre os indígenas é um direito conquistado por esses povos. Entre os desafios de se garantir que bons serviços sejam ofertados, está a alta rotatividade dos profissionais que atuam na saúde indígena. Por que isso ocorre? Vejamos a situação-problema desta seção. Nela, os profissionais que compõem a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) elaboram um documento sistematizando as principais dificuldades que encontram para realizarem suas atividades profissionais. Ao fim do documento, anunciam que se esses problemas não forem resolvidos, alguns deles simplesmente abandonarão seus postos de trabalho. Entre os pontos problemáticos anunciados pelos profissionais da saúde estão: a falta da logística necessária para efetuar o transporte de pacientes em situação de emergência; a falta de medicamentos e outros materiais necessários; as longas distâncias a serem percorridas para as visitas às comunidades; as dificuldades de comunicação com os pacientes indígenas, entre outros.

Esse documento foi entregue ao coordenador da EMSI, que deve, agora, responder aos anseios e descontentamentos desses profissionais. Caro aluno, como você, enquanto coordenador da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, responderia aos profissionais em questão? O que fazer para que esses profissionais continuem atuando?

Esta situação-problema anuncia uma questão grave relacionada aos recursos humanos em saúde indígena, que é a alta rotatividade desses profissionais. Isso influencia diretamente na qualidade dos serviços ofertados e impede que haja uma estruturação efetiva da rede de saúde indígena no país.

Você poderá aprender mais sobre os problemas e desafios relacionados aos recursos humanos da saúde indígena no item "Não pode faltar". O conteúdo disponibilizado ajudará você na resolução de mais esta situação-problema. Por isso, mantenha o foco e bons estudos!

Não pode faltar

As equipes multidisciplinares de saúde indígena

Em 2005, o Ministério da Saúde, por meio da portaria nº. 1.088, instituiu que a Equipe Multidisciplinar de Atenção à Saúde Indígena (EMSI) deverá ter como composição mínima a presença dos seguintes profissionais: agente indígena de saneamento (AISAN), agente indígena de saúde (AIS), auxiliar de consultório dentário, auxiliar de enfermagem, auxiliar odontólogo, enfermeiro e médico. A portaria garante também que outros profissionais que atuam na saúde indígena, como antropólogos, psicólogos e fisioterapeutas, possam integrar as equipes de acordo com as necessidades de saúde e situação epidemiológica (Ministério da Saúde, 2005).

De acordo com o Instituto Socioambiental, as equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI), anteriormente compostas com base nos critérios do Programa de Saúde da Família (PSF), com essa portaria, passaram a agregar novos preceitos que atendem às particularidades dos povos indígenas. A partir da portaria nº. 1088, as equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) foram organizadas em três núcleos.

I – Núcleo Básico de Atenção à Saúde Indígena – responsável pela execução das ações básicas de atenção à saúde indígena, sendo composto por enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente indígena de saúde e agente Indígena de saneamento;

II – Núcleo de Referência de Atenção Básica à Saúde Indígena – responsável pela atenção básica de saúde à população indígena, na área de abrangência dos Polos-Base de Saúde Indígena e da rede integrada do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo composto pelos profissionais médico, odontólogo e auxiliar de higiene dental; e

III – Núcleo Matricial de Atenção Básica à Saúde Indígena – responsável pela execução das ações de atenção integral à saúde da população indígena na área de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) e da rede integrada do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo composto por profissionais de saúde que atuam na saúde indígena não contemplados na composição mínima da equipe multidisciplinar de saúde. (BRASIL, 2005)

A composição de uma equipe multidisciplinar para prestar serviços de saúde aos povos indígenas é algo garantido pela

portaria nº. 1088, publicada pelo Ministério da Saúde. No entanto, o que temos na prática é uma realidade muito distante disso. Ou seja, inúmeros problemas e desafios contribuem para um quadro geral de falta de profissionais na saúde indígena. Por outro lado, a presença física de profissionais não garante necessariamente um atendimento satisfatório. Em suma, quando tratamos da saúde indígena, precisamos compreender melhor este elemento fundamental: os profissionais que atuam junto aos povos indígenas. Por isso, esta seção é toda dedicada aos recursos humanos, já que é por meio deles que os serviços em saúde são ofertados.

Oliveira (2005) observa que os recursos humanos formam um aspecto crítico do Sistema Único de Saúde, desde sua implantação, em 1990. Com relação à saúde indígena, as perspectivas profissionais para o trabalho da área se expandiram a partir da articulação que culminou na realização das Conferências Nacionais de Saúde Indígena ocorridas em 1988 e 1993. Até então, o exercício profissional na saúde indígena era praticado de forma eventual, espontaneísta e movido pelo assistencialismo religioso ou comunitário, com pouca intervenção ou ausência do Estado.

Assimile

A atuação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena é fundamental para a garantia do direito à saúde diferenciada aos povos indígenas. No entanto, a falta e a rotatividade de profissionais fazem parte da realidade de muitos Distritos Sanitários Especiais Indígenas do país. Outro fator que prejudica a qualidade dos serviços prestados é a falta de capacitação dos profissionais que compõem as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena para trabalharem em contextos de interculturalidade.

De acordo com Oliveira (2005), não é muito comum que a temática dos recursos humanos seja inserida em um contexto distinto pela interculturalidade, como é a área da saúde indígena. No entanto, a importância de se conhecer as especificidades dos recursos humanos em saúde indígena decorre de uma crescente demanda por profissionalização de indígenas e outros profissionais da saúde.

Caro aluno, que tal conhecermos mais a respeito de alguns problemas específicos que envolvem os profissionais da saúde indígena? Vamos lá!

Rotatividade e descontinuidade da presença de profissionais de saúde nas áreas indígenas

A gestão dos recursos humanos assistiu a alguns retrocessos diante do modelo de transferência da execução das ações em saúde indígena para o terceiro setor (organizações não governamentais). Tal modelo provocou uma desvalorização do trabalho profissional com a precarização das relações de trabalho, o que pode, em certa medida, ser verificado a partir do grande número de ações trabalhistas nesse setor (OLIVEIRA, 2005).

O quadro geral de rotatividade das equipes de saúde indígena acaba dificultando a estruturação dos serviços para os povos indígenas. Existe um déficit quantitativo de profissionais na saúde indígena no país, além da inaptidão para o exercício profissional em situações de diversidade cultural (OLIVEIRA, 2005). Ou seja, além de não haver um número suficiente de profissionais atuando na área, os profissionais em exercício não atingem a qualidade que se espera. Parte do problema com a formação insuficiente tem relação direta com a rotatividade. Como é possível manter os profissionais bem treinados se a todo o momento há substituição do pessoal?

Embora o trabalho nas áreas indígenas possa ser desenvolvido de modo cooperativo, admitindo-se diferentes agentes que possuem distintas parcelas de conhecimento, na realidade o que se vê é uma prática centrada na figura do médico. A proposta do modelo de trabalho definida pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) é a de que a atuação do médico resida no diagnóstico precoce e na retaguarda clínica; já o profissional de enfermagem é responsável pela organização do processo de trabalho como um todo, educação em saúde e acolhimento da população. A atuação dos agentes indígenas de saúde (AIS) baseia-se na vigilância e promoção da saúde. No entanto, segundo Oliveira (2005), os problemas de vinculação e compreensão da proposta de trabalho resultam em absenteísmo, baixo vínculo dos profissionais, fragmentação das ações e não compreensão das relações interculturais.

Oliveira (2005) argumenta que os profissionais "da cidade" não visualizam a aldeia como um espaço de ensino e trabalho. Para a autora, isso poderia ser modificado com a organização de uma infraestrutura local que contenha equipamentos de minipostos de saúde e valorize os agentes indígenas de saúde. Nesse ponto,

o papel dos agentes é um dos elementos principais do modelo de atenção diferenciada desenvolvido entre os povos indígenas, mas sua presença entre os profissionais que compõem as equipes multidisciplinares de saúde é repleta de contradições e limites.

De acordo com Novo (2009), a criação do papel dos AIS vinculou-se à compreensão de que, por serem oriundos dos povos indígenas e também formados a partir dos princípios da medicina ocidental, os agentes conseguiriam conectar e aproximar a prática biomédica aos sistemas terapêuticos nativos em uma relação de contato intercultural.

O trabalho dos AIS nas aldeias da região do alto rio Xingu, por exemplo, abrange tarefas como os atendimentos diários, o acompanhamento dos pacientes atendidos pela equipe multidisciplinar de saúde indígena (EMSI) e o acompanhamento mensal das crianças e dos idosos. A entrega mensal de relatórios dos atendimentos e os procedimentos realizados também fazem parte da rotina. Na prática, o AIS não possui poder de decisão sobre o encaminhamento das ações curativas e preventivas e acabam percebendo a não valorização, pela EMSI e pela própria comunidade, de seu trabalho com a saúde. Essa falta de poder de decisão diz respeito tanto à sua inserção na equipe multidisciplinar de saúde indígena quanto no que diz respeito à percepção das famílias indígenas acerca do que seja um atendimento "bom", já que normalmente não são pajés.

Os agentes indígenas de saúde regularmente exercem a função de "transmissores" das práticas e conhecimentos biomédicos à população por eles atendida. Como existe uma relação hierárquica entre os diversos profissionais que atuam na área indígena, os agentes acabam ocupando uma posição de subordinação em relação ao restante da equipe. Tal situação decorre da concepção de que os AISs são desqualificados para o trabalho na saúde. Como pondera Novo (2009), a desqualificação desses agentes é evidenciada porque o modelo biomédico privilegia os critérios de formação. No entanto, mesmo sem possuírem conhecimentos e treinamentos adequados, são os AIS que atuam no cotidiano da aldeia e em situações nas quais enfermeiros ou médicos não estão presentes; são os AIS que acabam iniciando o atendimento, por exemplo.

Os AIS reproduzem o discurso veiculado pelos profissionais e as agências responsáveis pelas ações de saúde. No entanto, como é comum entre os povos indígenas, esses agentes recorrem às práticas de cuidado tradicionais, sem que se deixe, todavia, de recorrer à lógica biomédica em situações específicas. Acaba ocorrendo a escolha e a transição entre diferentes tratamentos. Ainda segundo Novo (2009, p. 9), "a biomedicina, pautada em diagnósticos técnicos através da afecção de sintomas, esta possibilidade múltipla de itinerários terapêuticos torna-se problemática, criando uma interação complexa entre estes dois sistemas de saúde". O enfoque dos cursos de formação para os agentes de saúde, até recentemente, esteve voltado para questões relacionadas à prevenção de doenças, baseadas especialmente na necessidade de mudanças de hábitos de higiene, de acordo com os princípios biomédicos de cuidados de saúde. Esses cursos deixavam de considerar os procedimentos terapêuticos tradicionais que explicam o adoecimento por meio de questões outras que não envolvem, e até mesmo impossibilitam, a aplicação dessa noção de prevenção e cuidado. No entanto, o modelo atual de formação de AIS também prevê a crítica ao sistema biomédico.

Caro aluno, veja que a valorização dos Agentes Indígenas de Saúde proposta por Oliveira (2005) não é algo tão fácil de ser atingido. Os conflitos e as ambiguidades na função dos AIS demonstrados por Novo (2009) revelam alguns problemas estruturais nos serviços de saúde ofertados aos povos indígenas. Um deles, como temos demonstrado, diz respeito ao fato de que entre os profissionais – indígenas e não indígenas – não há uma possibilidade efetiva de complementaridade entre os diferentes sistemas médico-terapêuticos. Ou seja, a composição de uma equipe multidisciplinar de saúde indígena não garante que os serviços de saúde sejam disponibilizados a partir de uma perspectiva que integre e compreenda as concepções propriamente indígenas que envolvem os cuidados em saúde. No entanto, apesar dessas dificuldades que se apresentam, o cenário pode ser muito pior. Ou seja, em alguns casos a própria insuficiência quantitativa de profissionais impossibilita qualquer efetivação de um serviço de saúde minimamente satisfatório. É o que veremos no próximo tópico, vamos lá?

Reflita

O trabalho dos profissionais de saúde indígena, em contextos de interculturalidade, apresenta uma série de desafios. Além da formação própria de sua área de atuação, tais profissionais devem receber uma formação específica para que possam compreender alguns aspectos fundamentais das culturas indígenas. Mas será possível os profissionais que receberam uma formação ocidental conseguirem ultrapassar os seus próprios valores e sistemas de pensamento em prol de uma prática profissional pautada na integração entre conhecimentos biomédicos e conhecimentos tradicionais?

Insuficiência de recursos humanos

Em 2015, o Ministério da Saúde informou, por meio de uma nota ao jornal El País, que todos os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) passariam a contar com médicos na equipe. Ou seja, embora a presença de médicos seja obrigatória na composição das equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI), o Ministério da Saúde admitiu, à época, que era a primeira vez que não faltariam médicos nos distritos. De acordo com o Ministério da Saúde, a falta de candidatos para os processos seletivos, ou a desistência após a contrato, dificulta a contratação de médicos e outros profissionais para a saúde indígena. A rotina de trabalho, que prevê a permanência dos profissionais nas aldeias por até 60 dias seguidos e inclui grandes deslocamentos, já que há áreas bastante isoladas, é bem diferente das outras áreas do Sistema Único de Saúde (SUS) e contribui para as dificuldades de contratação.

O conteúdo da nota do Ministério da Saúde, publicado pelo jornal El País na matéria "Governo diz que fixar profissionais em área indígena é um 'desafio histórico", também destaca um aumento considerável de profissionais médicos em decorrência do Programa Mais Médicos. Entre os anos de 2010 e 2015, houve um aumento de 229% no número de médicos trabalhando na Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). O Programa Mais Médicos (PMM) foi criado em 2013, pelo Governo Federal, com o objetivo de melhorar o atendimento da população brasileira na atenção básica em saúde. Um dos eixos do Programa é a contratação emergencial de médicos para atuarem em regiões onde há escassez desse profissional. A execução do Programa Mais Médicos foi fundamental para garantir a presença de profissionais nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Uma notícia veiculada em 2017 exemplifica a falta de profissionais em alguns Distritos Sanitários Especiais Indígenas. No DSEI Amapá, à época, era necessária a contratação de nada menos que 412 profissionais. A situação do DSEI Amapá era tão grave que a população indígena estava correndo o risco de ficar sem assistência em saúde, como alertou o Ministério Público do Estado. O Ministério Público do Amapá também fez outras recomendações ao DSEI Amapá. Entre elas, a correção de algumas deficiências na Casai, como a falta de elementos básicos para tratar e comportar pacientes e familiares.

Exemplificando

Entre os vários problemas que afetam a saúde indígena no país, a falta de recursos disponibilizados pelo Governo Federal aparentemente não é um deles. Em uma nota divulgada em maio de 2017, o Ministério da Saúde informou que iria disponibilizar naquele ano o total de R$ 1,6 bilhão para a secretaria Especial de Saúde Indígena. Para se ter ideia do que o valor representa, trata-se do maior repasse desde 2010, o ano de criação da Secretaria. Pelo visto, os problemas de saúde indígena referem-se muito mais à questão da gestão do que propriamente da existência de recursos.

Caro aluno, o exemplo do DSEI Amapá é ilustrativo do quadro geral de deficiências que, infelizmente, atinge outros Distritos Sanitários Especiais Indígenas pelo país. A falta de profissionais, como temos visto, é um problema grave que precisa ser solucionado. Mas, pensando nessa ausência de profissionais e nos desafios e limitações que envolvem o trabalho na saúde indígena, qual seria o perfil desejado dos profissionais de saúde indígena?

Perfil desejado dos profissionais de saúde indígena

Novo (2009) considera que os profissionais de saúde que trabalham em áreas indígenas não são preparados para perceberem a necessidade de uma atuação específica junto às comunidades. Falta a esses profissionais uma postura mais aberta para aceitar e entender os itinerários terapêuticos utilizados pelos indígenas. Pereira (2012) informa que muitos profissionais de saúde consideram os indígenas ignorantes sobre saúde e doença, e quando os

pacientes não acatam as medidas terapêuticas, são denominados de desobedientes. Ou seja, a partir dessas observações, compreende-se que os profissionais da saúde indígena deveriam possuir um perfil específico para que sua atuação não fosse tão comprometida. Mas como alcançar isso? Vejamos.

Na opinião de Oliveira (2005), para que se tenha bons profissionais atuando na saúde indígena é necessário que se invista em uma formação que vá além de treinamentos emergenciais e ações pontuais de educação continuada. Ou seja, é necessário que se oferte cursos com ênfase nos conhecimentos de antropologia, saúde pública e educação. Segundo a autora, isso poderia ser feito a partir de convênios entre universidades e os serviços de saúde indígena.

Pereira (2012) considera que os profissionais que atuam na saúde indígena têm que lidar com concepções diferenciadas de doença, corpo e saúde. Trata-se, então, de uma experiência com a alteridade (diferença) radical. Segundo esse autor, alguns profissionais de saúde são afetados por essa situação e passam a rever seus próprios conceitos e orientar suas ações de acordo com uma postura mais inclusiva e tolerante. No entanto, não é sempre que isso ocorre, pois, segundo o autor, o encontro entre comunidades indígenas e profissionais de saúde revela a força das narrativas biomédicas diante de outras formas de perceber a doença e saúde. Com isso, as relações entre indígenas e profissionais de saúde são hierarquizadas. Ou seja, os conhecimentos indígenas geralmente são considerados manifestações da ignorância ou crenças ineficazes.

Pesquise mais

Caro aluno, para saber mais a respeito dos principais problemas relacionados ao atual modelo de gestão dos recursos humanos e outras questões que envolvem a saúde indígena no país, não deixe de ler a matéria intitulada Saúde indígena: avanços comprometidos, modelo em questão. Disponível em: <amazonia.inesc.org.br/saude-indigena-avancos-comprometidos-modelo-em-questao/>. Acesso em: 31 out. 2017.

As equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) foram concebidas a partir da premissa de que os diferentes profissionais compartilhariam seus conhecimentos específicos em prol de um atendimento em saúde pautado no respeito e

na valorização das práticas tradicionais indígenas. No entanto, como temos visto, na prática ocorre tanto uma hierarquização entre os profissionais que formam a equipe, com a valorização do médico e desvalorização do agente indígena de saúde, por exemplo, quanto a imposição dos conhecimentos biomédicos em detrimento dos conhecimentos indígenas.

Caro aluno, o objetivo desta seção foi o de fornecer uma visão panorâmica a respeito dos principais problemas e desafios que envolvem os recursos humanos em saúde indígena. Isso porque a qualidade dos serviços de saúde depende necessariamente da presença efetiva desses profissionais junto aos povos indígenas. Essa presença, no entanto, deve ser acompanhada pela qualidade de sua prática profissional. Nesse sentido, é urgente que os profissionais que atuam na saúde indígena sejam bem formados e devidamente capacitados a trabalharem em contextos de interculturalidade, não é mesmo? Bons estudos e até a próxima unidade!

Sem medo de errar

Na situação-problema desta seção vimos que o coordenador de uma equipe multidisciplinar de saúde indígena recebeu um documento de profissionais manifestando insatisfação diante de uma série de problemas que dificultam o exercício profissional da equipe. O que fazer diante dessa situação-problema?

Caro aluno, a resolução dessa situação-problema não é algo fácil e que possui uma resposta pronta. Pois nela estão implícitos problemas estruturais no que diz respeito à atuação desses profissionais na saúde indígena. Comecemos analisando os pontos anunciados no documento pelos profissionais. A questão da falta de logística necessária é um dos pontos mais problemáticos do atendimento em saúde indígena. Isso porque, na maioria dos casos, as distâncias a serem percorridas são muito grandes e demandam uma estrutura bem específica – motor, barco, combustível, prático (profissional que dirige a embarcação). Há casos ainda em que a distância e a emergência de uma ocorrência exigem que o transporte seja realizado por avião. Do ponto de vista dos profissionais que atuam na saúde indígena, é extremamente frustrante que alguns casos não sejam solucionados simplesmente porque não houve tempo ou estrutura necessária para que o atendimento fosse efetivado, já que não é, infelizmente,

incomum que alguns pacientes não resistam e acabem entrando em óbito durante esses deslocamentos. Por isso, é fundamental que os distritos sanitários especiais indígenas (DSEIs) possam contar com a estrutura necessária para efetuar esses atendimentos. As distâncias não podem ser diminuídas, mas a garantia da infraestrutura necessária pode minimizar esse fator negativo.

Nesse sentido, o papel do coordenador da EMSI é exigir junto aos seus superiores a garantia de tal infraestrutura. O mesmo vale para a indicação no documento de que faltam medicamentos e outros materiais necessários. É impossível exigir ou até mesmo incentivar a continuidade dos profissionais de saúde sem que lhes sejam garantidas condições mínimas de atuação profissional. A demora na liberação de recursos é, via de regra, uma marca da administração pública. Nesse sentido, pode ser que esses profissionais estejam habituados ao modelo corporativo privado e, por isso, não tenham muita paciência com as dificuldades próprias dos serviços públicos.

Nesse ponto, é importante que o coordenador da EMSI trabalhe, junto aos seus profissionais, questões acerca da própria política que envolve a saúde indígena e, talvez, com os profissionais possuindo maior conhecimento sobre a máquina estatal, possa haver maior tolerância e paciência por parte deles em relação a esses problemas. Não é que os profissionais de saúde indígena devam se acostumar e aceitar pacificamente os problemas existentes, mas sim compreender, de uma maneira mais ampla, as especificidades dessa área.

Outro ponto anunciado no documento dos profissionais da EMSI é a dificuldade de comunicação com os pacientes indígenas. Isso ocorre pelo fato de muitos indígenas terem pouco ou nenhum domínio da língua portuguesa. A atuação em contextos de interculturalidade é ainda mais dificultada quando se trata de idiomas distintos. Mas há caminhos que poderiam minimizar essas dificuldades; um deles é a presença constante de tradutores, preferencialmente algum indígena que tenha o domínio de ambas as línguas. Como a língua carrega consigo um universo próprio, talvez seja interessante o coordenador da equipe multidisciplinar de saúde indígena planejar a realização de cursos e oficinas em que se trabalhem conceitos específicos da língua indígena relacionados a temas como corpo, saúde e cuidados. Isso poderia, inclusive, possibilitar o conhecimento por parte dos profissionais das concepções propriamente indígenas que, com certeza, interferem diretamente no desenvolvimento de ações relacionadas à saúde.

Caro aluno, é extremamente importante que o coordenador de uma EMSI seja extremamente sensível às reivindicações dos profissionais. Por isso, levar a sério o que eles estão manifestando é o primeiro passo para a resolução dessa situação-problema e, quem sabe, para que esses profissionais continuem animados em contribuir com uma área da saúde tão necessitada, não é mesmo?

Avançando na prática

Prevenção de DST e conhecimentos nativos

Descrição da situação-problema

Em um curso de formação de agente indígena de saúde, no Alto Xingu, foi trabalhado o módulo intitulado "Promovendo saúde e prevenindo DST/AIDS. O objetivo desse conteúdo era indicar a necessidade de prevenção por meio do uso da camisinha. No transcorrer das aulas, um agente indígena de saúde afirmou "ser perigoso usar camisinha pra quem tem filho pequeno, com menos de um mês, porque sufoca o bebê, incha a barriga, e faz vomitar". Os instrutores, por sua vez, não compreenderam a relação entre a camisinha e o corpo do bebê que já está, inclusive, fora do corpo da mãe. Se fosse você o instrutor do curso, qual postura adotaria diante dessa observação do agente?

Resolução da situação-problema

Caro aluno, o comentário do profissional de saúde pode ser compreendido a partir do entendimento de corporalidade dos alto-xinguanos (lembra-se que discutimos noções de corpo e corporalidade anteriormente?), fazendo referências às interferências passíveis de ocorrer ao longo do processo de fabricação dos corpos por meio das atitudes, especialmente na relação entre pais e filhos. De acordo com essa concepção de corpo, pode-se compreender o comentário do AIS a respeito do uso da camisinha e do perigo que ela representa ao bebê, uma vez que ela "aprisiona" o sêmen, interrompendo o processo de formação da criança, mesmo após seu nascimento, tornando-se uma fonte potencial de perigos para a saúde do bebê. Por tudo isso, a postura mais desejada do instrutor do curso seria a de tentar compreender e problematizar

os conhecimentos e as práticas nativas. Nesse sentido, o instrutor poderia convidar o AIS a explicar em maiores detalhes e de maneira mais aprofundada as concepções que estão operando em seu argumento. Pois se o instrutor apenas reproduzir os conhecimentos biomédicos (ainda que isso seja um dos objetivos do curso de formação), ele acabará se prendendo a uma noção de verdade universal e, como temos visto, na prática profissional, em contextos de interculturalidade, é fundamental que se assuma uma postura mais relativista.

Faça valer a pena

1. A saúde indígena é feita com pessoas. Isso quer dizer que os recursos humanos são uma parte fundamental da rede de saúde indígena que se construiu no Brasil ao longo das últimas décadas. No entanto, muitos são os problemas vinculados às práticas desses profissionais que atuam nas comunidades indígenas.

A respeito da postura esperada dos profissionais não indígenas que trabalham em contextos de interculturalidade, escolha a alternativa correta:

a) A formação que os profissionais da saúde indígena recebem no país são altamente satisfatórias, preparando-os para lidar com as dificuldades dos contextos interculturais.
b) O trabalho em contextos de interculturalidade presume que os profissionais de saúde indígena devam se valer apenas de seus conhecimentos biomédicos nas situações de atendimento.
c) Como os povos indígenas desconhecem formas de cuidado, o trabalho dos profissionais de saúde indígena é facilitado, pois, na prática, o que deve ocorrer é a reprodução e aplicação dos conhecimentos biomédicos.
d) A estrutura de trabalho presente nas comunidades indígenas permite que a interculturalidade seja uma prática recorrente nos atendimentos em saúde.
e) Ainda que contextos envolvendo interculturalidade sejam particularmente complexos, o profissional deve considerar os conhecimentos e concepções indígenas a respeito da saúde e doença.

2. A equipe multidisciplinar de saúde indígena (EMSI) é composta por diferentes profissionais que devem atuar de maneira integrada no atendimento aos povos indígenas. No entanto, esse ideal nem sempre é cumprido e, via de regra, há o estabelecimento de uma hierarquia no interior da equipe.

A respeito da atuação dessas equipes, escolha a alternativa correta:

a) As equipes multidisciplinares de saúde indígena foram concebidas para que cada profissional contribua com sua parcela de conhecimento, visando um atendimento integral em saúde para os povos indígenas.
b) As equipes multidisciplinares de saúde indígena ainda são uma promessa da Secretaria Especial de Saúde Indígena, já que sua criação ainda não se efetivou.
c) Não é possível ver uma hierarquia entre os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar de saúde indígena já que tanto o médico quanto o agente de saúde, na prática, possuem a mesma importância.
d) As equipes multidisciplinares de saúde indígena não carecem de profissionais, já que em todos os 34 DSEIs há mais oferta de profissionais do que escassez.
e) Na prática, o agente indígena de saúde é quem detém o poder de decisão sobre o encaminhamento das ações curativas e preventivas dentro das equipes multidisciplinares de saúde indígena.

3. Entre os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar de saúde indígena, o agente indígena de saúde ocupa um papel fundamental. Tido como uma espécie de "elo" entre os conhecimentos biomédicos e os conhecimentos tradicionais; na prática, sua atuação é repleta de conflitos e ambiguidades.

Sobre o lugar e a atuação dos agentes indígenas de saúde nas ações em saúde indígena, escolha a alternativa correta:

a) Os agentes são extremamente valorizados, tanto pelos outros profissionais de saúde indígena quanto pelas comunidades onde atuam.
b) Ainda que não tenham uma formação em conhecimentos biomédicos comparável aos outros profissionais de saúde indígena, na prática, eles possuem a mesma importância dos profissionais formados.
c) Na prática, os agentes ocupam uma posição desprivilegiada na escala hierárquica que existe no interior das equipes multidisciplinares de saúde indígena, ainda que sejam eles, os agentes, os responsáveis pelo atendimento inicial em muitas situações.
d) Os agentes indígenas de saúde, por conta da presença constante de outros profissionais da saúde nas comunidades, possuem poucas atividades a serem realizadas no cotidiano.
e) Atualmente, os cursos de formação de agentes indígenas de saúde não elaboram nenhuma crítica ao sistema biomédico ocidental.

Referências

BRASIL. Casa Civil. **Decreto nº. 5.209, de 17 de setembro de 2004**. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5209.htm>. Acesso em: 9 out. 2017.

_____. Casa Civil. **Decreto nº. 7.336, de 19 de outubro de 2010**. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/Decreto/D7336.htm>. Acesso em: 3 out. 2017.

_____. Casa Civil. **Lei nº. 9.836, de 23 de setembro de 1999**. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9836.htm>. Acesso em: 6 out. 2017.

_____. Casa Civil. **Lei nº. 10.836, de 9 de janeiro de 2004**. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/lei/l10.836.htm>. Acesso em: 5 out. 2017.

_____. Governo Federal. **Mais médicos:** conheça o programa. Disponível em: <maismedicos.gov.br/conheca-programa>. Acesso em: 23 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **DSEI Alto Rio Negro recebe apoio para reestruturação.** Disponível em: <portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai/noticias-sesai/27587-dsei-alto-rio-negro-recebe-apoio-para-reestruturacao>. Acesso em: 17 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Organograma da SESAI**. Disponível em: <portalsaude.saude.gov.br/index.php/quem-e-quem-sesai>. Acesso em: 3 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 69**. Disponível em: <sis.funasa.gov.br/portal/legislacao/portaria%2069.pdf>. Acesso em: 9 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 70**. Disponível em: <www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_70_2004.pdf>. Acesso em: 9 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 852 de 1999**. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/grupos-de-trabalho/gt-saude/docs/docs_legislacao/portaria_852_1999.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.088, de 4 de julho de 2005**. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/

prt1088_04_07_2005.html>. Acesso em: 20 out. 2017.

_____ . Ministério do Desenvolvimento Social. **Conheça o Programa Bolsa Família**. Disponível em: <mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e>. Acesso em: 4 out. 2017.

BUCHILLET, Dominique. Cultura e saúde pública: reflexões sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro. In: LANGDON, E. J; GARNELO, L. (Org.). **Saúde dos povos indígenas:** reflexões sobre antropologia participativa. [S. l.]: Contra Capa/Associação Brasileira de Antropologia, 2004. p. 53-67.

CAIUÁ, a ONG de 2 bilhões que se tornou dona da saúde indígena no Brasil. **The Intercept.** Disponível em: <https://theintercept.com/2017/09/30/caiua-a-ong-de-r-2-bilhoes-que-se-tornou-dona-da-saude-indigena-no-brasil/>. Acesso em: 2 out. 2017.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. **A política de atenção à saúde indígena no Brasil:** breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas. Organização: Emília Altini et al. [S. l.]: CIMI, 2013. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3258177/mod_resource/content/1/Brasil%20Cartilha%20Saúde%20Indígena.pdf>. Acesso em: 6 out. 2017.

EM Curitiba, indígenas ocupam Distrito Sanitário e cobram políticas na área da saúde. **Brasil de fato.** Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2016/11/29/em-curitiba-indigenas-ocupam-distrito-sanitario-e-cobram-politicas-na-area-da-saude/>. Acesso em: 18 out. 2017.

EM Rio Branco, indígenas fazem protesto e exigem saída de coordenador do DSEI. **G1.** Disponível em: <https://g1.globo.com/ac/acre/noticia/em-rio-branco-indigenas-fazem-protesto-e-exigem-saida-de-coordenador-do-dsei.ghtml>. Acesso em: 18 out. 2017.

GARNELO, Luisa. Políticas de saúde indígena na Amazônia: gestão e contradições. In: SCHERER, Elenis; OLIVEIRA, José Aldemir de (Org.). **Amazônia:** políticas públicas e diversidade cultural. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. p. 133-160.

_____. Política de saúde indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, Luísa; PONTES, Ana Lúcia (Org.). **Saúde Indígena:** uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012.

GARNELO, Luisa; SAMPAIO, Sully. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de fazer ver e fazer crer nas políticas de saúde. **Cadernos**

de Saúde Pública (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1217-1223, 2005.

GOVERNO dia que fixar profissionais em área indígena é um "desafio histórico". **El País.** Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2015/08/26/politica/1440617259_581703.html>. Acesso em 23 out. 2017.

INESC. **Saúde indígena: avanços comprometidos, modelo em questão**. Disponível em: <amazonia.inesc.org.br/saude-indigena-avancos-comprometidos-modelo-em-questao/>. Acesso em: 31 out. 2017.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. **Alto Rio Negro (AM) vive crise na saúde, denuncia organização indígena**. Disponível em: <https://www.socioambiental.org/pt-br/noticias-socioambientais/alto-rio-negro-am-vive-crise-na-saude-denuncia-organizacao-indigena>. Acesso em: 13 out. 2017.

_____ . **Normatizada composição das equipes de saúde indígena**. Disponível em: <https://www.indios.org.br/pt/noticias?id=16108>. Acesso em: 20 out. 2017.

_____ . **Saúde indígena na sala de emergência**. Disponível em: <https://www.socioambiental.org/pt-br/blog/blog-do-monitoramento/saude-indigena-na-sala-de-emergência>. Acesso em: 13 out. 2017.

LUCIANO, Gersen dos Santos. **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. Disponível em: <unesdoc.unesco.org/images/0015/001545/154565por.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

MPF quer evitar falta de atendimento à saúde indígena em 2017. **Diário do Amapá.** Disponível em: <http://www.diariodoamapa.com.br/2016/05/06/mpf-quer-evitar-falta-de-atendimento-a-saude-indigena-em-2017/>. Acesso em: 28 out. 2017.

NOVO, Marina. Saúde e Interculturalidade: a participação dos Agentes Indígenas de Saúde/AISs do Alto Xingu. **Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar**, São Carlos, v. 1, n. 1, p. 122-147, 2009. Disponível em: <https://www.academia.edu/1537883/Sa%C3%BAde_e_Interculturalidade_a_participa%C3%A7%C3%A3o_dos_Agentes_Ind%C3%ADgenas_de_Sa%C3%BAde_AISs_do_Alto_Xingu?auto=download>. Acesso em: 21 out. 2017.

O difícil impasse para a efetivação do Subsistema de Saúde Indígena no Brasil. **CIMI.** Disponível em: <www.cimi.org.br/site/pt-

br/?system=news&conteudo_id=9115&action=read>. Acesso em: 31 out. 2017.

PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Limites, traduções e afetos: profissionais de saúde em contextos indígenas. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 511-538, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132012000300004>. Acesso em: 24 out. 2017.

PINHEIRO, N. C. **Estudo sobre o desenho, a gestão, a implementação e os fluxos de acompanhamento das condicionalidades de saúde associadas ao Programa Bolsa Família (PBF) para Povos Indígenas**. Brasília: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2014. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmps/simulacao/sum_executivo/pdf/sumario_139.pdf>. Acesso em: 6 out. 2017.

SANTOS, Ricardo V. et al. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 1035-1056.

STUDIO RIFF. **Beiradão Hup Boyoh**. Duração: 15 min. Ano de produção: 2015. Direção: Jessica Mota e Alice Riff. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=yZ27ECzEK6Q>. Acesso em: 30 out. 2007.

TERRA E CULTURA. Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro. **Processo de reestruturação do DSEI-ARN avança no Rio Negro:** "Para nós, é sinal de esperança", diz liderança indígena. Disponível em: <https://foirn.wordpress.com/2016/10/13/processo-de-reestruturacao-do-dsei-alto-rio-negro-avanca-para-nos-e-sinal-de-esperanca-diz-lideranca-indigena/?blogsub=confirmingblog_subscription-3>. Acesso em: 13 out. 2017.

TVNBR. **Saúde Indígena**. Duração: 23min 38s. Ano de produção: 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=v1aqGV9sUHE>. Acesso em: 6 out. 2017.

WEISS, Bruno; ZANCHETTA, Inês. Saúde, Caos e Retrocesso. In: RICARDO, Carlos Alberto; RICARDO, Fany (Org.). **Povos indígenas no Brasil:** 2001-2005. São Paulo: Edição Instituto Socioambiental, 2006. p. 134-137.

Especificidades relacionadas aos cuidados de saúde aos povos indígenas brasileiros

Convite ao estudo

Caro aluno, nesta unidade de ensino, você aprenderá sobre algumas das especificidades relacionadas aos cuidados de saúde dos povos indígenas no Brasil. O objetivo é que você compreenda algumas das principais demandas políticas na área de saúde, o funcionamento de uma importante instância de controle social, do sistema de informações da saúde indígena e, ainda, as principais características e transformações dos perfis epidemiológicos dos povos indígenas no país. Muita coisa, não é mesmo?

Temos visto que a rede de saúde indígena consolidada no país, apesar dos problemas, possui uma estrutura que possibilita, em teoria, um efetivo fluxo de informações a respeito dos usuários indígenas, assim como garante o exercício do controle social, quer dizer, a fiscalização da execução das políticas em saúde pelos indígenas. Neste sentido, será que existe uma forma de influenciar diretamente o Ministério da Saúde na publicação de portarias sobre a saúde indígena? É isso que você aprenderá quando abordarmos o surgimento e funcionamento da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI). Em relação aos dados dos pacientes indígenas, existe uma forma de sistematização dessas informações? E quanto às principais demandas em saúde dos povos indígenas, quais são?

Essas e outras questões poderão ser respondidas ao longo da presente unidade. Por isso, é importante que você leia de forma integral o conteúdo do item *Não pode faltar*, assim como se empenhe na resolução das situações-problema propostas. Vamos lá? Bons estudos!

Seção 3.1

Políticas voltadas para os povos indígenas

Diálogo aberto

Caro aluno, nesta seção, compreenderemos o funcionamento e a importância da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), instância por meio da qual o controle social pode ser exercido pelos indígenas diretamente junto ao Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Ao longo desta seção, discutiremos, também, o conceito de controle social e seus limites em termos de representatividade indígena.

Inclusive, é sobre a CISI Indígena nossa situação-problema. Nela, um agente de saúde recebeu a notícia que, pela primeira vez, um membro indígena da CISI visitará a comunidade onde ele atua. Este agente ficou responsável por informar os moradores indígenas a respeito da importância da Comissão, bem como reunir as principais demandas locais para entregá-las em um documento ao referido membro. Como você faria essa explicação aos moradores e como elaboraria esse documento? Veja que, nesta situação apresentada, o agente de saúde deve transmitir informações específicas, a fim de alcançar a compreensão por parte dos moradores indígenas, os quais, por sua vez, irão responder apontando as demandas existentes no local. É um grande desafio, não é mesmo?

Para resolver essa situação-problema, você deverá mobilizar as informações disponíveis a respeito da CISI no item *Não pode faltar*, no qual você encontrará todos os subsídios necessários. Por isso, lê-lo integralmente é fundamental! Bons estudos!

Não pode faltar

A Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI)

A Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) é um importante instrumento de controle social na saúde indígena. Como controle social devemos compreender o instrumento por meio do qual os usuários das políticas públicas participam dos processos

de operacionalização, planejamento, fiscalização da execução e avaliação das políticas públicas. Ou seja, o exercício do controle social é uma forma de os povos indígenas garantirem a eficácia, pertinência e adequação das políticas públicas à realidade de suas comunidades (TEIXEIRA; SIMAS; COSTA, 2013).

A CISI não é a única instância de controle social em saúde indígena, pois o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) prevê a existência dos conselhos locais indígenas, dos conselhos distritais de saúde indígena (Condisi) e do fórum de seus presidentes (FPCondisi) (também devemos considerar as conferências nacionais de saúde indígena (CNSI)). Ou seja, é por meio desses conselhos que ocorre a participação das comunidades na condução e fiscalização das políticas de saúde. O Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI) é permanente, consultivo e composto exclusivamente por indígenas. Este nível local de controle social tem como objetivos discutir a respeito dos principais problemas de saúde da comunidade, ajudar na fiscalização dos recursos e encaminhar os problemas para o Conselho Distrital; o Condisi também é permanente, paritário e deliberativo; o FPCondisi é permanente e deliberativo. Conforme informa o Ministério da Saúde, todo Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) possui um Condisi, que é responsável por debater, fiscalizar e propor políticas para o fortalecimento da saúde em suas regiões. Entre as atribuições do Condisi estão a avaliação da execução das ações de atenção integral à saúde indígena, a participação na elaboração e a aprovação do Plano Distrital de Saúde Indígena, bem como seu acompanhamento e avaliação de sua execução e a apreciação e emissão de pareceres sobre a prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e dos serviços de atenção à saúde indígena. Cada Condisi é composto por 50% de representantes dos usuários, que são eleitos pelas comunidades indígenas da área de abrangência de cada DSEI; 25% de representantes dos trabalhadores que atuam na saúde indígena, eleitos pelos próprios trabalhadores; e 25% de representantes dos governos municipais, estaduais, federal e prestadores de serviços na área de saúde indígena, todos indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos que representam.

O diferencial da CISI, em relação aos outros órgãos de controle social em saúde indígena, é que ela possui o privilégio de assessorar o mais alto colegiado deliberativo do Sistema único de Saúde

(SUS), o Conselho Nacional de Saúde. A CISI tem como funções fomentar discussões e encaminhar recomendações que podem se transformar em deliberações desse Conselho. Desta forma, ela pode interferir diretamente na fiscalização da execução de políticas e em seu planejamento estratégico (TEIXEIRA; SIMAS; COSTA, 2013). Isso quer dizer que, em teoria, a CISI pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida das populações indígenas. No entanto, é importante notar que, enquanto uma comissão intersetorial, ela não é formada exclusivamente por indígenas, pois inclui representantes não indígenas de organizações que historicamente defendem as causas indígenas e algumas instituições de pesquisa.

A CISI foi criada através da Resolução CNS nº 011, de 21 de outubro de 1991. Veja que sua criação antecede o surgimento do próprio subsistema de atenção à saúde indígena, tendo ocorrido pouco tempo após a criação do SUS. A composição da CISI, que foi definida na Resolução CNS nº 380, de 14 de junho de 2007, inclui, além de instituições de pesquisa, ensino e extensão, a diversidade regional das populações indígenas. De acordo com o Ministério da Saúde, são 11 (onze) titulares com seus respectivos suplentes, coordenador e coordenador adjunto. O papel principal da CISI é promover a articulação intersetorial entre sociedade civil organizada e governos, no acompanhamento da saúde dos povos indígenas, a fim de assessorar, como dito anteriormente, o Conselho Nacional de Saúde.

A CISI possui algumas atividades definidas, como a realização de debates e estudos que visam produzir conhecimentos que se transformam em recomendações e propostas ao plenário do Conselho Nacional de Saúde. Essas atividades são definidas anualmente a partir de um calendário de reuniões e de um plano de trabalho que dialoga com o planejamento do próprio Conselho Nacional de Saúde e, também, se pauta nas propostas da CNSI e no que é estabelecido pela Política Nacional de Saúde Indígena (Ministério da Saúde).

Conforme observam Ferreira, Simas e Costa (2013), a CISI é, sobretudo, um espaço no qual participam diferentes atores governamentais e, principalmente, não governamentais no acompanhamento das políticas e ações de saúde indígena. Neste sentido, como ponderam os autores, a existência de uma comissão intersetorial com o objetivo específico de atuar na política de saúde

indígena com a participação de representantes indígenas consolidou uma agenda indígena no interior do Conselho Nacional de Saúde.

Até aqui temos visto que a CISI é um importante instrumento na consolidação das políticas públicas em saúde indígena, pois influencia diretamente as resoluções do Conselho Nacional de Saúde do SUS. Que tal aprendermos mais sobre a CISI e seus limites de atuação?

Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI): limites da representatividade indígena

Temos visto que a CISI é, sobretudo, um espaço para fomentar ações voltadas à saúde indígena, e isso é feito através do assessoramento ao órgão máximo de controle em saúde, o Conselho Nacional de Saúde. Mas qual é o peso da representatividade indígena? Ou ainda, o modelo de controle social instituído dialoga com as especificidades da organização política indígena? Vejamos. Conforme observam Teixeira, Simas e Costa (2013), houve uma progressiva ampliação da participação dos representantes indígenas na comissão. Em 1991, havia somente dois representantes; em 1996, foram garantidas quatro vagas; e, em 2007, esse número subiu para sete.

A Comissão Intersetorial de Saúde Indígena garante a participação indígena nas instâncias que compõem as estruturas estatais da gestão da saúde. Neste sentido, o mérito da existência da CISI é tanto em poder atuar diretamente na definição das políticas de saúde indígena quanto na contribuição para o protagonismo indígena junto às negociações políticas travadas com os representantes de governo (TEIXEIRA; SIMAS; COSTA, 2013). Pois como observam Teixeira, Simas e Costa (2013), além da obtenção e efetivação de direitos na saúde, a participação indígena no controle social contribui para o reconhecimentos dos povos indígenas como sujeitos políticos legítimos.

Se, por um lado, a representatividade indígena é garantida e aumentou com o passar dos anos na CISI, essa inclusão política não produziu resultados muito satisfatórios. Isso porque não se garantiu de maneira plena a qualidade nos serviços de saúde ofertados aos povos indígenas, algo que temos verificado ao longo das seções. Este, portanto, é um claro limite da atuação da CISI. Ou seja, sua existência, mesmo contando com um número cada vez maior de representantes indígenas, não se traduziu em ganhos significativos

em saúde indígena. Isso ocorre por conta das dificuldades de gestão da saúde indígena, algo que já discutimos em seções anteriores. Pois ainda que a CISI proponha novas políticas, ela não tem controle sobre sua execução.

É preciso ainda ponderar outra questão quando abordamos o controle social. Qual seja, o fato de que o próprio modelo de controle social foi instituído à revelia das especificidades da organização política indígena. Isso quer dizer que o modelo proposto acaba gerando uma série de dificuldades para as organizações indígenas. Um exemplo disso é fornecido por Teixeira, Simas e Costa (2013) quando observam que o regimento do Conselho Nacional de Saúde só permite a participação de entidades que atuam em um vasto território, o que impossibilita a participação de organizações indígenas mais locais.

O fato é que entre instâncias estatais e organizações políticas indígenas há uma clara dificuldade de se estabelecer um diálogo intercultural efetivo, uma vez que a instrumentação do controle social desfavorece a atuação política e os modos tradicionais de organização dos povos indígenas (TEIXEIRA; SIMAS; COSTA, 2013). Neste ponto, nota-se que, ainda que exista um subsistema de saúde diferenciado, o modelo de controle social não é diferenciado.

É preciso reconhecer os avanços relacionados ao controle social em saúde indígena a partir da criação do SASI, pois são verdadeiras inovações, como a organização dos conselhos locais nas próprias comunidades, conjuntos de comunidades e calhas de rios ao invés de municípios, dos conselhos distritais (ao invés de conselhos municipais) e do Fórum de Presidentes do Condisi. A CISI representa um destes avanços, pois ao contar com representantes indígenas e não indígenas detém o importante papel de assessorar e propor políticas de saúde junto ao Conselho Nacional de Saúde.

Entre as recomendações da CISI que se transformaram em resoluções do Conselho Nacional de Saúde, destaca-se, por exemplo, o aumento da representatividade indígena não só na comissão intersetorial de saúde indígena mas também em outras comissões intersetoriais que compõem o Conselho Nacional de Saúde. No mais, resoluções referentes à implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e, em especial, a Resolução CNS nº 59/1993, a qual define que o Programa de Agentes Comunitários

de Saúde se adeque às especificidades das comunidades indígenas, também merecem destaque. Essas recomendações da CISI, ao se transformarem em resoluções do Conselho Nacional de Saúde, se traduzem em portarias do Ministério da Saúde, que são homologadas pelo ministro de Estado, ação judicial ou, ainda, acionamento do Ministério Público.

Exemplificando

A CISI é composta por representantes indígenas e não indígenas. De acordo com as informações disponibilizadas pelo Conselho Nacional de Saúde, a composição do triênio 2015/2018 conta com 13 (treze) membros titulares, um coordenador e um coordenador adjunto e outros 10 (dez) membros suplentes. Os membros representam diversas organizações, por exemplo, a Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB) e o Conselho Nacional de Secretaria de Saúde (CONASS). Entre os membros, ainda participam representantes da própria Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e da Fundação Nacional do Índio (FUNAI).

Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/index.html>. Acesso em: 9 nov. 2017.

Veja que, apesar dos limites do modelo de controle social instituído, a existência da CISI é um instrumento importante na consolidação de políticas públicas em saúde indígena. Pensando nisso, quais seriam, atualmente, as principais demandas dos povos indígenas em relação à saúde? Esse é o tema dos próximos tópicos desta seção.

Principais demandas dos povos indígenas em relação à saúde: identificando problemas

Ao longo das seções desta disciplina, vimos que ao lado dos avanços ocorridos nas políticas de saúde para os povos indígenas ainda persistem problemas muito graves. Por isso, neste e no próximo tópico desta seção apontaremos as principais reivindicações dos povos indígenas na área da saúde. Vamos conhecê-las?

Em uma reportagem intitulada *Saúde indígena: avanços comprometidos*, modelo em questão, o Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC, 2017) identifica uma série de problemas

que envolve a atual rede de serviços de saúde indígena. Um dos pontos destacados diz respeito ao assunto que tratamos no tópico anterior, qual seja, o controle social. Em termos gerais, muitas vezes, o controle social é inviabilizado. Isso ocorre por conta da ingerência política que faz com que cargos estratégicos sejam ocupados por pessoas sem conhecimento na área, apenas por apadrinhamento político. Ou seja, situações em que coordenadores de DSEIs são indicados, por exemplo, por deputados e outros políticos. Além de não executarem seu trabalho de gestão, esses coordenadores acabam não respeitando o controle social exercido pelos indígenas.

Problemas relacionados ao não respeito do controle social apontam, em termos mais gerais, para a necessidade de uma reorganização da gestão administrativa, que envolve também uma maior transparência na prestação de contas. No entanto, essas mudanças encontram obstáculos devido à interferência política que existe sobre os DSEIs. Em teoria, DSEIs são autônomos, mas, na prática, essa autonomia não é plenamente exercida, pois tudo precisa de um aval de um nível central, como observa um funcionário da própria SESAI na entrevista ao INESC.

É bom relembrar que, durante os primeiros anos de sua criação, entre os anos 2010 a 2016, a SESAI foi presidida por Antônio Alves e sobre ele pesam inúmeras críticas. Sua gestão fora marcada por estes problemas que estamos apontando, como a perda da autonomia dos conselhos distritais devido à utilização de critérios de apadrinhamento político na indicação para os cargos de gestão. Houve, também, durante sua gestão, uma paralisação dos programas de formação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), além da identificação pela Controladoria Geral da União de fraudes milionárias.

Considerada uma conquista de todos os povos indígenas do Brasil, é fundamental que a SESAI seja independente e que, ao mesmo tempo, atenda cada povo de acordo com sua especificidade e garanta a autonomia local, é o que defende um dos indígenas entrevistado pelo INESC. No entanto, como aponta uma funcionária da Secretaria, atualmente, tem ocorrido distribuição de cargos para pessoas ligadas a interesses contrários, como a bancada ruralista (conjunto de deputados que defendem os interesses do agronegócio e, portanto, são contrários aos direitos indígenas). Ou seja, é como se a SESAI estivesse sendo tomada por pessoas que tentarão dificultar a execução das políticas em saúde indígena.

Um claro sinal de que a saúde indígena passa por uma grave crise foi o fato de ela ter sido umas das principais pautas do 14º Acampamento Terra Livre em Brasília, ocorrido em 2017, em Brasília, que se trata da maior mobilização indígena do país. Como informa o site Mobilização Nacional Indígena, o documento final aprovado pela plenária do Acampamento condena as ameaças e os ataques aos direitos indígenas em curso no país atualmente. O encontro contou com a participação de mais de quatro mil indígenas de todas as regiões do Brasil, tornando-se o maior encontro realizado até então.

Até aqui vimos alguns dos principais problemas que afetam a saúde indígena no país: ingerência política, perda de autonomia e não execução de ações necessárias. A partir da identificação desses problemas, quais seriam os caminhos possíveis para solucioná-los? É o que vamos abordar no próximo tópico!

Assimile

É importante salientar que a despeito dos problemas que ocorrem no atual modelo de saúde indígena sua implantação deve ser considerada um avanço histórico. Por isso, não se trata de questionar ou propor o fim deste modelo, e sim procurar alternativas para sua melhoria. O SASI, os DSEIs, a Secretaria Especial de Saúde Indígena e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foram conquistas de todos os povos indígenas do Brasil. A garantia da ampla participação dos povos indígenas no desenvolvimento e na execução das políticas em saúde indígena é fundamental para o bom funcionamento do SASI.

Principais demandas dos povos indígenas em relação à saúde: apontando caminhos possíveis

Em 2012, o Conselho Indigenista Missionário (CIMI), um órgão ligado à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), divulgou um documento intitulado Povos Indígenas: Aqueles que Devem Viver - Manifesto contra os Decretos de Extermínio, cujos trechos do capítulo referente à saúde indígena foram reproduzidos em outra publicação do CIMI, uma cartilha sobre saúde indígena publicada em 2013. Neste material, há uma crítica sistemática ao atual modelo de política de atenção à saúde dos povos indígenas. O CIMI argumenta que a proposta de criação de um subsistema de atenção à saúde indígena nunca se concretizou. Isto porque os governos não acatam o que determina a legislação, mantendo políticas assistenciais sem a efetiva participação dos povos indígenas.

Contando com a participação dos povos indígenas, o CIMI sistematizou uma série de aspectos que devem ser levados em conta para a implementação efetiva do subsistema de saúde indígena, tendo a Secretaria Especial de Saúde indígena como ente gestor. Entre esses aspectos, destaca-se: o pleno exercício do controle social pelas organizações indígenas e comunidades. Isso quer dizer que os povos indígenas devem atuar no planejamento e na execução dos serviços e das ações; é preciso que se assegure a autonomia financeira e administrativa dos DSEIs e que o Ministério da Saúde garanta os recursos orçamentários suficientes para cada um dos 34 distritos. A efetivação da autonomia financeira e administrativa dos DSEIs depende de uma gestão eficiente que realize as licitações utilizando de maneira transparente os recursos públicos; a política de terceirização por meio de convênios e parcerias deve ser revista, pois essa política não respeita a Lei Arouca e já foi questionada judicial e administrativamente e, principalmente, porque ela não se mostrou eficaz quanto à execução e gestão das ações, à prevenção das doenças, à formação dos AIS, à participação indígena e ao controle social (CIMI, 2013).

Na visão do CIMI, estes três pontos – fortalecimento do controle social, autonomia dos DSEIs e revisão da política de terceirização – são fundamentais para que se torne possível a construção de uma política pautada na organização, participação, fortalecimento cultural e autonomia dos povos indígenas no país. O problema é que, apesar do crescente protagonismo indígena, o principal responsável pelas conquistas que ocorreram na área da saúde indígena nas últimas décadas, falta vontade política por parte da SESAI, que tem boa parte dos cargos de chefia preenchidos a partir de critérios partidários.

Outro ponto fundamental para a consolidação de um modelo de saúde diferenciado diz respeito à medicina tradicional indígena. O CIMI, em uma nota de 2014, na qual se recuperam os avanços históricos da saúde indígena, apresenta uma proposta de valorização dos conhecimentos utilizados há milênios por xamãs, pajés, parteiras e curadores. A proposta é que seja executada uma política de formação e regularização profissional efetuada nos níveis superior, técnico e básico, como é proposta na própria Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, mas que até hoje não tem sido levada a sério pela Secretaria Especial de Saúde Indígena.

Pesquise mais

Caro aluno, ao longo desta seção, identificamos alguns problemas e apontamos caminhos possíveis para a plena implantação de um modelo de saúde indígena diferenciado. Para aprender mais sobre os desafios que envolvem a saúde indígena, leia a matéria *Indígenas lutam por dignidade e acesso à saúde de qualidade*, disponível em: <http://dssbr.org/site/2013/04/indios-lutam-por-dignidade-e-acesso-a-saude-de-qualidade/>. Acesso em: 9 nov. 2017. Bons estudos!

Sem medo de errar

Na situação-problema desta seção, um agente de saúde é responsabilizado a informar os moradores indígenas da comunidade onde atua sobre a visita de um membro da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena. Além disso, ele também deve redigir um documento em que constem as principais demandas locais. Como proceder em uma situação como esta?

Caro aluno, esta situação-problema envolve um exercício de mediação por parte do agente de saúde. Em um primeiro momento, a transmissão das informações deve ocorrer de maneira objetiva e esclarecedora. Ainda que os moradores indígenas locais não tenham conhecimento acerca da CISI, é muito provável que exerçam em algum nível o controle social; há, inclusive, a possibilidade de que algum morador seja membro do conselho local de saúde ou até mesmo do conselho distrital. De toda forma, o agente de saúde deve sublinhar algumas características próprias da CISI. A primeira delas é o fato de que, diferentemente dos conselhos locais e distritais de saúde, a Comissão Intersetorial não é formada exclusivamente por indígenas, pois membros de distintas organizações diretamente envolvidas com as questões de saúde indígena compõem esse quadro. Outra particularidade da CISI é o fato de ela ser diretamente ligada ao Conselho Nacional de Saúde, o principal órgão deliberativo do Ministério da Saúde. Neste sentido, o agente de saúde deve indicar a relevância da presença de um membro da CISI na comunidade.

Contudo, o agente de saúde deve tomar cuidado para não transmitir a falsa ideia de que as demandas anunciadas pelos moradores serão necessariamente atendidas pela Comissão

Intersetorial. Neste ponto, é importante que o agente de saúde esclareça que a CISI cumpre um calendário anual de reuniões em que muitos assuntos e problemas são considerados e que essa visita de um membro à comunidade não é a metodologia adotada pela Comissão para encaminhar demandas junto ao Conselho Nacional de Saúde. Ou seja, é importante deixar claro que a entrega do documento não necessariamente se transformará em uma recomendação, e que a entrega desse documento também deverá ser feita ao Conselho Local de Saúde, instância local que deve acolher as demandas dos moradores. Por outro lado, é inegável o caráter simbólico da presença de um membro da CISI na comunidade e, por isso, formalizar demandas acaba sendo algo "obrigatório" por parte dos moradores. De uma maneira geral, os indígenas estão acostumados a receber pessoas de diversas organizações, e a entrega de documentos e projetos acaba sendo algo comum.

Ao assessorar os indígenas diante de um membro da CISI, o agente de saúde estará cumprindo com seu papel político, uma vez que tenha a compreensão de que os problemas de saúde vivenciados no cotidiano têm, necessariamente, uma dimensão política a ser considerada. Por último, o contato com um membro da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena deve ser visto pelo agente de saúde como uma possibilidade de dialogar com uma instância que, de certa forma, não possui ingerências políticas, algo que, geralmente, ocorre nas estruturas de poder municipal e do próprio Distrito Sanitário Especial Indígena. Mais uma vez, temos uma situação-problema que apresenta o envolvimento político do agente de saúde, uma vez que ele vislumbra, na visita de um membro, a possibilidade de fortalecer as reivindicações da população onde atua. Esta é uma postura esperada dos profissionais de saúde indígena. Ou seja, o fato é que não é possível o exercício profissional na área da saúde, especialmente quando se trata de saúde indígena, sem posicionamento político. Posicionamento este que, espera-se, seja um fortalecedor das causas indígenas em questão.

Avançando na prática

Ingerência política e perda de autonomia no DSEI

Descrição da situação-problema

Em um Distrito Sanitário Especial Indígena, localizado no estado do Amazonas, um agente indígena tem se deparado com uma situação desagradável. Embora ele tenha sido indicado para o cargo de coordenador do Distrito pelos usuários indígenas, a nomeação acabou sendo para um coordenador desconhecido da população e que se mostrou sem conhecimentos técnicos suficientes para o exercício da função. Como explicar tal situação?

Resolução da situação-problema

A situação-problema acima descrita revela uma realidade que, infelizmente, não é incomum no cotidiano administrativo dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. De acordo com o modelo proposto para a saúde indígena, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas possuem autonomia financeira e administrativa. No caso descrito, então, a indicação do agente de saúde ao cargo de coordenador deveria ser plenamente possível, uma vez que atende aos interesses dos usuários indígenas do Distrito em questão. No entanto, acaba ocorrendo a indicação de um coordenador desconhecido e sem conhecimentos técnicos suficientes para o exercício do cargo. Isso ocorre porque a autonomia dos DSEIs não é garantida na prática. Mais que isto. Os cargos de coordenação dos DSEIs acabam sendo instrumentos de barganhas políticas. Provavelmente, a indicação de alguém que não possui o perfil necessário ocorreu via algum político influente que, fazendo uso dessa influência política, acaba interferindo nos rumos administrativos do Distrito Sanitário Especial Indígena. Ao agente de saúde, resta consolar-se com tal situação ou procurar alguma instância superior para o encaminhamento de uma reclamação formal. O problema é que, muitas vezes, essas determinações políticas têm como origem a própria Secretaria Especial de Saúde Indígena, a qual também tem sua autonomia ameaçada em diversos níveis. Uma possibilidade de resolução desse cenário negativo é o encaminhamento de uma reclamação formal endossada pelos próprios indígenas via Ministério Público estadual ou federal.

Faça valer a pena

1. O controle social é um instrumento dos povos indígenas para o exercício da fiscalização e, também, encaminhamento de recomendações sobre as políticas públicas. Na área de saúde indígena, é garantida a existência de conselhos locais, distritais e nacionais para o exercício desse controle social. Entre as instâncias existentes na rede de saúde indígena, destaca-se a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), devido à sua atuação de assessoramento junto ao Conselho Nacional de Saúde, que é vinculado diretamente ao Sistema Único de Saúde.

A respeito da estrutura e do funcionamento da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena, assinale a alternativa correta.

a) A CISI tem seu surgimento relativamente recente, pois foi criada após a implantação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Sua existência, no entanto, tende a excluir a participação de representantes indígenas.
b) A Comissão Intersetorial de Saúde Indígena é composta por indígenas e demais representantes da sociedade civil, em especial, por organizações que defendem os direitos indígenas.
c) A Comissão Intersetorial de Saúde Indígena tem sido instrumento de manipulação dos interesses indígenas, pois suas recomendações não revelam as demandas indígenas em saúde.
d) A CISI representa uma forma de controle social ultrapassada, pois é baseada em um modelo inspirado nas formas indígenas de organização política.
e) Oficialmente, o Conselho Nacional de Saúde não reconhece a existência da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena, e o que se vê atualmente é uma série de medidas judiciais em defesa da existência dessa Comissão Intersetorial.

2. Não é porque algo possui problemas que devemos descartá-lo. Esse é um pensamento que faz todo sentido quando consideramos o atual modelo de saúde indígena vigente no país. Ainda que seja preciso fazer críticas e apontar deficiências, o esforço maior deve ser o de encontrar possíveis soluções para a efetivação de um modelo que foi conquistado após muitas décadas de luta.

Assinale a alternativa que apresenta uma síntese das melhorias que podem ser realizadas no atual modelo de saúde indígena em vigência.
a) A mudança mais urgente que deve ocorrer na saúde indígena é a retirada da autonomia financeira e administrativa dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, pois essa autonomia tem comprometido a qualidade dos serviços prestados.

b) Deve-se repensar a existência de uma secretaria dedicada exclusivamente à saúde indígena (SESAI), já que sua manutenção necessita de recursos que poderiam ser otimizados com a vinculação da saúde indígena a outro órgão.
c) A saúde indígena deve deixar de ser uma responsabilidade do Estado brasileiro, pois a experiência acumulada prova que os governos não foram capazes de garantir a qualidade nos serviços ofertados aos povos indígenas.
d) A única alternativa para a solução dos problemas da saúde indígena é a transferência de responsabilidade na execução das políticas em saúde para a Fundação Nacional do Índio (FUNAI).
e) A resolução dos problemas em saúde indígena passa pelo fortalecimento da autonomia da SESAI e dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas que, apesar de terem essa autonomia garantida, na prática, não conseguem exercê-la.

3. A saúde indígena talvez seja a área mais emblemática da política indigenista. Isto porque, historicamente, o Estado não tem conseguido assegurar o direito dos povos indígenas a uma saúde diferenciada e de boa qualidade. Mesmo com significativos avanços, a má conduta dos políticos brasileiros produz consequências negativas no quadro geral da saúde indígena. O resultado: instâncias responsáveis pela execução de políticas públicas tornam-se palco de conluios, cuja finalidade é a manutenção dos interesses hegemônicos no poder.

Assinale a alternativa que identifica os principais problemas relativos à saúde indígena no Brasil.

a) É possível afirmar que, desde a invasão pelos portugueses, nada avançou em termos da saúde dos povos indígenas no país. Ou seja, não existem garantias legais que assegurem um tratamento diferenciado aos povos indígenas.
b) Os problemas que a saúde indígena enfrenta no país têm como causa principal a falta de uma rede de saúde que ofereça atendimento diferenciado aos povos indígenas.
c) O quadro negativo da saúde indígena no país relaciona-se à falta de protagonismo dos próprios indígenas, uma vez que os principais interessados não se articulam politicamente, a fim de reivindicarem seus direitos.
d) No país, existe um modelo de saúde indígena bem estruturado, o problema é que estas estruturas têm sido ocupadas por gestores indicados por interesses políticos, e a autonomia dos órgãos competentes não tem sido garantida.
e) A saúde indígena continua sendo tratada com falta de profissionalismo, pois a maioria dos profissionais de saúde exerce suas funções de forma voluntária.

Seção 3.2

Indicadores de saúde

Diálogo aberto

Caro aluno, nesta seção, aprenderemos a respeito do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Veremos que a informação é algo muito valioso para a identificação dos problemas e para o planejamento das ações em saúde. Um sistema de informação de qualidade permite que as distintas realidades de saúde dos povos indígenas sejam devidamente conhecidas. No entanto, são vários os desafios para que um sistema de informação funcione plenamente. As dificuldades se iniciam na coleta de dados, já que um grande número de informações precisa ser registrado. Por sua vez, os dados por si só não garantem qualquer melhoria nos serviços prestados. Ou seja, é preciso que as análises decorrentes das informações obtidas se transformem em planejamento e desenvolvimento de ações específicas.

Na situação-problema desta seção, focaremos na etapa inicial de todo este processo. Nela, o agente de saúde foi requisitado para coletar dados para alimentar o processo de monitoramento da saúde indígena. Como ele deve proceder?

Para resolver essa situação-problema, você deve compreender a estrutura e o funcionamento do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). O SIASI possui um conjunto de instrumentos de coleta de dados que devem ser operacionalizados. Após a coleta dos dados, o sistema deve ser devidamente abastecido. No item Não pode faltar, você encontrará o conteúdo necessário para resolver essa situação-problema, por isso é fundamental que você o leia com bastante atenção. Bons estudos!

Não pode faltar

O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): estrutura e funcionamento

O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) é um sistema de informação gerido pelo Ministério da Saúde, que foi

criado para coletar e administrar os dados de saúde dos usuários do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) do Sistema Único de Saúde (SUS). O SIASI foi concebido em 1999, com implantação iniciada em 2000 em todos os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e integra a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Os principais objetivos do sistema são a coleta, o processamento e a análise de informações para o monitoramento da saúde das comunidades indígenas.

Sousa, Scatena e Santos (2007) informam que, até 1999, era a FUNAI quem gerenciava as informações de saúde dos povos indígenas. Os dados de nascimentos e óbitos, coletados nas aldeias, não eram, no entanto, analisados e divulgados de maneira satisfatória. Dessa forma, já na primeira conferência nacional de proteção à saúde do índio, ocorrida em 1986, foi apontada a necessidade da criação de um sistema de informação específico para os povos indígenas. Nesta ideia inicial pensou-se em um sistema com capacidade para coleta e processamento regular dos dados, a fim de permitir, além da análise epidemiológica, um retrato da dinâmica populacional a partir das especificidades socioculturais dos povos indígenas no país.

A importância de um sistema como o SIASI reside no fato de que, nas análises de situações de saúde, a informação é um elemento fundamental. Como destacam Sousa, Scatena e Santos (2007), as informações oferecem subsídios para a organização e o planejamento dos serviços de saúde, e o SIASI, como definido pela própria Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, permite que os órgãos gestores e de controle social identifiquem a compatibilidade entre as ações planejadas e as efetivamente executadas.

O processo de implantação do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI), iniciado em 2000, envolveu, como observam Sousa, Scatena e Santos (2007), uma reunião nacional com os coordenadores dos DSEIs e treinamentos de suas equipes. Nos anos iniciais, os DSEIs alimentaram o SIASI em sua modalidade on-line, mas as dificuldades operacionais decorrentes da alimentação on-line fizeram com que ocorresse uma mudança, assim foi criado o chamado SIASI local, que permite a entrada de dados e a geração de relatórios locais e o envio das informações consolidadas para o SIASI Web (base de dados sediada em Brasília, que permite a consulta e a geração de informações pela internet).

O SIASI foi, inicialmente, estruturado nos módulos morbidade, imunização, demográfico, nutrição, saúde bucal, recursos humanos, acompanhamento à gestação, saneamento e infraestrutura. No entanto, ao longo dos primeiros anos de funcionamento do sistema, somente os módulos demográfico, morbidade e imunização (nas versões 1.0, 2.0 e 3.0, respectivamente) foram implantados, e o módulo saneamento acabou contando com um sistema próprio, o SISABI (Sistema de Informação sobre Saneamento Básico em Áreas Indígenas) (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007). A ideia dessa divisão em módulos é a de que eles possibilitariam a geração de relatórios específicos. O primeiro módulo implantado foi o demográfico e, por meio dele, ocorre a entrada dos dados de cada indígena, a partir do nome da pessoa, bem como o registro dos nascimentos e dos óbitos. Com isso, os módulos morbidade e imunização tiveram seu funcionamento atrelado ao módulo demográfico.

O percurso das informações e dos dados no sistema é definido pelo chamado "Documento Base" do SIASI. Com isso, os dados devem ser produzidos nas comunidades, coletados em instrumentos padronizados e encaminhados para os polos base. Uma vez nos polos, deve ocorrer a digitação no SIASI local com a emissão de relatórios e análises das respectivas áreas de abrangência do polo em questão e, finalmente, deve ocorrer o envio dos lotes para Brasília, onde ocorre tanto a coordenação do funcionamento do SIASI como a geração da base de dados nacional. Em casos em que os polos base não tenham capacidade operacional para realizar essas atividades, a responsabilidade pelo envio dos dados e pela produção de relatórios é do próprio DSEI.

Sousa, Scatena e Santos (2007) observam que, em seus primeiros anos de implantação, algumas variáveis, como peso ao nascer, Apgar (avaliação das condições de vitalidade do recém-nascido), número de filhos tidos anteriormente e número de consultas pré-natal, eram ausentes no SIASI. A falta desses dados comprometeria uma análise epidemiológica mais acurada. A análise da mortalidade, por sua vez, também era comprometida, porque o módulo demográfico contava com poucos dados referentes ao óbito.

Já o módulo morbidade (morbidade é a taxa de determinada doença em relação à população total estudada) é muito abrangente e contém, desde sua implantação, dados sobre exames efetuados, consultas realizadas, referência e contrarreferência. Sousa, Scatena

e Santos (2007) apontam que, apesar de abrangente, esse módulo possuía limitações do ponto de vista da vigilância em saúde, pois não é possível investigar doenças de notificação compulsória (doenças que precisam ser notificadas por apresentarem risco à população).

O módulo de imunização do SIASI continha dados sobre a vacina aplicada, dose, lote e data. O módulo, tal como fora concebido, além de fornecer subsídios para o planejamento da administração das vacinas no DSEI, também permitiria monitorar a situação vacinal de cada indivíduo. De acordo com Sousa, Scatena e Santos (2007), trata-se de um módulo que auxilia o planejamento das ações se for alimentado com dados de maneira rotineira.

De acordo com o Ministério da Saúde, essa versão antiga do SIASI durou até 2012, quando foi criada a versão 4.0. Esta última versão, além de atualizações nos módulos demográfico, morbidade e imunização, conta também com novos módulos: ações coletivas preventivo-educativa, óbitos, vigilância nutricional, saúde bucal, saúde da criança e saúde da mulher (gestante, puerpério, prevenção do câncer do colo do útero [PCCU]). Ainda segundo o Ministério, em 2013, foram realizadas capacitações para utilização do sistema em todos os DSEIs.

Assimile

O SIASI é um importante sistema de informação que integra outros sistemas vinculados ao SUS. A informação é algo extremamente importante quando se trata de saúde, pois por meio da análise dos indicadores é possível monitorar os principais problemas em saúde que afetam os povos indígenas no país. O pleno funcionamento do SIASI depende de vários fatores, entre eles, o treinamento e empenho dos profissionais de saúde na coleta e o preenchimento dos dados, o que, por sua vez, não é uma tarefa necessariamente fácil. Por outro lado, somente a existência dos dados não resolve os problemas da saúde indígena. Eles devem servir de subsídio para orientar políticas e ações específicas no combate das principais causas de doença e morte entre esses povos.

Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): algumas deficiências

Sousa, Scatena e Santos (2007) observam que a concepção do SIASI enfatizou o componente de informatização. Com isso, ainda que os dados sejam coletados, armazenados e processados

(isto em uma situação ideal), a análise e o emprego dessas informações não ocorrem de maneira satisfatória, ou seja, os dados não são devidamente utilizados para execução e avaliação das ações em saúde.

Outra deficiência do SIASI apontada por Sousa, Scatena e Santos (2007) refere-se às variáveis que compõem os instrumentos de coleta. Algumas variáveis fundamentais não foram incluídas e outras de pouca relevância foram inseridas. Assim, o SIASI conta com um número excessivo de dados que, via de regra, não são devidamente valorizados pelos profissionais usuários. No cotidiano da atenção à saúde indígena, muitas vezes, esses formulários não são preenchidos.

A qualidade de um sistema de informação depende da qualidade dos dados coletados, da regularidade da coleta e do preenchimento correto dos módulos. No entanto, a falta de capacitação específica e um demasiado número de instrumentos de coleta acabam gerando imprecisões e inconsistências. A diversidade de profissionais – desde o médico da equipe até o agente indígena de saúde – que preenchem os instrumentos usados pelo SIASI e a alta rotatividade desses profissionais também explicam essa deficiência do sistema.

Um aspecto frágil na operacionalização do SIASI é a subnotificação da morbidade em geral. Isso ocorre devido à descontinuidade da assistência nas aldeias, já que, geralmente, não é possível recuperar informações dos períodos de ausência dos profissionais das áreas indígenas e nem sempre os Agentes Indígenas de Saúde dão conta de coletar todos os dados de toda área de abrangência. A ausência das equipes na área também gera uma demora no despacho dos dados para as demais instâncias.

Caro aluno, tendo identificado algumas deficiências do SIASI, que tal conhecermos algumas de suas principais potencialidades?

Exemplificando

Os instrumentos de coleta de dados do SIASI, em suas versões iniciais, incluíam: Cadastro da Família; Formulário de Consulta; Prontuário; Livro do Agente Indígena de Saúde (AIS); Consolidado Mensal das Atividades; Formulário de Referência e Contrarreferência; e Relatório de Imunizações (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007). Veja que se trata de um conjunto abrangente que necessita de muitas informações, não é mesmo?

Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): algumas potencialidades

Apesar das limitações do SIASI, é inegável que ele também apresenta aspectos positivos. Como observam Sousa, Scatena e Santos (2007), ele reúne uma diversidade de informações acerca da realidade dos povos indígenas em termos de saúde. Esses dados podem ser verificados em vários níveis: individual, da unidade familiar, por comunidades e etnias, o que, por sua vez, possibilitaria inúmeras análises. Os dados sobre a composição das famílias permitem efetuar a transferência de informações entre comunidades e DSEIs.

É preciso considerar também que o SIASI pode ser operacionalizado e analisado nas instâncias locais, desde que os profissionais da saúde indígena tenham recebido capacitação para isso. Para Sousa, Scatena e Santos (2007), com alguns ajustes estruturais, o SIASI poderia contribuir com o monitoramento das condições de saúde nas comunidades indígenas. No entanto, para que isso aconteça, a organização dos serviços e o modelo de gestão preconizados para os DSEIs deveriam ocorrer de fato (como vimos em outro momento, infelizmente, não é isso o que se passa nos DSEIs, não é mesmo?).

Um sistema de informação adequado aliado ao modelo de atenção primária com equipes multidisciplinares de saúde indígena com presença constante nas áreas diminuiria a subnotificação de óbitos, doenças e nascimentos. O pleno funcionamento do SIASI aumentaria as possibilidades de intervenções oportunas e controle dos problemas identificados em cada comunidade indígena.

Até aqui temos visto a importância, o funcionamento, os limites e as potencialidades do SIASI. Que tal conhecermos um pouco sobre um triste indicador de saúde: a mortalidade infantil indígena?

Indicadores de mortalidade infantil entre os indígenas: um breve panorama

No final de 2016, o Ministério da Saúde do Brasil anunciou várias ações com o objetivo de reduzir em 20% a mortalidade infantil entre crianças indígenas com até cinco anos de idade. Espera-se que a meta seja atingida em 2019. Segundo o Ministério, 65% dos óbitos têm como causas as doenças parasitárias, nutricionais e respiratórias. Metade das mortes dos bebês indígenas ocorre no primeiro mês de vida.

Na agenda lançada, estão previstas cinco metas: assegurar que 85% das crianças menores de cinco anos cumpram o calendário de vacinação estabelecido pelo Ministério da Saúde; garantir que 90% das gestantes tenham acesso ao pré-natal; investigar 80% dos óbitos materno-infantil fetal; realizar consultas de desenvolvimento e crescimento em crianças indígenas menores de 1 ano; e ampliar o acompanhamento nutricional das crianças indígenas menores de 5 anos para 90%. O Ministério da Saúde também destaca uma melhora nos índices de mortalidade infantil indígena no país. Entre os anos 2000 e 2015, houve uma queda de 58%, e as taxas reduziram de 74,61 mortes por mil nascidos vivos para 31,28. No entanto, se comparada à média nacional, que é de cerca de 13,8 óbitos a cada mil nascidos vivos, a mortalidade infantil indígena ainda é muito alta.

Apesar da diminuição noticiada pelo Ministério da Saúde no período de 2000 a 2015, o relatório *Violência contra os Povos Indígenas no Brasil*, publicado pelo Centro Indigenista Missionário (CIMI, 2017), revela que o número de óbitos de crianças menores de 5 anos de 2015 para 2016 cresceu. Em 2015, houve 599 óbitos e, em 2016, o número chegou a 735. Entre as causas das mortes estão a desnutrição proteico-calórica grave; morte sem assistência; septicemia (infecção) não especificada; gastroenterite de origem infecciosa presumível; e pneumonia. O local com maior incidência dos óbitos em 2016 foi o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Yanomami, com um total de 103 mortes. A situação também é preocupante nas áreas de abrangência dos DSEIs de Mato Grosso do Sul, leste de Roraima, Médio Rio Solimões e afluentes e Maranhão. As mortes dessas crianças estão diretamente relacionadas às questões vinculadas à terra, tema que tratamos nas seções iniciais, pois territórios constantemente ameaçados ou deteriorados contribuem para que o quadro geral de saúde entre os indígenas seja prejudicado e que a mortalidade infantil seja tão alta.

Como dito, o Ministério da Saúde espera reduzir em 20% a mortalidade de indígenas com até cinco anos até 2019. Mas será que as ações propostas pelo Ministério para alcançar tal meta são acordadas com os próprios povos indígenas? Não é bem isso o que demonstra a reportagem do Jornal Brasil de Fato, intitulada *Programa de combate à mortalidade infantil não escuta indígenas*, publicada em 2016 (CAMPELO, 2016). De acordo com Roberto Liebgott, membro da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena

(CISI) e presidente do Conselho Indigenista Missionário (CIMI-Sul), as deliberações do Ministério não foram dialogadas junto aos conselhos locais e distritais. Outro limite das ações propostas pelo Ministério diz respeito ao fato de os problemas estruturais que atingem a saúde indígena continuarem sem resolução. Ou seja, se não há medicamentos, equipamentos, atendimentos e médicos suficientes, pouca coisa poderá, efetivamente, ser realizada. A resolução desses problemas em saúde também envolve a garantia de que os povos indígenas tenham acesso a um território onde haja água de qualidade, em que o solo não esteja contaminado e degradado. Do contrário, como garantir a saúde infantil indígena?

De acordo com o ponto de vista, reproduzido na reportagem, do presidente de um Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), Pina Tembé, a principal causa das doenças e dos óbitos relaciona-se com a questão da terra. Isso quer dizer que medidas curativas não resolverão um problema que se vincula, principalmente, à demarcação dos territórios. Inclusive, a relação entre território e saúde foi um dos pontos explorados durante nossa disciplina.

Uma das causas da mortalidade infantil indígena é, como vimos, a desnutrição. Neste ponto, a segurança alimentar só será garantida a partir do acesso garantido dos povos indígenas a bons lugares de plantação, caça e pesca. No entanto, há comunidades acampadas na beira da estrada dependentes de cestas básicas compostas por alimentos pobres do ponto de vista nutricional. Em situações como esta, a desnutrição infantil tende a permanecer.

Aluno, a mortalidade infantil é apenas um dos componentes que formam o perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil, tema sobre o qual nos dedicaremos nas seções futuras. Por sua vez, como podemos compreender ao longo desta seção, os indicadores de saúde só podem ser conhecidos através da coleta de dados que abastecem um sistema de informação, no caso da saúde indígena, o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena, o SIASI. O conhecimento desses dados fornece subsídios para que sejam planejadas e executadas ações específicas em saúde para a melhoria das condições de vida dos povos indígenas. No entanto, ainda há um longo caminho e muita coisa a ser feita para que isso ocorra de maneira satisfatória, não é mesmo? Nos vemos na próxima seção, bons estudos e até lá!

Reflita

A taxa de mortalidade infantil entre os povos indígenas é um problema grave em nosso país. Apesar do aumento de recursos e de melhoras significativas em alguns períodos, a probabilidade de uma criança indígena morrer antes de completar 4 ou 5 anos é muito maior do que uma criança não indígena. O que precisa ser feito para que as crianças indígenas e não indígenas tenham as mesmas condições de vida no Brasil?

Pesquise mais

Caro aluno, para saber mais sobre a mortalidade infantil indígena, leia a matéria intitulada *A cada 100 índios mortos no Brasil*, 40 são crianças, disponível em: <www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/02/140221_sub_mortes_indios_pai_jf>. Acesso em: 18 nov. 2017.

Você também pode conhecer os relatórios e visualizar as informações do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), disponíveis em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-indigena/gestao/siasi>. Acesso em: 4 dez. 2017.

Sem medo de errar

Na situação-problema desta seção, foi perguntado como deve proceder um agente de saúde requisitado para coletar dados para alimentar o processo de monitoramento da saúde indígena. Caro aluno, para resolver essa situação-problema, é preciso compreender sobre a estrutura e o funcionamento do SIASI. É por meio dele que o agente de saúde realizará a coleta de dados ao qual foi responsabilizado. Essa coleta de dados é feita no nível local, ou seja, diretamente junto aos usuários indígenas. Provavelmente, o agente de saúde não seja o único profissional da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena responsável pela coleta dos dados, até porque há um grande número de informações a serem registradas. Veja que nas primeiras versões do SIASI existiam vários instrumentos de coleta de dados: o Cadastro da Família; o Formulário de Consulta; o Prontuário; o Livro do Agente Indígena de Saúde (AIS); o Consolidado Mensal das Atividades; o Formulário de Referência e Contrarreferência e o Relatório de Imunizações. A versão 4.0. do SIASI, implantada a partir de 2012, conta com novos módulos: ações

coletivas preventivo-educativas, óbitos, vigilância nutricional, saúde bucal, saúde da criança e saúde da mulher (gestante, puerpério, prevenção do câncer do colo do útero [PCCU]). Ou seja, é preciso que haja uma divisão de tarefas entre a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, pois o contrário irá gerar um acúmulo de trabalho, o qual poderá comprometer a própria qualidade dos dados coletados.

Com os dados coletados nas comunidades, o agente de saúde deverá encaminhá-los para o seu polo base de referência. Uma vez no polo, deve ocorrer a digitação no SIASI local com a emissão de relatórios e análises das respectivas áreas de abrangência do polo em questão. Veja que a tarefa de digitação no SIASI local não é, necessariamente, uma atividade a ser desenvolvida pelo agente de saúde e, talvez, haja um funcionário do polo base para realizar essa tarefa. É importante notar que, caso o polo base não tenha capacidade operacional para realizar essas atividades, a responsabilidade pelo envio dos dados e pela produção de relatórios é do próprio Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). De toda forma, a principal atividade a ser realizada pelo agente de saúde é a coleta nas comunidades junto aos usuários indígenas.

O agente de saúde deverá lidar com um grande número de instrumentos e deverá tomar cuidado para não produzir dados imprecisos e inconsistentes. Algo fundamental é que o agente de saúde em questão tenha recebido a devida capacitação técnica para operar os instrumentos de coleta de dados. No mais, também é importante que o agente de saúde se comprometa em contribuir com os principais objetivos do SIASI: coleta, processamento e análise de informações para o monitoramento da saúde das comunidades indígenas. O agente de saúde também poderá, se for uma atividade designada e possuir capacitação para tal, operar o SIASI local, que permite a entrada de dados e a geração de relatórios locais e o envio das informações consolidadas para o SIASI Web.

Caro aluno, veja que a atividade de coleta de dados a ser realizada pelo agente de saúde é extremamente importante para manter a qualidade das informações do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena. Não se trata, porém, de uma atividade simples, pois exige capacitação e empenho do profissional em coletar um grande número de informações.

Avançando na prática

Mortalidade infantil indígena

Descrição da situação-problema

A partir da análise de relatórios parciais de uma terra indígena do estado do Mato Grosso, verificou-se um aumento significativo da mortalidade infantil no último ano. A Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) ficou responsável por elaborar um projeto de intervenção, com o objetivo de reduzir esses números. Como você, aluno, colaboraria com tal projeto?

Resolução da situação-problema

Caro aluno, infelizmente, a mortalidade infantil é um problema que afeta os povos indígenas no país. Para a resolução dessa situação-problema, é preciso considerar alguns fatores que explicam os altos índices de mortalidade e, principalmente, dialogar com o que já vem sendo discutido e proposto pelas instâncias responsáveis pela saúde indígena. Em um primeiro momento, poderia ser sugerido que a EMSI revisse as últimas ações previstas pelo Ministério da Saúde para a diminuição da mortalidade infantil indígena. Neste sentido, cada uma das cinco metas propostas pelo Ministério poderia ser analisada cuidadosamente. Lembrando que as ações são: assegurar que 85% das crianças menores de cinco anos estejam devidamente vacinadas; garantir que 90% das gestantes tenham acesso ao pré-natal; investigar 80% dos óbitos materno-infantil fetal; realizar consultas de desenvolvimento e crescimento em crianças indígenas menores de 1 ano; e ampliar o acompanhamento nutricional das crianças indígenas menores de 5 anos para 90%. Uma forma de avaliar a possibilidade de execução dessas metas é apresentá-las e discuti-las amplamente junto aos próprios usuários indígenas. Neste sentido, tão importante quanto conhecer as propostas do Ministério é o diálogo que a EMSI deve desenvolver junto aos conselheiros locais, às lideranças e aos demais moradores. Veja que, diferentemente dos gestores do Ministério, é a EMSI que atua no nível local e, por isso, pode ter uma compreensão mais alargada a respeito das dificuldades e também das possibilidades de desenvolvimento de ações específicas. Como foi citado na descrição

dessa situação-problema, a análise minuciosa dos relatórios parciais oferecidos pelo SIASI local é fundamental, pois o aumento da taxa de mortalidade pode ter ocorrido devido a algo bem específico, como a presença de um rotavírus. Espera-se, então, que o Sistema de Informação esteja sendo utilizado de maneira satisfatória, pois isso possibilitará que uma ação específica seja desenvolvida.

Caro aluno, com essas abordagens iniciais, com certeza, um projeto de combate à mortalidade infantil indígena poderá ser desenvolvido!

Faça valer a pena

1. A informação é um bem precioso. Essa afirmativa é válida quando pensamos na rede de saúde indígena existente no país. A existência de um Sistema de informação específico para os povos indígenas não só garante que haja um conhecimento sobre um aspecto extremamente importante da realidade desses povos, a saúde, como possibilita que ações sejam planejadas e executadas.

A respeito do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), assinale a alternativa correta:

a) O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) não possui um sistema de informação próprio.
b) O SIASI é um Sistema de Informação em fase de elaboração, pois sua primeira versão ainda está sendo implantada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs).
c) O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena é vinculado à Fundação Nacional de Assistência ao Índio (FUNAI) desde sua criação.
d) A necessidade da criação de um sistema de informação específico para a saúde indígena foi anunciada em 1986, durante a primeira conferência nacional de proteção à saúde do índio.
e) O SIASI pode ser considerado um Sistema de Informação extremamente deficiente, por isso é impossível apontar algum aspecto positivo em sua estrutura e funcionamento.

2. Somente a informação não basta. Essa afirmativa é verdadeira quando analisamos o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena, pois, ainda que os dados sejam coletados, processados e analisados, é preciso que essas informações sejam convertidas em planejamento e ações em

saúde. No entanto, uma série de dificuldades contribui para que a coleta dos dados, ou seja, a fase inicial de todo este processo seja comprometida e ocorram imprecisões.

Sobre as dificuldades que os profissionais da saúde indígena encontram para realizar a coleta dos dados que alimentam o SIASI, assinale a alternativa correta.

a) O SIASI não conta com instrumentos de coleta de dados devidamente sistematizados, o que explica a fragilidade dos dados fornecidos e a dificuldade dos profissionais da saúde indígena em coletá-los.
b) Os profissionais da saúde precisam coletar os dados e enviá-los imediatamente para Brasília, o que só é possível com acesso à internet. Por isso, muitos dados coletados acabam sendo descartados.
c) Como o SIASI se encontra em sua quarta versão, os profissionais de saúde não possuem dificuldades na coleta dos dados.
d) A coleta dos dados é dificuldade pelo fato de os usuários indígenas não colaborarem com o trabalho realizado pelos profissionais que compõem as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena.
e) Entre as principais dificuldades, está o grande número de dados que precisam ser coletados, pois existem vários módulos a serem preenchidos.

3. A mortalidade infantil é um grande problema da saúde indígena. Ainda que as taxas de mortalidade tenham diminuído nos últimos anos, um bebê não indígena corre muito mais risco de morrer antes de completar um ano de idade do que um bebê não indígena. Muitas mortes poderiam ser evitadas se os direitos constitucionais, principalmente, aqueles ligados à demarcação dos territórios indígenas fossem efetivamente garantidos.

A respeito da mortalidade infantil indígena no país, assinale a alternativa correta.

a) O Ministério da Saúde tem se mostrado omisso com relação ao problema e não prevê nenhuma ação em específico para diminuir as taxas de mortalidade infantil indígena no país.
b) A mortalidade infantil é um problema que atinge todas as crianças brasileiras, indígenas e não indígenas. As crianças indígenas, por sua vez, contam com maiores cuidados devido ao fato de existir um subsistema de saúde específico para o atendimento desses povos.
c) A mortalidade infantil, assim como outros problemas de saúde, tem como causa principal as condições de vida desses povos. A desnutrição,

por exemplo, está diretamente ligada à insegurança alimentar, ocasionada pela histórica usurpação de seus territórios.

d) A principal causa da mortalidade infantil indígena é a manutenção que os indígenas fazem de suas formas tradicionais de cuidados, ou seja, as práticas indígenas relativas aos cuidados com o recém-nascido, por exemplo, acabam colaborando para o aumento da taxa de mortalidade.

e) A mortalidade infantil é um problema grave da saúde indígena. O Ministério da Saúde, após um amplo debate com os povos indígenas, estabeleceu algumas metas para diminuir esses indicadores nos próximos anos.

Seção 3.3

Perfil epidemiológico dos povos indígenas

Diálogo aberto

Caro aluno, a informação é um bem precioso na saúde indígena, não é mesmo? É através dela que podemos conhecer os principais problemas que afetam os povos indígenas. Esses dados permitem que o perfil epidemiológico dos povos indígenas possa ser formulado. Na situação-problema desta seção, um agente de saúde tem percebido que os indicadores sobre o perfil epidemiológico da terra indígena em que atua não correspondem de maneira tão fidedigna à realidade cotidiana da população indígena. Por exemplo, ele tem verificado que doenças relacionadas aos distúrbios alimentares, como anemia e obesidade infantil, não são notificadas, e até mesmo alguns óbitos decorrentes de quadros de doenças diarreicas agudas são registrados na categoria "causas não identificadas". Ou seja, parece haver um descuido por parte da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena em precisar informações, bem como em efetuar uma investigação mais aprofundada a respeito do perfil epidemiológico dos moradores indígenas. Quais mudanças o agente de saúde poderia sugerir para que se construa um perfil epidemiológico local com mais qualidade?

Para resolver essa situação-problema, é preciso considerar, primeiramente, os diversos aspectos envolvidos na construção de um perfil epidemiológico. Há limites para identificação das causas de morte em um determinado território? Por que os dados não estariam correspondendo ao que é verificado pelo agente de saúde local?

A leitura do item *Não pode faltar* pode lhe proporcionar uma visão abrangente a respeito das principais características do perfil epidemiológico dos indígenas no país e lhe dará subsídios para propor uma boa resolução para a situação-problema. Por isso, não deixe de estudá-lo!

Não pode faltar

Características gerais do perfil epidemiológico dos povos indígenas

Caro aluno, na seção passada, aprendemos como os dados disponibilizados pelo Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) contribuem para a compreensão da saúde indígena no país. Nesta seção, aprenderemos de uma maneira mais aprofundada a respeito das características mais gerais do perfil epidemiológico dos povos indígenas. Quais são as principais doenças que atingem esses povos? De quais formas as mudanças nos modos de vida influenciam no aparecimento de epidemias? São essas e outras as questões que procuraremos responder. Vamos iniciar?

Conforme observam Basta, Orellana e Arantes (2012), um primeiro ponto a ser considerado quando abordamos os perfis de adoecimento e morte dos povos indígenas refere-se aos impactos negativos derivados do contato desses povos com os não indígenas no Brasil a partir da invasão europeia iniciada em 1500. Ao analisarmos as principais causas de morte durante a trajetória de contato forçado pelos não indígenas, encontraremos, além daquelas relacionadas à violência (genocídios, guerras), a proliferação de doenças infecciosas, como tuberculose, varíola, sarampo e gripe. Esse processo de contato alterou profundamente a realidade demográfica dos povos indígenas e provocou uma série de mudanças que, de uma maneira geral, resultou, por exemplo, na perda de territórios e alterações nos modos de vida. Aliás, essa história marcada por muita violência e que afetou de forma negativa o modo de vida dos povos indígenas foi algo que já estudamos nas seções iniciais. De toda forma, é fundamental compreender que a realidade atual dos processos de saúde e doença dos povos indígenas relaciona-se diretamente com o processo histórico de contato forçado.

É preciso ponderar também que, apesar do genocídio praticado contra os povos indígenas, a partir das últimas décadas do século XX, houve uma acentuada recuperação populacional. Por sua vez, o recente aumento populacional trouxe uma série de desafios para a área de saúde, pois foi acompanhado de transformações nos padrões de adoecimento e morte desses povos. As altas taxas de natalidade, por exemplo, representam um desafio para que se efetive a oferta de assistência médica de maneira satisfatória e generalizada.

De acordo com Basta, Orellana e Arantes (2012), um dos limites para se compreender a realidade dos povos indígenas no que diz respeito à saúde é a escassez de dados consolidados e disponíveis para a consulta pública. Apesar disso, é possível conhecer alguns indicadores e compreender que a situação de saúde dos povos indígenas no Brasil é muito mais precária quando comparada a outros segmentos da população brasileira.

Comecemos com as informações fornecidas a partir das notificações de mortes, uma vez que essas informações possibilitam a estimação de alguns aspectos relativos às condições de vida, de saúde e níveis socioeconômicos (BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012). Os dados do SIASI do ano de 2002, ou seja, em seus anos iniciais de funcionamento, disponibilizados pela Fundação Nacional de Saúde, indicam que as mortes entre os indígenas ocorreram devido a: doenças infecciosas e parasitárias (10,2%); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (10,8%); doenças do aparelho respiratório (12,3%); causas externas de morbidade e de mortalidade (16,8%); e causas mal definidas (23,8%) (FUNASA, 2003 apud BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012).

Nestes dados, podemos notar que o percentual de "causas mal definidas" é muito alto (23,8%). O interessante é que 41% dos registros assim classificados aconteceram entre crianças menores de cinco anos de idade, ou seja, muitas crianças indígenas morrem sem que a causa seja identificada. Trata-se, portanto, da mortalidade infantil decorrente da insuficiente assistência à saúde dos povos indígenas – um tema que abordamos inicialmente na seção anterior. Já a segunda principal causa de morte, as "causas externas de morbidade e de mortalidade" (16,8%), referem-se às mortes ocorridas por agressões, acidentes e suicídios. Veja que é alto o número de mortes relacionadas a problemas sociais de maior complexidade, e entre as mortes por agressões e acidentes devemos considerar o alto número de assassinatos de indígenas decorrentes de conflitos fundiários, ou seja, muitos indígenas são mortos anualmente vítimas de perseguições e emboscadas efetuadas por posseiros e invasores de suas terras.

Os registros de mortalidade referentes às "doenças infecciosas e parasitárias" (10,2%) somados aos registros das "doenças do aparelho respiratório" (12,3%) totalizam 22,5% de todas as causas de mortalidade. Ou seja, se as consideramos em um único conjunto,

tornam-se a principal causa de mortes entre os indígenas. Esses dados também corroboram os altos índices de mortalidade infantil, pois as crianças menores de cinco anos são as mais afetadas pelas doenças infecciosas, parasitárias e do aparelho respiratório (LUNARDI, 2007 apud BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012). Uma observação importante de ser feita é de que a maior parte dessas doenças é tratável, quando identificadas a tempo. Ou seja, essas estatísticas poderiam ser bem melhores se houvesse mais eficiência no diagnóstico e tratamento desses males, não é mesmo?

Os dados referentes às doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (10,8%) revelam que a maioria (77%) desse montante ocorreu em função de desidratação e desnutrição em crianças menores de cinco anos de idade. Essas mortes poderiam ser evitadas se houvesse adequada oferta de atenção integral à saúde da criança em termos de diagnóstico e tratamento, por exemplo.

Os dados apresentados informam a respeito das principais causas de morte entre os povos indígenas no Brasil. Em seções futuras, trataremos especificamente dessas causas aqui enunciadas (suicídio e alcoolismo) e de algumas doenças (malária, tracoma, tuberculose, doenças diarreicas agudas, obesidade e hipertensão). Até lá, que tal compreendermos um pouco mais a respeito das características mais gerais do perfil epidemiológico dos povos indígenas?

Exemplificando

Os dados sobre mortalidade indígena referentes ao período que vai de 2007 a 2013, informados pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), não são muito animadores. As mortes por "causas externas" chegaram a 2.365 casos, dos quais 833 foram vítimas de homicídio.
O maior número de assassinatos ocorreu no DSEI Mato Grosso do Sul, 137. Nestes sete anos (2007 a 2013), houve 351 mortes por suicídio. A região do Alto Solimões, oeste do Amazonas, registrou 104 casos.
De acordo com os dados da SESAI, obtidos pela BBC Brasil através da Lei de Acesso à Informação, entre os indígenas brasileiros, as doenças respiratórias foram a principal causa de morte (15,3%) nesse período.
Um dado em especial revela um grande problema da saúde indígena: a mortalidade infantil. Cerca de 40% de todas as mortes registradas entre 2007 e 2013 foram de crianças com até 4 anos
Disponível em: <www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/02/140221_sub_mortes_indios_pai_jf>. Acesso em: 28 nov. 2017.

Características gerais do perfil epidemiológico dos povos indígenas: um panorama geral

É preciso considerar que os fatores determinantes do processo saúde-doença entre os povos indígenas são muito distintos, e o perfil delineado pode mudar consideravelmente de um povo para outro, e até dentro de um mesmo povo, a depender, dentro outras coisas, das condições do território, por exemplo. Por isso não é possível generalizar padrões epidemiológicos, uma vez que os indicadores de saúde não conseguem englobar a diversidade existente entre os povos indígenas no Brasil (BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012). Soma-se a esse quadro a falta e a inconsistência de algumas informações disponíveis, algo que aprendemos na seção dedicada ao Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI).

Existem dificuldades em se conhecer de forma mais detalhada as condições de saúde dos povos indígenas no país. No entanto, essa situação não impede que se afirme, por exemplo, que a mortalidade infantil indígena é muito mais acentuada quando comparada com a população não indígena. O mesmo ocorre para os dados sobre a mortalidade geral, pois, como vimos, há um percentual muito elevado de causas mal definidas. Ou seja, ainda que não seja possível traçar com extrema precisão as múltiplas realidades da saúde indígena no país, alguns pontos são inequívocos.

Vejamos, por exemplo, as altas taxas de mortalidade por causas externas, indicativas de que o alcoolismo e a violência, problemas sociais de maior complexidade, têm sido cada vez mais recorrentes. É inegável também a presença das doenças infecciosas, parasitárias e do aparelho respiratório entre as principais causas de adoecimento e óbito entre os povos indígena no país. As taxas de incidência de doenças como a tuberculose, por exemplo, só se comparam àquelas registradas entre os grupos mais marginalizados da população, como os presidiários e moradores de rua.

Neste panorama geral do perfil epidemiológico dos povos indígenas no país, ainda devemos destacar o elevado número de casos de malária e de hepatites virais. Mas não para por aí, pois há um grande número de atendimentos por parasitoses intestinais, pneumonias e diarreias que atingem, principalmente, as crianças menores de cinco anos.

O crescente aumento nas ocorrências de doenças cardiovasculares, neoplasias (cânceres), diabetes mellitus tipo II,

hipertensão arterial e obesidade aparecem como problemas cada vez mais recorrentes. Essas doenças, por sua vez, estão diretamente relacionadas a mudanças nos modos de vida desses povos. Desnutrição infantil e deterioração da arcada dentária completam esse quadro parcial. De acordo com Frenk et al. (1991 apud BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012), parece ocorrer entre os povos indígenas uma espécie de processo de transição epidemiológica, em que doenças parasitárias e infecciosas, que ocuparam papel de destaque ao longo da história, passam a compartilhar espaço com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e as chamadas doenças sociais (violência, alcoolismo, suicídio). Essas novas realidades tornam ainda mais complexa a tarefa de compreender o perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil.

Até aqui compreendemos um pouco dos aspectos mais gerais do perfil epidemiológico dos povos indígenas. Que tal aprendermos sobre as relações entre o perfil epidemiológico e as mudanças socioculturais, econômicas e ambientais?

Assimile

Não é fácil traçar um perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil. As dificuldades se iniciam com a escassez de dados disponíveis sobre a saúde indígena no país. O sistema de informação específico para a coleta, processamento e análise das informações a respeito da morbimortalidade indígena (SIASI) foi criado há menos de duas décadas. A esta histórica invisibilidade soma-se a imprecisão dos dados e as múltiplas realidades dos povos indígenas. De toda forma, os dados disponíveis sobre a mortalidade permitem que sejam identificadas algumas causas das mortes. Os altos índices de mortalidade infantil, de mortes causadas por doenças infecciosas, respiratórias e decorrentes de complexos problemas sociais, como violência, suicídio e alcoolismo, compõem o amplo e diverso perfil epidemiológico dos povos indígenas no país.

Mudanças socioculturais, econômicas, ambientais e perfis epidemiológicos

Afirmamos, no início da seção, que as realidades indígenas em saúde estão intimamente ligadas às mudanças advindas com o processo histórico do contato. O contato alterou as formas de ocupação do território e a maneira como essas sociedades se

organizam. Por isso, o perfil de adoecimento e morte entre os povos indígenas no Brasil relaciona-se diretamente com as transformações decorrentes da interação com a população não indígena do país. Como foram prejudicados de todas as formas, os povos indígenas deixaram de ter condições adequadas de segurança alimentar e moradia, por exemplo. Com direitos historicamente negados, ainda hoje não são devidamente assistidos por ações integrais de cuidados à saúde e pelas políticas públicas de desenvolvimento social e econômico.

Você já ouvir falar de construção de hidroelétricas, abertura de estradas, mineração e garimpos na Amazônia? Essas frentes de expansão econômica promovem a destruição dos ecossistemas terrestres e aquáticos e expõem os povos indígenas a elevados riscos de adoecimento e morte. Relembremos o exemplo do povo Yanomami (Roraima e Amazonas), que teve seu território invadido por garimpeiros, no final dos anos 1980. Com a profunda alteração do meio ambiente provocada pelas atividades de garimpo, condições propícias para a transmissão do parasita da malária foram criadas, o que ocasionou o início de uma epidemia. O quadro se tornou ainda mais alarmante com a introdução do *Plasmodium falciparum*, parasita responsável pela forma grave de doença e que é resistente aos medicamentos usuais (PITHAN; CONFALONIERI; MORGADO 1991 apud BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012).

A invasão dos territórios indígenas com a consequente modificação da paisagem gera consequências devastadoras para a saúde desses povos. Outro caso notório de epidemia de malária ocorrido em consequência da invasão de garimpeiros em busca de diamantes foi descrito entre os Cinta-Larga de Rondônia (SOUZA-SANTOS et al. 2008 apud BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012).

Doenças, como o parasitismo intestinal e as diarreias, também estão vinculadas às mudanças ambientais, ou melhor, à degradação dos territórios indígenas, às precárias condições de saneamento e à restrição territorial (VIEIRA, 2003 apud BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012). A relação entre os territórios e a saúde dos povos indígenas foi abordada ainda nas seções iniciais, lembra-se?

Os processos de expulsão dos indígenas de seus territórios originários e os consequentes confinamentos em porções exíguas de terra, ou em territórios constantemente ameaçados,

impossibilitam o bem viver desses povos. Quando nos referimos às mudanças ambientais, socioculturais e econômicas que vêm historicamente ocorrendo, não devemos considerar essas questões separadamente, mas inter-relacionadas às transformações nos mais diversos aspectos dos modos de vida dos indígenas.

Hipertensão arterial, diabetes tipo II e a síndrome da resistência à insulina são doenças cada vez mais recorrentes e estão diretamente vinculadas às mudanças nos padrões de consumo alimentar. A crescente ingestão de itens, como sal de cozinha, açúcar refinado, doces, frituras e refrigerantes, e a adoção de hábitos mais sedentários explicam a ocorrência dessas doenças (LOURENÇO et al., 2008 apud BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012). A ingestão de alimentos industrializados também provoca, em alguns casos, alterações nos padrões de saúde bucal, ocasionando alta prevalência de doenças bucais, principalmente a cárie (ARANTES; FRAZÃO; SANTOS, 2010 apud BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012).

Doenças metabólicas (diabetes tipo II e resistência à insulina) e cardiovasculares (acidentes vasculares cerebrais e coronariopatias) podem ser decorrentes de um fator de risco cada vez mais presente entre os indígenas, a obesidade, a qual atinge adultos, adolescentes e crianças (CABALLERO et al., 2003 apud BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012). As crianças indígenas enfrentam problemas com sobrepeso, obesidade e desnutrição, formando um quadro de saúde, aparentemente, sem nexo ou lógica, que talvez seja provocado pelo consumo exagerado de alimentos nada ou muito pouco nutritivos e altamente calóricos, resultando, em alguns casos, na conjugação entre obesidade e desnutrição.

No início desta seção, vimos que, entre os indígenas no Brasil, muitas mortes ocorrem por agressões, acidentes e suicídios. As chamadas "doenças sociais" – como o alcoolismo, o suicídio e os transtornos psiquiátricos – têm crescido acentuadamente no país. O alcoolismo, por exemplo, tema que será tratado de forma mais detida em uma seção específica, em alguns casos, está associado às mortes por violência, abuso sexual, prostituição, desnutrição infantil, além de fator de risco para o surgimento de diabetes e câncer (GUIMARÃES; GRUBITS 2007 apud BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012).

Suicídio e alcoolismo são problemas complexos que, de uma maneira geral, vinculam-se aos processos de interação, marcados

pela desestruturação sociocultural dos povos indígenas com o restante da população do país. No entanto, somente uma abordagem interdisciplinar permitirá uma compreensão mais ampliada desses problemas, pois os aspectos culturais específicos de cada povo precisam ser amplamente considerados. Voltaremos a esses temas em uma seção futura.

Reflita

Os povos indígenas tendem a ser representados pelo imaginário nacional como sociedades do passado ou que vivem extremamente isolados do mundo não indígena. No entanto, o que se verifica com muitos povos é uma história de contato com o restante da população não indígena. Quando se trata especificamente da saúde, quais são os ganhos e as perdas dessa interação para os povos indígenas?

Mudanças socioculturais, econômicas, ambientais e perfis epidemiológicos: transformações e protagonismo indígena

É preciso ponderar que os povos indígenas possuem distintas experiências de interação com o restante da população do país. Isso quer dizer que, embora o quadro geral seja de perdas e prejuízos, as realidades da saúde indígena variam de acordo com o processo de contato de cada povo indígena. O contato que ocorreu entre os povos indígenas e os demais segmentos da população do país deve ser tomado como um processo histórico extremamente complexo. Ao tratarmos especificamente da saúde indígena, devemos avaliar, principalmente, se as formas de cuidados tradicionais e o acesso às políticas públicas em saúde são respeitados. Ou seja, ainda que as transformações sejam, em grande parte, negativas, um horizonte em que coexistam o respeito às diferenças e a garantia aos direitos deve ser almejado.

Apesar das violências e injustiças sofridas pela quase totalidade dos povos indígenas, é preciso também considerar que estes são sujeitos de sua própria história e, neste sentido, em muitos casos, conseguiram reverter processos marcadamente negativos. Quando analisamos as conquistas dos movimentos indígenas no Brasil nas últimas décadas, por exemplo, temos uma série de exemplos do aumento do protagonismo desses povos juntos às mais diversas instâncias do estado brasileiro. A presença indígena na política,

nos cursos superiores, em organizações não governamentais ou como servidores públicos nos âmbitos municipal, estadual e federal demonstra que, contrariamente às expectativas e com toda sorte de adversidades, os indígenas conquistaram importantes espaços no cenário nacional e, até mesmo, internacional.

As mudanças socioculturais, ambientais e econômicas promoveram uma série de novas realidades aos povos indígenas. É preciso também relembrar que, para alguns povos indígenas, o contato é secular, e para outros, se restringe a poucas décadas. O que parece ser um ponto em comum é o fato de que, via de regra, a saúde dos povos indígenas foi sistematicamente prejudicada por violências, epidemias e descaso oriundos das frentes de expansão não indígenas. As políticas públicas em saúde, ainda ineficazes atualmente, só começaram a ser ofertadas aos indígenas em um momento histórico em que muitas culturas e formas de viver já haviam sido destruídas ou profundamente modificadas. Espera-se que esse passado, marcado por muitas doenças e mortes, possa se transformar em um futuro no qual o direito à diferença e à diversidade cultural dos povos indígenas seja, de fato, uma conquista consolidada.

Pesquise mais

Para conhecer um pouco a respeito da situação atual dos chamados "índios isolados" e dos riscos em termos de contágio de doenças que eles correm ao restabelecerem contato com os não indígenas, leia a matéria *O risco de se aproximar da 'civilização'*, disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2014/08/12/sociedad/1407879285_289082.html>. Acesso em: 28 nov. 2017.

Sem medo de errar

Na situação-problema desta seção, foi perguntado a você, aluno, quais mudanças o agente de saúde poderia sugerir para que seja construído um perfil epidemiológico local com mais qualidade.

Para a resolução dessa situação-problema, o agente de saúde poderá investigar por que algumas doenças não são notificadas, isto é, doenças decorrentes de distúrbios alimentares, como anemia e obesidade infantil, que não estão recebendo a devida atenção dos profissionais de saúde indígena que atuam na localidade. É preciso, então, que o agente de saúde inicie um trabalho de conscientização

com os moradores e os profissionais de saúde, atentando para a gravidade dessas doenças. Efetuar o controle do peso das crianças e realizar um acompanhamento da dieta alimentar, muitas vezes, não é uma tarefa simples, pois essas atividades dependem do consentimento dos pais e podem ser consideradas abusivas. Por isso é preciso avaliar em que medida a aparente negligência dos profissionais de saúde não decorre das dificuldades próprias da atuação profissional em saúde em contextos interculturais. Isso quer dizer que as informações e notificações não se resumem a atividades mecânicas, pois conhecer o perfil epidemiológico de uma determinada localidade é uma tarefa que exige paciência, tempo e dedicação.

Lembre-se de que, ao analisarmos as principais causas de morte entre os indígenas, um percentual elevado é registrado simplesmente como causa não definida. E nessa categoria, por sua vez, encontram-se muitos óbitos de crianças. Na situação-problema, o agente de saúde se deparou justamente com ocorrências que acabam engrossando os índices dessa categoria. No entanto, ele constatou que alguns registros de óbito por causas não identificadas correspondem, na verdade, a mortes ocasionadas em decorrência de quadros de diarreia aguda. Como melhorar, então, a precisão dessa informação?

O agente de saúde poderia, por exemplo, alertar o restante da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena a respeito da necessidade de se investigar mais profundamente as causas de óbito entre as crianças. O acompanhamento mais eficiente dos doentes e o rápido encaminhamento do diagnóstico e tratamento podem, inclusive, evitar essas mortes. Tudo leva a crer que essas notificações tenham ocorrido devido ao fato de os profissionais de saúde terem ficado sabendo somente do óbito, e como nessas situações é difícil identificar a causa exata da morte, acabam notificando como causa não definida. Percebemos, então, que a presença do agente de saúde no cotidiano da comunidade é o que permite o acompanhamento e a compreensão a respeito dos quadros de saúde e doença dos moradores. Por isso, a construção de um perfil epidemiológico depende necessariamente da continuidade dos profissionais de saúde em área. Ou seja, se os profissionais de saúde chegam à comunidade quando o óbito já ocorreu, as notificações não corresponderão necessariamente à realidade.

Infelizmente, a manutenção de profissionais de saúde o tempo todo nas comunidades depende de questões que estão fora da alçada do agente de saúde e ele pouco pode fazer nesse sentido. No limite, o agente de saúde poderia encaminhar pedidos formais junto ao coordenador do DSEI, indicando a necessidade da manutenção de profissionais de saúde em área por um período em que a atividade principal fosse justamente a execução de um projeto de construção de um perfil epidemiológico. Diante de tantas imprecisões, ele poderia sugerir um trabalho conjunto em que, pelo menos durante um período, todas as ocorrências fossem acompanhadas e devidamente registradas, e isso poderia gerar uma base de dados mais confiável e mais reveladora do perfil epidemiológico local.

A percepção do agente de saúde de que os dados, documentos e relatórios não correspondem exatamente à realidade vivida mostra que há por parte dele uma preocupação em compreender de maneira mais profunda a realidade da saúde onde atua. Portanto, ao desenvolver um atendimento de qualidade, dando a devida atenção aos usuários indígenas para que relatem seus sintomas e suas próprias concepções acerca das doenças que os afligem, o agente de saúde estará contribuindo enormemente para a construção de um perfil epidemiológico mais qualitativo. Ainda que seja extremamente necessário o manejo correto dos instrumentos de coleta de dados para a manutenção do sistema de informação, a compreensão de uma dada realidade em saúde indígena fundamenta-se, sobretudo, na capacidade que os profissionais envolvidos têm em observar e se interessar pelas questões mais abrangentes que interferem diretamente nas condições de saúde e doença desses povos.

Avançando na prática

Desnutrição e obesidade entre crianças indígenas

Descrição da situação-problema

Um agente de saúde, que trabalha na terra indígena Piaçaguera, no litoral do estado de São Paulo, tem notado que um número crescente de crianças apresenta peso acima do recomendado para a idade. Como ele poderia orientar os pais da criança com relação à alimentação? Considere que se trata de um local com poucas possibilidades de roça, caça, pesca e muito próximo da cidade.

Resolução da situação-problema

Infelizmente, a situação acima descrita faz parte da realidade de alguns povos indígenas no país. Por sua vez, problemas de saúde, como desnutrição e obesidade, estão intimamente ligadas a questões referentes à insegurança alimentar e à adesão a novos hábitos de consumo de alimentos. Ou seja, além de não terem garantido o acesso às formas de alimentação tradicionais, muitos povos indígenas acabam aderindo hábitos de consumo pouco saudáveis.

Nesta situação-problema, o agente de saúde em questão poderia iniciar sua intervenção através da identificação dos alimentos mais consumidos pelas crianças. Tudo leva a crer que essas crianças estejam consumindo produtos industrializados com pouco valor nutritivo e altamente calóricos – como refrigerantes, biscoitos recheados, salgadinho, etc. O agente de saúde, após ter avaliado de forma mais detida os padrões alimentares das crianças, poderia iniciar uma campanha de educação alimentar dirigida aos pais e à comunidade em geral na própria escola da comunidade, por exemplo. O agente de saúde poderia participar do cotidiano escolar das crianças apresentando informações importantes a respeito dos perigos do consumo excessivo desse tipo de alimento. Junto aos professores, os estudantes poderiam ser motivados a desenvolver uma pesquisa junto aos mais velhos sobre os antigos hábitos de alimentação. A valorização dos conhecimentos tradicionais é uma das premissas da Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas e, neste sentido, o agente de saúde poderia formular, junto às lideranças da comunidade, um projeto de horta comunitária e retomada do plantio de algumas espécies alimentícias. Não se trata, sobretudo, de proibir ou tentar convencer os indígenas a simplesmente pararem de consumir os alimentos que, provavelmente, acessam quando se deslocam para as cidades. Neste ponto, é preciso compreender quais os motivos que levam à aquisição desses produtos, por que são valorizados. Não se pode negar às crianças o oferecimento desses alimentos? Essas questões talvez elucidem um pouco a respeito da relação que os indígenas constroem com esses produtos para que, de uma maneira sensata e eficaz, o agente de saúde possa interferir de forma positiva na resolução dos problemas de saúde que atingem essa população.

Faça valer a pena

1. É difícil tecer generalizações a respeito da saúde dos povos indígenas no Brasil. Primeiro, porque existem muitos povos; segundo, porque as realidades de saúde dos indígenas são muito diversas. Contudo, é possível fazer algumas considerações, entre elas, de que os povos indígenas no país possuem condições precárias de saúde comparadas ao restante da população e de que um dos principais problemas da saúde indígenas é a mortalidade infantil.

A respeito do quadro mais geral que envolve a saúde dos povos indígenas no Brasil ao longo da história, assinale a alternativa correta.

a) Apesar da história de violência contra os povos indígenas, atualmente, pode-se considerar que a situação de saúde desses povos é altamente satisfatória.
b) O maior índice de mortes durante o início da era colonial, ou seja, da invasão europeia do Brasil deveu-se, sobretudo, às guerras de extermínio, uma vez que os indígenas no país possuíam imunidade em relação às doenças transmitidas pelos portugueses.
c) As informações a respeito da situação de saúde e doença no país são historicamente escassas, por isso não é possível tecer nenhum tipo de análise mais sistemática a respeito desse tema.
d) Ainda que os indígenas não tenham pleno acesso às políticas de assistência em saúde, algo é extremamente positivo para esses povos: a distância geográfica que conseguem manter em relação às doenças mais comuns entre o restante da população brasileira.
e) A história do contato entre os povos indígenas e os demais segmentos da população brasileira influenciou diretamente a situação de saúde dos indígenas.

2. As doenças infecciosas e parasitárias ocupam um lugar de destaque entre as causas de morte dos povos indígenas. No entanto, ultimamente, tem se verificado um número crescente de mortes provocadas por fatores externos, como acidentes, agressões e suicídios. Tudo leva a crer que o quadro seja mais ou menos assim: ao lado de doenças evitáveis que continuam provocando mortes por conta da falta de assistência médica, crescem cada vez mais os problemas causados pelas chamadas "doenças sociais".

A respeito das transformações do perfil epidemiológico dos povos indígenas, assinale a alternativa correta.
a) A ocorrência de altos níveis de suicídio e alcoolismo, por exemplo,

caracterizam de forma muito contundente as transformações que vêm ocorrendo no perfil epidemiológico dos povos indígenas.
b) Por serem consideradas como problemas sociais, as mortes decorrentes do alcoolismo e do suicídio não compõem o perfil epidemiológico dos povos indígenas.
c) Os dados relativos às mortes causadas por suicídio e alcoolismo demonstram que esses problemas são irrelevantes do ponto de vista da saúde indígena.
d) A falta de acesso ao diagnóstico e tratamento explica as mortes causadas por doenças infecciosas e parasitárias. Já problemas como alcoolismo e suicídio contam com uma estrutura de serviços muito mais ampla e satisfatória.
e) Tudo leva a crer que o alcoolismo e o suicídio são problemas decorrentes da interação dos povos indígenas com os outros segmentos da população, contato este que, historicamente, foi positivo para os indígenas.

3. A invasão dos territórios dos povos indígenas tem sido responsável pelas principais mazelas que atingem os povos indígenas. O fato é que esse processo de usurpação do território não é, infelizmente, coisa do passado. Nas últimas décadas, temos assistido sistemáticos avanços sobre os territórios indígenas originários. Quando se perde a terra, se perde a saúde. Isso é uma grande verdade para os indígenas no país.

A respeito da relação entre a usurpação dos territórios indígenas e o surgimento de doenças, assinale a alternativa correta.

a) Após a promulgação da Constituição de 1988, todos os territórios indígenas deixaram de ser ameaçados por atividades econômicas predatórias.
b) As frentes de expansão, ao construírem hidroelétricas e praticarem exploração mineral, por exemplo, acabam proporcionando que os indígenas tenham acesso a bens e produtos do "mundo dos brancos".
c) A melhor forma de garantir a saúde dos povos indígenas é isolá-los em seus territórios, pois assim não teriam contato com as doenças da população não indígena.
d) A exploração intensiva dos territórios indígenas por atividades econômicas predatórias, como o garimpo, aumenta o risco do aparecimento de epidemias de malária, por exemplo.
e) Casos em que houve epidemia de malária em áreas utilizadas para atividades econômicas extremamente produtivas e de baixo impacto socioambiental, como as atividades de garimpo, são desconhecidos pela literatura.

Referências

ARANTES, R.; FRAZÃO, P.; SANTOS, R. V. Diferenciais de cárie dentária entre os índios Xavante de Mato Grosso, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 2, p. 223-236, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2010000200005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 28 nov. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA. **Comissão Intersetorial de Saúde Indígena do Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <www.portal.abant.org.br/index.php/22-quem-somos/637-comissao-intersetorial-de-saude-indigena-do-conselho-nacional-de-saude-cisi-cnsc>. Acesso em: 10 nov. 2017.

BASTA, Paulo Cesar; ORELLANA, Jesem D. Y.; ARANTES, Rui. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In:. GARNELO, Luisa; PONTES, Ana Lúcia (Org.). **Saúde Indígena**: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012.

BBC BRASIL. **A cada 100 índios mortos no Brasil, 40 são crianças.** 2014. Disponível em: <www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/02/140221_sub_mortes_indios_pai_jf>. Acesso em: 28 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 11, de 31 de outubro de 1999**. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/1991/Reso011.doc>. Acesso em: 3 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Governo lança ações para reduzir mortalidade de crianças indígenas**. 2016. Disponível em: <www.brasil.gov.br/saude/2016/11/governo-lanca-acoes-para-reduzir-mortalidade-de-criancas-indigenas>. Acesso em: 17 nov. 2017.

CABALLERO, B. et al. Body composition and overweight prevalence in 1704 schoolchildren from 7 American Indian communities. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 78, p. 308-12, 2003.

CAMPELO, Lilian. **Programa de combate à mortalidade infantil não escuta indígenas.** 2016. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2016/11/25/programa-de-combate-a-mortalidade-infantil-nao-escuta-indigenas/>. Acesso em: 17 nov. 2017.

CIMI. **Relatório**: violência contra os Povos Indígenas no Brasil - Dados de 2016. 2017. Disponível em: <www.cimi.org.br/pub/Relatorio2016/relatorio2016.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2017.

_____. **A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil.** Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas. 2013. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=1679193>. Acesso em: 7 nov. 2017.

_____. **Nota do Cimi sobre a Atenção à Saúde Indígena**. Disponível em: <www.cimi.org.br/site/pt-br/?system=news&action=read&id=7721>. Acesso em: 5 nov. 2017.

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **Indígenas lutam por dignidade e acesso à saúde de qualidade.** 2013. Disponível em: <http://dssbr.org/site/2013/04/indios-lutam-por-dignidade-e-acesso-a-saude-de-qualidade/>. Acesso em: 9 nov. 2017.

EL PAÍS. **O risco de se aproximar da 'civilização'**. 2014. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2014/08/12/sociedad/1407879285_289082.html>. Acesso em: 28 nov. 2017.

_____. **Os índios que não fazem aniversário**. 2015. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2015/08/07/politica/1438900241_297356.html>. Acesso em: 17 nov. 2017.

FERREIRA, Luciana Benevides; PORTILLO, Jorge A. C.; NASCIMENTO, Wanderson F. do. A criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Tempus**: Actas de Saúde Coletiva, v. 7, p. 83-95, 2013.

FUNASA. **Relatório de morbimortalidade**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2003.

GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. **Psicologia e Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 45-51, 2007.

INESC. **Saúde indígena:** avanços comprometidos, modelo em questão. 2017. Disponível em: <http://amazonia.inesc.org.br/artigos-inesc/saude-indigena-avancos-comprometidos-modelo-em-questao/>. Acesso em: 15 fev. 2018.

LOURENÇO, A. E. P. et al. Nutrition transition in Amazonia: Obesity and socioeconomic change in the Suruí Indians from Brazil. **American Journal of Human Biology**, v. 20, n. 5, p. 564-571, 2008.

LUNARDI, R.; SANTOS, R. V.; COIMBRA JR., C. E. A. Morbidade hospitalar de indígenas Xavante, Mato Grosso, Brasil (2000-2002). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 4, p. 441-452, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Comissões do Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/cisi/index.html>. Acesso em: 9 nov. 2017.

MOBILIZAÇÃO NACIONAL INDÍGENA. **Povos indígenas unificam lutas em defesa de seus direitos. 2017**. Disponível em: <mobilizacaonacionalindigena.wordpress.com/2017/04/27/povos-indigenas-unificam-suas-lutas-em-defesa-de-seu-direitos/>. Acesso em: 8 nov. 2017.

PITHAN, O. A.; CONFALONIERI, U. E. C.; MORGADO, A. F. A situação de Saúde dos Índios Yanomami: Diagnóstico a partir da Casa do Índio de Boa Vista, Roraima, 1987 a 1989. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, p. 563-580, 1991.

SOUSA, Maria da Conceição; SCATENA, João Henrique G.; SANTOS, Ricardo Ventura. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 853-861, 2007.

SOUZA-SANTOS, R. et al. Spatial heterogeneity of malária in Indian reserves of Southwestern Amazônia, Brazil. **International Journal of Health Geographics**, v. 7, p. 55, 2008.

TEIXEIRA, Carla Costa; SIMAS, Diego da Hora; COSTA, Nilton Miguel Aguilar de. Controle social na saúde indígena: limites e possibilidades da democracia direta. **Tempus**: Actas de Saúde Coletiva, v. 7, n. 4, p. 97-115, 2013. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1420/1197>. Acesso em: 3 nov. 2017.

TERRA. **Índios da Amazônia começam a sofrer com doenças urbanas**. 2013. Disponível em: <https://www.terra.com.br/noticias/brasil/indios-da-amazonia-comecam-a-sofrer-com-doencas-urbanas,a753406129be1410VgnCLD2000000ec6eb0aRCRD.html>. Acesso em: 27 nov. 2017.

VIEIRA, G. O. **Enteroparasitoses em populações indígenas no Brasil:** uma revisão sistemática da produção científica. Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2003.

Assistência à saúde dos povos indígenas

Convite ao estudo

Caro aluno, a saúde indígena apresenta problemas específicos. Nesta unidade de ensino, aprenderemos a respeito das principais doenças que atingem a população indígena no país. Por isto, espera-se que você compreenda os aspectos fundamentais relacionados à saúde dos povos indígenas no Brasil, as doenças mais recorrentes e problemas contemporâneos.

Infelizmente, o perfil epidemiológico dos povos indígenas é preocupante. As doenças infecciosas e parasitárias são a principal causa da mortalidade indígena no país. Para piorar este quadro, ultimamente uma série de doenças próprias do "mundo dos brancos" vem sendo cada vez mais recorrentes entre os indígenas.

Quais os efeitos das transformações socioculturais as quais vêm passando os povos indígenas em suas realidades no que diz respeito à saúde e doença? Durante esta unidade compreenderemos a relação entre territorialidade, segurança alimentar e condições de saneamento como princípios de integralidade em saúde. A atenção à saúde materno-infantil também será abordada. Ainda trataremos das doenças infecciosas e parasitárias, como dito anteriormente, muito recorrentes entre os povos indígenas. Na sequência, nos dedicaremos a compreender a gravidade das doenças crônicas não transmissíveis, como a malária, tracoma, tuberculose e doenças diarreicas agudas. Infelizmente, a lista de doenças ainda não acabou e, por isto, aprenderemos também sobre a obesidade, hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e câncer. Por último, abordaremos alguns dos problemas contemporâneos em saúde, como o alcoolismo e o suicídio.

Caro aluno, esta unidade de ensino foi pensada para que você conheça aspectos fundamentais relacionados à assistência em saúde dos povos indígenas a partir do conhecimento dos principais problemas e doenças que afetam estes povos. Bons estudos!

Seção 4.1

Atenção à saúde

Diálogo aberto

Caro aluno, para que ações eficientes sejam desenvolvidas é necessário que se conheça as realidades de saúde dos povos indígenas. Na situação-problema desta seção, um agente de saúde pretende elaborar um plano de ação para minimizar os efeitos destrutivos da tragédia ambiental de Mariana, que prejudicou o território indígena e o modo de vida do povo Krenak, moradores do Vale do Rio Doce, em Minas Gerais. Como você, aluno, elaboraria este plano?

Para a resolução desta situação-problema é preciso compreender a relação entre territorialidade, segurança alimentar e condições de saneamento. Ou seja, as condições mais gerais que envolvem a segurança alimentar e as condições de saneamento podem ser explicadas a partir das características próprias do território ocupado por cada povo. Isto quer dizer que um território extremamente pequeno ou degradado, como é o caso do povo Krenak, não pode garantir boas condições de saúde em aspectos relacionados à segurança alimentar e ao saneamento. Existe um grupo de doenças diretamente relacionadas aos distúrbios nutricionais, como anemia, desnutrição e obesidade e um grupo de doenças infecto parasitárias que atingem, principalmente, as crianças, doenças essas que são diretamente relacionadas às condições de saneamento, como a qualidade da água. Por isto, um território sem água de qualidade e sem bons lugares para plantar, coletar, caçar e pescar não garantirá a segurança alimentar nem boas condições de saneamento. Neste sentido, o que pode ser feito para que situações adversas se transformem e sejam garantidos, por exemplo, segurança alimentar e acesso à água de qualidade?

Você, aluno, deve ler atentamente o conteúdo do item **Não Pode Faltar**, pois ele ajudará na resolução desta situação-problema com a elaboração de um ótimo plano de ação. Bons estudos!

Não pode faltar

Territorialidade, segurança alimentar e condições de saneamento como princípios de integralidade em saúde

Caro aluno, quando pensamos em uma assistência em saúde pautada no princípio da integralidade, estamos nos reportando a um fundamento estabelecido pelo próprio Sistema Único de Saúde, que busca garantir uma assistência à saúde que vá além da prática curativa e que contemple o usuário em todos os níveis de atenção (primário, secundário e terciário). O princípio da integralidade também considera o contexto social, familiar e cultural do usuário. Desta forma, ao considerarmos a territorialidade, segurança alimentar e condições de saneamento como princípios de integralidade em saúde, devemos compreender que, no que diz respeito especificamente aos povos indígenas, só é possível efetivar uma assistência em saúde integral aos povos indígenas garantindo que os seus territórios possuam condições mínimas de reprodução física, social e cultural. Mas, como temos visto ao longo das seções, os territórios indígenas enfrentam problemas históricos, pois foram constantemente invadidos e deteriorados. Ou seja, como garantir, por exemplo, segurança alimentar e boas condições de saneamento nestas circunstâncias? Vejamos alguns exemplos:

Um estudo da ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz), coordenado por Carlos Coimbra Jr. (2014), revelou que a presença de latrinas dentro de casa, que é um indicador de bom saneamento, varia muito de acordo com a região do país. Na região Norte, a latrina foi encontrada em apenas 1% dos domicílios indígenas, na região Nordeste a taxa chegou a 40%. Na região Norte, 40% dos indivíduos utilizam o mato como banheiro e na região Sul/Sudeste a taxa foi de 36%. Não há qualquer tipo de sistema de coleta de lixo em 74% dos domicílios indígenas na região Sul/Sudeste. É preciso ponderar, porém, que a utilização do mato como banheiro pode vincular-se a questões culturais específicas. No alto rio Negro, por exemplo, os indígenas consideram que o banheiro tal qual o concebemos - com pia, privada e chuveiro - não reúne condições necessárias para a boa limpeza do corpo. O banho em chuveiro é visto como insuficiente e, por isto, o banho no rio, que ocorre de duas a três vezes

por dia, é o mais indicado. Geralmente, o banheiro é visto como algo mais próximo à sujeira do que o contrário. A ideia de várias pessoas usarem o mesmo local para urinar e defecar, por exemplo, é visto como algo extremamente nojento. Por isto, é preciso tomar cuidado ao considerar estes dados a respeito das condições de saneamento. Existe um esforço por parte das políticas públicas em saúde em universalizar métodos específicos de higiene, ao passo que tais métodos não correspondem necessariamente às concepções indígenas sobre cuidados e saúde.

Ao tratarmos de questões relacionadas ao saneamento, não devemos confundir situações de precariedade no sentido de falta de assistência à saúde ou prejuízos causados pelos não indígenas (confinamento territorial, degradação ambiental) com as concepções propriamente indígenas relativas aos cuidados com o corpo. Isto é fundamental para que não seja reproduzido o etnocentrismo em nossas avaliações, ou seja, para que não julguemos os hábitos sanitários dos povos indígenas a partir de nossas próprias concepções acerca destes hábitos. Dito isto, vejamos outro exemplo.

Pena & Heller (2008), ao avaliarem a associação entre as condições de saneamento e o quadro de saúde na população indígena Xakriabá, do norte de Minas Gerais, constataram que há altas taxas de doenças endêmicas, como a verminose, de doenças infecciosas de pele e diarreia. Os autores relembram que entre as atividades de saúde pública, o saneamento é um importante meio de prevenir doenças, pois tem como objeto a promoção da melhoria da qualidade de vida das populações. A falta ou inadequação de medidas de saneamento contribui para a proliferação e manutenção de muitas doenças. Entre as medidas inadequadas de saneamento estão a baixa disponibilidade de água ou o fornecimento de água de qualidade indevida, e a disposição dos dejetos e destino dos resíduos de formas não adequadas. Por sua vez, o saneamento adequado contribui significativamente para a redução da morbidade infantil por desnutrição, diarreia, doenças oculares, doenças da pele e parasitoses intestinais.

Pena & Heller (2008) ponderam que a compreensão das particularidades dos povos indígenas no país sobre seu comportamento e seus hábitos sanitários e a associação destes com seu estado e sua dinâmica de saúde ainda é reduzida. Os dados coletados entre os Xakriabá, por sua vez, demonstram que há evidências da existência

de correlação entre a ocorrência de doenças parasitárias e doenças infecciosas e a insuficiência das ações de saneamento, que não conseguem disponibilizar para a população o destino final adequado aos dejetos e água em quantidade e de boa qualidade.

A precariedade das condições mais gerais de saneamento tem relação direta com o confinamento territorial. Afinal, como garantir boas condições de vida para um povo indígena cuja população ocupa um território muito menor do que o necessário, em lugares em que há pouca terra para muitos indígenas? Além disto, é necessário ponderar também que em muitos casos a contaminação da água está relacionada a atividades que ocorrem fora do território indígena. Por exemplo, é comum que em alguns lugares do país as terras indígenas sejam vizinhas de grandes áreas de plantio (latifúndios) que utilizam agrotóxicos e poluem nascentes e cursos de água. Ou seja, nestas situações a água é poluída fora da terra indígena e chega ao território indígena imprópria para o consumo.

Outro exemplo de deterioração da qualidade da água é o caso dos Krenak do vale do rio Doce, Minas Gerais. Este povo indígena foi diretamente atingido pela maior tragédia ambiental brasileira, o rompimento da barragem do fundão da mineradora Samarco, na cidade de Mariana, que provocou a dispersão de uma imensa quantidade de lama formada por rejeitos tóxicos no rio Doce. A morte do rio Doce provocou a destruição e contaminação de inúmeras plantas medicinais utilizadas tradicionalmente pelos Krenak, assim como a morte de peixes e animais. Ou seja, o modo de vida dos Krenak foi profundamente prejudicado por este crime ambiental. Diante de uma natureza morta, depressão e a tristeza são comuns entre o povo Krenak, que continua lutando para sobreviver em um território destruído pelos não indígenas. Nestas condições, qual será o futuro dos Krenak e de tantos outros povos indígenas que tiveram seus territórios roubados e devastados?

Exemplificando

Um dos profissionais que deve compor as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena é o Agente Indígena de Saneamento (AISAN). No entanto, a execução das ações de saneamento nas terras indígenas, até 2010, foi orientada pelo setor da FUNASA que não participava da estrutura

organizacional do Distrito Sanitário Especial Indígena, o que gerou o distanciamento entre as ações de saneamento e de atenção básica nos territórios indígenas. A partir de 2010, o saneamento ambiental passou a ser uma das responsabilidades do DSEI. O trabalho do Agente Indígena de Saneamento, no entanto, tende a ser desvalorizado e não integrado às demais ações das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (Ministério da Saúde, 2016).

Caro aluno, no que diz respeito ao saneamento, o acesso à água de qualidade talvez seja o principal desafio a ser enfrentado. Mas o que dizer com relação à segurança alimentar? Quais as consequências de uma alimentação não adequada em termos de saúde para os indígenas? Qual a relação disto com as transformações no modo de vida e a situação fundiária de seus territórios? É o que veremos no próximo tópico.

Territorialidade e segurança alimentar: transformações, problemas e desafios

Problemas nutricionais, como obesidade e desnutrição, são cada vez mais recorrentes entre os povos indígenas (LEITE, 2012). Mas de quais formas isto se relaciona às transformações que vêm ocorrendo entre os povos indígenas? A relação entre transformações socioculturais, ambientais, econômicas e perfil epidemiológico já foi um assunto tratado na última seção da unidade anterior, e a ideia agora é retomar e aprofundar esta discussão com foco nos problemas de ordem nutricional.

De acordo com Leite (2012), têm ocorrido mudanças em termos da composição da dieta com o aumento do consumo de gorduras, sódio (sal) e carboidratos. Para complicar a situação, o aumento do consumo destes alimentos vem acompanhado da diminuição da ingestão de fibras, vitaminas e minerais. O processamento industrial de grande parte dos alimentos disponíveis para aquisição comercial é o responsável por este empobrecimento da dieta (WIRSING, 1985 apud LEITE, 2012, p. 161), fenômeno verificado na população em geral que, infelizmente, também afeta os povos indígenas.

As mudanças na alimentação entre alguns povos indígenas podem estar relacionadas às alterações nas estratégias de subsistência

e nos padrões de assentamento. Os padrões de assentamento referem-se aos modos como estes povos constituem geograficamente seus locais de habitação – se localizados às margens de grandes rios ou em áreas mais afastadas no interior das florestas, em casas concentradas ou esparsas, se há rotatividade dos locais de moradia ou se estes lugares são fixos, etc. As características de assentamento implicam no acesso às fontes alimentares. Por exemplo, entre alguns povos indígenas verifica-se a tendência em estabelecer residência em caráter permanente devido, entre outros fatores, à proximidade dos postos indígenas e outras instituições como igrejas e escolas. Nos casos em que ocorre esta sedentarização acentuada, pode-se verificar uma redução gradativa dos recursos alimentares disponíveis no ambiente (LEITE, 2012).

Nas comunidades indígenas do alto rio Negro, por exemplo, a escolarização e a catequese religiosa promoveram a construção de locais de moradia às margens dos grandes rios e com muitas casas concentradas em áreas relativamente pequenas. Este padrão de assentamento fez com que, ao longo de décadas, as roças mais próximas tivessem seus solos esgotados e, atualmente, estes moradores precisam percorrer grandes distâncias em busca de melhores áreas de plantio. O tempo e os custos de deslocamento fazem com que o trabalho na roça seja cada vez mais extenuante e, por isto, é comum que algumas famílias expressem preocupação com relação à garantia, no futuro, desta importante forma de subsistência. No caso do alto rio Negro, as transformações ocorridas a partir da chegada dos missionários na região afetaram diretamente o padrão de assentamento dos povos indígenas, algo que pode ser comprovado a partir dos relatos dos moradores mais velhos, quando anunciam que os locais de habitação eram abandonados por diversos fatores e não ocorria esta fixidez que se verifica atualmente.

Em regiões como no alto rio Negro, no noroeste do estado do Amazonas, os territórios indígenas são extensos. Mas e quando as terras indígenas possuem dimensões reduzidas? Nestes casos, não há a possibilidade de se buscar lugares mais distantes para realizar o plantio, pescar ou caçar. Ou seja, em casos onde há poucas porções de terra disponíveis, os povos indígenas não conseguem garantir a autonomia na produção de alimentos e ficam dependentes de fontes externas – em geral, acessam alimentos industrializados de pouco valor nutricional comprados nos centros urbanos mais próximos.

Em alguns casos mais graves, como no Mato Grosso do Sul, muitos indígenas sobrevivem de doações ou de cestas de mantimentos enviadas pelo governo federal, com alimentos que nem sempre são considerados adequados pelos próprios indígenas. Terras diminutas que comportam um grande número de indígenas também são mais facilmente atingidas pela contaminação crescente do solo e das fontes d'água por parasitos intestinais e micro-organismos de origem fecal, o que acaba favorecendo a ocorrência de verminoses e diarreias (LEITE, 2012).

Devemos ainda considerar os indígenas que moram nos centros urbanos e, por isto, são totalmente dependentes dos alimentos produzidos em escala industrial. Residindo, geralmente, nas áreas periféricas das cidades, que, via de regra, não contam com saneamento básico e coleta sistemática de lixo, estes indígenas estão mais expostos ao contágio por doenças diretamente relacionadas às condições de moradia inapropriadas. Leite (2012) argumenta que a redução drástica dos territórios dos povos indígenas, além de comprometer a disponibilidade de alimentos, promove uma maior exposição à patógenos com um aumento do risco de parasitismo intestinal e diarreias.

Com relação aos problemas de ordem nutricional, Leite (2012), afirma que problemas nutricionais como a hipovitaminose (carência de vitaminas), desnutrição e anemia ferropriva (carência de ferro) tendem a ocorrer mais facilmente onde há dificuldade em se conseguir alimentação adequada, onde não há saneamento básico e quando as pessoas são atingidas por doenças infecciosas de forma muito recorrente.

Uma das dificuldades em combater os problemas nutricionais é a falta de conhecimento mais aprofundado do perfil nutricional dos povos indígenas. Ainda que ocorra a coleta de dados na atenção básica pelos agentes de saúde e outros profissionais das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e que estas informações sejam sistematizadas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), a disponibilidade destes dados é bastante limitada. Leite (2012) destaca que entre os poucos inquéritos nutricionais de abrangência nacional que incluíram os povos indígenas estão o primeiro e o segundo "Mapas da Fome em Terras Indígenas" (VERDUN, 1994 apud LEITE, 2012, p. 168). Estas investigações evidenciaram a gravidade da escassez de alimentos em terras indígenas. O aumento

da pressão sobre os recursos naturais e a escassez de terras são as causas apontadas para este problema.

As condições de nutrição e alimentação dos povos indígenas no país são preocupantes. Fatores como o progressivo esgotamento dos recursos naturais disponíveis e a própria restrição territorial ameaçam a sustentabilidade das atividades produtivas em terras indígenas (LEITE, 2012). A presença de posseiros, a retirada ilegal de recursos dos territórios indígenas por não indígenas, a demarcação de áreas após intensa exploração pela atividade agropecuária, a degradação ambiental como resultado de atividades como a mineração, o uso de agrotóxicos e o desmatamento são problemas recorrentes que prejudicam enormemente a garantia do bem viver destes povos.

Caro aluno, agora que compreendemos mais a respeito das relações entre territorialidade, saneamento e segurança alimentar, vamos conhecer outro aspecto fundamental para a garantia de saúde dos povos indígenas: a atenção à saúde materno-infantil. Vamos lá?

Assimile

Caro aluno, a segurança alimentar dos povos indígenas relaciona-se diretamente à situação de seus territórios. As altas taxas de anemia verificadas entre as mulheres e as crianças, por exemplo, revelam que os indígenas têm tido dificuldades em acessar alimentos nutritivos. Técnicas tradicionais de subsistência, como a roça, caça e pesca, necessitam de áreas protegidas e preservadas. Infelizmente, o quadro geral de ataque aos territórios indígenas que se verifica no país contribui enormemente para a situação de insegurança alimentar destes povos.

Atenção à saúde materno-infantil

Em abril de 2017 ocorreu a I Conferência Livre de Saúde das Mulheres Indígenas que contou com a participação de dezenas de mulheres indígenas de todo o país, representando os 34 Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI). Lideranças e conselheiras locais e distritais indígenas discutiram propostas e ações de saúde em temas como atenção ao pré-natal, parto, puerpério indígenas e mortalidade materno-infantil. As propostas consolidadas foram

apresentadas na Conferência Nacional da Saúde das Mulheres, organizada pelo Conselho Nacional de Saúde e realizada também em 2017 (Portal da Saúde). Caro aluno, a realização da Conferência de Saúde das Mulheres Indígenas demonstra que as mulheres indígenas no país têm se fortalecido politicamente, definindo pautas e apresentando suas demandas. O tema da saúde materno-infantil indígena é extremamente importante porque se trata de um dos principais problemas da saúde indígena.

Crianças e mulheres indígenas têm direito a uma assistência em saúde que, além de eficiente no combate às altas taxas de mortalidade que se verifica nestes segmentos da população, seja pautada em princípios de integralidade. Isto quer dizer que a promoção da saúde deve contemplar as diferentes etapas das vidas destes usuários e, mais do que ações medicamentosas, a saúde deve ser valorizada em seus diversos aspectos. Mas, infelizmente, o quadro geral da saúde das crianças e mulheres indígenas no Brasil não é muito animador. Vejamos alguns exemplos.

Um estudo da ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz), divulgado durante o VIII Congresso Brasileiro de Epidemiologia, em 2011, revelou que na região norte 50% das mulheres indígenas apresenta anemia grave. O estudo também demonstrou que entre as mulheres indígenas no país 30,2% apresentam sobrepeso e 15,7% são obesas. De acordo com o pesquisador responsável, Carlos Coimbra (2014), as taxas de anemia, sobrepeso e obesidade são indicadores importantes que auxiliam na compreensão da saúde destas mulheres. A pesquisa também indicou um aumento no número de cesarianas entre as mulheres indígenas, o que demonstra que a promoção da atenção pré-natal ocorreu de forma associada ao aumento das intervenções cirúrgicas no parto. Os indicadores com relação à anemia entre as crianças também são preocupantes. A menor taxa é da região Nordeste, com 41,2% de crianças com anemia, no Sul/Sudeste o índice é de 46,6%, no Centro-Oeste a taxa é de 51,6% e na região Norte a taxa é de 66%.

O Ministério da Saúde iniciou, em 2012, um plano nacional de redução das mortalidades infantil e materna na população indígena com a criação do Comitê de Gestão Integrada das Ações de Atenção à Saúde e Segurança Alimentar dos Povos Indígenas. Entre as ações priorizadas para melhorar a saúde materno-infantil estão o incentivo

ao aleitamento materno, a ampliação de cobertura de vacinas, vigilância nutricional e suplementação alimentar para o combate à desnutrição infantil, identificação e monitoramento dos casos de gravidez de alto risco e realização de pré-natais (BRASIL, 2012). Entretanto, a saúde materno-infantil continua sendo um dos principais desafios da saúde indígena, pois a mortalidade infantil, por exemplo, voltou a crescer nos últimos anos, como visto em uma seção anterior.

De acordo com Victora (2001), a mortalidade infantil é um problema que atinge todos os segmentos da sociedade brasileira, e entre as medidas de maior potencial para o combate a este problema estão o aumento na cobertura e qualidade do atendimento pré-natal e ao parto aliado ao controle dos problemas nutricionais e das doenças infecciosas. Veja que a promoção da saúde materno-infantil indígena deve envolver, necessariamente, ações voltadas para o acompanhamento da gravidez, parto e anos iniciais de vida do recém-nascido, pois isto reduziria em muito o número de óbitos de mulheres e crianças. Já os problemas nutricionais, ainda que possam ser combatidos com ações de suplementação alimentar, vinculam-se, como temos visto, diretamente ao quadro de insegurança alimentar decorrente, via de regra, das condições territoriais que afetam a maioria dos povos indígenas no país.

Pesquise mais

Caro aluno, para saber mais a respeito da saúde materno-infantil, leia o artigo intitulado *Saúde materno-infantil e nutrição de crianças Kaiowá e Guaraní, Área Indígena de Caarapó, Mato Grosso do Sul, Brasil*, de Piccoli, Carandina, Ribas (2006), disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/25.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

Atenção à saúde materno-infantil: principais doenças e desafios

Os dados disponibilizados pelo SIASI referente ao ano de 2002 apontam que as doenças mais frequentes diagnosticadas entre as crianças indígenas foram as Doenças Infecto Parasitárias (DIP) e as Doenças do Aparelho Respiratório. Entre as Doenças Infecto Parasitárias, destacam-se a diarreia aguda, pediculose, micose, malária e

tuberculose, e entre as Doenças do Aparelho Respiratório, a pneumonia, bronquite, asma e IRA (infeção respiratória aguda). Doenças do metabolismo, como a desnutrição e distúrbios metabólicos também são recorrentes. Doenças evitáveis através da vacinação, como a varíola, também foram registradas (FUNASA, 2004).

Com relação à saúde das mulheres indígenas, é importante destacar que existe uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, elaborada em 2004, que em seus objetivos específicos anuncia como prioritário o desenvolvimento de ações que garantam a atenção humanizada nas ações em saúde das mulheres indígenas (e também negras, homossexuais, em situação de prisão, com deficiências e trabalhadoras rurais). A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) ampliou o conceito de saúde da mulher, pois passou a incorporar, por exemplo, questões relativas à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos. Conforme informa a Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres, a PNAISM foi elaborada tendo como base o Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher, construído na época da reabertura democrática do país, em 1983.

De acordo com Freitas et al (2009), embora a PNAISM tenha adotado o conceito de saúde integral propondo atender à mulher em todas as etapas da vida, na prática a integralidade da assistência não é bem-sucedida. Áreas específicas como infertilidade, climatério, saúde ocupacional e saúde mental apresentam deficiências e áreas prioritárias, no atendimento às mulheres indígenas, por exemplo, o sistema de saúde apresenta enormes dificuldades.

Quando se trata de saúde indígena, as crianças e as mulheres são extremamente prejudicadas. Coimbra (2014), ao discutir alguns resultados do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena, realizado entre 2008 e 2009, que entrevistou milhares de mulheres e crianças, aponta que o quadro de diarreia, infecções respiratórias agudas, desnutrição e anemia nas crianças e de doenças crônicas não transmissíveis nas mulheres é preocupante. A rápida emergência das doenças crônicas não transmissíveis e a permanência das doenças infecciosas e parasitárias como principal causa de mortalidade são dois aspectos marcantes do quadro epidemiológico e nutricional entre os indígenas.

Caro aluno, conquistar a integralidade na saúde indígena é um grande desafio. A histórica falta de assistência em saúde e demais

políticas públicas para os povos indígenas é responsável por um quadro atual extremamente preocupante. Aos povos indígenas ainda não são garantidos os serviços mais básicos em saúde e suas condições de vida foram historicamente prejudicada pela degradação e confinamento de seus territórios. Espera-se que os dados sobre mortalidade infantil e das mulheres, mas também de todos os problemas que atingem jovens, homens e idosos indígenas melhorem consideravelmente, e em pouco tempo.

Reflita

Parte da mortalidade entre os povos indígenas é causada por doenças evitáveis. Por outro lado, é cada vez mais comum que doenças típicas do "mundo dos brancos" também atinjam os indígenas. Ou seja, o perfil epidemiológico dos indígenas revela muito sobre a condição histórica destes povos. Nesse sentido, quais ações devem ser desenvolvidas para que se garanta aos povos indígenas uma assistência em saúde satisfatória?

Sem medo de errar

Na situação-problema desta seção, um agente de saúde pretende elaborar um plano de ação para reduzir os impactos negativos decorrentes do rompimento da barragem da mineradora Samarco, que afetou duramente o território do povo Krenak, localizado no Vale do Rio Doce, em Minas Gerais.

Caro aluno, veja que a destruição causada por esta tragédia ambiental prejudicou a vida deste povo de muitas formas. Ao terem seu território ancestral sagrado inundado por grandes quantidades de lama formada por rejeitos tóxicos da mineradora, o território Krenak, historicamente violado pelos não indígenas, deixou de reunir as condições necessárias para a garantia da saúde de seu povo. Com o rio Doce morto, muitas espécies de peixes já não estão disponíveis para o consumo, assim como grandes áreas de terra firme também foram prejudicadas, com o consequente desaparecimento de animais de caça. Muitas plantas medicinais também foram destruídas ou estão contaminadas. Diante deste quadro extremamente negativo, o que pode ser feito?

Como se trata de um evento relativamente recente, ocorrido em 2015, talvez o mais indicado seja que o plano de ação do agente de

saúde tenha como principal objetivo compreender de uma forma mais aprofundada os impactos desta tragédia para o povo Krenak. Por exemplo, o agente de saúde pode iniciar uma pesquisa sobre a importância e significado cultural do rio Doce, Uatu, na língua Krenak, para este povo. Ou seja, qual a relação entre o rio e a manutenção da saúde? Ou ainda, quais aspectos relacionados à manutenção da saúde dependem necessariamente do rio, ou melhor, das formas de se relacionar com ele? Uma investigação como esta ajudará na compreensão de processos de doenças que poderão surgir exatamente pelo fato do rio estar morto. Em que medida, por exemplo, a depressão e a tristeza devem ser tratadas como problemas de saúde diretamente relacionados à morte do rio? Neste sentido, remédios ocidentais como antidepressivos são os mais indicados a serem prescritos? Veja que a compreensão a respeito destes processos pode garantir que a assistência à saúde seja de melhor qualidade. Ainda sobre a água, uma medida emergencial para garantir o fornecimento de água para os Krenak foi a oferta de água mineral potável para consumo. No entanto, isto acabou gerando outro problema: o descarte do material. Neste sentido, o agente de saúde poderá avaliar se é plausível investir em um projeto de coleta e retirada deste material do território indígena ou se outras formas de acesso à água para consumo devem ser avaliadas, como a construção de cisternas com captação da água da chuva, por exemplo.

Algo parecido poderá ser feito com relação à alimentação. Assim como o rio fornecia os peixes, as matas também foram prejudicadas e, com isto, os animais de caça praticamente desapareceram. O agente de saúde poderá investigar com os indígenas se algumas espécies de peixes poderão ser criadas em cativeiro, em estações de piscicultura. A criação de peixes em cativeiro pode ser uma boa alternativa alimentar, desde que seja compreendida a relação que os indígenas mantêm com estes animais, pois muitos projetos de piscicultura não consideram estas questões e acabam fracassando.

Como o mais adequado seja realizar um levantamento a respeito dos impactos antes de propor um plano de ação, o agente de saúde também poderá fazer um levantamento a respeito das espécies de plantas que foram exterminadas e contaminadas. Mais que quantificar as espécies, o agente de saúde poderá tentar compreender os usos medicinais destas plantas; isto ajudará a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena a compreender os significados das plantas medicinais

para este povo. Algumas espécies são coletadas no interior das matas, e é preciso então verificar a possibilidade de se realizar isto, ou seja, investigar se algumas espécies podem ser plantadas novamente. É comum que haja intercâmbio de conhecimentos entre os povos indígenas e, neste sentido, o agente de saúde pode investigar se é possível coletar algumas plantas com outros povos, por exemplo.

Por último, é fundamental que o agente de saúde colabore com a divulgação da realidade Krenak para que diversos setores da sociedade sejam sensibilizados e haja uma pressão política suficiente para que medidas de compensação sejam viabilizadas. Ou seja, a participação política do agente de saúde é fundamental para que qualquer plano de ação tenha chance de obter algum sucesso.

Avançando na prática

Construção de instalações sanitárias em uma comunidade indígena

Descrição da situação-problema

Em parceria com a prefeitura municipal, um Distrito Sanitário Especial Indígena está promovendo a construção de instalações sanitárias em várias comunidades indígenas do interior do estado do Amazonas. No entanto, os indígenas têm questionado este projeto e não concordam com estas obras. Imagine que você é o agente de saúde responsável por explicar para os gestores municipais as razões desta negativa. Quais explicações você daria?

Resolução da situação-problema

Caro aluno, esta situação-problema envolve um tema delicado, pois existe uma compreensão generalizada por parte dos executores das políticas públicas de que as instalações sanitárias são, necessariamente, positivas e representam uma importante medida de saneamento básico. No entanto, esta situação-problema nos leva a refletir sobre esta universalização dos hábitos sanitários. Sabe-se que entre os povos indígenas é muito comum que o mato seja utilizado para urinar e defecar. O banho, por sua vez, tende a ser tomado nos rios e igarapés. Ou seja, a utilização do banheiro é algo culturalmente estranho e isto precisa ser considerado por aqueles que propuseram

sua construção. Talvez o primeiro erro na formulação deste projeto seja o fato dele não ter sido, aparentemente, proposto pelos próprios moradores. O agente de saúde poderá explicar para os gestores municipais que a inexistência das instalações sanitárias não compromete, necessariamente, a saúde destes moradores. Geralmente, o espaço utilizado no mato pelos indígenas trata-se de áreas onde não há qualquer outro tipo de atividade. O banho no rio, por sua vez, é um importante elemento cultural, pois se vincula a conceitos próprios relacionados aos cuidados com o corpo. Talvez o agente de saúde possa sugerir aos gestores municipais que em vez da construção das instalações sanitárias sejam realizadas ações voltadas para a garantia da qualidade da água consumida, como a instalação de cisternas ou até mesmo uma pequena unidade de tratamento da água oriunda do rio ou outras fontes. Ou seja, o agente de saúde pode construir com os moradores propostas de ações em saneamento que sejam mais plausíveis para aquela realidade local.

Faça valer a pena

1. Anemia e desnutrição são alguns dos transtornos nutricionais verificados entre os povos indígenas. Este quadro de insegurança alimentar relaciona-se, principalmente, à situação dos territórios indígenas e às mudanças nos padrões de consumo destes povos.

A respeito da insegurança alimentar entre os povos indígenas, escolha a alternativa correta:

a) Os povos indígenas conseguem produzir a totalidade dos alimentos que consomem, isto porque seus territórios possuem todas as condições necessárias para a garantia desta autonomia.

b) Com o passar do tempo, os povos indígenas optaram em parar de produzir seus alimentos e iniciaram o consumo de produtos industrializados.

c) Os povos indígenas enfrentam problemas de ordem nutricional porque sua dieta empobreceu devido ao aumento do consumo de produtos industrializados.

d) Os povos indígenas, apesar do contato com os não indígenas, não sofreram profundas alterações em seus hábitos alimentares.

e) A plena garantia dos direitos indígenas com relação aos seus territórios explica os transtornos nutricionais recorrentes entre estes povos.

2. A saúde materno-infantil indígena merece muita atenção, pois as mulheres e as crianças indígenas sofrem com inúmeras doenças e as taxas de mortalidade destes segmentos da população indígena são muito altas. A atenção à saúde materno-infantil deve abarcar uma série de medidas para que esta realidade de saúde seja alterada.

Com relação às ações previstas para a atenção à saúde materno-infantil, escolha a alternativa correta:

a) A doença que mais atinge as mulheres e as crianças é o câncer.

b) Ao contrário dos homens adultos e idosos, não se verifica entre as mulheres e crianças indígenas a ocorrência dos transtornos nutricionais, como anemia e obesidade.

c) Felizmente, a taxa de mortalidade infantil indígena é extremamente reduzida.

d) É extremamente importante que haja um acompanhamento da gravidez e do período pós-parto, já que muitos óbitos entre as crianças ocorrem nos primeiros meses de vida.

e) Nos últimos anos verificou-se uma considerável diminuição na realização de cesarianas entre as mulheres indígenas.

3. A degradação ambiental que se verifica em muitos territórios indígenas prejudica enormemente a situação de saúde destes povos. A falta de acesso à água de qualidade, por exemplo, é um problema de saneamento extremamente grave. Muitas doenças infecto parasitárias poderiam ser evitadas se esta situação fosse diferente.

Com relação às ações de saneamento entre os povos indígenas, escolha a alternativa correta:

a) A construção de banheiros é uma medida que deveria ser executada em todos os povos indígenas, pois é uma medida necessariamente positiva.

b) Não existe uma relação comprovada entre a deterioração dos territórios indígenas e as condições de saneamento.

c) Por se tratarem de áreas extremamente protegidas e preservadas, os territórios indígenas fornecem fontes de água limpa e não contaminada para todos os povos indígenas.

d) As medidas de saneamento devem ser planejadas levando em consideração aspectos culturais específicos, pois cada povo indígena tem concepções próprias sobre higiene.

e) As ações em saneamento não são responsabilidade dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Seção 4.2

Doenças infecciosas, parasitárias e DCNT

Diálogo aberto

Caro aluno, para que as realidades em saúde dos povos indígenas sejam mais bem conhecidas é preciso identificar as doenças mais recorrentes e compreender quais as relações entre a incidência destas doenças e as condições de vida destes povos. Na situação-problema desta seção, um agente de saúde atua em uma Terra Indígena no interior do estado do Amazonas em que a incidência de malária é muito alta. Por isto, ele precisa elaborar um plano de ação com o objetivo de diminuir a ocorrência desta doença. Como você, aluno, elaboraria um plano de ação com esta finalidade?

Como veremos ao longo do item **Não pode faltar**, a malária é uma doença muito presente na Amazônia Legal e, em alguns casos, chega a ser letal. O controle da doença, por sua vez, envolve a compreensão a respeito do funcionamento de sua cadeia de transmissão e a forma de prevenção mais eficiente é evitar ser picado pelo mosquito que a transmite. A ocorrência da malária também pode estar vinculada à degradação ambiental dos territórios indígenas e, nestes casos, o controle de sua epidemia é bem mais difícil. Para complicar ainda mais a situação, alguns hábitos propriamente indígenas acabam aumentando a exposição destes povos à picada do mosquito.

Caro aluno, a resolução desta situação-problema envolve a compreensão dos aspectos mais gerais da doença e um plano de ação poderá ser apresentado levando-se em consideração as possibilidades reais de intervenção de um agente de saúde. É fundamental que você leia atentamente o conteúdo disponibilizado no item **Não pode faltar**, pois é este conteúdo que lhe ajudará na resolução desta situação-problema. Bons estudos!

Não pode faltar

Atenção às doenças negligenciadas (malária, tracoma)

Caro aluno, em uma seção anterior conhecemos as características mais gerais do perfil epidemiológico dos povos indígenas. Agora vamos aprender de uma forma mais aprofundada sobre as principais doenças que atingem estes povos. Vamos iniciar com uma doença que atinge muitos indígenas: a malária.

A malária é uma doença infecciosa, febril e aguda em seres humanos. Foram identificadas quatro espécies de plasmódio, o parasita causador da doença: *Plasmodium vivax, P. malariae, P. ovale* (restrito a determinadas regiões da África) e *P. falciparum*. Os parasitas são transmitidos de pessoa a pessoa através da picada da fêmea do mosquito *Anopheles* (SUÁREZ-MUTIS et al, 2005 apud BASTA et al, 2012, p. 75). Os parasitos inoculados na pele invadem as células do fígado, onde se multiplicam até atingir a circulação sanguínea. A maior concentração da doença ocorre na Amazônia Legal (Tocantins, Roraima, Rondônia, Pará, Mato Grosso, Maranhão, Amapá e Amazonas). O número de pessoas que adoecem por malária é alto e em algumas localidades também é alto o número de óbitos pela doença. A ocorrência de malária em um dado local depende de uma série de condições específicas: pessoas suscetíveis a nova infecção, condições ambientais favoráveis à reprodução do mosquito vetor (criadouros) e reservatório do agente infeccioso (pessoas doentes). Este conjunto de fatores é chamado de cadeia de transmissão da doença (BASTA et al, 2012).

Algumas pesquisas têm demonstrado que o *Anopheles darlingi* é o principal vetor de transmissão da doença. Como a picada deste mosquito ocorre principalmente fora do ambiente domiciliar, os povos indígenas acabam ficando mais expostos à doença em atividades cotidianas, como durante a pesca ou os banhos às margens de igarapés e rios (LOURENÇO-DE-OLIVEIRA, 1989 apud BASTA et al, 2012).

Como já aprendemos em outro momento, o aumento da ocorrência ou até mesmo de quadros de epidemias de malária também podem estar associadas às transformações nos territórios ocasionadas pelas frentes de expansão econômica na Amazônia. Ou seja,

empreendimentos como abertura de estradas, construção de hidroelétricas e atividades de mineração aumentam a exposição dos povos indígenas e da população brasileira em geral à malária. De acordo com Basta et al (idem), um levantamento de dados realizado por Souza-Santos et al (2009) junto ao Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Malária indicou que entre os anos 2003 a 2007 na Amazônia legal foram registrados cerca de 26 mil casos de malária notificados anualmente.

Ainda que a principal forma de transmissão seja a picada da fêmea do mosquito *Anopheles*, a transmissão também pode ocorrer com a transfusão de sangue sem os devidos critérios de biossegurança, mães grávidas adoecidas e uso de seringas infectadas. Os principais sintomas da doença são: sudorese e calafrios, febra alta, cansaço, palidez, dores na cabeça e falta de apetite. Após a confirmação do parasita no sangue através de um teste, o tratamento deve ser iniciado o mais rápido possível e inclui o uso de fármacos orais. O início tardio do tratamento pode gerar complicações como mau funcionamento dos órgãos vitais, anemia e icterícia.

A principal forma de prevenção da malária consiste em evitar picadas do mosquito, por isto devem ser evitadas atividades no fim de tarde e início da noite, como os banhos nos rios. Contudo, o banho no rio ao amanhecer e entardecer é uma prática cultural muito presente entre os povos indígenas, o que faz com que este tipo de exposição seja difícil de ser evitada. Outra forma de prevenção é eliminar focos de água parada para que não haja a reprodução dos mosquitos. O diagnóstico da malária é feito pela identificação microscópica dos componentes do protozoário no sangue através de testes rápidos em que se extrai sangue dos dedos. Veja que o tempo para o diagnóstico pode variar conforme a assistência em saúde ofertada para os povos indígenas. Na Terra Indígena Alto Rio Negro, por exemplo, quando alguém apresenta os sintomas da malária, o agente comunitário indígena de saúde (ACIS) realiza o teste na própria comunidade e encaminha para o Polo-Base de referência, onde a identificação microscópica pode ser feita por microscopistas indígenas que atuam nos Polos-Base. A depender da distância entre a comunidade e o Polo-Base mais próximo, o resultado não costuma demorar muito, e se positivo, inicia-se o tratamento imediatamente.

Para o tratamento, são administrados medicamentos antimaláricos específicos, cuja dosagem e tempo de tratamento dependem da identificação da espécie do *Plasmodium*. Medicamentos como a lumefantrina, o artemeter, o artesunato e a mefloquina, por exemplo, são utilizados no tratamento de infecções por *Plasmodium falciparum*. O tratamento das infecções causadas pelo *P. vivax* ou *P. ovale* é realizado com cloroquina e primaquina e as dosagens variam de acordo com o peso e a faixa etária do paciente (BRASIL, 2010).

Exemplificando

De acordo com o Guia prático de tratamento da malária no Brasil (BRASIL, 2010), o ciclo biológico do *Plasmodium* inicia-se com a invasão das células do fígado, os hepatócitos. Aí se originam novos parasitos (merozoítos), que rompem os hepatócitos e caem na circulação sanguínea até invadirem as hemácias, segunda fase do ciclo que se chama esquizogonia sanguínea. É nessa segunda fase que aparecem os sintomas da malária.

Reflita

A Organização Mundial da Saúde (OMS) anunciou em 2016 que a primeira vacina contra malária no mundo será lançada na África Subsaariana e que as campanhas de imunização terão início em 2018 (NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL, 2016). Caro aluno, se a malária fosse uma doença predominante nos países ricos, uma vacina para controlá-la já não teria sido desenvolvida há mais tempo?

Caro aluno, agora que aprendemos um pouco mais sobre a malária, iremos conhecer a respeito de outra doença que atinge muitos indígenas, o tracoma.

De acordo com Roat (2017), o Tracoma é uma conjuntivite crônica ocasionada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*. O Tracoma é a principal causa de cegueira evitável no mundo e seus sintomas iniciais são: edema palpebral (acúmulo de líquido nos tecidos situados na face interna da pálpebra), hiperemia conjuntiva (danos na córnea), lacrimejamento e fotofobia (dor ou incômodo diante da exposição à luz). O Tracoma é notadamente uma doença que ocorre nas regiões pobres do mundo. A gravidade da doença entre os povos indígenas no Brasil pode ser demonstrada em uma pesquisa

realizada com os povos do Alto Rio Negro, localizados no noroeste do estado do Amazonas. De acordo com Medina et al (1999), nesta região que é a mais pobre do estado do Amazonas foi verificada a frequência acima de 30% entre crianças e 70% entre os mais idosos.

A bactéria *Chlamydia trachomatis* (sorotipos A, B, Ba e C) é altamente contagiosa e pode ser transmitida pelos contatos mão-olho, olho-olho, por moscas (como a *Hippelates* sp.) em contato com os olhos ou pelo compartilhamento de objetos (lenços, maquiagem, fronhas, toalhas) (ROAT, 2017). A doença ocorre em crianças e adultos.

De acordo com Barros et al (2001), o Tracoma foi uma das doenças trazidas pela colonização europeia. Ou seja, ela não existia entre as populações indígenas do continente americano. O Ministério da Saúde tem procurado orientar ações para o controle do tracoma (BARROS et al, 2001), uma vez que a falsa informação de que o Tracoma teria sido extinto é amplamente disseminada. Por se tratar de uma afecção inflamatória ocular crônica, o Tracoma pode levar à formação de entrópio (pálpebra com a margem virada para dentro do olho) e triquíase (cílios invertidos tocando o olho) quadro que, por sua vez, pode causar a cegueira.

O diagnóstico do Tracoma é feito a partir de um exame oftalmológico externo. O diagnóstico clínico do Tracoma verifica a presença ou ausência de cinco sinais-chave: Inflamação Tracomatosa Folicular (TF), que é quando se verifica a presença de no mínimo cinco folículos na conjuntiva tarsal superior; Tracoma Intenso (TI), caracterizado pelo espessamento da conjuntiva tarsal superior; Cicatrização Conjuntival Tracomatosa (TS), quando a conjuntiva tem uma aparência esbranquiçada, fibrosa, com bordas retas, angulares ou estreladas; Triquíase Tracomatosa (TT), situação em que um dos cílios atrita o globo ocular e Opacificação Corneana (CO), caracterizada pela visualização da origem tracomatosa sobre a pupila a ponto de obscurecer uma parte da margem pupilar (BARROS et al 2001, p. 18-21).

Após um diagnóstico clínico, o tratamento é realizado com o uso de antibióticos sistêmicos (uso interno) e tópicos (uso externo). De acordo com as recomendações da Organização Mundial de saúde (OMS) utilizadas no Brasil, o tratamento tópico é realizado com Sulfa, um colírio aplicado quatro vezes ao dia durante seis semanas

ou Tetraciclina a 1%, uma pomada oftálmica usada duas vezes ao dia durante seis semanas. Já o tratamento sistêmico é feito com antibiótico via oral (Eritromicina, Tetraciclina, Doxiciclina ou Azitromicina) para pacientes com TI ou TF que não respondem bem ao medicamento tópico.

Conforme observa Barros et al (2001, p. 34), as áreas endêmicas do Tracoma tendem a apresentar condições de saneamento e higiene insatisfatórias, fatores que determinam a manutenção dos elevados níveis endêmicos. Por isso, entre as ações de controle da doença estão o abastecimento de água potável e melhoria sanitária domiciliar.

Atenção às doenças negligenciadas (tuberculose, doenças diarreicas agudas)

Um estudo da Escola Nacional de Saúde Pública intitulado "Tuberculose no Brasil: uma análise segundo raça/cor", pela primeira vez inseriu o quesito raça/cor para identificar a ocorrência da doença entre os brancos, negros e indígenas no Brasil. A pesquisa foi realizada no período de 2008 a 2011 e os indígenas apresentaram as maiores taxas de incidência da doença (ENSP, 2015).

Entre os povos indígenas, a proporção de casos em crianças menores de 10 anos é até seis vezes maior na comparação com as crianças das outras categorias de raça/cor. Ainda segundo a pesquisa, as taxas de incidência de tuberculose relacionam-se com determinantes econômicos e sociais – como o acesso ao saneamento e o índice de desenvolvimento humano. Ou seja, a maior incidência de tuberculose entre os povos indígenas no Brasil pode ser explicada pelas condições precárias de vida as quais estes povos foram historicamente submetidos.

Lachi e Nakayama (2015) observam que a infecção pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch, bactéria responsável pela tuberculose, pode ser encontrada em um terço da população mundial, sendo a mais comum das infecções humanas. Das pessoas infectadas pela bactéria, 5% a 10% desenvolvem a doença ao longo da vida e 85% dos casos de tuberculose atingem o parênquima pulmonar (a tuberculose também pode atingir o cérebro, pele, rins, ossos e coluna vertebral).

A tuberculose é uma doença contagiosa transmitida pelo ar por contato com secreções respiratórias contaminadas geralmente através da tosse. Isto quer dizer que somente pessoas com tuberculose pulmonar podem transmitir a doença. De acordo com Pinheiro (2017), os sintomas mais comuns da tuberculose pulmonar são: dores no peito, tosse com expectoração, febre com suores e calafrios noturnos e rápido emagrecimento. O diagnóstico da tuberculose pulmonar é feito através da radiografia e do exame de escarro (catarro), que identifica a presença do Bacilo de Koch. O tratamento é feito com o uso de antibióticos por pelo menos seis meses. Uma das dificuldades no tratamento da tuberculose é o abandono do uso da medicação antes do tempo, uma vez que os sintomas melhoram rapidamente e o paciente acha que está curado. O papel do agente de saúde no tratamento dos pacientes com tuberculose é muito importante, pois é necessário um acompanhamento constante e este agente deve ser alguém de confiança das pessoas que saiba explicar a necessidade da continuidade do tratamento mesmo após o final dos sintomas. Em alguns casos, como na Terra Indígena Alto Rio Negro, os pacientes são encaminhados para a Casa de Saúde Indígena (CASAI), localizada na sede do município de São Gabriel da Cachoeira, Amazonas, onde permanecem durante todo o tratamento. No entanto, não é incomum que alguns pacientes abandonem o local e retornem para suas comunidades após algumas semanas de tratamento.

Caro aluno, a tuberculose é um grave problema de saúde entre os povos indígenas. Para os povos indígenas do Alto Rio Negro, noroeste do estado do Amazonas, Buchillet e Gazin (1998) apontam que o contato dos indígenas da região com o Bacilo de Koch ocorre há um longo tempo e que a doença afeta todas as faixas de idade. Para os autores, é necessário que se criem estratégias para o aumento, rapidez e qualidade dos diagnósticos, assim como para aumentar a adesão aos tratamentos. Ou seja, a ocorrência da tuberculose entre os povos indígenas no Brasil só irá diminuir quando as condições de vida desses povos melhorarem significativamente, inclusive, no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde.

Uma causa de mortalidade ainda muito recorrente entre os povos indígenas são as doenças diarreicas agudas. Assis et al (2013) realizaram um importante estudo para determinar a prevalência de

parasitos intestinais entre os Maxakali, povo indígena da região nordeste de Minas Gerais. Os autores observam que entre os povos indígenas brasileiros, de uma maneira geral, as parasitoses são amplamente disseminadas.

A alta incidência dessas parasitoses relaciona-se à precariedade das condições de saneamento devida a alta concentração de indivíduos nos domicílios e à falta de abastecimento de água potável, por exemplo. Sem falar do problema da contaminação dos rios e lençóis freáticos. Por isto, é fundamental que seja garantido o acesso à água potável, o que poderia ocorrer, por exemplo, com a instalação, quando possível, de poços artesianos ou cisternas para captação da água da chuva, ainda que estas últimas necessitem de cuidados especiais em sua manutenção e de tratamento adequado da água armazenada para evitar contaminação. Estas condições são favoráveis à propagação de enteropatógenos (microrganismos patogênicos) de veiculação fecal-oral. Na pesquisa realizada entre os Maxakali, Assis et al (2013) constataram alta prevalência da ancilostomíase (anemia grave provocada por vermes nematódeos das spp. *Ancylostoma duodenale* ou *Necator americanus*). A ancilostomíase causa deficiência das vitaminas A e C e perda de sangue intestinal. A penetração das larvas é facilitada pelo solo arenoso e úmido onde vivem os Maxakali, bem como pelo hábito de andar descalços.

De acordo com Assis et al (2013), os surtos de diarreia entre os Maxakali, causa da maioria dos óbitos entre as crianças de 0 a 5 anos, ocorre devido à contaminação fecal da água de consumo e dos alimentos. Por sua vez, a alta ocorrência do poliparasitismo (associação de duas ou mais parasitoses) na infância pode provocar perda de sangue crônica, anorexia e prejudicar o desempenho motor e a capacidade cognitiva. Esta influência negativa no processo de crescimento das crianças Maxakali exemplifica bem a gravidade das doenças diarreicas para este povo.

Assimile

Caro aluno, o conjunto de doenças reportadas até aqui – malária, tracoma, tuberculose e doenças diarreicas agudas – tem alta incidência entre os povos indígenas devido ao fato destes povos pertencerem à parcela mais pobre da população brasileira. Ou seja, são doenças que atingem,

basicamente, os países em desenvolvimento. Quando classificamos estas doenças como doenças negligenciadas, estamos afirmando que, por afetarem populações com grande vulnerabilidade social, não recebem a devida atenção dos órgãos competentes. São doenças diretamente relacionadas às condições precárias de vida dos povos indígenas.

Caro aluno, até aqui aprendemos que doenças como malária, tracoma, tuberculose e diarreias agudas estão diretamente associadas às precárias condições de vida dos povos indígenas. Agora compreenderemos um pouco mais sobre as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT). Em uma seção anterior, já identificamos algumas delas quando tratamos sobre as transformações no perfil epidemiológico dos povos indígenas. Por isto, vamos conhecer com mais detalhes algumas doenças que eram próprias do "mundo dos brancos", mas que estão cada vez mais presentes entre os indígenas.

Atenção às DCNT (obesidade, hipertensão arterial)

Obesidade e hipertensão são doenças associadas a um quadro mais geral de desequilíbrio nutricional cada vez mais presente entre os povos indígenas. As transformações do modo de vida dos povos indígenas ao longo da história com o crescente contato com os não indígenas alterou de forma negativa o padrão de consumo dos alimentos. Ou seja, diante da perda ou significativa diminuição de seus territórios, muitos povos indígenas não podem mais garantir as formas tradicionais de subsistência, como as práticas da caça, da pesca e da agricultura. Os indígenas que habitam os centros urbanos, por sua vez, têm ainda menos possibilidades de escolhas e dependem exclusivamente dos produtos industrializados. Caro aluno, é a partir desta conjuntura que devemos compreender o aumento das ocorrências de obesidade e hipertensão arterial.

A obesidade é uma doença que tem atingido povos indígenas de vários lugares do mundo, como Estados Unidos e Canadá (FERREIRA, 1998). Os povos indígenas no Brasil também são cada vez mais afetados pela obesidade e como observam Basta et al (2012), para o caso brasileiro, a obesidade e o sobrepeso atingem todas as faixas etárias e não somente os adultos. Em uma das seções anteriores aprendemos que a obesidade atinge muitas crianças indígenas.

A ocorrência da obesidade está relacionada ao empobrecimento da dieta e às mudanças no modo de vida. Ou seja, o aumento do consumo de produtos industrializados ricos em açúcares e o crescente sedentarismo, por exemplo, são fatores que explicam o aumento desse problema entre os povos indígenas. É importante indicar que a obesidade, além de um problema em si, é um fator de risco para o aparecimento de doenças como o diabetes e a hipertensão arterial.

Com relação à hipertensão arterial, Basta et al (2012) indicam que são poucos os estudos disponíveis sobre os níveis de pressão arterial entre os povos indígenas no país. De toda forma, trata-se de um problema de saúde em ascensão e com alto potencial de expansão. Conforme observam Filho et al (2015), os estudos entre os povos indígenas nas décadas de 1970 e 1980 indicavam que a hipertensão arterial era praticamente inexistente. Ou seja, a emergência da hipertensão arterial vincula-se a um quadro de intensificação das transformações no modo de vida dos indígenas no Brasil nas últimas décadas. O diagnóstico de hipertensão arterial ocorre quando após várias aferições o resultado é maior do que a 14 (máxima) por 9 (mínima). Ingestão excessiva de sal, bebida alcóolica, fumo, obesidade e sedentarismo podem causar a doença. A hipertensão arterial não tem cura, mas pode ser controlada a partir do uso de medicamentos controladores e da alteração dos hábitos de vida inadequados. Entre os povos indígenas, o controle desta doença um dos aspectos é a garantia de uma dieta saudável e equilibrada.

Atenção às DCNT (diabetes mellitus e câncer)

Uma das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que vêm aumentando sua incidência entre os povos indígenas é a diabetes mellitus. A diabetes mellitus pode ser classificada em tipo 1 e tipo 2. Na diabetes mellitus tipo 1, que acomete crianças e adolescentes, o pâncreas deixa de produzir ou produz insulina de forma insuficiente. Já a diabetes mellitus tipo 2 tende a ocorrer em pessoas acima dos trinta anos, idosos ou obesas. Neste tipo de diabetes a insulina até é produzida, mas seu efeito no organismo é nulo. Basta et al (2012) informam que há pelo menos 30 anos a diabetes foi registrada entre os povos indígenas nas Américas. No Brasil, apesar de não existirem muitos estudos, a ocorrência da doença é cada vez mais significativa.

A ocorrência da diabetes também se relaciona às mudanças do modo de vida dos povos indígenas. O sobrepeso e a obesidade são fatores de risco para o surgimento da diabetes mellitus tipo 2. Por sua vez, a adoção de hábitos mais saudáveis, o que inclui uma alimentação mais rica, é uma das principais estratégias para se controlar a doença.

A diabetes é diagnosticada através da medição da taxa de glicemia no sangue, que em uma situação normal de jejum não deve ultrapassar 100 mg/dL. Todo o tratamento, então, é baseado no controle da taxa de glicemia. Um dos tratamentos para quem tem diabetes é o controle da quantidade de carboidratos ingeridos. Ou seja, é fundamental que se tenha uma alimentação com pouca ingestão de gorduras e açúcares. A atividade física também é fundamental, pois ajuda a baixar os índices de glicemia. As mudanças de hábitos podem ser suficientes para controlar a diabetes mellitus tipo 2, mas em alguns casos também será necessário realizar o tratamento com o uso de medicamentos.

Infelizmente, as mudanças nos modos de vida dos povos indígenas também têm favorecido o aparecimento de doenças crônicas degenerativas como o câncer. Um estudo realizado por Nascimento et al (2015) investigou o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes indígenas com diagnóstico de câncer atendidos em um importante centro de referência em oncologia do estado do Pará, entre os anos de 2001 a 2011. O estudo demonstrou um predomínio do câncer entre as mulheres indígenas (68,09%), cujo diagnóstico mais recorrente foi de câncer de colo uterino (76,69%). Nascimento et al (2015) informam que a incidência de câncer de colo do útero é duas vezes maior em países mais pobres, algo que revela a ineficiência dos programas de atenção primária à saúde.

Pesquisas como esta realizada por Nascimento et al (2015) são extremamente importantes para a compreensão mais profunda acerca da incidência do câncer entre os povos indígenas no país, uma vez que estudos anteriores apontavam para um quadro geral de pouca incidência desta neoplasia entre as indígenas brasileiras. Um dos entraves para que se compreenda melhor esta realidade é a subnotificação ou ausência de publicação dos casos de câncer entre os indígenas brasileiros. Neste ponto, Nascimento et al (2015) constataram que o intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início

do tratamento foi mais extenso do que é preconizado pelo Ministério da Saúde no Brasil. Ou seja, mais uma vez é preciso considerar que somente com o fortalecimento da rede de assistência em saúde será possível diagnosticar e oferecer tratamento para os casos de câncer entre os povos indígenas de forma satisfatória.

Pesquise mais

Caro aluno, para saber mais sobre a incidência de câncer entre os povos indígenas, leia o artigo intitulado *Rastreamento do câncer de colo uterino em índias do Parque Indígena do Xingu, Brasil Central*, Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v7n2/1243.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2017.

Sem medo de errar

Na situação-problema desta seção, um agente de saúde que atua em uma Terra Indígena no interior do estado do Amazonas verifica que a incidência de malária é muito alta e, por isto, pretende elaborar um plano de ação com o objetivo de diminuir a ocorrência desta doença. Como você, aluno, elaboraria tal plano de ação?

A malária é uma doença muito recorrente na Amazônia Legal (Acre, Rondônia, Amazonas, Roraima, Pará, Amapá, Maranhão, Tocantins e Mato Grosso) e casos de óbitos ainda são registrados. A principal forma de transmissão da doença é através da picada da fêmea do mosquito *Anopheles* que inocula parasitos na pele e estes acabam invadindo as células do fígado até chegaram à corrente sanguínea provocando a destruição das hemácias (glóbulos vermelhos).

A ocorrência da malária depende de um conjunto de fatores que é chamado de cadeia de transmissão da doença. Ou seja, para que a malária esteja presente em uma dada região é preciso haver condições específicas, como a existência de criadouros, pessoas doentes (reservatório do agente infeccioso) e pessoas suscetíveis à nova infecção. No caso descrito na situação-problema, parece claro que estas condições estão presentes, pois muitas pessoas têm sido diagnosticadas com a malária. A questão é: como romper com esta cadeia de transmissão?

Ao analisarmos a cadeia de transmissão podemos compreender as possibilidades e limites de um plano de ação que vise ao controle da doença. Por exemplo, sempre haverá pessoas suscetíveis à nova infecção, pois não existe uma vacina específica para a malária e ainda que haja alguns medicamentos que diminuam as chances de uma nova infecção, algumas pessoas podem apresentar resistência a estes medicamentos ou simplesmente não ter acesso a eles. Controlar a existência de pessoas doentes também não é algo plenamente possível, pois uma vez que algumas pessoas são diagnosticadas, ainda que haja tratamento sempre haverá a possibilidade de que algumas pessoas continuem sendo reservatório do agente infeccioso. Entre os elementos da cadeia de transmissão da doença o que pode ser mais facilmente controlado diz respeito à existência de criadouros. Ou seja, é possível que o agente de saúde em questão mobilize a comunidade em que atua a verificar e destruir os possíveis criadouros dos mosquitos, como locais de água parada que funcionam como ambientes propícios para sua reprodução. A existência destes locais pode estar vinculada a alguma alteração provocada no ambiente, como consequência de algum empreendimento ou obra realizada na área. Por isto, o agente de saúde pode verificar junto aos moradores se houve algum tipo de degradação ambiental nos últimos anos não somente na comunidade em questão, mas na região mais abrangente, uma vez que as áreas de entorno influenciam diretamente nesta situação.

Um plano de ação que tenha o objetivo de controlar a incidência de malária deve conter necessariamente as medidas de prevenção possíveis que, no caso da malária, envolve evitar que ocorra a picada do mosquito. Sabe-se que o mosquito que transmite a malária tem hábitos noturnos, entre o pôr do sol e o amanhecer. É neste período do dia que algumas precauções podem ser tomadas. É extremamente delicado tentar convencer os moradores indígenas a abandonarem hábitos como o banho no rio no fim do dia e antes do amanhecer ou as pescarias e caçadas noturnas. No entanto, outras medidas podem ser sugeridas sem maiores problemas, como o uso de repelentes e camisas de manga comprida. O uso de mosqueteiros nas redes ou telas de proteção nas janelas também pode ser sugerido sem o risco de uma intervenção desmedida nas práticas culturais dos moradores. Tudo isto pode ser feito através de campanhas realizadas nas escolas, centros comunitários ou espa-

ços de uso coletivo, contando sempre com a ajuda dos professores e demais lideranças das comunidades. Com relação ao tratamento dos sintomas da malária, o agente de saúde pode propor uma atividade de pesquisa com os estudantes e professores da escola em que sejam investigados com os moradores mais velhos se há algum tipo de medicamento tradicional que já foi utilizado para aliviar os sintomas da malária. Pode ser que alguma planta ou utilização de seu chá seja de conhecimento dos mais velhos e tenha caído em desuso. Desta forma, o agente de saúde também estará contribuindo com a valorização da medicina tradicional.

Caro aluno, com estas medidas é plenamente possível propor um plano de ação que possa minimizar os efeitos negativos da malária nesta comunidade.

Avançando na prática

Doenças diarreicas agudas

Descrição da situação-problema

Um agente de saúde tem notificado um número alto de óbito em crianças em decorrência de doenças diarreicas agudas. Em uma rápida avaliação das condições de saneamento da comunidade indígena em que atua, ele verificou que todos dispõem da mesma fonte de água para consumo, um pequeno igarapé que fica muito próximo da área utilizada como banheiro. Quais medidas você sugeriria para alterar este quadro?

Resolução da situação-problema

Infelizmente as doenças diarreicas agudas causam muitas mortes entre os indígenas, principalmente as crianças menores de 5 anos de idade. Na situação-problema descrita, ainda que seja necessária uma investigação mais profunda, algo que o agente de saúde pode requisitar junto aos órgãos competentes, tudo leva a crer que a água de consumo da comunidade esteja contaminada devido à proximidade dos dejetos. Neste caso, é preciso avaliar quais medidas os moradores concordariam em executar. A princípio, poderiam ser construídos sanitários ou poderia ser alterada a fonte de água para consumo. Como vimos em uma seção anterior, a utilização de sanitário

tal como o concebemos – privada, pia e chuveiro – encontra uma ampla resistência por parte dos indígenas e nem sempre representa a solução do problema, já que exige certos cuidados que, se não executados, podem, inclusive, piorar a situação sanitária da localidade. No entanto, no que se refere ao consumo da água, provavelmente não ocorrerá este tipo de situação. Nesse sentido, pode ser sugerida a construção de cisternas para captação da água da chuva, um sistema relativamente simples que pode fornecer água de qualidade para o consumo dos moradores. É bom lembrar que as cisternas precisam ser limpas com certa frequência e que a água armazenada também deve passar por algum tipo de tratamento, como a utilização do hipoclorito de sódio, que é fornecido gratuitamente pelo SUS. Entre as incumbências do Distrito Sanitário Especial Indígena está previsto o desenvolvimento de medidas relacionadas ao saneamento e garantia de água potável para os indígenas. Por isto, o agente de saúde poderá requisitar junto ao coordenador do DSEI a compra de caixas d'água para serem instaladas nas residências dos moradores e nas áreas de uso comum, como na escola, igreja e centro comunitário, assim como iniciar uma campanha de educação com os moradores alertando para os benefícios do consumo de água potável.

Faça valer a pena

1. Existe um ponto comum em relação a algumas doenças que afetam os povos indígenas: trata-se de males recorrentes nas porções mais pobres do planeta. A incidência de doenças diarreicas agudas, por exemplo, está intimamente atrelada à precariedade das condições de vida destes povos.

A respeito das causas sociais de algumas doenças que afetam os povos indígenas, escolha a alternativa correta.

a) As doenças diarreicas agudas, muito recorrentes entre as crianças indígenas, tendem a ocorrer em situações de vulnerabilidade social, ou seja, em que condições de saneamento e acesso à água potável não são satisfatórias.

b) Graças ao acesso à água potável e às boas condições de saneamento, não têm ocorrido entre os povos indígenas doenças características de países desenvolvidos, como as doenças diarreicas agudas.

c) A ocorrência de doenças diarreicas agudas entre os povos indígenas

pode ser explicada a partir dos costumes culturais desses povos, que não valorizam, por exemplo, o consumo de água potável.

d) Não se pode dizer que a ocorrência de doenças diarreicas agudas tenha alguma relação às condições territoriais dos povos indígenas, uma vez que seus territórios são devidamente protegidos.

e) Para que se resolvam os problemas relacionados às doenças diarreicas agudas, os povos indígenas devem abandonar algumas práticas culturais, como o banho em rios e igarapés e o uso do mato como local em que urinam e defecam.

2. As doenças crônicas não transmissíveis são cada vez mais recorrentes entre os povos indígenas. Ou seja, doenças como hipertensão arterial, obesidade e diabetes não podem mais ser consideradas apenas doenças do "mundo dos brancos", uma vez que este "mundo dos brancos" parece cada vez mais presente no "mundo dos indígenas".

Com relação às transformações socioculturais, econômicas e ambientais que vêm ocorrendo entre os povos indígenas e a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, escolha a alternativa correta:

a) De uma maneira geral, o contato com os não indígenas é marcado por uma melhoria das condições de vida dos povos indígenas em todos os aspectos, inclusive no que diz respeito às condições de saúde destes povos.

b) Não é possível avaliar de maneira satisfatória de quais formas o contato dos povos indígenas com os não indígenas prejudicam a saúde destes povos, uma vez que pesquisas sobre o tema não existem.

c) Apesar do contato com os não indígenas fazer parte da realidade de muitos povos indígenas, estes tendem a manter seus hábitos, principalmente no que diz respeito ao consumo de alimentos.

d) A ocorrência de diabetes, hipertensão arterial e obesidade entre os indígenas pode ser explicada pelos fatores genéticos desses povos, que apresentam maiores chances em desenvolverem estas doenças.

e) A pressão sobre os territórios indígenas levou a um quadro de insegurança alimentar caracterizado pelo empobrecimento da dieta com o aumento do consumo de produtos industrializados, o que, por sua vez, explica o aparecimento das doenças citadas.

3. O tracoma e a tuberculose são doenças contagiosas que atingem os povos indígenas. Consideradas extintas ou de baixa incidência em alguns lugares do mundo, estas doenças ainda são muito recorrentes entre os povos indígenas no Brasil. Uma das formas de controlar o seu aparecimento é justamente não as considerar extintas.

A respeito das principais características do Tracoma e da Tuberculose, escolha a alternativa correta:

a) A tuberculose é uma doença causada pelo Bacilo de Koch que atinge exclusivamente os pulmões.

b) O tracoma é uma conjuntivite crônica ocasionada pela bactéria *Chlamydia trachomatis* que, embora não tenha cura, não ocasiona a cegueira.

c) A população indígena apresenta as menores taxas de incidência da tuberculose no país.

d) Uma das principais dificuldades em se tratar a tuberculose é o fato de que embora a utilização de medicamentos seja de curtíssimo prazo, os efeitos colaterais são muito fortes.

e) A tuberculose é transmitida pelo ar por contato com secreções respiratórias contaminadas geralmente através da tosse.

Seção 4.3

Problemas contemporâneos em saúde indígena

Diálogo aberto

Caro aluno, quando analisamos algumas doenças recorrentes entre os povos indígenas, devemos considerá-las a partir de seus aspectos sociais. Esta premissa é fundamental para propormos possíveis resoluções a questões complexas como o abuso do consumo de bebidas alcoólicas e suicídio entre os povos indígenas no Brasil. É por isto que na situação-problema desta seção tratamos dos Guarani Kaiowá do Mato Grosso do Sul, onde parece ocorrer uma associação entre abuso de bebidas alcoólicas e casos de suicídio. Na comunidade em que o agente de saúde trabalha, dois homens e uma mulher, após serem negados em um processo seletivo em que concorriam a vagas para um trabalho como vendedores em uma loja da cidade sob a justificativa de que "os clientes não iriam gostar de ser atendidos por índios", iniciaram uma "bebedeira" que durou três dias. Infelizmente, o desfecho foi trágico, pois os três se enforcaram. Após presenciar esta tragédia, o agente de saúde deseja propor à Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) formas de prevenção destes males. Por isto, perguntamos: quais propostas você sugeriria para a EMSI?

Para resolver esta situação-problema você deverá considerar os aspectos mais gerais que envolvem as questões relacionadas ao suicídio e ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas entre os povos indígenas no Brasil. Primeiramente, é preciso adotar uma perspectiva em que sejam considerados os vários fatores – sociais, econômicos e culturais – que conformam as causas destes males. Neste ponto, os Guarani Kaiowá vêm sofrendo uma violência histórica, pois perderam seus territórios e atualmente são submetidos a formas não dignas de sobrevivência. Não bastasse isto, continuam sendo explorados como mão de obra pelas usinas açucareiras da região e sofrem preconceitos que os impedem de assumir outros postos de trabalho. Diante deste quadro, não é muito difícil imaginar que problemas sociais encontrem um campo fértil para se desenvolverem.

É impossível propor formas de prevenção que não sejam pautadas em ações políticas que visem a alterar alguns aspectos das condições de vida destes povos. Ou seja, não será eficiente tratar o suicídio, por exemplo, apenas como um problema de "saúde mental". Em vez disto, é necessário que se compreenda a relação entre a história de violência ao qual os povos indígenas foram submetidos e suas condições atuais de sobrevivência. Caro aluno, a leitura atenta do item **Não Pode Faltar** lhe fornecerá os subsídios necessários para a resolução de mais esta situação-problema. Bons estudos!

Não pode faltar

Causas e efeitos do consumo excessivo de álcool entre indígenas

O consumo excessivo de álcool entre povos indígenas no Brasil é um problema de saúde. Como tal, para compreendê-lo é preciso considerá-lo a partir de seus aspectos sociais, pois o uso abusivo do álcool não é necessariamente uma doença que atinge indivíduos isoladamente. Ou seja, contextos sociais em que o consumo do álcool torna-se um problema de saúde revelam características específicas que se vinculam, via de regra, à violência histórica cometida aos povos indígenas. Nesta seção, iremos compreender melhor a relação que os povos indígenas mantêm com as bebidas alcóolicas e as transformações nos padrões de consumo ocorridas ao longo da história de contato. Vamos começar?

Ao afirmar que é preciso compreender o consumo excessivo do álcool a partir de seus aspectos sociais estamos nos aproximando da concepção de que este fenômeno não deve ser reduzido às suas dimensões biológicas, pois o uso do álcool está diretamente relacionado ao comportamento social, por sua vez, produto de relações culturais específicas (SOUZA, 2012).

De acordo com Langdon (2005), o abuso do álcool está associado, por exemplo, a problemas como as condições precárias de saúde, a alta incidência de suicídio e o aumento da transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (AIDS, por exemplo), como ocorrem entre os Tikuna, do estado do Amazonas, e os Guarani Kaiowá do Mato Grosso do Sul. Mas será que o consumo de álcool

pelos povos indígenas sempre esteve relacionado a estes outros problemas sociais? Ou ainda, de quais formas as transformações ocorridas a partir do contato dos povos indígenas com os não indígenas contribuíram para que o consumo de álcool se tornasse um problema de saúde? Vejamos.

As bebidas alcoólicas fermentadas são extremamente importantes para os povos indígenas por conta de seu papel na construção de vínculo social. O uso dessas bebidas fermentadas, feitas a partir da massa do milho, mandioca ou outros produtos, é tradicional, ou seja, elas são produzidas e consumidas desde muito antes do contato com os não indígenas. Como observa Langdon (2005), entre os povos amazônicos, por exemplo, nos ritos e festas coletivas as bebidas fermentadas são ligadas ao divertimento, à reciprocidade, ao sagrado e até mesmo à política. Isto porque as festas marcam épocas específicas do calendário anual, como a mudança de estações e a colheita de certas frutas. A preparação destas festas pode durar semanas e envolver outras comunidades. Isto quer dizer que o preparo e ingestão de bebidas fermentadas – cauim, caxiri, caiçuma, entre outros nomes – foi, no passado e no presente (ainda que em menor grau em certos contextos), fundamental para incentivar a vivência em sociedade, como, por exemplo, facilitar o estabelecimento de alianças (para trocas matrimoniais, por exemplo) entre diferentes grupos. Desta forma, o consumo tradicional destas bebidas tem um papel constitutivo e construtivo inegável (LANGDON, 2005).

Exemplificando

De acordo com Langdon (2005), a festa do Kiki, realizada pelos Kaingang do sul do Brasil, trata-se de um rito em homenagem aos mortos. Atualmente, somente os Kaingang de Xapecó o realizam. A festa do Kiki é marcada por vários momentos rituais, como o tombamento de uma árvore do pinhão para o preparo de um cocho onde será preparada a bebida (kiki), que é feita de mel e uma visita ao cemitério em que cada metade do grupo faz orações sobre os túmulos dos mortos da outra metade. Na volta do cemitério, o cocho, coberto por vários dias para a fermentação, é aberto e a comunidade consome a bebida até o seu fim. Como observa Langdon, o rito reafirma a identidade étnica, as relações com os grupos de parentesco e com os mortos.

O consumo de bebidas fermentadas, via de regra, está vinculado a concepções e comportamentos específicos, pois cada povo indígena tem seus próprios valores e formas de beber. No entanto, as tradições vinculadas ao consumo das bebidas fermentadas se transformaram a partir da intensidade do contato com os não indígenas. Por exemplo, tradicionalmente os Bororo, moradores da região central do Brasil, consumiam sua bebida fermentada para ficarem alegres e beberem sem violência. Mas com a introdução das bebidas destiladas, como a cachaça, o comportamento dos que bebem é caracterizado por violência física, uma mudança que sinaliza para a própria história de contato deste povo com os não indígenas (QUILES, 2000 apud LANGDON, 2005, p. 105).

Temos visto até aqui que o problema do excesso do consumo de bebidas alcoólicas pelos povos indígenas deve ser compreendido como um fenômeno social relacionado ao quadro mais geral de violência histórica que estes povos foram submetidos. O consumo de bebidas alcoólicas não é um problema em si, pois formas tradicionais de consumo de bebidas fermentadas sempre estiveram relacionadas a práticas rituais de coesão social e fortalecimento da sociabilidade. No entanto, em muitos contextos as formas de consumo tradicional se transformaram em comportamentos negativos e, atualmente, muitos povos indígenas sofrem com as consequências do consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Como evitar estes danos? Como prevenir e lidar com este problema a partir de uma abordagem focada na promoção da saúde indígena? É o que veremos a seguir.

Causas e efeitos do consumo excessivo de álcool entre indígenas: um problema sociocultural

Caro aluno, é importante ponderar que problemas de saúde, como o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e o suicídio, não atingem todos os povos indígenas do país, e entre os povos que sofrem com essas questões, a intensidade desses problemas não é sempre a mesma.

Problemas como o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e suicídio estão quase sempre relacionados à degradação ambiental, confinamento territorial e à pressão resultante da intensificação das

relações com os não indígenas e as cidades. Por isto, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas entre os povos indígenas não deve ser encarado como uma dependência biológica individual, e sim interpretado como um fenômeno construído através do tempo e da história de contato dos indígenas com os não indígenas. Se o uso de bebidas fermentadas, como vimos, é uma marca das sociedades indígenas, atualmente o ato de beber não se vincula necessariamente às formas de uso tradicional e gera consequências negativas para a comunidade (LANGDON, 2005). Por se tratar de um problema de saúde a ser enfrentado, a construção de programas de prevenção é urgente.

De acordo com Langdon (idem), os programas de prevenção devem ser construídos com os povos indígenas com o objetivo primordial de identificar os fatores coletivos e específicos que colaboram para o consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Ou seja, é necessário compreender as especificidades do abuso do álcool em cada situação, reconhecendo que não há um tratamento universalmente apropriado para todos.

Uma postura fundamental para o enfrentamento dos problemas relacionados ao uso excessivo de álcool é evitar o uso do termo alcoolismo. Em seu lugar, o termo "comportamento alcoólico" seria mais apropriado, pois indica que o fenômeno não se trata de uma doença e sim de um estilo de beber (QUILES, 2000 apud LANGDON, 2005). Nesse sentido, um programa de prevenção deveria identificar estes diferentes estilos de beber, assim como os contextos em que se aprende a beber. Isto, por sua vez, só poderá ser feito através da colaboração da própria comunidade. Como sugere Langdon (idem), podem ser elaboradas questões que procurem identificar as transformações ao longo do tempo dos significados envolvendo as bebidas alcoólicas. Ou seja, questões como: por que e como se bebia antigamente? Quais as preocupações com o consumo excessivo de álcool atualmente?

Como se trata de uma questão de saúde e educação comunitária, a prevenção do uso excessivo de bebidas alcoólicas deve estar baseada nas necessidades de cada comunidade e alicerçada na participação dos moradores indígenas em todas as fases do processo. Um programa de prevenção também deverá considerar os grupos específicos identificados como tendo problemas com o abuso de

álcool, uma vez que no interior de um mesmo grupo, o problema pode ser mais recorrente em uma faixa etária determinada, como entre os jovens, por exemplo, ou entre um determinado sexo, homens ou mulheres. Por fim, como sugere Langdon (2005), é fundamental que se construa uma sobrevivência saudável e uma identidade positiva.

É preciso compreender que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas é um problema vinculado à violência histórica a qual os povos indígenas foram submetidos. O consumo excessivo de bebidas alcoólicas pode estar diretamente associado à degradação ambiental e às transformações no território. Entre os Maxakali da região do Vale do Rio Doce, Minas Gerais, que foram atingidos pelo pior desastre ambiental da história do país, como vimos em uma seção anterior, a morte do rio Doce fez com que os pescadores ficassem com muito tempo ocioso, sem ter o que fazer, e muitos deles começaram a beber por conta disso. Como observa Langdon (2005), entre os Bororo e Kaingang, por exemplo, a introdução da bebida destilada foi um dos mecanismos de controle e dominação dos não indígenas sobre estes povos (LANGDON, 2005). Outro caso exemplar é o dos Guarani Kaiowá, cuja história foi marcada pela redução de território, desmatamento e vulnerabilidade (ALMEIDA, 1988 apud LANGDON, 2005). Como resultado desta violência histórica, o atual quadro epidemiológico deste povo se caracteriza, principalmente, por problemas como uso excessivo de bebidas alcoólicas e altas taxas de suicídio. No caso do suicídio, é entre os povos indígenas que se encontram as maiores taxas desta ocorrência no país. Vamos aprender mais sobre isso?

Reflita

Vivemos em um país em que o consumo de bebidas alcoólicas é extremamente incentivado. A quem interessa que consumamos bebidas alcoólicas? Ou seja, de quais formas a promoção do hábito de beber acaba por se transformar, no caso dos povos indígenas, em mecanismo de controle e submissão destes povos? A quem interessa que os povos indígenas continuem sendo vistos como bêbados? Será que esta imagem do indígena beberrão não é estrategicamente reproduzida para legitimar as ações de violência daqueles que historicamente usurparam suas terras?

Interpretações das causas de suicídio entre indígenas no Brasil

O Ministério da Saúde divulgou pela primeira vez, em 2017, o Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio no Brasil. Os dados divulgados revelam o alto índice de suicídios entre jovens, principalmente homens, e indígenas. Segundo informa o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), o objetivo é qualificar a assistência em saúde mental no país para que a meta de redução de 10% dos óbitos por suicídio até 2020, recomendada pela Organização Mundial da saúde (OMS), seja alcançada. Caro aluno, veja que o suicídio trata-se de um grave problema de saúde. O que os dados a respeito do suicídio divulgados neste Boletim revelam especificamente sobre este problema entre os povos indígenas? Vamos conhecer.

Entre 2011 e 2016 foram registradas 62.804 mortes por suicídio, a maioria (62%) por enforcamento. A taxa de mortalidade entre os povos indígenas é praticamente três vezes maior (15,2) do que o registrado entre os negros (4,7) e os brancos (5,9). Ou seja, os indígenas são os que mais cometem suicídio entre a população brasileira.

No Brasil, como observam Oliveira e Neto (2003), o suicídio entre povos indígenas começou a ser mais noticiado a partir da década de 1980, devido ao alto número de óbitos entre os Guarani, como os moradores do município de Dourados (MS). Dados do CIMI (1996) informam que no ano de 1995, por exemplo, ocorreram 55 casos fatais em uma população de 25,5 mil habitantes, valor que equivale a uma taxa de 40 vezes a média brasileira.

Em um estudo entre os jovens Guarani com o objetivo de elucidar as causas para estas taxas tão elevadas de suicídio, Machado, Alcantara e Trajber (2014) afirmam que não existe uma causa única para cometer suicídio e sim vários fatores econômicos, culturais e sociais. Os autores também constataram que a "tristeza" é uma das principais explicações fornecidas pelos jovens. O suicídio aparece, então, como resultado da tristeza, denominada *vy'ae'y*. É esta condição de tristeza que leva o jovem ao isolamento de sua família e amigos. Ao perceberem a melancolia do jovem, os amigos e parentes também se afastam dele, uma vez que para os Guarani a tristeza é contagiosa e pode ser acompanhada pelo suicídio. A agressividade, o espectro da morte, a bruxaria, fofocas e mal-entendidos podem levar à tristeza.

De uma maneira geral, para os Guarani todos estas situações e estados levam a um mal-estar que desequilibra o ser, o "teko".

Machado, Alcantara e Trajber (2014) argumentam que os altos níveis de suicídio entre os jovens Guarani devem ser compreendidos a partir das condições de vida deste povo indígena. Os jovens Guarani, assim como toda esta população, sofrem muitos preconceitos dos não indígenas, além da falta de terra e de renda. Muitos jovens trabalham em situações precárias nas inúmeras usinas de açúcar da região. Isto ocorre porque os atuais territórios Guarani historicamente foram reduzidos devido à pressão dos grandes fazendeiros, que lhes tomaram as terras e, atualmente, continuam explorando sua mão de obra. Isto sem falar nos inúmeros ataques com armas que os Guarani sofrem anualmente, com dezenas de mortos em decorrência destes conflitos. Sem a demarcação de seus territórios ancestrais, muitos indígenas moram em acampamentos improvisados na beira das estradas, com péssimas condições sanitárias, sem dinheiro, sem comida e muitas vezes também sem trabalho, uma vez que sofrem muito com o preconceito dos não indígenas. Ou seja, problemas como abuso no consumo de bebida alcoólica e suicídio estão diretamente relacionados a este quadro mais geral marcado pela violência e falta de direitos. O modo de vida Guarani depende da vida em comunidade e da mobilidade por um vasto território. Ou seja, circular pelas diversas regiões ocupadas pelos Guarani é fundamental para este povo. Por isto, o processo de sedentarização com uma situação fundiária marcada pelo confinamento territorial contribui significativamente para que outros conflitos apareçam mais facilmente.

Os jovens Guarani se sentem excluídos da sociedade não indígena, sociedade esta que lhes nega um futuro de dignidade pelo simples e concreto fato de serem indígenas. Machado, Alcantara e Trajbes (2014) também apontam que diante da baixa autoestima dos jovens decorrente do preconceito e exploração aos quais são submetidos, os problemas familiares e amorosos tornam-se motivos relevantes para a busca pelo suicídio. Incompreensão e exclusão são sentimentos muito recorrentes entre estes jovens.

Caro aluno, até aqui vimos que as taxas de suicídio entre os povos indígenas no Brasil são muito altas quando comparadas aos negros e aos brancos. Entre as causas para esta diferença estão as

condições de vida às quais os povos indígenas continuam sendo submetidos no país: confinamento territorial, falta de acesso a direitos básicos, como saúde e educação, além do preconceito, que faz com que sejam excluídos dos espaços dominados pelos não indígenas. Como minimizar este problema? Quais ações e políticas podem ajudar no controle do suicídio entre os povos indígenas no Brasil? Vejamos.

Assimile

Consumo excessivo de bebidas alcoólicas e suicídio são problemas de saúde muito recorrentes entre os povos indígenas. Para enfrentá-los é preciso compreendê-los a partir de uma perspectiva que considere suas condições de vida atuais, somado à compreensão de seus ideais de vida, já que é nessa impossibilidade de realização de um modo de vida "próprio" que está o cerne da questão. Ou seja, trata-se de problemas que estão intimamente vinculados à realidade social destes povos, como a violência historicamente sofrida, o confinamento territorial e a falta de acesso aos direitos básicos, como saúde e educação.

Ações e políticas para o controle do suicídio entre indígenas no Brasil

Diante da necessidade de reduzir as taxas de suicídio no país, o Ministério da Saúde divulgou em 2015 um plano de ações visando, entre outras medidas, a expansão da rede de assistência em saúde mental nas áreas de maior risco, a capacitação de profissionais e a criação de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio. É importante também destacar que desde 2011 a notificação de tentativas e óbitos é obrigatória e deve ser realizada em até 24h.

O Ministério da Saúde propõe estas ações a partir da constatação de que os serviços de assistência psicossocial são fundamentais na prevenção do suicídio, pois nos locais onde existem Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), que faz parte do SUS, o suicídio reduz em até 14%. Uma das ações é, inclusive, implantar mais unidades do CAPS nas áreas de maior incidência. Especificamente para os povos indígenas, o Ministério prevê a implantação de linhas de cuidados de prevenção ao suicídio em alguns Distritos Sanitários Especiais

Indígenas (DSEIs) e a formação de jovens indígenas que atuariam como multiplicadores em estratégias de valorização da vida nas regiões com maior incidência de suicídio. Mas em que medida estas ações são efetivas com relação aos principais afetados pelo problema, ou seja, os povos indígenas?

Ao analisarmos as estratégias e ações previstas pelo Ministério da Saúde, podemos notar que é feita uma clara associação entre suicídio e problema mental. Ou seja, parte-se da premissa de que as causas que levam ao suicídio decorrem de doenças mentais, como a depressão, por exemplo. Vale dizer que o abuso de álcool, ou como é mais comumente chamado, o alcoolismo, ainda que este termo tenha em si um valor negativo, como vimos, também pode ser alocado nesta categoria de "problema mental". Pelo que temos visto, problemas como abuso excessivo de álcool e suicídio, entre os povos indígenas, estão intimamente relacionados a questões de ordem social. Neste sentido, tratar o suicídio entre os povos indígenas apenas como uma questão de saúde mental não parece ser o mais eficiente. Ou seja, entre os povos indígenas as causas não necessariamente relacionam-se à saúde mental e se algum desequilíbrio desta natureza ocorre, isto parece estar claramente vinculado a questões de ordem social, como a pauperização dos indígenas, o confinamento territorial, a violência contra seus corpos e a ausência de condições dignas de sobrevivência.

Machado, Alcantara e Trajbes (2014), por sua vez, sugerem ações interessantes para a diminuição das taxas de suicídios entre os povos indígenas, em especial, entre os Guarani Kaiowá. Uma sugestão, por exemplo, é a implementação de uma equipe interdisciplinar que seria formada por não indígenas e indígenas para tratar dos problemas anunciados pelos jovens Guarani, como a solidão, angústia e tristeza. Nesta linha de ação, terapia comunitária e diálogo intergeracional são sugeridos como estratégias que poderiam minimizar o problema. No entanto, algo fundamental que deve ser realizado é o combate às condições precárias de trabalho da população indígena no Mato Grosso do Sul, pois o regime de trabalho nas usinas de açúcar configura-se como escravidão e semiescravidão. Veja que a relação entre as condições precárias de trabalho da população indígena e a incidência de suicídios entre jovens indígenas é algo próprio do que ocorre entre os Guarani de Mato Grosso do Sul.

Por isto, em outros contextos, as causas dos suicídios precisam ser investigadas e as ações devem ser pensadas de acordo com o que for verificado em cada caso.

Caro aluno, veja que a implementação de medidas para o combate ao suicídio deve, necessariamente, envolver questões relacionadas às condições de vida dos povos indígenas. Isto quer dizer que mudanças significativas só poderão ser realizadas quando os problemas estruturais que envolvem os povos indígenas forem resolvidos. Neste sentido, limitado será o efeito de medidas que concebam o suicídio como doença mental e não apontem para a urgente execução de políticas públicas que promovam a garantia de direitos e auxiliem na reversão dos processos históricos de exclusão e violência os quais os povos indígenas vêm enfrentando desde 1500.

Pesquise mais

Para saber mais sobre a questão do suicídio no Brasil, você pode ler na íntegra o *Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde*, disponível em: <portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2017. Bons estudos!

Sem medo de errar

Na situação-problema desta seção um agente de saúde que trabalha com os Guarani Kaiowá do Mato Grosso do Sul tem verificado uma associação entre consumo excessivo de bebidas alcoólicas e suicídio. Um quadro formado por preconceito e abuso do consumo de bebidas alcoólicas acabou levando ao suicídio dois homens e uma mulher. Por isto, o agente de saúde pretende propor à Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena formas de prevenção destes problemas. Quais propostas você sugeriria para a EMSI?

Veja que a resolução desta situação-problema não é simples, pois envolve questões complexas que os povos indígenas no país vêm enfrentando. De início, a constatação do agente de saúde de que existe uma relação entre o consumo excessivo de bebidas

alcoólicas e o suicídio, algo evidenciado pela tragédia que acometeu a comunidade, pode nos orientar para tratar tais problemas como sendo relacionados às condições de vida destes povos.

Uma das propostas que o agente de saúde pode fazer para a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena é exatamente ponderar sobre a relação destes problemas com a realidade social destes povos. Ou seja, o agente de saúde poderá ajudar os profissionais de saúde não indígenas na desconstrução de uma perspectiva estritamente biológica que considere os problemas com álcool e os suicídios relacionados a questões individuais. Neste sentido, o agente de saúde poderá promover uma abordagem dos profissionais não indígenas em saúde indígena pautada em uma perspectiva mais abrangente em que, por exemplo, os indígenas que apresentarem problemas com o consumo excessivo de bebidas alcoólicas não sejam tratados como culpados ou algo parecido. A construção de uma perspectiva mais abrangente pode ser potencializada com a formação de uma equipe multidisciplinar. Por isto, o agente de saúde poderá sugerir a participação de outros profissionais, como assistentes sociais, psicólogos e antropólogos na elaboração de um plano de ações voltado para o combate a estes problemas.

Esta mudança na perspectiva dos profissionais não indígenas que atuam na saúde indígena pode, por si só, colaborar com a mudança do quadro negativo caracterizado por problemas como o suicídio e o abuso de bebidas alcoólicas. Ou seja, a percepção alterada dos profissionais de saúde com certeza resultará em ganhos para toda a comunidade, pois influenciará na forma como a abordagem em saúde será realizada.

O agente de saúde também pode incentivar a EMSI a elaborar questionários e realizar uma pesquisa qualitativa no local a fim de compreender as razões e causas destes problemas a partir da perspectiva dos próprios indígenas. Neste sentido, mais que executar programas e projetos advindos das instâncias superiores, a EMSI pode desenvolver uma pesquisa em que os indígenas anunciem seus dilemas, suas opiniões e perspectivas para a resolução destes males. Lembre-se, é a EMSI que atua diretamente com os povos indígenas e, por isto, pode alcançar níveis muito profundos de compreensão da realidade social destes povos se assim estiver disposta.

Infelizmente, o poder de atuação do agente de saúde para solucionar problemas sociais mais graves é limitado. Por isto, o agente de saúde deverá procurar outras instâncias e instituições que possam colaborar com o desenvolvimento e execução de políticas públicas. Ou seja, é fundamental que o agente de saúde se articule politicamente com as lideranças indígenas, com o conselho local de saúde e, se possível, com os gestores municipais. Uma das formas de promover a sensibilização para uma determinada situação é fazer que mais pessoas tenham conhecimento do problema. Neste sentido, o agente de saúde poderá incentivar a visita de jornalistas e demais formadores de opinião com o intuito de divulgar os problemas enfrentados pelos moradores. Veja que o agente de saúde deve ir além de suas tarefas usuais e isto requer disposição e muito trabalho.

Por último, o agente de saúde pode sugerir à EMSI que sejam feitas reuniões entre os profissionais de saúde para que se discutam estes problemas. Nestes momentos, o agente de saúde poderá sugerir leituras e atividades específicas a fim de colaborar com a formação dos demais profissionais a respeito destes temas. Ou seja, é necessário que sejam colocados à mostra todas as concepções que os profissionais de saúde não indígenas possuam sobre os males que afligem esta população e, neste sentido, é necessário que se faça um trabalho de formação e desconstrução de preconceitos e estereótipos.

Com estas medidas é possível que os problemas envolvendo uso excessivo de bebidas alcoólicas e suicídio sejam minimizadas ou, no mínimo, que formas mais efetivas de abordagem destas questões sejam colocadas em prática.

Avançando na prática

Suicídio entre jovens indígenas

Descrição da situação-problema

Na Terra Indígena Alto Rio Negro, localizada no noroeste do estado do Amazonas, vem aumentando o número de suicídios entre os jovens. Diante deste quadro, o agente de saúde que trabalha na Casa de Saúde Indígena (CASAI) localizada na sede municipal

de São Gabriel da Cachoeira pretende iniciar uma pesquisa em que aplicará um questionário entrevistando os parentes e amigos dos jovens que cometeram suicídio. Como você, aluno, elaboraria este questionário?

Resolução da situação-problema

Infelizmente é muito alta a incidência de suicídios entre os jovens indígenas. Inicialmente, é preciso destacar que a proposta concebida pelo agente de saúde em iniciar uma investigação com os parentes próximos e amigos das vítimas de suicídio é extremamente válida, pois pesquisas com este objetivo podem aumentar muito a compreensão acerca das causas deste fenômeno. No entanto, o agente de saúde deverá adotar uma postura muito cautelosa, pois irá investigar um assunto extremamente complexo com pessoas diretamente afetadas e que, provavelmente, estarão emocionalmente abaladas. Neste sentido, o agente de saúde poderá necessitar da ajuda de um profissional psicólogo, que lhe ajudará nesta aproximação desejada. A ajuda profissional de um psicólogo, por sua vez, poderá ser disponibilizada via poder público municipal, pois é bem provável que o município conte com estes profissionais em seus quadros de recursos humanos.

Caro aluno, como aprendemos sobre os Guarani Kaiowá, os jovens indígenas tendem a demonstrar sinais de tristeza e baixa autoestima, assim como distanciamento dos familiares e amigos. Isto será válido para os jovens indígenas rionegrinos? Por isto, em vez de elaborar questões muito diretas, tais como "por que ele tentou o suicídio?", o mais indicado é tentar investigar a respeito do comportamento destes jovens, seus sentimentos e emoções. Por exemplo, pode ser perguntado aos parentes próximos se os jovens que cometeram suicídio demonstraram mudanças de comportamento e atitudes nos meses que precederam ao ato. Ou ainda, pode ser perguntado se estes jovens haviam verbalizado seus problemas ou se haviam feito algum pedido de ajuda, algo que, talvez, seus amigos possam responder com mais propriedade, uma vez que entre os familiares os conflitos tendem a ser mais latentes.

É fundamental que as perguntas aplicadas aos amigos dos jovens que cometeram o suicídio procurem identificar quais os dilemas e problemas enfrentados por eles. Ou seja, o mais desejável é que

as perguntas avancem para além de uma tentativa de percepção do problema como algo individual e tentem elucidar questões mais amplas que envolvam, por exemplo, a possível falta de perspectiva destes jovens diante do mercado de trabalho ou o preconceito sofrido pelo fato de serem indígenas.

Ao longo desta seção aprendemos que uma abordagem em saúde a respeito de problemas complexos como o excesso de consumo de bebidas alcoólicas e suicídio deve estar pautada em uma perspectiva abrangente e que leve em consideração as condições de vida destes povos. Por isto, é fundamental que o questionário de entrevista a ser aplicado procure identificar os principais dilemas enfrentados pelos jovens indígenas na atualidade.

Faça valer a pena

1. Atualmente, os povos indígenas têm enfrentado problemas de saúde muito complexos, como o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e o suicídio. Estes problemas, por sua vez, parecem estar diretamente relacionados às condições precárias de vida de grande parte desta população. Ou seja, se quisermos compreender as causas destes males, devemos observar o contexto social negativo no qual historicamente vivem os povos indígenas. O consumo de bebidas alcoólicas fermentadas pelos indígenas, por sua vez, é uma prática cultural amplamente disseminada e socialmente positiva.

Escolha a alternativa correta a respeito do consumo excessivo de bebidas alcoólicas entre os povos indígenas no Brasil:

a) O problema relacionado ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas não está diretamente relacionado às condições de vida atuais de grande parte dos povos indígenas, como a falta de territórios e não garantia de acesso a direitos básicos como saúde e educação.

b) O uso de bebidas alcoólicas fermentadas é uma prática cultural comum entre os povos indígenas e, via de regra, contribui para o fortalecimento dos laços de parentesco, atuando como importante elemento de coesão social.

c) Problemas relacionados ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas entre os povos indígenas não são relevantes, uma vez que a grande maioria dos povos indígenas são abstêmios (não consomem bebidas alcoólicas).

d) O consumo de bebida alcoólica entre os indígenas teve início a partir do contato destes povos com os não indígenas, uma vez que anteriormente a isto não existem relatos que indiquem o consumo deste tipo de bebida pelos indígenas.

e) A melhor forma de prevenção do uso excessivo de bebidas alcoólicas é investir em um tratamento individual, uma vez que cada indivíduo tem motivações próprias para realizar o consumo abusivo de bebidas alcoólicas.

2. Os níveis de suicídio entre os povos indígenas no país são extremamente altos quando comparados aos níveis registrados entre os brancos e os negros. Entre os indígenas, as principais vítimas são os jovens. É preciso olhar com cuidado para os problemas enfrentados pelos jovens indígenas no país para que se compreenda de uma maneira mais ampliada este triste fenômeno.

A respeito da ocorrência de suicídio entre os jovens indígenas, escolha a alternativa correta:

a) Os jovens indígenas têm amplo acesso ao mercado de trabalho entre os não indígenas, o que contribui para as baixas taxas de suicídio entre eles.

b) Entre os indígenas Guarani Kaiowá, os jovens relatam que o trabalho nas usinas de açúcar contribui para um sentimento de satisfação pessoal o que, por sua vez, evita que pensamentos sobre suicídio ocorram.

c) Os jovens indígenas enfrentam problemas relacionados à falta de aceitação pela sociedade não indígena, marcadamente preconceituosa. Este quadro de exclusão social pode ser considerado uma das causas de suicídio.

d) As causas do suicídio devem ser buscadas individualmente, pois cada indivíduo tem um motivo próprio para atentar contra sua própria vida.

e) Infelizmente, nada pode ser feito para reduzir os níveis de suicídio entre os povos indígenas, concepção compartilhada pelo próprio Ministério da Saúde do país.

3. As taxas de suicídio e de consumo excessivo de álcool entre os povos indígenas são muito mais altas se comparadas aos não indígenas no Brasil. Algo parece estrutural no perfil epidemiológico dos povos indígenas no país: são atingidos por doenças já devidamente controladas entre os não indígenas e, nas últimas décadas, passaram a ser assolados por males próprios do "mundo dos brancos".

A respeito dos problemas contemporâneos em saúde indígena, como excesso no consumo de bebidas alcoólicas e suicídio, escolha a alternativa correta:

a) Não é possível dizer que há uma relação entre o consumo excessivo de álcool e as tentativas ou óbitos por suicídio.

b) O suicídio entre os povos indígenas ocorre principalmente entre as mulheres idosas, por razões ainda não reveladas.

c) Uso excessivo de bebidas alcoólicas e altas taxas de suicídio devem ser compreendidos como fenômenos relacionados às precárias condições de vida dos povos indígenas.

d) O consumo excessivo de bebidas alcoólicas não deve ser compreendido como um problema de saúde, uma vez que os povos indígenas fazem somente o uso tradicional destas bebidas.

e) Os problemas com o uso de bebidas alcoólicas devem-se ao fato dos povos indígenas terem deixado de consumir bebidas destiladas e passarem a consumir bebidas fermentadas.

Referências

13 CRIANÇAS indígenas morrem por diarreia no Acre. **Carta Capital**. [s.l.]. Jan. 2012. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/oito-criancas-indigenas-morrem-por-diarreia-no-acre>. Acesso em: 12 abr. 2018.

AGÊNCIA FIO CRUZ DE NOTÍCIAS. **Inquérito nacional revela perfil de saúde e nutrição dos povos indígenas**. Mai. 2010. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br//inquerito-nacional-revela-perfil-de-saude-e-nutrição-dos-povos-indigenas>. Acesso em: 07 dez. 2017.

ALMEIDA, R. T. Breves comentários sobre saúde e relações de contato: os Guarani brasileiros. In: **Saúde em Debate**. Curitiba, p. 28-32, 1988.

ASSIS, Eliseu Miranda de et al. Prevalência de parasitos intestinais na comunidade indígena Maxakali, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 681-690. Rio de Janeiro, abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000400006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 12 abr. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**: Relatório Final. (Análise dos Dados) n. 7. Rio de Janeiro, 2009. 496 p.

BARROS, Oswaldo M. et al. **Manual de Controle do Tracoma**. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2001. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/manual_controle_tracoma.pdf>. Acesso em 12 abr. 2018.

BASTA, P. C.; ORELLANA, J. D. Y.; ARANTES, R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: **Saúde Indígena:** uma introdução ao tema. GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcio (Org.). Brasília: MEC-SECADI, 2012.

BORGES, Lázaro T. Aumento assustador de suicídios entre jovens indígenas motiva investigação do MPF em Mato Grosso. **OLHAR JURÍDICO.** [s.l.], jun. 2017. Disponível em: <www.olhardireto.com.br/juridico/noticias/exibir.asp?id=35980>. Acesso em 12 abr. 2018.

BRANDÃO, Raquel. Procuradoria processa União por falta de saneamento em aldeias indígenas de São Paulo. **O Estado de S.P.**, 15 out. 2015. Disponível em: <http://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/procuradoria-processa-uniao-por-falta-de-saneamento-em-aldeias-indigenas-de-sao-paulo/>. Acesso em: 12 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de tratamento da malária no Brasil**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_malaria.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2018.

_____. **Plano de redução das mortalidades infantil e materna entre índios tem início no Acre**. Jul. 2014. Disponível em: <www.brasil.gov.br/saude/2012/06/plano-de-reducao-das-mortalidades-infantil-e-materna-entre-indios-inicia-no-acre>. Acesso em 12 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Programa de Qualificação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/processo_trabalho_aisan_atuacao_equipe_saude.pdf>. Acesso em 12 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico.** Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 48, n. 30, 2017. Disponível em: <portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>. Acesso em 12 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Conferência destaca fortalecimento da saúde da mulher indígena**. Abr. 2017. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai/noticias-sesai/28228-conferencia-destaca-fortalecimento-da-saude-da-mulher-indigena>. Acesso em: 12 abr. 2018.

_____. **Saúde Integral da Mulher**. Disponível em: http://www.spm.gov.br/assuntos/saude-integral-da-mulher. Acesso em: 12 abr. 2018.

CIMI CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. **A Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil: 1994-1995**. Brasília, p. 36-38, 2013. Disponível em: <https://cimi.org.br/pub/RelatorioViolencia_dados_2013.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2018.

BUCHILLET, Dominique; GAZIN, Pierre. A situação da tuberculose na população indígena do alto rio Negro (Estado do Amazonas, Brasil). **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 181-185, jan./mar. 1998. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v14n1/0138.pdf>. Acesso em 12 abr. 2018.

COIMBRA Jr., Carlos E. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 (4): p. 855-859, 2014. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v30n4/0102-311X-csp-30-4-0855.pdf>. Acesso em 12 abr. 2018.

FERREIRA, Mariana K. L. Corpo e história do povo yurok. **Revista de Antropologia**. Vol. 41, n. 2, São Paulo, 1998. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-77011998000200003>. Acesso em: 12 abr. 2018.

FILHO, Zilmar A. S. et al. Prevalência de hipertensão arterial em indígenas do Brasil: uma revisão sistemática com meta-análise. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 6, p. 1016-1026, 2015. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/pt_0080-6234-reeusp-49-06-1016.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2018.

FREITAS-JUNIOR Ruffo et al. Mortalidade por câncer de mama em mulheres indígenas brasileiras. **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 25, n. 2, p. 41-45, 2015. Disponível em: <www.rbmastologia.com.br/wp-content/uploads/2015/08/MAS_v25n2_41-45.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2018.

FREITAS, G. L.; VASCONCELOS, C. T. M.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, A. K. B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 11 (2): p. 424-428, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>. Acesso em 12 abr. 2018.

LACHI, Tatiana; NAKAYAMA, Mauro. Aspectos radiológicos da tuberculose pulmonar em indígenas de Dourados, MS, Brasil. **Revista de Radiologia Brasileira**, v. 48, n. 5, p. 275-281, set./out. 2015. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rb/v48n5/pt_0100-3984-rb-48-05-0275.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2018.

LANGDON, E. J. O abuso de álcool entre os povos indígenas no Brasil: uma avaliação comparativa. **Revista Tellus**, ano 5, n. 8/9, p. 103-124, abr./out. 2005. Disponível em: <http://www.tellus.ucdb.br/index.php/tellus/article/view/99/106>. Acesso em: 12 abr. 2018.

LEITE, Maurício Soares. Nutrição e alimentação em saúde indígena: notas sobre a importância e a situação atual. In: **Saúde Indígena:** uma introdução ao tema. GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia (Orgs). Brasília: MEC-SECADI, 2012.

LOURENÇO-DE-OLIVEIRA, Ricardo. Some observations on the mosquitoes of Indian settlements in Xingu National Park, Mato Grosso state, Brazil, with emphasis on malaria vectors. **Revista Brasileira de Biologia**, v. 49, p. 393-397, 1989.

MACHADO, Indianara. R.; ALCANTARA, Maria. L. B.; TRAJBER, Zelik. Brasil: em busca de um lugar para os jovens indígenas guarani. In: **Suicídio adolescente em povos indígenas. 3 estudos**. São Paulo: Arte Brasil Editora, 2014.

MEDINA, N. H. et al. Hidden trachoma in the brazilian rain forest. **Invest Ophthamol Vis Sci 40 (Suppl)**. Vol. 4, n. 29, 1999.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **Primeira vacina contra malária será lançada em 2018 com apoio da OMS**. Nov. 2016. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/primeira-vacina-contra-malaria-sera-lancada-em-2018-com-apoio-da-oms/>. Acesso em 12 abr. 2018.

NASCIMENTO, Elíude Rodrigues et al. Perfil clínico e epidemiológico do câncer entre os índios do estado do Pará, Brasil. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**. V. 11, n. 39, jan./mar. 2015. Disponível em: <www.sboc.org.br/sboc-site/revista-sboc/pdfs/39/artigo1.pdf>. Acesso em 12 abr. 2018.

OLIVEIRA, Cleane S.; NETO, Francisco. L. Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 30, n. 1, p. 4-10, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v30n1/20583.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2018.

OLIVEIRA, Suilane. C. R. A incidência de câncer na população indígena no Brasil e a subnotificação dos casos. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, v. 11, n. 39, 2015. Disponível em: <www.sboc.org.br/sboc-site/revista-sboc/pdfs/39/editorial.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2018.

PENA, J. L.; HELLER, L. Saneamento e saúde indígena: uma avaliação na população Xakriabá, Minas Gerais. **Revista de Engenharia Sanitária e Ambiental**. Vol. 13, n. 1, p. 63-72, 2008. Disponível em: <www.scielo.com.br/pdf/esa/v13n1/a09v13n1.pdf>. Acesso em 12 abr. 2018.

PÍCOLI, R. P.; CARANDINA, L.; RIBAS, D. L. B. Saúde materno-infantil e nutrição de crianças Kaiowá e Guarani, Área Indígena de Caarapó, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 22 (1), p. 223-227, jan. 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/25.pdf>. Acesso em 12 abr. 2018.

PINHEIRO, Pedro. Tuberculose- causas, sintomas e tratamento. **Md. Saúde**, [s.l.], jan. 2018. Disponível em: <https://www.mdsaude.com/2009/04/sintomas-de-tuberculose.html>. Acesso em: 12 abr. 2018.

POPULAÇÃO indígena apresenta maior taxa de incidência de tuberculose. **Informe ENSP**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, jun. 2015. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/37899>. Acesso em: 12 abr. 2018.

ROAT, Melvin. I. Tracoma (Conjuntivite granular, oftalmia egípcia). **Manual MSD**, [s.l.], 2017. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt-br/casa/distúrbios-oftalmológicos/doenças-da-conjuntiva-e-da-esclerótica/tracoma>. Acesso em 12 abr. 2018.

QUILES, Manuel I. **Mansidão de Fogo**: Um Estudo Etnopsicológico do Comportamento Alcoólico entre os Índios Bororo de Meruri, Mato Grosso. 2000. Dissertação (Mestrado). Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2000.

SCHINCARIOL, Isabela. Pesquisa apresenta panorama da saúde indígena. **Informe ENSP**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Nov. 2011. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/28266>. Acesso em 12 abr. 2018.

SOUZA, M. L. P. Da prevenção de doenças à promoção da saúde: reflexões a partir da questão do uso de bebidas alcoólicas por populações indígenas. In. **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. GARNELO, L.; PONTES, A. L. (Org.). Brasília: MEC-SECADI, 2012.

SOUZA-SANTOS, R.; COIMBRA Jr., C.E.A. e ALVES, M. R. **Análise da ocorrência de malária no Brasil**. Relatório Técnico. Rio de Janeiro, 2009.

SUÁREZ-MUTIS, M. C. et al. In: COURA J. R. (Org). **Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, p. 833-858, 2005.

TABORDA, Wladimir. C. et al. Rastreamento do câncer de colo uterino em índias do Parque Indígena do Xingu, Brasil Central. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 7, n. 2, 2000. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v7n2/1243.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2018.

VICTORA, Cesar G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Pelotas, vol. 4, n. 1, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v4n1/02.pdf>. Acesso em 12 abr. 2018.

VERDUM, Ricardo. **Mapa da fome entre os povos indígenas no Brasil (I)**: uma contribuição à formulação de políticas de segurança alimentar. Brasília: INESC, 1994.

WIRSING, R. L. The health of traditional societies and the effects of acculturation. **Current Anthropology**, v. 26, p. 303-322, 1985.

YAMAMOTO, Renato M. (org.) **Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira**. Sociedade Brasileira de Pediatria. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004. Disponível em: <www.redeblh.fiocruz.br/media/mnl_criancas.pdf>. Acesso em 12 abr. 2018.

Anotações

ISBN 978-85-522-0560-9